SECRETARÍA DE SALUD

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

INFORME DE RENDICION DE CUENTAS

2006 – 2012

PRIMERA ETAPA

A la Ciudadanía en general:

Conforme a las facultades y atribuciones que me confiere la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su artículo 39, así como lo establecido en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y en cumplimiento a lo establecido en el Acuerdo para la Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012, publicado el 19 de diciembre de 2011 y sus lineamientos publicados el 18 de enero de 2012, me permito presentar el informe escrito de Rendición de Cuentas del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, por el periodo del 1 de Diciembre del 2006 al 30 de Noviembre de 2012.

ATENTAMENTE

DR. MIGUEL ÁNGEL LEZANA FERNÁNDEZ

DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE

PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

11.1 MARCO LEGAL

Este documento denominado El Informe de Rendición de Cuentas por el periodo 2006-2012, se elabora de conformidad con lo establecido en los acuerdos, decretos y lineamientos que a continuación se mencionan y que establecen la normatividad y los procedimientos que debe uno considerar para el desarrollo del documento:

- Acuerdo para la Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, de conformidad con el Diario Oficial del 19 de diciembre de 2011.

- Lineamientos para la Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, de conformidad con el Diario Oficial del 18 de enero de 2012.

- Lineamientos para la elaboración de los Libros Blancos y Memorias Documentales, de conformidad con el Diario Oficial del 10 de octubre de 2011.

- Decreto para realizar la Entrega-Recepción del Informe de asuntos a su cargo y recursos asignados, al momento de separarse del empleo, cargo o comisión, de conformidad con el Diario Oficial del 14 de septiembre de 2005.

- Acuerdo para realizar la Entrega-Recepción del Informe de los asuntos a su cargo y de los recursos asignados, de conformidad con el Diario Oficial del 13 de octubre de 2005.

11.1 Descripción de los servicios y funciones

Para el desarrollo de sus actividades, la Secretaría de Salud y sus Órganos Desconcentrados, tienen a su cargo los siguientes servicios y funciones:

SERVICIOS

El Centro Nacional de Programas Preventivos (CENAPRECE), antes Control de Enfermedades Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), proporciona los servicios de; Cursos y capacitación, Productos para el diagnóstico, Validaciones técnicas, Actividades de diagnóstico y referencia por Agentes; virales, bacterianos, Protozoarios, Helmintos, Artrópodos de importancia médica, Exámenes citológicos, Exámenes histopatológicos, para Exámenes inmunológicos, Cepas microbianas y Consulta dermatológica.

FUNCIONES

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), tiene a su cargo el desempeño de las atribuciones y facultades que le confiere el artículo 45 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, entre las que se cuentan:

I. Proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas y estrategias nacionales en materia de programas preventivos a la salud, de urgencias y desastres en salud y de enfermedades crónico degenerativas, y evaluar su impacto;

II. Coordinar y efectuar, en el ámbito de su competencia, la supervisión y evaluación de los programas de acción encomendados a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

III. Participar, en el ámbito de su competencia, en la instrumentación del Sistema de Protección Social en Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

IV. Fomentar y coordinar la prevención y control de enfermedades, así como llevar a cabo directamente o participar en la realización de los estudios e investigación operativa o de desarrollo tecnológico que permitan mejorar y actualizar los métodos y técnicas en la materia, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

V. Participar, en el ámbito de su competencia, en la definición, instrumentación, supervisión y evaluación de las estrategias y contenidos técnicos de los materiales de comunicación social, así como en la elaboración de los materiales didácticos y metodologías que se utilicen en la capacitación y actualización dirigida al personal institucional y comunitario que desarrolla los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

VI. Elaborar y proponer normas oficiales mexicanas, así como vigilar su cumplimiento;

VII. Supervisar y evaluar el desarrollo, la aplicación y el impacto de las medidas de prevención de enfermedades, así como instrumentar directamente o en coordinación con las autoridades sanitarias de las entidades federativas, las medidas específicas para prevenir y combatir los daños a la salud, particularmente en situaciones de emergencia, desastres o urgencias en salud;

VIII. Promover mecanismos para fomentar e integrar la participación de la sociedad civil y, en general de la comunidad, así como de los sectores público y privado en las acciones materia de su competencia;

IX. Coordinar la instrumentación de las acciones en materia de seguridad en salud, en colaboración con las unidades administrativas competentes;

X. Fungir, por conducto de su Titular, como Secretario Técnico del Consejo Nacional de Enfermedades Crónico-Degenerativas; del Comité Nacional de Salud Bucal; del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento; del Comité Nacional para la Seguridad en Salud y del Comité Nacional del Programa de Acción: Tuberculosis;

XI. Difundir, en forma oportuna los resultados e información generada por las acciones de prevención y control de enfermedades, de atención de urgencias y desastres y demás que lleve a cabo;

XII. Coordinar, supervisar y evaluar la administración y operación de las unidades administrativas que le estén adscritas;

XIII. Establecer las especificaciones técnicas del equipo e insumos que se utilizan en los programas a su cargo;

XIV. Proponer o definir, según sea el caso, los mecanismos que permitan el control en el suministro y distribución oportuna, suficiente y de calidad de los insumos utilizados en los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

XV. Coordinar, supervisar y evaluar la calidad de la prestación de los servicios de salud en materia de su competencia, así como proporcionar asistencia técnica al personal encargado de operar los programas a su cargo en las entidades federativas;

XVI. Definir criterios para la evaluación operativa de las entidades federativas de los programas materia de su competencia, en especial en enfermedades transmitidas por vector, enfermedades por micobacteriosis, enfermedades por zoonosis transmitidas al ser humano, y en enfermedades crónico-degenerativas;

XVII. Propiciar la celebración de convenios y acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas y de los municipios, para impulsar su apoyo y participación en el desarrollo de las acciones de los programas a su cargo;

XVIII. Promover la cooperación y coordinación técnica de las instituciones y organizaciones nacionales con agencias e instituciones regionales e internacionales en relación con las actividades en el ámbito de su competencia, con la colaboración de las demás unidades administrativas;

XIX. Coadyuvar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en relación con la información vinculada con la materia de su competencia;

XX. Certificar el desempeño de las localidades, jurisdicciones sanitarias, entidades federativas, regiones, comunidades o establecimientos, según sea el caso, en relación con los programas en el ámbito de su competencia;

XXI. Administrar y proponer el uso y destino de los bienes, derechos y recursos que obtenga el Centro por cualquier titulo legal, en función del desarrollo de los programas a su cargo, e

XXII. Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en la esfera de su competencia, así como remitir a las autoridades fiscales correspondientes, en su caso, las resoluciones que impongan sanciones económicas para que se hagan efectivas a través del procedimiento administrativo de ejecución.

11.1 Los objetivos institucionales y su vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES Y SUS ÁREAS ADSCRITAS

Misión: Centro responsable de regular y normar la operación de los programas de vigilancia, prevención y protección de la salud, para disminuir sus riesgos y brindar a la población atención con calidad y equidad.

Visión: Ser un Centro de excelencia, líder en la vigilancia, prevención y protección de la salud en el ámbito nacional e internacional que cumpla con su misión, en un ambiente de trabajo que fomente el desarrollo humano y la satisfacción entre los usuarios y prestadores de servicio.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE PROGRAMAS PREVENTIVOS

Objetivo general

Normar, evaluar y regular la operación de los programas de prevención y control de enfermedades, para disminuir los riesgos de la población y brindar una atención con calidad y equidad.

- **Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano**

Objetivos

Coordinar las acciones del programa con el propósito de proteger la salud, prevenir, tratar y controlar las enfermedades crónico - degenerativas y elevar la calidad de vida de la población adulta y de los adultos mayores.

Apoyar y contribuir con los procesos de administración para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades crónico – degenerativas en el país, proponiendo los criterios correspondientes y vigilando el cumplimiento de los programas de acción: diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, cáncer de próstata y, para la atención de la salud del adulto y del adulto mayor.

Fundamentar los criterios normativos, métodos y procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la diabetes y la hipertensión arterial y sus componentes (obesidad y dislipidemias), participar en su implementación y en la verificación de su cumplimiento.

Proteger la salud, prevenir, controlar o retardar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia y elevar la calidad de vida de los adultos mayores.

Riesgo Cardiovascular

Vinculación con PND 2007-2012

El Gobierno de la República considera que para afrontar con éxito los retos sociales y económicos de los mexicanos, es indispensable actuar con eficacia. Las aspiraciones de los ciudadanos, reflejadas en el PND 2007-2012, requieren de una adecuada toma de decisiones que tome en cuenta la problemática actual y las necesidades futuras de la población. Dicho Plan se enmarca en los lineamientos y criterios que establece el Proyecto Nacional "Visión México 2030", el cual se constituye en la base para lograr la transformación de nuestro país con miras al futuro, y consecuentemente, para ubicar a México en la ruta del desarrollo humano sustentable, lo que nos da la oportunidad de avanzar con una perspectiva integral de beneficio para las personas, las familias y las comunidades.

Para dar cumplimiento con lo dispuesto en el Artículo 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y lo establecido en los Artículos 4 y 20 de la Ley de Planeación, el Gobierno Federal presenta los lineamientos de política y estrategia nacionales que habrán de regir en los próximos años. El Programa de Acción Específico Riesgo Cardiovascular se vincula con el PDN 2007-2012 en sus líneas de acción y actividades en dos objetivos:

Objetivo 4: "Mejorar las condiciones de salud de la población", en las estrategias 4.2: "Promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos", y la estrategia 4.3: "Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades".

Objetivo 5: "Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente", en las estrategias 5.1: "Implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos", y la estrategia 5.3: "Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población".

Además de los objetivos y las prioridades nacionales, establece los ejes de política pública, dentro de los cuales se incluye el relativo a la igualdad de oportunidades, y en consecuencia, la consolidación del derecho a la protección de la salud para toda la población mexicana. En este ámbito de prioridades, la igualdad de oportunidades se orienta a solucionar las graves diferencias que persisten en el país. Sólo asegurando la salud, educación, alimentación, vivienda y servicios básicos, los distintos sectores de la población podrán participar activamente en una economía dinámica, aprovechando los beneficios que derivan de la misma.

Sustentación con base al PROSESA 2007-2012.

De acuerdo con el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA), México se encuentra inmerso en un proceso de transformaciones globales y de importantes avances tecnológicos que inciden en el perfil de salud de la población. Por ello, se han emprendido diversos procesos de reforma para cumplir con las tareas del Estado mexicano en materia de protección a la salud, destacando prioritariamente los retos que enfrenta la mayoría de los países, como son las enfermedades del rezago y los problemas de carácter emergente, incluido el riesgo cardiovascular y otros padecimientos no transmisibles. De la misma manera, el PROSESA señala que el perfil epidemiológico actual se caracteriza por la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y lesiones, lo que obedece a determinantes de naturaleza compleja y a múltiples factores de riesgo que requieren de acciones inmediatas de prevención y control. El PROSESA está estructurado en torno a cinco grandes ejes de política social que incluyen: 1) mejorar las condiciones de salud de la población; 2) brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; 3) reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; 4) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal, y 5) garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México. Derivado de lo anterior, se han definido políticas y estrategias específicas para mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, abatir la iniquidad en el acceso a los servicios y fortalecer el Sistema Nacional de Salud. En este contexto, se han identificado mecanismos institucionales que orientan los esfuerzos sectoriales para el logro de los objetivos nacionales de salud, entre ellos, los relacionados con: 1) Promoción de la salud y la prevención de enfermedades; 2) Garantizar el aseguramiento universal, con el propósito de que cada mexicano tenga acceso a servicios integrales de salud; 3) Garantizar que los bienes y servicios estén libres de

riesgos sanitarios; 4) Suministrar oportunamente los medicamentos e insumos requeridos; 5) Brindar una atención de calidad con calidez y seguridad a toda la población, y 6) Fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico para ofrecer a los pacientes una atención efectiva en sus lugares de origen. Así mismo, el Programa de Acción Específico Riesgo Cardiovascular, se vincula con el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, pues se encuentra inmerso 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.

Frente a estos compromisos nacionales es impostergable reducir las desigualdades y prestar servicios de salud con calidad, lo mismo que con la oportunidad y cobertura necesarias para incidir en los indicadores de salud más representativos de la población mexicana. En este marco de acción, se inscriben las prioridades de atención de las ECNT por constituir una carga excesiva de enfermedad y muerte, con un incremento incesante en su magnitud y trascendencia, particularmente el riesgo cardiovascular que en México afecta a grandes sectores de la sociedad.

Diabetes

Vinculación con PND 2007–2012

En este ámbito de prioridades, la igualdad de oportunidades se orienta hacia el desarrollo humano y el bienestar social de los mexicanos, para conducir a México hacia un desarrollo sustentable que permita solucionar las graves diferencias que persisten en el país. Sólo asegurando la igualdad de oportunidades en salud, educación, alimentación, vivienda y servicios básicos, como lo prevé en el objetivo nacional número cinco y eje número 3, los distintos sectores de la población podrán participar activamente en una economía dinámica, aprovechando los beneficios que derivan de la misma. De este modo, se reconoce la necesidad de acercar a las comunidades servicios de salud, educación, nutrición y vivienda, así como obras de infraestructura que permitan la accesibilidad de los mismos, a las poblaciones distantes y, particularmente, a los grupos de población más vulnerables.

Sustentación con base en el PROSESA 2007-2012 En este marco de acción el PROSESA para cumplir los objetivos y metas planteadas instrumentará diez estrategias, una de las cuales la estrategia y su línea de acción 2.12, que permite

fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades e inscribir las prioridades de atención a las enfermedades crónicas no transmisibles por constituir una carga excesiva de enfermedad y muerte, con un incremento incesante en su magnitud y trascendencia, particularmente la diabetes mellitus que en México afecta a grandes sectores de la sociedad.

Envejecimiento

Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

Su estructura define el DHS como una premisa básica para el desarrollo integral del país. Además de los objetivos y las prioridades nacionales, establece los ejes de política pública, dentro de los cuales se incluye el relativo a la igualdad de oportunidades para brindar servicios de salud, eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente como lo prevé el eje no. 3 en el objetivo número 5.6.

Sustentación con base al PROSESA 2007-2012.

El PROSESA está estructurado en torno a cinco objetivos en la atención de los retos en salud que enfrenta el país que son los siguientes: 1) mejorar las condiciones de salud de la población; 2) reducir las brechas o 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 a la pobreza y al desarrollo social del país. Derivado de lo anterior, se han definido estrategias y líneas de acción.

Con base en este marco de acción el programa se sustenta en la estrategia 2 y sus líneas de acción 2.1, 2.2, 2.4 y 2.12, que permite fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades.

- **Micobacteriosis**

Objetivo

Coordinar las acciones del programa con el propósito de proteger la salud, prevenir, tratar y controlar la tuberculosis y la lepra y elevar la calidad de vida de la población.

Apoyar y contribuir con los procesos de administración para la prevención, tratamiento y control de la tuberculosis y la lepra y otras micobacterias, proponiendo los criterios correspondientes y vigilando el cumplimiento de la operación del Programa Micobacteriosis.

Tuberculosis

Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) establece una estrategia clara y viable para avanzar en la transformación de México sobre bases sólidas, realistas y con responsabilidad social. Tiene como finalidad establecer los objetivos nacionales, estrategias y las prioridades que deberán regir la acción del gobierno en los próximos años, para garantizar una dirección clara a los Programas de Acción y las acciones institucionales derivadas de los mismos.

Al ser la tuberculosis una enfermedad asociada a la pobreza, condicionada por el rezago social, el Programa de Acción se vincula con el PND en su eje de política relativo a la igualdad de oportunidades, donde la TB se inscribe como uno de los padecimientos transmisibles de mayor importancia en nuestro país. Se vincula así mismo, con el objetivo de mejoramiento de las condiciones de salud de la población y la estrategia de promoción de la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos, ya que la TB es una enfermedad cuyo control requiere de una activa participación de todos los grupos de la sociedad. El Programa de Acción requiere de una amplia participación sectorial en acciones de prevención de enfermedades, por lo que se inscribe en la estrategia establecida para tal fin en el PND.

De acuerdo al objetivo: “Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente” y la estrategia: “Implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos”, resulta indispensable garantizar la suficiencia del tratamiento para los enfermos de TB a fin de otorgar servicios efectivos que aseguren la curación de los mismos, incluidos los que presentan resistencia a medicamentos. El Programa de Acción Tuberculosis maneja estrategias enfocadas a reducir la carga de la enfermedad en las áreas y grupos más vulnerables de la sociedad, como son los migrantes, prisiones, comunidades indígenas y personas con VIH o diabetes. Por ello prioriza sus acciones en municipios con más bajo índice de desarrollo humano del país.

Estas medidas se sustentan en otros objetivos y estrategias como el aseguramiento de recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población, referidas en el PND.

Sustentación con base al PROSESA 2007-2012

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 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.

Lepra

Vinculación con PND 2007-2012

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 establece una estrategia clara y viable para avanzar en la transformación de México sobre bases sólidas, realistas y sobre todo, responsables. La estructura del PND define el desarrollo humano sustentable como una visión transformadora del país en el futuro y simultáneamente como derecho de los mexicanos. Además de los objetivos y las prioridades nacionales, establece los ejes de política pública, dentro de los cuales se incluye lo relativo a asegurar a la población la satisfacción de sus necesidades esenciales, entre ellas y consecuentemente, la

consolidación del derecho a la protección de la salud y la igualdad de oportunidades para toda la población mexicana.

El Programa se vincula con el PND en su Eje 3: Igualdad de oportunidades, en cuanto a mejorar las condiciones de salud de la población y la estrategia de integrar en el Sector las acciones de prevención de enfermedades, para lograr el control de la lepra se requiere de la coordinación sectorial decidida y de otras organizaciones de la sociedad civil, a fin de avanzar en la disminución del estigma que aún prevalece sobre esta enfermedad. Además se vincula directamente con el objetivo de brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente. Dentro de la estrategia de mejorar la planeación, la organización, el desarrollo y los mecanismos de rendición de cuentas de los servicios de salud para un mejor desempeño del Sistema Nacional de Salud como un todo, es indispensable que el Programa de Acción para la prevención y control de la lepra, genere evidencia sobre la forma en que se realizan las funciones básicas, aplicando métodos y criterios homogéneos para evaluar los servicios, a fin de dejar constancia de los procesos prácticos que en éstas patologías son relevantes.

Además de los vínculos mencionados con el PND 2007-2012 el programa se liga en lo relacionado a la atención de las enfermedades asociadas a la pobreza condicionada por el rezago social, y que se relaciona a su vez con el objetivo reducir las desigualdades en los servicios de salud, mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables. En lepra como ya se mencionó antes, la atención y prevención de las discapacidades disminuye el empobrecimiento de los enfermos y sus familias.

Sustentación con base al PROSESA 2007-2012

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. Prestar 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.

- **Enfermedades transmitidas por Vectores**

Objetivo:

Aportar la información necesaria para implementar la correcta operación del programa de prevención y control epidemiológico del Dengue, Paludismo, Oncocercosis, Enfermedad de Chagas, Leishmaniosis, Intoxicación por picadura de alacrán y Rickettsiosis.

Dengue

Vinculación con PND 2007-2012

El Programa de Acción Específico Dengue contribuye a los objetivos nacionales de desarrollo humano sustentable, específicamente en el objetivo 5 “reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución”, eje de acción 3 “Igualdad de oportunidades” y el apartado, Desarrollo integral 3.2 “Salud”, alineado con objetivo 4 “Mejorar las condiciones de salud de la población”, en las estrategias 4.2 “Promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos” y 4.3 “Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades”.

Sustentación con base en el PROSESA 2007-2012

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.”

Paludismo

Vinculación con PND 2007-2012

El Programa de Acción Específico Paludismo contribuye a los objetivos nacionales de desarrollo humano sustentable, específicamente en el objetivo 5 “reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución”, eje de acción 3 “Igualdad de oportunidades” y el apartado, Desarrollo integral 3.2 “Salud”, alineado con objetivo 4 “Mejorar las condiciones de salud de la población”, en las estrategias 4.2 “Promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos” y 4.3 “Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades”12 1.3

Sustentación con base en el PROSESA 2007-2012.

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 Paludismo 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.

Otras Enfermedades Transmitidas por Vector

Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

Dentro de los cinco ejes de política pública considerados en PND 2007-2012; en el Eje 3. Igualdad de Oportunidades, se menciona: Ante ello, es necesario que podamos garantizar el acceso a los servicios básicos para que todos los mexicanos tengan una vida digna. Esto supone que todos puedan tener acceso al agua, a una alimentación suficiente, a la salud y la educación, a la vivienda digna, a la recreación y a todos aquellos servicios que constituyan el bienestar de las personas y de las comunidades.

Sustentación con base al PROSESA 2007-2012

Los Programas de Acción de Otras Enfermedades Transmitidas por Vector se apoyan en los cinco objetivos del PROSESA 2007-2012 y a las metas: Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población. Meta 1.2 Disminuir 15% la mortalidad por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años.

Las manifestaciones más frecuentes de la fase crónica de la enfermedad de Chagas incluyen problemas cardíacos, la denominada miocardiopatía chagásica, que se ha reportado en individuos tan jóvenes como 25 años. El programa respectivo contempla el estudio cardiológico para estos casos y su seguimiento en casos indeterminados para limitar los daños. Objetivo 2. reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas. Meta 2.2 Disminuir 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano.

Varias de las enfermedades transmitidas por Vector afectan predominantemente a menores de edad, principalmente en sus primeros años de vida. El 80% de las defunciones por picadura de alacrán ocurre en menores de 5 años; la leishmaniasis visceral o kala-azar y un número importante de casos agudos por enfermedad de Chagas; se presentan en menores de 10 años y suelen ser mortales. Objetivo 4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud. Meta 4.2 Disminuir el gasto de bolsillo a 40% del gasto total en salud.

Una de las formas de prevenir gastos elevados para una familia de escasos recursos es garantizándole el tratamiento en la cercanía de su localidad. La enfermedad de Chagas y leishmaniasis requieren de un medicamento antiparasitario específico que no se consigue; los programas lograrán mejorar la disponibilidad del medicamento en los

estados, de manera gratuita, en cumplimiento del objetivo 4. Estrategia 2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades.

Línea de acción 2.2. Fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables.

- **Salud bucal**

Objetivos

Definir las acciones del programa de Salud Bucal, con el propósito de mejorar la salud de la población mexicana contribuyendo al abatimiento de las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia y supervisar la calidad de los servicios de odontología.

Coadyuvar al incremento de la calidad de la atención estomatológica, a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, supervisar y evaluar los mismos, así como establecer métodos y técnicas de operación en el Sistema Nacional de Salud, a través de la elaboración de Normas Oficiales Mexicanas relativas a la Salud Bucal.

Vinculación con el PND 2007-2012

Conscientes de que para mejorar las condiciones de vida de las y los mexicanos es necesario contar con buena salud, educación, alimentación y servicios públicos como lo señala el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) elaborado por el Ejecutivo Federal, el Programa de Salud Bucal establece objetivos nacionales, estrategias y prioridades que seguirán el rumbo y dirección del gobierno durante la presente administración.

Este programa se vincula el eje rector 3 llamado “igualdad de oportunidades” que en su apartado 3.2 Salud, se enlaza con los objetivos 4, 5, 6, 7 y 8 que se refieren a: orientar a mejorar las condiciones de salud de la población brindar servicios eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente, reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal, respectivamente.

Sustentación con base al PROSESA 2007-2012.

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 y a las mujeres durante el embarazo, así como adultos mayores.

- **Urgencias Epidemiológicas y Desastres**

Objetivos

Planear, dirigir y evaluar los Programas de Acción de Cólera y Urgencias Epidemiológicas y Desastres; analizar la información obtenida por la vigilancia epidemiológica y difundirla oportunamente; apoyar a los diferentes servicios estatales de salud en la atención de aquellos eventos que por su magnitud y trascendencia puedan ser considerados como urgencias epidemiológicas incluyendo los brotes de cólera; participar y promover en actividades de supervisión integral; promover la adquisición de recursos para la operación de los programas.

Apoyar en la resolución de eventos epidemiológicos (incluye brotes de cólera) que ocurran en el país y que por su magnitud y trascendencia se considere como una Urgencias Epidemiológicas.

Establecer los lineamientos del plan de intervención ante la posible presencia de Desastres, así como de las actividades dirigidas a la preservación y restauración de la salud de la población afectada.

Contribuir a la resolución de emergencias en materia de Seguridad en Salud y la prevención de brotes causados por enfermedades emergentes, evitando riesgos para la salud de la población.

Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

El presente Programa se vincula con la estrategia de "Igualdad de oportunidades" establecida en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, (PND) al coadyuvar con acciones en la mejoría de la salud de la población mexicana. En particular, en el PND el Programa se vincula con el objetivo No. 4 y sus tres estrategias: En cuanto a la estrategia 4.1 al fortalecerse los programas de protección contra riesgos sanitarios, se favorece un mejor actuar en el control de riesgos a la salud relacionados con alimentos y agua para el consumo humano, ante la ocurrencia de brotes de diarrea y en situaciones de desastre. Para el Programa la participación activa de la sociedad organizada, sobre todo de la acción comunitaria, es fundamental para el Programa esta interacción con la población para eliminar, prevenir o limitar daños y riesgos a la salud, en especial ante brotes y desastres.

Igualmente en la estrategia 4.3, referente a la integración sectorial de la acciones de prevención, estas son sustantivas en la atención de cualquier emergencia en salud, y en este sentido uno de los objetivos del Programa es precisamente prevenir enfermedades asociadas a las contingencias de salud.

Finalmente, para la estrategia 8.2, el Programa contribuye con la implementación de Unidades de Inteligencia para Emergencias en Salud, que permitan identificar y alertar con oportunidad ante la ocurrencia de eventos con potencial de afectación a la salud pública. Asimismo, con la atención oportuna de estos eventos, se mitiga el impacto en la salud de la población. Como ejemplo de eventos con este potencial, se encuentran los desastres naturales (eventos hidrometeorológicos y geológicos), desastres producidos por el hombre (bioterrorismo), así como enfermedades emergentes y reemergentes (influenza aviar e influenza pandémica, el Síndrome Agudo Respiratorio Severo –SARS-, etc), y para lo cual con el presente Programa se tienen los elementos para su eventual contención.

Sustentación con base en el PROSESA 2007–2012

En este rubro, el programa se encuentra basado en los objetivos 1, 3 y 5, es especial en: Estrategia 2: Fortalece e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades.

Línea de acción 2.16: Atender los efectos de los desastres y las urgencias epidemiológicas. De acuerdo con lo que establece el Programa Sectorial de Salud 207-2012, el programa de Urgencias y Desastres se vincula con la regionalización operativa del país para llevar a cabo la coordinación en la respuesta ante eventos de salud pública del tipo de desastres tanto naturales como aquellos producidos por el hombre; así como el fortalecimiento en el seguimiento y atención de brotes y atención de urgencias y desastres.

Cólera

Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

El presente programa se vincula con las acciones planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012, en función de que este programa ayuda a garantizar que la salud contribuye la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país. En ese sentido la prevención y atención de casos y brotes de enfermedad diarreica es fundamental ya que puedan provocar brotes epidémicos que comprometan la Seguridad en Salud local y/o regional. Todos estos eventos pueden tener un impacto negativo en la vida, la integridad física y la salud de la población y por lo tanto retrasar el desarrollo social de las comunidades, especialmente las de mayor vulnerabilidad.

Sustentación con base en el PROSESA 2007-2012

El programa se incluye en la Estrategia 2: Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades y en la Línea de acción 2.16: “Atender los efectos de los desastres y las urgencias epidemiológicas”, en la que se pretende entre otras actividades, fortalecer la vigilancia epidemiológica de brotes, así como la capacidad de respuesta ante las enfermedades emergentes y re-emergentes, entre las que se encuentran el cólera y otras enfermedades gastrointestinales agudas ocasionadas por bacterias del género Vibrio.

De acuerdo a lo que establece el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, el programa de Cólera se vincula en la regionalización operativa del país para llevar a cabo las acciones de prevención y atención de casos y brotes sospechosos de esta enfermedad.

- **Rabia y otras zoonosis**

Objetivo

Proponer la normatividad de prevención y control de la Rabia transmitida por el perro, de la brucelosis y la leptospirosis como zoonosis de interés en Salud Pública, con base en la información disponible de la vigilancia epidemiológica, para proteger la salud de la población.

Vinculación con el Programa Nacional de Desarrollo 2007-2012

Este programa se sustenta en el Eje 3 Igualdad de Oportunidades, que representa la finalidad de la política social de esta Administración, mediante el bienestar de los mexicanos y el desarrollo social que constituyen el centro de la acción del Gobierno. El país tiene una enorme deuda con los mexicanos que viven en condiciones de pobreza y marginación, atenderlos es prioridad de este gobierno.

Se relaciona con el Objetivo 4 Mejorar las condiciones de Salud de la Población, gran parte de las enfermedades y riesgos para la salud pueden evitarse mediante acciones de prevención oportuna y adecuada, para ello el gobierno federal plantea tres estrategias para conseguirlo, en nuestro caso (zoonosis) comprende la 4.1 Fortalecer los programas de protección contra riesgos sanitarios y la 4.3 Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades.

Sustentación con base al PROSESA 2007-2012

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 y fauna silvestre.

INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS (INDRE)

Objetivo General. Generar y posicionar información de inteligencia epidemiológica relevante para la toma de decisiones en la promoción de la salud y la prevención y control de enfermedades de interés en salud pública.

Objetivos Específicos

Promover el mejoramiento de la gestión y calidad técnica del SINAVE a través de mecanismos de rediseño organizacional, modernización y estandarización de la tecnología informática y de comunicaciones 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 de diagnóstico y productos de información orientándose hacia padecimientos frecuentes, graves, prevenibles, causantes de inequidad o gastos catastróficos, u otros eventos de interés público.

Mejorar las capacidades técnicas del personal del SINAVE mediante capacitación formal y no formal, para promover una cultura orientada al cumplimiento de los objetivos estratégicos, de transparencia de la información y rendición de cuentas con la sociedad.

Mejorar la calidad de la difusión de la información epidemiológica para lograr 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.

Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND)

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se enmarca en los lineamientos y criterios que establece el Proyecto Nacional “Visión México 2030”, el cual constituye la base para lograr la transformación de nuestro país con miras al futuro, y consecuentemente para ubicar a México en la ruta del desarrollo humano sustentable.

Éste, nos da la oportunidad de avanzar con una perspectiva integral de beneficio para las personas, las familias y las comunidades y cumplir con lo dispuesto en el Artículo 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y lo establecido en los Artículos 4 y 20 de la Ley de Planeación, el Gobierno Federal donde se presentan los lineamientos de política y estrategia nacionales de salud que habrán de regir en los próximos años.

El PND en su eje 3 de Igualdad de Oportunidades, establece el compromiso que se ha impuesto el actual gobierno federal en el rubro de política social. En este documento se considera a la salud como una capacidad que contribuye a la igualdad de oportunidades para todos los mexicanos. Los objetivos relacionados con la salud en este eje incluyen mejorar las condiciones de salud de la población, brindar servicios de salud eficiente y de calidad, reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas y garantizar que la salud contribuya al desarrollo del país.

El SINAVE es una herramienta transversal para el logro de estos objetivos, ya que identifica las oportunidades que deben abordarse para alcanzarlos. La inteligencia epidemiológica producida por el nuevo SINAVE permitirá al Sistema Nacional de Salud, responder a preguntas tales como si las condiciones de salud han mejorado, qué impacto tienen los programas de salud pública, o cuál es la situación de salud específica de los grupos vulnerables.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA

Objetivos Institucionales:

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 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 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

Mejorar la calidad de la difusión de la información epidemiológica para lograr mayor impacto y relevancia en la toma de decisiones y para expandir el universo de usuarios de información en los sectores público, social y privada.

Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND)

Línea de acción:

Diseñar un sistema moderno de información epidemiológica.

Actividades generales:

Asegurar el establecimiento del marco analítico básico de la RNLSP de acuerdo al riesgo epidemiológico mediante la implementación de las metodologías que se requieran.

Demostrar la competencia técnica en los diagnósticos declarados en el marco analítico básico mediante la evidencia de la competencia técnica de los Laboratorios Estatales de Salud Pública con base a los resultados de los paneles de proeficiencia enviados por el InDRE.

Implementar mecanismos que garanticen la cobertura de los servicios de los Laboratorios Estatal es de Salud Pública mediante el análisis de las muestras conforme a los criterios de aceptación.

Definir los estándares del servicio para evaluar la oportunidad en la entrega de los resultados conforme a los procesos analíticos de las muestras aceptadas en los tiempos establecidos por los Laboratorios Estatales de Salud Pública.

Línea de acción

Promover la formación de recursos humanos para satisfacer los requerimientos del nuevo SINAVE.

Actividades generales:

Capacitación avanzada (Diplomado, especialidad, maestría y doctorado).

Línea de acción

Implementar un sistema de información y comunicación para el proceso electrónico y automatizado de datos entre el InDRE/RNLSP y la DGAE.

Actividades generales:

Configurar Webservices con estándar de Intercambio de datos en salud HL7.

11.2 MARCO JURÍDICO DE ACTUACIÓN

De manera general se establece el marco jurídico de actuación en que se desarrollan las actividades encomendadas al Sector Salud, establecidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hasta oficios y circulares que establecen el marco de actuación normativo. De manera general se enuncian los documentos que integran este marco normativo, el cual se define de manera específica en anexo adjunto.

INDICE

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Leyes
- Reglamentos
- Decretos
- Acuerdos
- Normas Oficiales Mexicanas
- Planes y Programas
- Cuadros Básicos
- Lineamientos
- Otros

11.3 RESUMEN EJECUTIVO DE LAS ACCIONES Y RESULTADOS RELEVANTES DE LOS PROGRAMAS DEL CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES.

- ***MICOBACTERIOSIS***

TUBERCULOSIS

La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad, ocasionada por el complejo *M. tuberculosis* que aún afecta a grandes grupos de población, particularmente de áreas marginadas y grupos vulnerables donde predomina la pobreza, desnutrición y el hacinamiento. Es una enfermedad sistémica que afecta mayoritariamente al sistema respiratorio y se transmite principalmente por contacto con personas enfermas sin tratamiento (bacilíferas). Una persona enferma que no recibe tratamiento puede contagiar de 10 a 15 personas a su alrededor al toser ó estornudar.

Actualmente la epidemia de VIH/SIDA, la Diabetes Mellitus, la desnutrición, las adicciones y la multirresistencia a fármacos antituberculosis (TB-MFR) agravan el panorama epidemiológico de la tuberculosis en México y el mundo.

La detección oportuna de los casos bacilíferos identificados entre las personas que cursan con tos y expectoración de más de dos semanas de evolución, representa el componente esencial para el control de esta enfermedad, así como también, para cortar la cadena de transmisión.

El diagnóstico temprano de casos permite iniciar el tratamiento con oportunidad y aumentar las tasas de curación en la población afectada, en ello contribuye la búsqueda intencionada de casos y contactos que se realiza, en particular en áreas y grupos vulnerables como son las personas con VIH, Diabetes Mellitus, personas privadas de la libertad, comunidades indígenas y migrantes principalmente.

Meta 2007 a 2012

- Disminuir 3% la incidencia anual por tuberculosis pulmonar, hasta alcanzar una tasa de 12.5 por 100,000 habitantes en el periodo.
- Disminuir 5% la mortalidad anual por tuberculosis, hasta alcanzar una tasa de 1.5 por 100,000 habitantes en el periodo.

Objetivo General

- Disminuir el riesgo de enfermar y morir a causa de la tuberculosis, mediante el acceso universal a un diagnóstico y tratamiento efectivos, a través de la aplicación de acciones tendientes a atender y proteger con calidad y humanismo a las poblaciones vulnerables.

Objetivos Específicos

1. 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.
2. Brindar atención integral a pacientes con tuberculosis resistente a fármacos (TB-MDR y TB-XDR) y casos co-infectados con VIH.
3. Fomentar hábitos de auto-cuidado para la prevención y atención de la tuberculosis mediante acciones de Abogacía, Comunicación y Movilización Social (ACMS), para incrementar corresponsabilidad.
4. Alcanzar las metas establecidas en el marco de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) al 2015.

De acuerdo a estos objetivos, el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) a través del programa nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis ha intervenido en:

1. Consolidación de la cobertura de la estrategia TAES de calidad, mostrando:
   a. El compromiso político al garantizar un financiamiento aumentado y sostenido en cada una de las entidades federativas para operación técnica y operativa del programa en la atención de los casos de tuberculosis.
   b. La detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada.
   c. El fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, mediante el impulso de la Plataforma Única de Información Módulo Tuberculosis, con carácter Sectorial desde 2007, lo que ha permitido una mejor vigilancia de la incidencia y mortalidad por esta causa en el país.

2. La integración de Red de expertos especialistas en TB con resistencia a fármacos y actualización de las directrices para la atención de pacientes con TB-MDR y XDR, con participación interinstitucional y de organismos internacionales.
   a. Aseguramiento de la compra y distribución del 100% de esquemas necesarios para la atención de casos con TB-MDR y XDR

b. Fortalecimiento de la colaboración interprogramática con CENSIDA para hacer frente a la co-infección TB-VIH-SIDA y con el programa de Diabetes para el abordaje conjunto del binomio TB/DM2

3. El fomento de la participación comunitaria y de la sociedad civil organizada, a través de estrategias de ACMS, que han servido para el empoderamiento de los afectados, sus familias y comunidades y con ello se han incrementado la corresponsabilidad social en la prevención y control de la tuberculosis a nivel local.

4. El Programa Nacional de Tuberculosis ha cumplido en las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, compromiso internacional en la lucha contra la tuberculosis, reflejadas en las cifras que se reportan y se presentan para la adecuada y continua toma de decisiones, lo que ha permitido avanzar cortando la cadena de transmisión.

Meta	1990	1997 (año de mayor incidencia registrada)	2011	Logro respecto a 1997	Meta 2015
Detener o empezar a disminuir la Incidencia asociada a TB Todas Formas	17.3	25.0	17.4	-30.4%	15.6
Detener o empezar a disminuir la Incidencia asociada a TB Pulmonar (TBP)	20.7	20.7	14.2	-31.4%	12.5
Reducir en 50% la mortalidad asociada a TB Todas Formas, respecto a la registrada en 1990	7.4	5.2	1.9*	-74.3%	1.7
Reducir en 50% la mortalidad asociada a TB Pulmonar, respecto a la registrada en 1990	3.9	3.9	1.6*	-58.9%	1.5
Curar mínimo al 85% de los casos de TBP que ingresan a tratamiento	N/D	71%**	86.1%	+21.3%	87%

*** Información preliminar, ** el dato corresponde al año 2000 por no haber dato disponible antes.**

El avance mostrado sobre la incidencia, está relacionado con el año de mayor incidencia de Tuberculosis en México (1997). El porcentaje de curación muestra un avance significativo respecto al año de referencia (2000), sin embargo con respecto a la meta ODM de 85%, México ya ha cumplido al rebasarla en 1.3 puntos porcentuales. La mortalidad tanto en la tuberculosis todas formas como la de localización pulmonar se

han alcanzado al rebasar el 50% establecido en los ODM respecto a la registrada en 1990.

Principales avances sobre el Programa de Acción específico 2007 – 2011:

Tasa de incidencia asociada a la tuberculosis todas las formas.							
Indicador según variables	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Variable 1: Total de casos nuevos de tuberculosis todas formas	17,364	17,621	18,274	18,197	19,020	19,289	19,559
Variable 2: Población por 100,000 hab.	104,874,282	105,790,725	106,682,518	107,550,697	108,396,211	109,219,931	110,022,552
Tasa de incidencia TB TF	16.5	16.6	17.1	16.9	17.5	17.6	17.7
Porcentaje de avance		+0.6	+3.0	-1.2	+3.5	+0.6	+0.6
Tasa por 100,000 habitantes. Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Tuberculosis. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos: SUIVE DGE La información 2011 corresponde a estimaciones realizadas en base a las proyecciones de población de CONAPO (2005-2030) y tendencias de los años anteriores.							

Con relación a la incidencia asociada a Tuberculosis (todas las formas), de acuerdo al dato base de 2006 se ha identificado tendencia discreta al incremento, lo que se ha debido al incremento de la detección en grupos de alta vulnerabilidad para la enfermedad como son personas con VIH-SIDA y/o diabetes mellitus siendo estos grupos más susceptibles de desarrollar tuberculosis en otras localizaciones fuera de los pulmones (TB extrapulmonar)

Tasa de incidencia asociada a la tuberculosis pulmonar							
Indicador según variables	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Variable 1: Total de casos nuevos de TBP	13,813	14,550	15,035	14,856	15,384	15,457	15,530
Variable 2: Población por 100,000 hab.	104,874,282	105,790,725	106,682,518	107,550,697	108,396,211	109,219,931	110,022,552
Tasa de incidencia TBP	13.2	13.8	14.1	13.8	13.7	14.2	14.1
Porcentaje de avance		+4.5	+2.2	-2.1	-0.7	+3.6	-0.7
Tasa por 100,000 habitantes. Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Tuberculosis. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos: SUIVE DGE La información 2011 corresponde a estimaciones realizadas en base a las proyecciones de población de CONAPO (2005-2030) y tendencias de los años anteriores.							

Con relación a la incidencia asociada a la Tuberculosis Pulmonar y de acuerdo al dato base de 2006 se nota un incremento a través de los años registrados, asociado al incremento sostenido de la capacitación para el personal operativo en los diferentes niveles de atención, que facilitan la detección de casos nuevos enfocados a las poblaciones vulnerables como migrantes, indígenas y personas privadas de la libertad, además de que la notificación de casos a partir de 2007 se ha visto incrementada por parte de otras instituciones del sector salud debido a su involucramiento en el Sistema de Información mediante la Plataforma Única de Información en su módulo Tuberculosis.

Por otro, el incremento de casos debido a la detección aumentada da respuesta al subregistro estimado por la Organización Mundial de la Salud, que en 2006 señaló hasta un 30% de casos subnotificados para el país.

Lo que se prevé para 2012 es mantener la desaceleración que se ha observado entre 2011 y 2010 y a partir de este 2012 se detenga e inicie a disminuir paulatinamente la incidencia de acuerdo a las metas establecidas en los ODM.

Tasa de mortalidad por tuberculosis (todas las formas)							
Indicador según variables	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011/[1]**	**2012/2**
Variable 1: No. Muertes por TB todas formas	2,298	2,141	2,309	2,225	2,414	2,070	1,726
Variable 2: Población por 100,000 hab.	104,874,282	105,790,725	106,682,518	107,550,697	108,396,211	109,219,931	110,022,552
Tasa de mortalidad TB TF	2.2	2.0	2.2	2.1	2.2	1.9	(1.6)
Porcentaje de avance		-9.0	+10	-4.5	+4.7	-13.6	-13.6
Tasa por 100,000 habitantes. Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Tuberculosis. Secretaría de Salud 2008.. Fuente 2010 y 2011: DGIS/SS; datos preliminares. La información 2011 corresponde a estimaciones realizadas en base a las proyecciones de población de CONAPO (2005-2030) y tendencias de los años anteriores. 1/Preliminar SEED/SINAVE/24/4/2012; 2/ Estimado							

Con relación a la tasa de mortalidad por tuberculosis todas las formas y con la línea de base 2006, se ha alcanzado una disminución significativa en el periodo, sin embargo la cifra de alcance 2011 es preliminar y 2012 es proyección dado que las cifras oficiales de cierre las emite INEGI con 18 meses de retraso.

Tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar							
Indicador según variables	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011/[1]**	**2012/2**
Variable 1: No. Muertes por TB P	1,933	1,866	1,950	1,875	2,116	1,757	1,700*
Variable 2: Población por 100,000 hab.	104,874,282	105,790,725	106,682,518	107,550,697	108,396,211	109,219,931	110,022,552
Tasa de mortalidad TB P	1.8	1.8	1.8	1.7	1.9	1.6	1.5
Porcentaje de avance		-9.0	0	-4.5	0	-13.6	-6.2
Tasa por 100,000 habitantes. Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Tuberculosis. Secretaría de Salud 2008.. Fuente 2010 y 2011: DGIS/SS; datos preliminares. La información 2011 corresponde a estimaciones realizadas en base a las proyecciones de población de CONAPO (2005-2030) y tendencias de los años anteriores. 1/Preliminar SEED/SINAVE/24/4/2012; 2/ Estimado							

De igual manera, relacionado a la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar y con la línea de base 2006, se ha obtenido disminución significativa a partir de 2011 y se estima continuar en disminución relacionado esto con los porcentajes de éxito de tratamiento en incremento como se observa en la tabla siguiente:

Éxito de tratamiento:							
Indicador según variables	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011/1**	**2012**
Meta programada	80%	80%	81%	82%	83%	84%	85%

Variable 1: Número de casos de TBP+ que inician tratamiento y curan	79.7%	82.9%	84.0%	85.3%	86.1%	86.3%	87.0%
Variable 2: Total de casos de TBP+ que inician tratamiento.	13,813	14,550	15,035	14,856	15,384	15,457	15,530
Porcentaje de avance		+3.6%	+3.7%	+4%	+3.7%	+0.23%	+0.81%
Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Tuberculosis. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos: SUIVE DGE. 1/Cohorte enero- junio de 2011.							

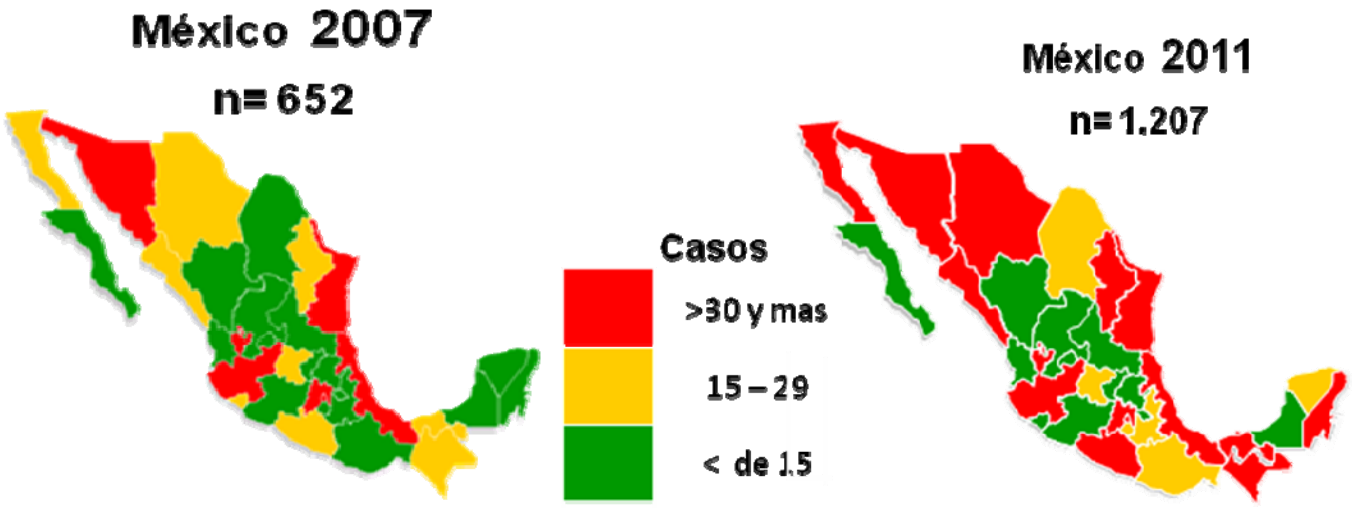
Con relación a la proporción de casos nuevos de tuberculosis pulmonar que curan al terminar el tratamiento, en el periodo 2006-2011 se ha obtenido avance gradual y sostenido con relación al dato registrado en el inicio del periodo. La cifra de 2012 representa una proyección y no existe el riesgo de no mantener o rebasar el logro de 2010.

En los últimos años el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis se ha dado a la tarea a impulsar la detección enfocada de casos nuevos entre la población afectada con VIH-SIDA, para lo que ha integrado una Estrategia Nacional exprofeso. En este sentido la incidencia y prevalencia de casos con Binomio TB/VIH-SIDA se ha incrementado en 85% respecto a 2007 (año de inicio de la estrategia) y se proyecta un incremento paulatino con base en las recomendaciones internacionales de atención del binomio en cuestión, lo que implica la detección oportuna en ambos sentidos e ingresar y controlar el tratamiento hasta la curación de la tuberculosis en estas personas. Lo anterior por la evidencia científica que indica que las personas que viven con VIH/Sida tienen hasta 50% más posibilidades de desarrollar tuberculosis en el transcurso de 5 años en comparación con las personas VIH negativas.

Año	Casos de TB tamizados para VIH	Casos Diagnosticados con Binomio TB/VIH-Sida	%
2007	6687	652	9.7
2008	6895	1096	16
2009	5847	941	16
2010	8915	1189	13.3
2011	8163	1,207	14.7

Prevalencia TB-SIDA

México 2007-2011



Atención de casos binacionales México-EUA:

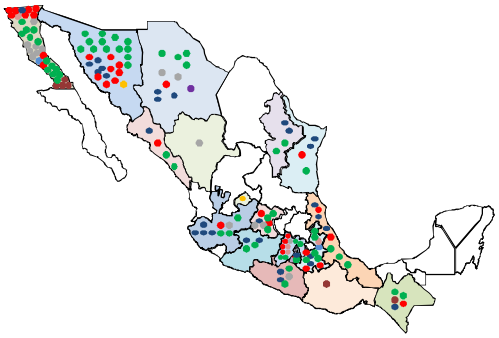
A través de Alianzas colaborativas del Programa Nacional con instancias gubernamentales de los Estados Unidos de Norteamérica en salud (CDC), se han referido en los últimos años en promedio 90 casos de Tuberculosis de ese país a

México por año para su seguimiento en el tratamiento, además de ser registrados en la Plataforma Única de Información Módulo Tuberculosis de México, lo cual facilita su seguimiento y permite la elaboración de estrategias de intervención a fin de avanzar en la notificación y seguimiento de los casos hasta su curación.

En este sentido durante la presente administración se fortaleció la estrategia binacional a través de una tarjeta de caso binacional de tuberculosis, con la cual el paciente migrante puede obtener atención médica a ambos lados de la frontera sin importar su situación legal, lo que ha permitido incrementar la referencia de casos entre ambos países y por ende su seguimiento del tratamiento hasta su curación y le valió al proyecto binacional de tuberculosis un reconocimiento por parte de los centros de control de enfermedades CDC por sus siglas en inglés.

Referencias de casos de tuberculosis EUA-México

2007



201

N=79 referencias

63% de éxito de tratamiento

N=95 referencias

86% de éxito de tratamiento

Estrategia de Evaluación Operativa "Caminando a la Excelencia":

En el Índice de desempeño del Programa Nacional de Tuberculosis, medido a través de los Indicadores "Caminando a la Excelencia", evidencia al alcance de cada entidad federativa de manera semaforizada, con un color verde para quienes alcanzan un índice mayor a 90%; amarillo para quienes alcanzan entre 80 y 90%; rojo a quienes logran entre 60 a 79.9% y adicionalmente un color negro para quienes alcanzan menos de 60%. Lo anterior permite generar una competencia sana entre las entidades federativas y los mejores tres desempeños son premiados con un reconocimiento público y una placa entregada por el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud en el Encuentro Nacional de Prevención y Promoción de la Salud celebrado cada año de la presente administración.

Los indicadores clave son: cobertura de detección, diagnóstico oportuno, curación, seguimiento adecuado y calidad de la vigilancia epidemiológica (hasta 2010). Se identifica el progreso sostenido en las actividades sustantivas de prevención, control y seguimiento de los casos de Tuberculosis Pulmonar, que es la forma de tuberculosis de interés en el campo de la Salud Pública.

Para el año 2011 se incluyó a esta estrategia de evaluación, el Indicador de "Detección de VIH en personas con Tuberculosis", lo cual permitirá avanzar en la identificación oportuna de dicha co-morbilidad.

El avance en esta estrategia de evaluación evidencia un logro significativo al haber alcanzado para 2010 un índice de 85.8% respecto al logrado en 2006 que fue de 70.6%.

Evaluación operativa mediante indicadores de Ejecución:

Con relación a las metas establecidas en el Programa Anual de Trabajo 2006-2012, se identifican logros satisfactorios con relación a las actividades de detección, curación, abasto de insumos, atención de casos de Tuberculosis Multifármacorresistente, actividades de capacitación al personal de salud y cumplimiento con las visitas de supervisión-asesoría de las entidades federativas

Evolución sobre los indicadores de gestión del Programa Anual de Trabajo 2006-2011

Descripción	Cierre anual					
Objetivo estratégico	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Abasto de insumos	26 (80%)	29 (90%)	32 (100%)	32 (100%)	31(97%)	32(100%)
Casos nuevos de TB pulmonar	13,813	14,550	15,035	14,856	15,384	15,457
Curación de casos TB Pulmonar	79.7%	82.9%	84%	85.3%	86.1%	86.3%
Estados que ofrecen TPI**	N/D	N/D	N/D	32(100%)	32(100%)	32(100%)
Ingreso a tratamiento con fármacos de segunda línea a casos en situación de multifármacorressitencia (TB-MFR)***	0	0	0	242*	386*	430*
Eventos nacionales de capacitación	2	3	5	4	3	3
Visitas de supervisión y asesoría a estados	25	32	40	56	43	35

* los esquemas se compran de acuerdo a las necesidades.

** Terapia Preventiva con Isoniazida para personas que viven con VIH-Sida

*** Tuberculosis Multifármacorresistente

Búsqueda activa de TB en Grupos Vulnerables:

A través de la estrategia de búsqueda intencionada de casos en población vulnerable, como lo son las personas privadas de la libertad, se han identificado de manera constante un número significativo de casos nuevos entre este tipo de población. Las prisiones per se representan un terreno fértil para la propagación de la tuberculosis a partir de un caso índice, por ello la estrategia nacional incluye además de la búsqueda intencionada, el estudio de los contactos de los casos diagnosticados a fin de interrumpir la cadena de transmisión.

Actividades de detección de TB realizadas en grupos vulnerables (personas privadas de la libertad)

México 2006-2011

Año	Número de prisiones trabajadas	Número de internos	Sintomáticos respiratorios estudiados	Casos nuevos diagnosticados de TB
2006	169	81,034	13,659	294
2007	217	131,960	18,871	344
2008	134	142,523	23,409	384
2009	193	143,148	19,986	264
2010	142	84,203	13,938	144
2011	382	135,892	9,613	221

Fuente: Informes de los estados y Plataforma Única de Información

Las diferencias entre el número de sintomáticos respiratorios y los casos nuevos diagnosticados en los últimos informes de las prisiones, se debe a las dificultades para el acceso del personal de salud, para los operativos de detección, dadas las inconveniencias de algunas autoridades penitenciarias.

Otro binomio que ha ocupado la atención del Programa ha sido el la comorbilidad TB/Diabetes Mellitus, para lo cual se ha integrado una estrategia colaborativa con el Programa Nacional de Prevención y Control de Diabetes para la intensificación de las actividades de detección de diabetes entre las personas con tuberculosis, así como la integración de esquemas oportunos de tratamiento aunados a un control metabólico estricto en estas personas con binomio TB/DM.

Debido al impulso de estas acciones de detección oportuna, se refleja un incremento muy significativo de la prevalencia de este binomio al pasar de 2,804 casos registrados en 2006 a 4,207 para 2011, lo que representa un incremento de 50% para el periodo, como se muestra en la tabla siguiente:

Detección de TB realizadas en grupos vulnerables para el caso de las personas con Diabetes Mellitus

México 2006-2011

Año	Total de casos de TB Todas formas	Casos con TB tamizados para DM	%	Prevalencia de DM entre los casos de TB	%
2006	17,364	4,513	26	2,804	16
2007	17,621	4,663	26	3,116	18
2008	18,274	4,719	26	3,217	18
2009	18,197	4,460	25	3,343	18
2010	19,020	5,220	27	3,712	19
2011	19,289	8,074	42	4,319	22

Fuente de información: Plataforma y Formato Único de Información

El incremento en las actividades realizadas en los últimos años, habla claramente del avance que existe en la coordinación interprogramática (tuberculosis y diabetes), lo que ha implicado una gran cantidad de insumos invertidos para el diagnóstico oportuno de casos de diabetes entre los enfermos registrados de tuberculosis y su oportuno ingreso al tratamiento respectivo.

Prevalencia TB/DM

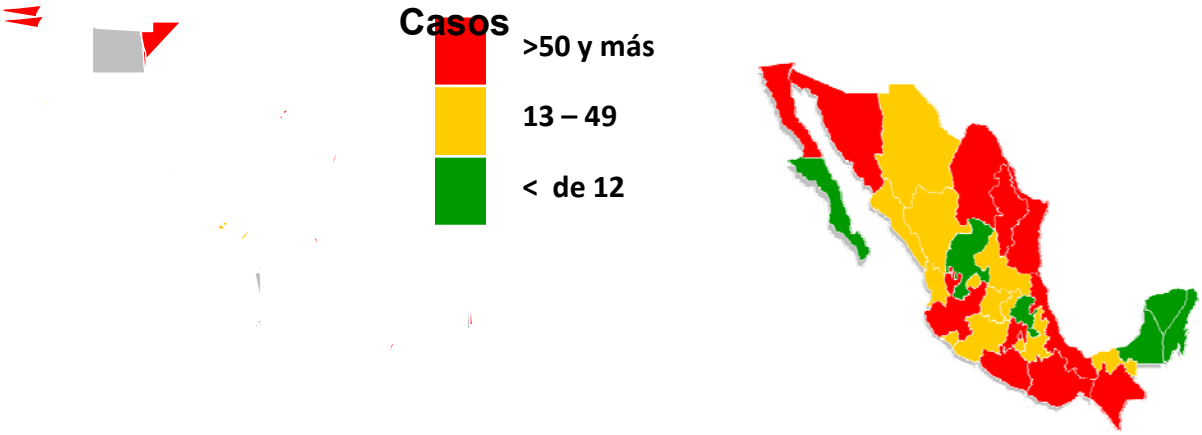
México 2007-2011

México 2006

N= 2,804

México 2011

N= 4,319

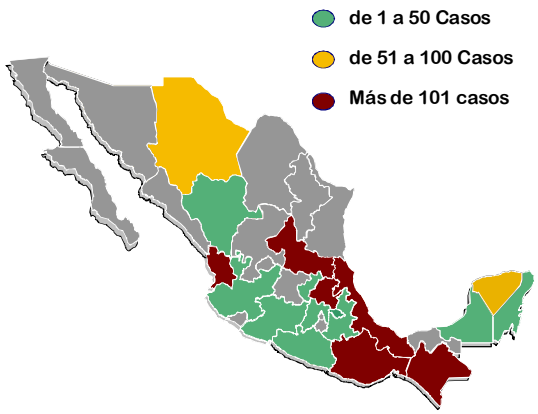


Otro Grupo Vulnerable de prioridad en Tuberculosis lo representan las poblaciones indígenas, donde cada año se realizan operativos intencionados de búsqueda activa en beneficio de la población habitante de estos municipios.

Durante la presente administración, los estados con mayor frecuencia de casos de tuberculosis pulmonar en municipios indígenas se ha registrado en un rango que va de 27 casos registrados en municipios de Querétaro hasta 1,383 para los de Oaxaca.

Detección de TB realizadas en grupos vulnerables como el caso de las Comunidades indígenas

México 2006-2011



Entidad de Residencia	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CAMPECHE	10	9	8	7	5	7
CHIAPAS	139	186	226	197	226	169
CHIHUAHUA	47	73	72	60	57	79
DURANGO	11	11	10	12	3	6
GUERRERO	55	63	54	49	53	66
HIDALGO	87	109	108	128	120	101
JALISCO	9	12	7	9	17	20
MEXICO	25	12	19	27	21	37
MICHOACAN	5	18	2	1	3	5
NAYARIT	172	162	173	160	156	171
OAXACA	229	224	227	250	216	237
PUEBLA	133	102	118	105	97	112
QUERETARO	5	4	7	7	3	1
QUINTANA ROO	20	18	24	30	33	41
SAN LUIS POTOSI	114	130	125	171	128	107
TLAXCALA	5	6	7	6	10	7
VERACRUZ	104	127	125	154	140	140
YUCATAN	71	49	56	60	63	63
TOTAL	1241	1315	1368	1433	1351	1369

Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población:

- **Beneficio social de país:**
  - Durante la presente administración, la población mexicana tuvo menos riesgo de morir a causa de la tuberculosis, al haber disminuido en 16.6% la mortalidad respecto al año de base (2006).
  - Aunado al logro anterior, la población afectada por tuberculosis pulmonar en 2012 tiene una esperanza de curar mayor que en 2006, al haber incrementado en 9.1% el éxito de tratamiento respecto a 2006, es decir, que ahora de cada 100 enfermos de tuberculosis que ingresan a tratamiento 87 curan, cifra superior a la meta establecida de 85% tanto por el Programa Nacional como por los ODM.
  - Aunque la tendencia de la incidencia aparentemente no refleja una disminución durante el periodo, tampoco se ha disparado fuertemente hacia el incremento, sin embargo el beneficio social de país en este rubro estriba en la intensificación de la búsqueda de casos, con énfasis en poblaciones vulnerables, y se espera que antes de 2015 se detenga y empiece a disminuir, de acuerdo a los ODM.
- **Beneficio a la Institución:**
- Capacitación permanente del personal aplicativo mediante integración de cursos de carácter nacional, regional y local sobre los tópicos de interés actual en TB y la elaboración, impresión y difusión de documentos técnico-operativos para el

fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal de salud con énfasis en el fortalecimiento de la Estrategia TAES.

- Realización Anual de Curso de Actualización en Tuberculosis en el Adulto y el Niño, en colaboración con el Hospital General de México, con asistencia de 500 en promedio de profesionales de la salud, a fin de que el personal del primer nivel de atención esté capacitado en aspectos técnicos y humanísticos para la identificación oportuna de casos de tuberculosis, así como en estrategias para favorecer la adherencia terapéutica a través del otorgamiento del Tratamiento Estrictamente Supervisado y así poder coadyuvar a la curación de las personas afectadas por tuberculosis.
- Curso-taller anual de actualización en Tb fármacorresistente
- Cursos regionales sobre la atención de las comorbilidades TB-VIH y TB-DM.

- Actualización de la normatividad oficial mexicana (NOM-006-SSA2-1993), para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud, que favorece la estandarización de procedimientos en la detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis por los prestadores de servicios del Sector Salud.
- Coordinación Interinstitucional, a través de reuniones con el Grupo Asesor Nacional de Fármacorresistencia en interacción con todas las Instituciones de Salud quienes atienden personas enfermas de tuberculosis fármacorresistente. (Todas las instituciones atienden con estricto apego a la normatividad los casos de tuberculosis).

- Mejoramiento y sistematización sectorial del sistema de información epidemiológica.
- Coordinación Interinstitucional eficiente para la atención y seguimiento de casos en estados con mayor rezago, incluyendo el establecimiento de alianzas con organizaciones de la sociedad civil, la medicina privada y las escuelas y facultades de medicina y enfermería.

- Coordinación interprogramática para la detección oportuna de las co-morbilidades Tuberculosis-VIH y Tuberculosis-Diabetes Mellitus (TB-VIH y TB-DM).
  - En DM, se realiza búsqueda intencionada de casos de TB, con un incremento en el registro de casos con el binomio TB/DM de 174%, resultando una prevalencia de 4,319 casos encontrados en 2011. Son 13 los estados que concentran el 70% de casos con binomio TB-DM en el país: Sonora, Veracruz, Tamaulipas, Nuevo León, Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Baja California, Distrito Federal, Estado de México, Puebla, Coahuila y Tabasco. El PNT, decide implementar en cinco Entidades Federativas, algunas estrategias trabajando con el Programa de DM, mismas que son conocidas por la OMS, realizando

un proyecto en México auspiciado por USAID y la Embajada de EU en México.

- Alianzas estratégicas con organizaciones de la Sociedad Civil para impulsar la detección de Tuberculosis en personas afectadas por el VIH:

    - Se realizaron firmas de convenios colaborativos de Asociaciones Público-Público y Público-Privadas en: Nuevo León, Puebla, Estado de México y Tamaulipas donde se involucran Escuelas y Facultades de Enfermería, Ceresos y Cruz Roja Mexicana, Clínicas del IMSSS y Clínicas del ISSSTE, asociaciones con Médicos privados y Hospitales y; Escuelas y Facultades de Medicina respectivamente.

- Coordinación con instancias gubernamentales de los Estados Unidos de Norte América para el seguimiento de los casos de tuberculosis que son diagnosticados en ese país y que son referidos a México para su seguimiento y control.
- Establecimiento de alianzas estratégicas instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, a fin de que en la currícula de los planes de estudio, esté incorporado el tema de tuberculosis de manera permanente y actualizada. Se tiene registro de más de 20 escuelas aliadas a la Lucha contra la Tuberculosis en el país.
- Fortalecimiento de la Red TAES de Enfermería para favorecer la Atención Centrada en la persona a través de estrategias de Abogacía, Comunicación y Movilización Social (ACMS).
    - En ACMS 21 entidades federativas se encuentran ya capacitadas mediante cursos y talleres realizados por el PNT en el periodo requerido; actividad que ha incrementado notablemente en el año 2011.
- Personal de la Red de Laboratorios de Tuberculosis, capacitado para mejora de los procedimientos de diagnóstico bacteriológico.
- Implementación y seguimiento del Plan Nacional de Control de Infecciones para evitar la transmisión de Tuberculosis en los establecimientos que otorgan atención a los casos, inicialmente en tres entidades federativas para proseguir con la expansión a las 32 entidades federativas.

Beneficio a la población afectada:

- Servicios gratuitos de detección, diagnóstico, tratamiento oportuno y estudios de contacto.
- Elaboración y distribución de material educativo para la población, que favorezca el empoderamiento de las personas y de las comunidades en actividades de prevención y control de la tuberculosis. Desde 2009 cada paciente recibe al inicio de su tratamiento una "Carta de Derechos y Responsabilidades sobreTuberculosis"

Tuberculosis con Resistencia a Fármacos

- En 2008 se realizó en México la **Encuesta Nacional de Fármacorresistencia en Tuberculosis** con la participación de 9 estados Baja California, Chihuahua, San Luis Potosí, Querétaro, Yucatán, Morelos, Edo. de México, Guanajuato y Sinaloa. El protocolo fue aprobado por Ginebra y el CDC de Atlanta USA. La encuesta permitió estimar la prevalencia de resistencia a medicamentos antituberculosis, en una muestra representativa a nivel nacional de pacientes con TBP. Las prevalencias de FR y MFR en casos nuevos fue de 2.2%, y de 13.2% en casos previamente tratados.
- **Red nacional de expertos y formación de capital humano**
    - En el 2009 con la colaboración de la UNION, el PNT realizó un diagnóstico situacional en 23 entidades federativas, lo que permitió la identificación de actividades críticas en el proceso de atención a pacientes con tuberculosis resistente a fármacos, como una actividad anticipatoria a la disponibilidad de fármacos de segunda línea en México. Esto permitió la **construcción de la estrategia nacional para la atención de personas con tuberculosis resistente a fármacos**, cuyo objetivo es lograr un manejo integral y acceso universal al diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis con resistencia a fármacos.
    - Durante el 2010, se elaboró un kit de capacitación sobre el "Manejo clínico operacional de la tuberculosis con resistencia a fármacos" para personal de salud operativo, dicho material permitió estandarizar la capacitación a nivel nacional.
        - Con la finalidad de tener grupos de apoyo en la toma de decisiones para el control de la TB-DR, MDR/XDR en los estados del país, **se formaron 32 comités estatales de fármacorresistencia (COEFAR),** los

cuales están conformados por el responsable del Programa Tuberculosis y el líder clínico de TB-DR en el estado, así como médicos consultores (especialistas en Neumología, Infectología, Medicina Interna, etc.).

- Para todo el país el hospital nacional de referencia para casos complicados de TB-MFR es el INER, quien cuenta con la infraestructura necesaria y recurso humano calificado para la atención de estos casos, además de contar con la participación directa del Líder Clínico Nacional.
- Del 2006 al 2010 el PNT en coordinación con la UICTER, INER y USAID, realizó anualmente un Curso Nacional sobre el manejo clínico-programático de la tuberculosis resistente a fármacos, con asistencia promedio de 150 profesionales de la salud. Desde el 2011 el PNT con apoyo de USAID realiza el curso clínico gerencial de alta especialidad para el manejo de la tuberculosis con resistencia a fármacos, en donde se emplea una metodología de entrenamiento para líderes clínicos en TB-DR y responsables estatales de las 32 entidades federativas del programa tuberculosis.
- Construcción e implementación de un sistema de información para el seguimiento de TB-MDR
- En el 2009 **se construye** el **Sistema de Información para tuberculosis con resistencia a fármacos**, llamado MACRO TB-MDR, el cual se implementó en todo el país. Este sistema permite llevar un control estrecho sobre el seguimiento programático, clínico y bacteriológico de cada paciente que ingresa a tratamiento con fármacos de segunda línea.

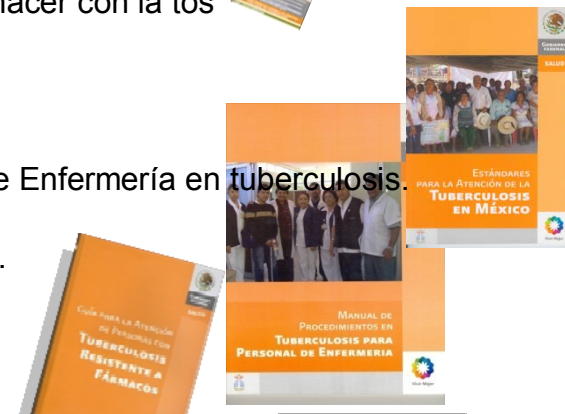
- **Resultados del tratamiento de los casos TB- MFR:**
  - La **conversión bacteriológica** obtenida durante los primeros seis meses de tratamiento de los casos con TB-MFR y XDR, fue del **85.98%**, lo cual **rebasa con mucho el estándar internacional**.

Difusión de material en TB:

Año 2007

- 5,000 ejemplares de la Guía de Binomio TB/SIDA
- 500,000 ejemplares de Tienes tos con flemas?
- Infórmate.
- 10,000 Manuales PPD
- 10,000 Guías básicas de adherencia.
- 500 Carpetas Red TAES de Enfermería
- 100,000 ejemplares del Folleto Vive libre de tuberculosis
- 500,000 ejemplares de Autoevaluación de TB
- 500,000 ejemplares de Superinspectores de tuberculosis.
- 100,000 ejemplares de Carta de los Derechos de los pacientes.
- 8,000 ejemplares del Rotafolio Universal de Tuberculosis.
- 50,000 ejemplares del Poster de Información Qué hacer con la tos
- 50,000 ejemplares de la Guía de presentación Qué hacer con la tos

Año 2009



- 10,000 ejemplares del Manual de Procedimientos de Enfermería en tuberculosis.
- 10,000 ejemplares del
- Manual estándares de tratamiento de la tuberculosis.

Año 2010

- 5,000 ejemplares de la
- Guía de Atención de los pacientes con tuberculosis
- fármacorresistente.

Año 2011

- 3, 600 ejemplares de cada uno de los siguientes materiales:
- Manual de Procedimientos en Enfermería
- Lo que debe saber la persona afectada de TB
- Manejo y almacenamiento de MFR
- Manual de Control de Infecciones
- Manual de Supervisión

- Manual de Capacitación RED TAES
- Manual de prevención en CERESOS
- Guía de Adherencia
- Guía de Pediatría

PROBLEMÁTICA AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2012.

Corto plazo.

- Publicación en el Diario Oficial de la Federación, del PROYECTO DE MODIFICACIÓN A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-006-SSA2-1993, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS ENLA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD, PARA QUEDAR COMO PROYECTO DE MODIFICACIÓN A LA NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-006-SSA2-2011, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
- Desarrollo de Curso de Actualización en Tuberculosis en el Adulto y el Niño dirigido al personal de salud, a realizarse en junio del 2012
- Desarrollo del Curso-Taller de Abogacía, Comunicación y Movilización Social (ACMS) con participación de las agencias internacionales Proyect Concern International y PATH
- Adquisición de fármacos de segunda línea para la atención de casos de Tuberculosis con resistencia a fármacos.
- Curso nacional de Atención de Reacciones Adversas a Fármacos (RAFAs) de segunda línea en TB MFR

Indicador	2006	2007	2011		Expectativa 2012
			Programado	Avances	
• Incidencia de casos TB P	13,813	14,550	15845	15,739	15,879
• Curación de casos TB P	65%	78%	85%	86%	86%
• Atención de casos con TB-MFR	9	16	386	427	564
• Eventos de capacitación	1	1	3	3	4
• Visitas de supervisión a entidades.	10	16	43	43	48
• Detección de VIH a personas con TB	3%	5%	50%	47%	80%

Lepra.

La lepra es una infección granulomatosa crónica causada por Mycobacterium leprae, que afecta principalmente la piel y los nervios periféricos; se manifiesta con manchas o placas hipopigmentadas, eritematosas o infiltradas y nódulos; las lesiones están asociadas con anestesia, alopecia y anhidrosis, en número y formas variadas, las lesiones se localizan con mayor frecuencia en cara, tronco y extremidades.

La lepra se considera no eliminada y un serio problema de salud pública cuando la tasa de prevalencia es mayor a 1 caso por cada 10 mil habitantes, de acuerdo al indicador de Eliminación emitido por la Organización mundial de la salud.

En México la tasa de prevalencia a menos de 1 caso X 10, mil se logró en 1994, y al cierre del ejercicio 2011 solo prevalecen 23 municipios en esa condición, ubicados en 10 entidades federativas

Meta 2007 a 2012

Reducir en 12% la tasa de prevalencia de lepra en el periodo, hasta alcanzar una tasa de 0.028 por 10 mil habitantes.

Disminuir un 12% el número de municipios prioritarios de lepra (con tasa mayor a 1 caso por cada 10 mil habitantes) al final del periodo.

Objetivo general:

Cortar la cadena de trasmisión para disminuir la incidencia, prevalencia y discapacidad entre los enfermos, a fin de avanzar en el control de la lepra en México a través de las estrategias y acciones apegadas a los principios de equidad y justicia social.

Objetivos específicos:

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 1 caso por 10 mil habitantes y en aquellos que han presentado casos en años últimos 5 años.

2.- Fortalecer las acciones de promoción de la salud y participación comunitaria en la lepra que incluya a autoridades locales y organizaciones de sociedad civil, a fin de incrementar el conocimiento sobre la enfermedad y disminuir el estigma que prevalece entre la población.

En este sentido, el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) propone en su Programa de Acción Específico 2007-2012 realizar las siguientes estrategias y líneas de acción:

Fortalecimiento de las competencias técnicas del personal aplicativo del Sector Salud para la detección, diagnóstico tratamiento.

Fortalecimiento de las acciones de detección oportuna.

Mejorar en los procedimientos para la baciloscopia e histopatología.

Modernización del sistema de información para la vigilancia epidemiológica.

Vigilancia estrecha de los alcances de curación.

Fortalecimiento de la supervisión y asesoría en los servicios en los diferentes niveles de atención y control de las instituciones de salud.

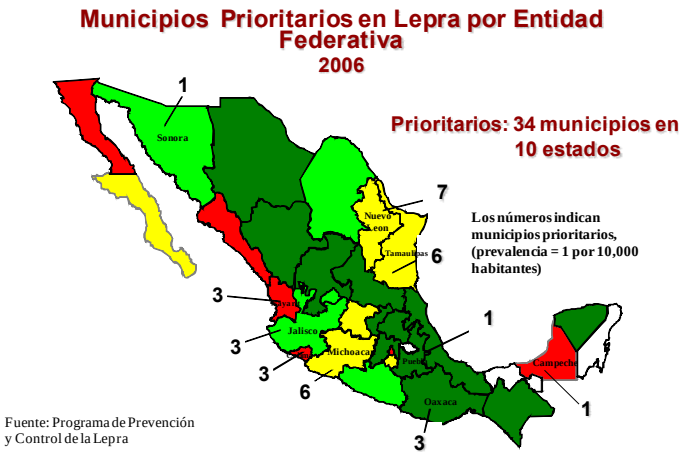
Fomentar acciones de promoción a la salud y participación comunitaria en lepra

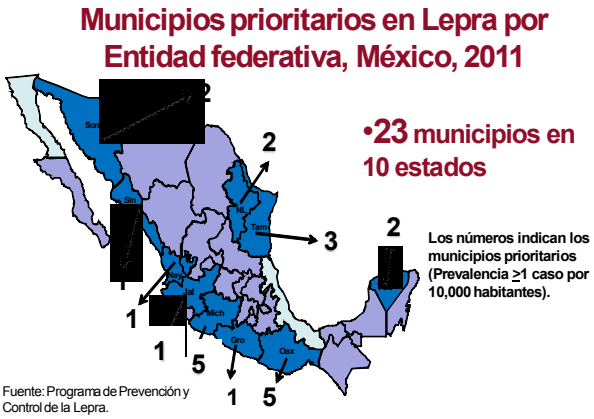
Principales avances 2006-2011:

Durante la presente administración, la incidencia por lepra se ha descendido de manera paulatina al alcanzar 0.193 casos por cada 100 mil habitantes, respecto a 0.236

registrada en 2006 como año de base, lo que representa un 18.2% menos que el año de referencia y un 52% más respecto a la meta establecida de 14% para el periodo.

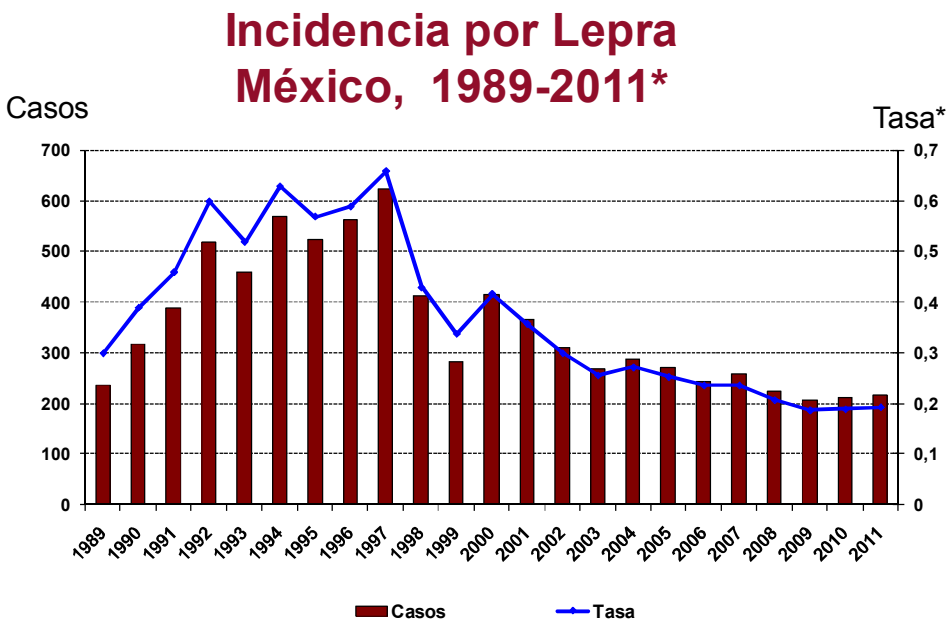
Entre 2007 y 2011, el número de municipios prioritarios con tasa mayor a 1 caso por 10 mil habitantes ha pasado de 34 registrados en 2006 a 23 para 2011, lo que representa una disminución de 32.4 % para el periodo respecto a la meta establecida para el periodo de 12%.





Para mantener el control de la lepra, aun cuando la prevalencia y la incidencia muestran una tendencia hacia la reducción, durante el periodo 2007-2011 se ha optado por continuar las actividades con enfoque de riesgo, al fortalecer las acciones de promoción de la salud y participación comunitaria con énfasis en las entidades con antecedentes de endemia.

Como se observa en la gráfica siguiente, la tendencia de la incidencia se ha mantenido con base en el año de mayor incidencia registrada en México que fue 1997, año en que México registró hasta 617 casos nuevos y una tasa de 0.67 por cada 100,000 habitantes, después de haber intensificado las acciones de búsqueda activa de casos y el inicio de la terapia curativa de la enfermedad en México a partir de 1989.

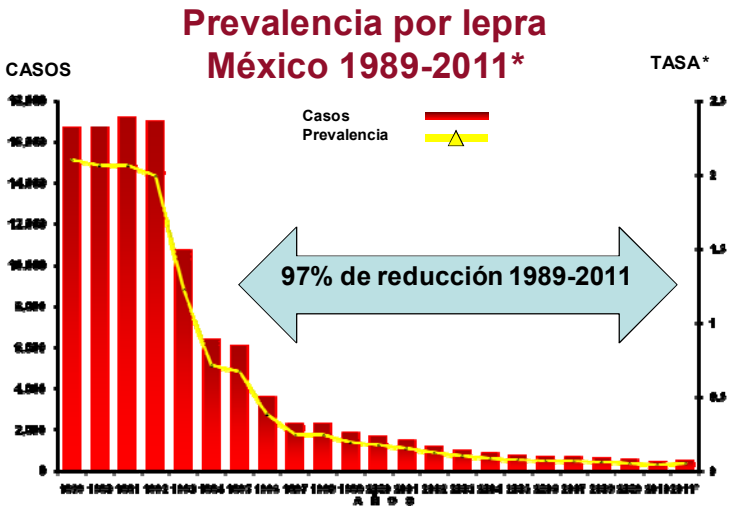


Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de la Lepra

INCIDENCIA POR LEPRA EN MÉXICO, 2006-2011						
Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total de Casos	243	257	224	207	216	215
Tasa	0,236	0,236	0,207	0,187	0,189	0,193

Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de la Lepra

De la misma forma que la incidencia, la prevalencia por lepra también ha mostrado un descenso franco en la tendencia de 1989 a 2011 con una reducción de 97% para el periodo, tendencia que se ha mantenido durante la presente administración.



Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis

PREVALENCIA						
Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total de Casos	702	684	638	557	437	525
Tasa	0,065	0,062	0,058	0,0476	0,039	0,047

Acciones respecto a las estrategias y líneas de acción establecidas en el programa de Acción específico 2007-2012:

Se ha dado cumplimiento a la actualización del personal aplicativo con enfoque de riesgo, mediante la programación y desarrollo mínimo de un evento de capacitación con carácter regional de acuerdo a las áreas prioritarias consideradas endémicas de lepra en México.

Se han intensificado las acciones de detección de casos nuevos de lepra con énfasis en el estudio de los contactos de casos prevalentes en la consulta general y mediante la estrategia denominada “Jornadas Dermatológicas que algunas entidades como Nayarit, Oaxaca, Guerrero y Sinaloa mantienen como prioridad anual.

Se ha sostenido la actualización de los microscopistas de la Red de laboratorios para mantener y mejorar las destrezas técnico-operativas en la realización de estudios baciloscópicoss e histopatológicos. En este rubro se ha ampliado la red de proceso de estudios histopatológicos en los principales centros dermatológicos de México: Sinaloa, Jalisco, Nuevo León y Distrito federal.

Se ha sostenido en incremento el porcentaje de curación de los enfermos ingresados a tratamiento a base de la poliquimioterapia, gracias a la gestión anual de donación de los esquemas suficientes de tratamiento a través de la Organización panamericana de la Salud.

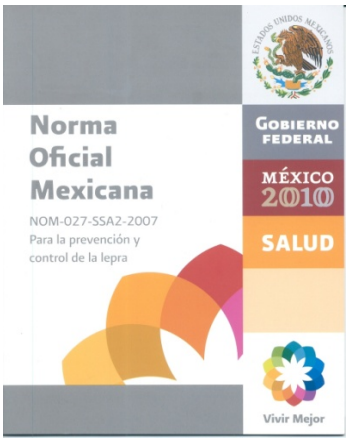
Con enfoque de riesgo y basados en la priorización estatal se ha dado cumplimiento al 100% de las visitas de supervisión y asesoría en servicio programadas para cada año, que en promedio suman 10 entidades federativas por año de acuerdo al calendario establecido.

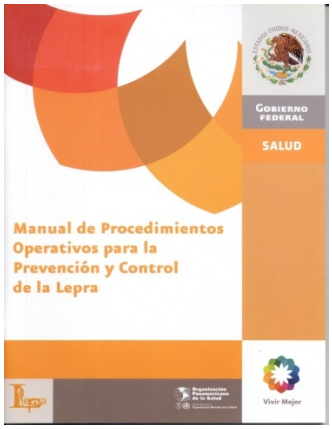
En el marco del “Día mundial de lucha contra la lepra” cada año el último día hábil de enero, se realiza la conmemoración con un acto alusivo de carácter federal, mismo que se replica en cada entidad federativa con acciones de intensificación en la información a la población con diversas estrategias de promoción de la salud, orientadas a la población general y al personal de salud

INDICADORES PAT

Cierre Anual						
Objetivo estratégico	2006	2007	2008	2009	2010	2011/1
Cursos impartidos a 10 técnicos microscopistas de estados prioritarios	1	1	1	1	1	1
Esquema de tratamiento Lepra recibidos vía OPS	293	288	243	264	250	240
Realizar un evento de capacitación, en Lepra coordinado por el Programa Federal	2	1	---	1	1	1
Visitas de supervisión y asesorías a estados prioritarios	10	10	---	10	10	10
Lograr la curación de los casos ingresados a tratamiento	246	190	211	245	212	212
Garantizar que las 32 entidades federativas cuenten con la modificación NOM-027-2007 de Lepra	------	-----	----	32	32	-----

En fortalecimiento a las acciones de promoción, prevención y capacitación al personal aplicativo del sector salud, durante la presente administración se ha actualizado la NOM-027-SSA2-2007 para la prevención y control de la lepra, así como el “Manual de procedimientos operativos para la prevención y Control de la lepra”.





Evaluación:

La estrategia de Evaluación "Caminando a la Excelencia" muestra los logros sustantivos sobre la operación del programa en las entidades federativas de acuerdo a las principales actividades vertidas en los indicadores clave.

INDICADORES CAMINANDO A LA EXCELENCIA

	Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dx. Oportuno	Meta	317	297	277	256	215	215
	Logro	246	243	220	186	185	173
	Porcentaje	77,8%	81.8%	79,5%	72,5%	85,9%	80,4%
Calidad en el Dx.	Meta	254	238	223	207	211	178
	Logro	249	235	217	196	207	178
	Porcentaje	97,9%	98.8%	97,3%	95,2%	98,1%	100%
Cobertura de Tx	Meta	702	684	650	555	437	525
	Logro	660	564	611	504	420	480
	Porcentaje	94,1%	82.5%	94.0%	90,8%	97,1%	91,4%
Examen de Contactos	Meta	5,616	5,472	5,220	5,112	4,125	4,223
	Logro	4,717	4,651	4489	4,652	3,939	4,153

	Porcentaje	84.0%	85.0%	45,6%	91,0%	95.5%	98.3%

Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población

Beneficio social de país:

Avance significativo en la eliminación de la transmisión de la lepra.

Reducción de la prevalencia, e incidencia así como el número de municipios con tasa mayor a 1 caso por cada 10 mil habitantes.

Beneficio a la población afectada:

Diagnóstico oportuno, tratamiento, curación y estudio de los contactos, disminución de casos con discapacidad deformante ocasionada por la lepra.

Beneficio a la institución:

Fortalecimiento de las capacidades técnicas y operativas del personal de salud

Logro de los objetivos y metas establecidas para el periodo.

Mejoramiento de los sistemas de información epidemiológica

Integración de alianzas institucionales para el control conjunto de la lepra

PROBLEMÁTICA

Los problemas operativos que inciden en el programa se centran principalmente en la falta de presupuesto para la operación del programa, recursos específicos para la capacitación por lo que los retos son:

Retos a corto plazo:

Gestión para el fortalecimiento del financiamiento del programa a través de los diversas fuentes del AFASPE 2013.

Realizar planes intensivos de acción en 5 Estados prioritarios con mayor prevalencia: Sinaloa (114), Michoacán (60), Nuevo león (43), Guerrero (40) y Nayarit (38)

Asesoría y supervisión permanente a los 10 estados prioritarios de mayor prevalencia: Sinaloa, Michoacán, Nuevo León, Guerrero, Nayarit, Jalisco, Colima, Oaxaca, Guanajuato y Tamaulipas.

Integración y capacitación de la Red Estatal de Laboratorio.

Retos a mediano Plazo:

Consolidar un sistema de información sistematizado en línea con apoyo de la Dirección General de Epidemiologia.

Garantizar la utilización del Manual de Procedimientos Operativos para la Prevención y Control de la Lepra.

Realizar un Plan para determinar áreas libres de Lepra.

Incidir en capacitación y sensibilización de las 32 Entidades Federativas.

Promover la reintegración en la currícula de escuelas y facultades de enfermería y medicina el tema de prevención y control de la lepra.

Desarrollar talleres regionales de capacitación dirigidos a coordinadores estatales, con carácter gerencial

Retos a largo plazo:

Innovación de los sistemas de información y de Indicadores Caminando a la Excelencia.

Sistematización de la detección de casos en el grupo de mayor riesgo de 15 años y más, así como los contactos de enfermos.

Potencializar alianzas públicas y privadas.

Mantener el trabajo en equipo compartiendo el liderazgo, intra e interinstitucional.

Promover y asegurar el recurso financiero para el Programa de Prevención y Control de la Lepra.

Consideración final sobre los alcances en el control de la lepra en México:

A pesar de la falta de financiamiento específico para el programa de lepra, México ha logrado la meta de eliminación de esta enfermedad como problema de salud pública,

al disminuir la prevalencia de acuerdo al indicador establecido por la OMS de menos de 1 caso por cada 10.000 habitantes.

A pesar de la falta de financiamiento específico para el programa se da en la medida posible la actualización continua del personal de salud con enfoque de prioridad en áreas de alta endemicidad por lepra, se actualizan los registros mediante la estrategias de vigilancia epidemiológica, además de un estrecho monitoreo y la evaluación sistemática de las acciones como estrategias fundamentales para acelerar la reducción de la prevalencia, sin embargo……no ha sido suficiente, ya que se requiere mayor voluntad política ya que se estima que en un sexenio se estima factible eliminar la lepra a menos de 1 caso por cada 10 mil habitantes en el 100% de municipios mexicanos mediante:

- Estrategias orientadas a controlar y curar al 100% de los pacientes en prevalencia actual y vigilancia estrecha de los alcances epidemiológicos.
- Mantener la detección oportuna con enfoque de riesgo en municipios prioritarios y en localidades donde en los últimos 5 años se haya registrado casos nuevos.
- Estudio estricto de 100% de los contactos de los casos prevalentes.
- Campañas de promoción educativa a la población con énfasis en localidades con presencia de casos
- Capacitación continua al personal operativo para mantener fresco el conocimiento sobre la enfermedad y.. para que vuelva a pensar en lepra, ya que demasiado personal ha perdido las destrezas para pensar en la enfermedad ante cualquier mancha con tres “A” alopecia, anestesia y anhidrosis

Las actividades sustantivas de Lepra, se encuentran alineadas al:

El Programa de Acción Específico Lepra 2007-2012, 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 (PROSESA), 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.

Durante el periodo 2006-2012 se han realizado las siguientes actividades:

Acto público de conmemoración del "Día Mundial de Lucha contra la lepra", con carácter nacional y replicado en las 32 entidades federativas.

Fortalecimiento de las competencias técnicas y operativas en detección, diagnóstico y tratamiento, focalizado a las entidades de mayor endemicidad en lepra 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.

Asesoría y supervisión a las entidades federativas prioritarias en un promedio de 10 visitas anuales.

Fortalecimiento de la detección oportuna de casos nuevos de lepra entre contactos de enfermos registrados en tratamiento y vigilancia postratamiento

Evaluación trimestral y anual dentro de la estrategia caminando a la excelencia

Gestión y adquisición de los medicamentos en donación, para la poliquimioterapia de lepra (PQT) a través de la Representación de la OPS en México

Diseño y Publicación

Publicación de la Norma oficial mexicana NOM 027-SSA2-2007 para la prevención y contro9l de la lepra

Manual de procedimientos operativos para la prevención y control de la lepra 2011

Manual de procedimientos de laboratorio de lepra

Manual para la prevención de discapacidades por lepra "Para una vida mejor"

Alcances en los principales indicadores de desempeño

Indicador	2006	2007	2011		Expectativa 2012
			Programado	Avances	
• Casos Nuevos	287	257	2011	165	152
• Municipios prioritarios (< 1 x 10 mil)	34	33	20	20	15
• Eventos de capacitación	1	1	7	7	10
• Curación de casos de lepra	86%	87%	98%	95%	98%
• Visitas de supervisión a entidades.	5	5	10	15	15
• Gestión de tratamientos(PQT)	700	684	214	214	200

- **Programa de salud en el adulto y en el anciano.**

Programa de Acción Específico Diabetes Mellitus 2007-2012.

Programa de Acción Específico.

Programa de Acción Específico Diabetes Mellitus 2007-2012.

Publicación en el Diario Oficial de la Federación

El Programa de Acción Específico de este Centro nacional, no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Objetivo del Programa o Proyecto

Prevenir, controlar y, en su caso, retrasar la aparición de la diabetes mellitus y sus complicaciones en la población mexicana, así como elevar la calidad de vida y el

número de años de vida saludable de las personas que presentan este padecimiento, mediante intervenciones costo-efectivas, dirigidas a los determinantes y entornos.

Periodo de vigencia

Del 1º. De enero de 2007 al 31 de diciembre de 2012.

Objetivo General

Prevenir, controlar y, en su caso, retrasar la aparición del riesgo cardiovascular y sus complicaciones, así como aumentar el número de años de vida saludable en la población mexicana y mejorar la calidad de vida en las personas que presenten estos padecimientos, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas.

Objetivos Específicos

1. Fomentar una nueva cultura por la salud entre la población mexicana que propicie cambios de actitudes saludables que permitan reducir los riesgos de padecer diabetes mellitus.
2. Brindar una atención multidisciplinaria para el control adecuado de la diabetes mellitus y enfermedades crónicas no transmisibles asociadas, y prevenir sus complicaciones.
3. Promover acciones que reduzcan la incidencia de la diabetes mellitus y enfermedades crónicas no transmisibles asociadas, para coadyuvar a desacelerar la mortalidad.
4. Lograr el control glucémico en las personas con diabetes mellitus en tratamiento para mejorar su calidad de vida.
5. Incrementar la detección oportuna de diabetes mellitus entre la población de riesgo para su control integral en las instituciones del Sector Salud.
6. Generar información oportuna y de calidad en los niveles nacionales, estatales y regionales para la evaluación de las acciones del programa y favorecer la toma de decisiones.

En este sentido, el Centro propone en su PAE realizar las siguientes estrategias para cumplir con los objetivos del mismo:

1. Impulso de los planes estatales y municipales en apoyo a las acciones de prevención y control de diabetes mellitus.
2. Fortalecimiento de la infraestructura para el manejo de la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas no transmisibles en el ámbito estatal y local.
3. Fortalecimiento del componente educativo (alfabetizar en diabetes) dirigido a la comunidad, las personas con diabetes mellitus, sus familias y la población en riesgo.
4. Incorporación de intervenciones costo-beneficio nacionales e internacionales innovadoras, basadas en las mejores prácticas y evidencia científica.
5. Acreditación permanente de la Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en apoyo a las metas del programa.
6. Innovación para la mejora continúa en la prestación de servicios de salud y establecimiento de mecanismos para la detección y diagnóstico temprano de diabetes mellitus.
7. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia epidemiológica y seguimiento para la toma de decisiones.

Programa de Acción Específico de Diabetes mellitus, 2007-2012.

En Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) se establece una estrategia clara y viable para avanzar en la transformación de México sobre bases sólidas, realistas y sobre todo, responsables. Se asume como premisa básica la búsqueda del desarrollo humano sustentable, a través de un proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades que permita la transformación de México en el largo plazo y, al mismo tiempo, sea el instrumento para que los mexicanos mejoren sus condiciones de vida.

En nuestro país, existen importantes desafíos por superar derivados principalmente de la transición demográfica y epidemiológica. las muertes por enfermedades no transmisibles, los padecimientos asociados a una larga vida como el sobrepeso, el riesgo cardiovascular y la diabetes así como la lesiones por accidentes o violencia,

representan hoy el 85% de todas las muertes que se registran en México, estos padecimientos son complejos y de tratamiento costoso. Asimismo, la obesidad, los malos hábitos en la alimentación y la falta de ejercicio se relacionan con las enfermedades del corazón y la diabetes, que a su vez son responsables del 32% de las muertes de mujeres y del 20% de los hombres.

Una de las estrategias en salud del PND es integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades, las cuales se caracterizan por ser costo-efectivas al mejorar la salud y calidad de vida de la población, mientras que se evitan altos costos de tratamiento en el futuro. Para incrementar su efectividad, es necesario ordenar las acciones de prevención de enfermedades de todas las instituciones públicas de salud bajo una estrategia coordinada por la Secretaría de Salud y con prioridades claramente establecidas, esta estrategia debe incluir a las instituciones de los distintos órdenes de gobierno y no sólo a las correspondientes al orden federal.

En este ámbito de prioridades, la igualdad de oportunidades se orienta hacia el desarrollo humano y el bienestar social de los mexicanos, para conducir a México hacia un desarrollo sustentable que permita solucionar las graves diferencias que persisten en el país. Sólo asegurando la igualdad de oportunidades en salud, educación, alimentación, vivienda y servicios básicos, como lo prevé en el objetivo nacional número cinco y eje número tres, los distintos sectores de la población podrán participar activamente en una economía dinámica, aprovechando los beneficios que derivan de la misma. De este modo, se reconoce la necesidad de acercar a las comunidades servicios de salud, educación, nutrición y vivienda, así como obras de infraestructura que permitan la accesibilidad de los mismos, a las poblaciones distantes y particularmente a los grupos de población más vulnerables.

En este marco de acción el PROSESA para cumplir los objetivos y metas planteadas instrumentará diez estrategias, una de las cuales la estrategia dos y su línea de acción 2.12, permite fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades e inscribir las prioridades de atención a las enfermedades crónicas no transmisibles por constituir una carga excesiva de enfermedad y muerte, con un incremento incesante en su magnitud y trascendencia, particularmente la diabetes mellitus que en México afecta a grandes sectores de la sociedad.

Por lo anterior el Programa de Acción de Diabetes Mellitus ha establecido acciones para enfrentar los retos que se desprenden de la situación prevaleciente de las enfermedades crónicas incluyen:

- El fortalecimiento de la infraestructura en el ámbito estatal y local.
- Innovación para la mejora continúa en la prestación de servicios de salud.
- Establecimiento de mecanismos para la detección y diagnóstico temprano de diabetes mellitus.
- Fortalecimiento del componente educativo dirigido a la comunidad, las personas con diabetes mellitus, sus familias y la población en riesgo.
- Incorporación de intervenciones costo-beneficio, basadas en las mejores prácticas y evidencia científica.
- Acreditación permanente de la Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua (GAM).
- Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia epidemiológica y seguimiento para la toma de decisiones.

Como resultado de la operación de las estrategias planteadas se establecen dos estrategias prioritarias a nivel nacional: Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMEs EC) consiste en el desarrollo de unidades médicas de especialidad con enfoque de prevención clínica que oferten acciones, preventivas, educativas y de atención específicas para proporcionar prevención y tratamiento oportuno y eficaz a los enfermos con ECNT.

La estrategia Nacional de Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades crónicas: El Grupo de Ayuda Mutua para Enfermedades Crónicas se define como la organización de los propios pacientes que con el apoyo del personal de salud de las unidades de primer nivel de atención, sirve de escenario para la educación necesaria en enfermedades crónicas, en este trabajo entre iguales, tiene lugar una comunicación de tipo biopsicosocial inmejorable e insustituible que apoya a la atención sanitaria formal en el cumplimiento de objetivos.

En el proceso de enseñanza-aprendizaje que se emplea en los GAM las personas que los integran, adultos y adultos mayores, tienen participación activa en el auto aprendizaje, se considera su experiencia de vida de cada uno, sus conocimientos, técnicas, sentimientos y habilidades. Esta experiencia ha resultado ser un recurso valioso en el aprendizaje para todos los integrantes a través del intercambio de errores y aciertos, convicciones y dudas. Los GAM ofrecen a sus integrantes:

- Que adquieran conocimiento de su enfermedad (s) (que es su enfermedad (es), como se controla, cuales son las complicaciones)
- Den énfasis en el proceso de mejorar las habilidades individuales para el control (medir la glucosa, medir la presión arterial, tomar medicamentos, aplicación de insulina)
- Lleven a cabo acciones cotidianas autocontrol de su enfermedad (seguir un plan de alimentación, efectuar ejercicio)
- Elaboren un plan de seguimiento y establecer metas
- Evalúen sus resultados

Unidades de Especialidades Médicas en enfermedades Crónicas (UNEMEs EC):

El concepto de Unidades de Especialidades Médicas UNEMES surge del MIDAS (Modelo Integrado de Atención a la Salud), al contemplar la necesidad de una nueva clasificación de unidades vinculadas a esquemas innovadores de inversión y operación, tendientes a alcanzar una cobertura integral de servicios, particularmente en el rubro de la alta especialidad.

El diseño de las UNEMES pretende dar respuesta, bajo un programa médico-arquitectónico modular y múltiples servicios ambulatorios de salud adecuadamente organizados y programados para incrementar el nivel de atención, a las demandas epidemiológicas y regionales de servicios, con particular énfasis en los padecimientos denominados de Gasto Catastrófico.

El objetivo de las UNEMES es coadyuvar a disminuir los actuales índices de saturación y costos de operación en los hospitales, su funcionamiento como receptor de servicios de demanda crítica y formar redes de servicios.

Para llevar a cabo la estrategia nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, las UNEMEs EC se constituyen como las unidades clínicas y educativas para la prevención y el manejo del sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus, en el primer nivel de atención, las cuales aplicarán un Modelo clínico, preventivo integral, interdisciplinario y de investigación, único y diferente de los ya existentes en México.

Por lo anterior desde al año 2007 el gobierno federal inicio esta estrategia prioritaria que consiste en el desarrollo de unidades médicas de especialidad con enfoque de prevención clínica que oferten acciones, preventivas, educativas y de atención específicas para proporcionar prevención y tratamiento oportuno y eficaz a los enfermos con ECNT.

Proyecto 2007-2012

- La propuesta inicial fue el otorgar financiamiento a las 32 entidades federativas para la construcción y equipamiento de 237 UNEMEs EC, una por jurisdicción sanitaria. Las entidades federativas aportarían la contratación de personal y gastos de operación.
- En los años 2007, 2008 y 2009 se otorgó financiamiento para 107 unidades en 29 entidades federativas.
- Tres entidades no participaron: Michoacán, Querétaro y Jalisco, este último interesado en integrarse al programa a partir del año 2010.
- Debido al retraso en la entrega y puesta en marcha de estas unidades, la Subsecretaria de Finanzas decide suspender el apoyo a partir del año 2010, quedando como meta la construcción, equipamiento, capacitación y puesta en marcha de 107 unidades (meta ajustada).

Unidad(es) administrativa(s) participantes

- La Subsecretaria de Promoción y Prevención a la Salud a través de:
  Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)

- La Subsecretaria de Administración y Finanzas a través de:
  Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (DGDIF)

  Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)

  Dirección General de Información en Salud (DGIS)

  Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DGETI)

Acciones ofertadas por las UNEMEs EC

Acciones de atención:

- Atención integral a pacientes de alto riesgo cardiometabólico, que no han logrado el control en el 1º nivel de atención, ofertadas por un equipo interdisciplinario especialista, entrenado ex profeso, las intervenciones son de tipo farmacológico y no farmacológico, individualizadas, acordes a las necesidades del paciente.
- Capacitación a pacientes y familiares sobre tópicos de prevención y control de enfermedades que coadyuven adherirse a su tratamiento, control de su enfermedad y prevención o postergación de complicaciones.
- Capacitación al 1º nivel de atención, de tipo tutorial a médicos de primer nivel de atención que refieren pacientes a las UNEMEs EC, los tópicos de abordaje se basan en las principales patologías que presentan los pacientes referidos.
- Participación en la formación de redes de atención del enfermo crónico (Unidad de 1º nivel-UNEMEs EC-Hospital) que le permita recibir una atención continuada dependiendo de sus necesidades.

Acciones de campo:

- Generación de diagnóstico comunitario enfocado a enfermedades crónicas.

- Módulos comunitarios, en escuelas (padres de familia) y centros laborales con énfasis a sujetos con trabajo informal, donde se realiza capacitación y detección de enfermedades de tipo crónico no transmisible.
- Formación de Grupos preventivos e intervenciones no farmacológicas a sujetos de riesgo como familiares, personas con prediabetes, hipertensión arterial limítrofe así como sobrepeso.

Resultados:

Al cierre del año 2011 se encuentran en función 83 unidades que representa el 78 % de la meta ajustada, distribuida en diferentes jurisdicciones de 28 entidades federativas. La programación y avance de unidades en función, se muestra en el Cuadro No. 1, distribuidas por entidad federativa se muestran en el Cuadro No. 2.

Debido a los resultados obtenidos en las unidades funcionando, cuatro entidades federativas, Durango, Oaxaca Jalisco y Guanajuato están interesadas en abrir unidades bajo este modelo con recursos estatales.

Estas unidades cuentan con un módulo de expediente electrónico diseñado ad-hoc para la atención de estas enfermedades. La información es enviada de manera mensual a través del sistema de información oficial SIS y se complementa con un formato que es enviado al CENAPRECE de manera trimestral.

Cuadro No. 1

Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas

ACUMULADO 2008-2011

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Programado	NA	NA	51	51	70	90
Real	NA	NA	10	45	65	83
Porcentaje de avance	NA	NA	19.6	88.2	92.8	92.2

Fuente: Catalogo Federal UNEMEs EC/CENAPRECE SS.

Meta ajustada 2012

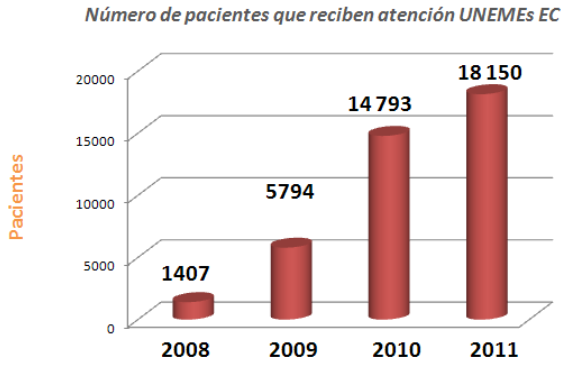
Cuadro No. 2 Distribución de unidades programadas y funcionando por entidad federativa 2008-2011

ESTADO	UNIDADES PROGRAMADAS	UNIDADES EN FUNCION	PORCENTAJE DE AVANCE
Aguascalientes	2	1	50%
Baja California	3	3	100%
Baja California Sur	1	1	100%
Campeche	2	2	100%
Coahuila	6	2	33%
Colima	3	3	100%
Chiapas	3	1	33%
Chihuahua	3	3	100%
Distrito Federal	7	7	100%
Durango	4	4	100%
Guanajuato	3	3	100%
Guerrero	2	2	100%
Hidalgo	2	2	100%
México	9	1	11%
Morelos	2	2	100%
Nayarit	2	1	50%
Nuevo León	2	2	100%
Oaxaca	6	4	67%
Puebla	2	2	100%
Quintana Roo	3	3	100%
San Luis Potosí	8	8	100%
Sinaloa	6	4	67%
Sonora	6	6	100%
Tabasco	6	4	67%
Tamaulipas	3	3	100%
Tlaxcala	1	1	100%
Veracruz	3	3	100%
Yucatán	3	2	67%
Zacatecas	4	3	75%
TOTAL	**107**	**83**	**78%**

Fuente: Catalogo Federal UNEMEs EC/CENAPRECE SS.

Al cierre del año 2011 han recibio atención integral e interdiciplinaria 40, 150 pacientes. Gráfica No. 1. Los pacientes que ingresan a las UNEMEs EC son pacientes de alto riesgo metabolico que no han logrado su control en el primer nivel de atención, las intervenciones que reciben en la UNEME EC pretenden prevenir o postergar la aparición de complicaciones con lo cual se coadyuva a reducir la saturación hospitalaria y los gastos de atención.

Gráfica No. 1. Resultados de acciones de atención de la operación 2008-2011



Fuente: 2008-2009 Informe trimestral UNEMEs EC/CENAPRECE/SS

2010-2011 Sistema de Información en Salud /DGIS

Las UNEME EC se sustentan en **Modelo clínico preventivo** otorgado por un equipo interdisciplinario, que oferta acciones, educativas, terapéuticas y de prevención de complicaciones específicas de una manera oportuna y eficaz a los enfermos con ECNT y sus familias. Al cierre del año 2011, se han atendido a 40, 150 pacientes que bajo este modelo de atención reciben estos beneficios.

Las acciones prioritarias son evaluadas con indicadores predefinidos, como ejemplo en el cuadro No. 3, se muestra los pacientes con Diabetes Mellitus que han logrado su control en estas unidades:

Cuadro No. 3 pacientes con Diabetes en control

META: Mantener en cifras de control glucémico en al menos el 50% de los pacientes diagnosticados con diabetes en las UNEMEs de enfermedades crónicas, al término de la administración.					
INDICADOR: Porcentaje de personas en tratamiento de DM* en UNEMEs EC, en control glucémico. Numerador: Número de personas en control DM tratadas en las UNEMEs Denominador: Personas con DM tratadas en las UNEMEs					
Basal 2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Programado	NA	45%	47%	48%	50%
Real	NA	34%	48%	49%	47%
Pacientes en control	NA	478	2781	7249	8195
Pacientes en tratamiento	NA	1407	5794	14793	17438

Fuente: 2008-2009 Informe Trimestral UNEMEs EC/CENAPRECE/SS
20010-2011 Sistema de Información en Salud /DGIS/SS
*Incluye pacientes con Síndrome Metabólico

El control glucémico en pacientes con diabetes tratados en las UNEMEs EC fluctúa entre el 34 al 49%, es importante mencionar que el resto de los pacientes, aunque no alcanzó las metas de control, sus niveles de hemoglobina glucosilada lograron bajar considerablemente (promedio de hemoglobina glucosilada al ingresar a la UNEME EC fue de 12.5%, y a los seis meses de tratamiento se constató una disminución del 2 al 3%), lo que traduce en disminución en el riesgo cardiometabólico.

Por otro lado, de las acciones comunitarias principales son la formación de Grupos preventivos, los cuales están constituidos por personas en riesgo de desarrollar alguna enfermedad crónica, como son los familiares de pacientes, personas con pre hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad GI. El abordaje realizado en estos grupos es de tipo no farmacológico basado en la educación del paciente, con diseño de planes individualizados de actividad física y nutrición. A cierre del año se formaron 63 grupos preventivos con 980 integrantes.

Estrategia Nacional de Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades crónicas.

La Estrategia Nacional de Grupos de Ayuda Mutua de enfermedades crónicas, que es una estrategia educativa esencial, que proporciona un beneficio invaluable a los integrantes de estos grupos, ya que les da la posibilidad de desarrollar habilidades de

autocuidado. Los Grupos de Ayuda Mutua E C están establecidos en las unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud, coordinados por el personal de salud de estas unidades, son complementarios a los procesos de asistencia formal, constituyen todo un potencial para que los pacientes adquieran conocimiento de su enfermedad y habilidades individuales para mejorar el control de su enfermedad (es), el paciente clarifica la información que tiene sobre el problema basado en información científica que le proporciona el personal de salud y le ayuda a tomar una decisión informada sobre su enfermedad.

En México la Secretaría de Salud a través del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) implementó los Grupos de Ayuda Mutua desde la década de los 90´s, sin embargo es hasta 2004 que se documenta como resultado que los pacientes atendidos en las unidades de salud que participan en estos grupos logran un mejor control de la diabetes, en contraste con los que solo acuden a consulta. En 2007 se establece como Estrategia Nacional de Grupos de Ayuda Mutua de enfermedades crónicas, fortaleciéndose las actividades coordinadas por el personal de salud de los unidades medicas de primer nivel de atención de esta institución; la estrategia considera la educación del paciente como fundamental e indispensable para el tratamiento efectivo; brinda el conocimiento de la enfermedad y da énfasis en el proceso para mejorar las habilidades de autocuidado de los pacientes encaminadas al control de su enfermedad (es) y promueve la adopción de estilos de vida saludables, la actividad física y la alimentación saludable.

El seguimiento de las actividades se realiza a través de un monitoreo y la coordinación con los responsables de programa de los 32 estados, donde se captura, valida y evalúa a través de un sistema informático funcional en Internet. El Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM) es operado en el nivel jurisdiccional, donde se lleva a cabo la captura mensual de las mediciones de metas de tratamiento y monitoreo de los GAM registrados en esa jurisdicción.

Resultados:

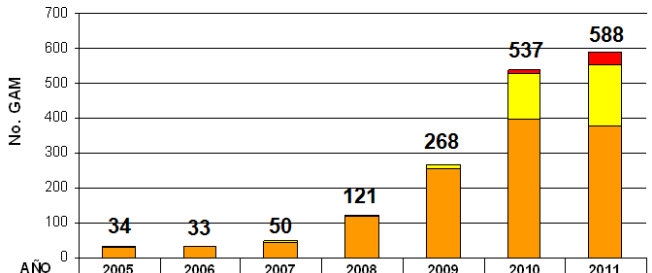
La estrategia se ha fortalecido en este período, actualmente cuenta con una Red Nacional de 8512 GAM integrados por 196,794 pacientes con enfermedades crónicas los cuales trabajan para lograr el control de su(s) padecimiento(s). Para evaluar los logros e incentivar a los integrantes de GAM se ha establecido el proceso de “Acreditación” que consiste en llevar a cabo las mediciones antropométricas, clínicas y

bioquímicas mencionadas en presencia de un “Acreditador”, que es personal de salud que ha sido capacitado para esa función (puede ser de nivel federal, estatal o jurisdiccional) quien verifica los logros y certifica el proceso. La acreditación tiene como objetivo lograr que sus integrantes alcancen las metas de tratamiento para coadyuvar en el control de su padecimiento y así evitar las complicaciones. Este proceso considera una evaluación inicial y busca que los beneficios se establezcan de manera paulatina y se vayan incentivando los logros en cada etapa para lo que se establecen criterios de: 1) Acreditación, 2) Re-Acreditación y 3) Acreditación con Excelencia, de tal manera que al llegar a esta etapa de excelencia los integrantes de los GAM EC están alcanzando Estándares Internacionales de control establecidos para enfermedades crónicas.

Referente a la recopilación de información antes del SIVEGAM (de 2004 a 2008), solo se contaba con una base de datos en Excel para dar seguimiento a los grupos. El SIVEGAM inicio su funcionamiento en agosto 2008, el sistema no solo ha facilitado el seguimiento y evaluación de las acciones, también ha logrado sistematizar y homogenizar el proceso de registro y acreditación de los GAM; permitiendo contar con un diagnóstico de la situación de los GAM en las entidades federativas.

A diciembre de 2011 se encuentran capturados y en monitoreo permanente en el SIVEGAM 2,910 GAM, con un total de 69,840 integrantes, con un promedio de 24 integrantes por GAM. De los cuales han participado en el proceso y logrado la acreditación en diferentes años, 1,631 GAM acumulados en el período.

GAM POR TIPO DE ACREDITACIÓN POR AÑO



AÑO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
EXCELENCIA				1	1	12	36
REACREDITADOS	3		4	1	12	129	174
ACREDITADOS	31	33	46	119	255	396	378

A pesar de las dificultades que enfrenta el personal de salud, como son las cargas de trabajo, falta de espacios para reunir a los grupos para las reuniones educativas, falta de espacios para realizar actividad física, falta de medicamentos para tratamiento, insuficiente personal de otras disciplinas que apoyen el tratamiento (psicólogos, nutriólogos, activadores físicos) los integrantes de GAM presentan beneficios como son:

Los pacientes considerados con sobrepeso y obesidad en el grupo, después de participar en el proceso de acreditación con excelencia (AE) tuvieron una reducción de peso grupal en promedio de 9.8 %. Con respecto a la Circunferencia de Cintura (CC) menor de 90 cm, considerada como deseable para hombres, y menor de 80 cm. para mujeres, en los GAM de AE, se observo que en conjunto reducen 12.6 cm.

En el examen de glucemia en ayuno (consideradas como control adecuado cifras menores a 126 mg/dl,) que indica la cifra de glucosa en sangre de ese momento, los integrantes con diabetes mejoraron, al inicio tenían en promedio 130 mg/dl a la AE es de 83 mg/dl. Con la Medición de Hemoglobina Glucosilada (examen que refleja la situación de la glucosa en sangre de los últimos tres meses, que considera un valor de control de 6.5%) los integrantes con diabetes obtuvieron mediciones en promedio de 5.8%

Las cifras de presión arterial también tuvieron mejoría, al inicio en promedio los personas que padecían Hipertensión Arterial tenían cifras de 142 mmHg, al momento de la AE 132 mmHg. Para la Presión Arterial Diastólica, al inicio los integrantes con Hipertensión Arterial tenían en promedio 90 mmHg, a la AE registraron 80 mmHg.

Es muy importante destacar que la Asociación Americana de Diabetes considera que la pérdida de peso corporal de al menos el 5% en personas con diabetes tipo 2 se asocia a disminución de resistencia a la insulina, mejora de las cifras de glucosa y lípidos en sangre, y reduce las cifras de presión arterial. Situación que se ha documentado cuando los GAM Acreditan con Excelencia.

Supervisión y Evaluación de las acciones

Para apoyar el logro de los objetivos el programa sustenta presupuestal y operativamente la ejecución de las estrategias y acciones planeadas, las metas establecidas y la evaluación en indicadores establecidos. Durante el periodo se han llevado a cabo el seguimiento presencial al personal de salud responsable del programa por medio de supervisiones a UNEMEs, nivel estatal, jurisdiccional y local. En el 2011 se llevaron a cabo 55 supervisiones.

SUPERVISIONES REALIZADAS EN 2011			
	META	ALCANZADO	PORCENTAJE
UNEME EC	29	31	107
PROGRAMA y GAM	16	16	100
TOTAL	45	47	107

FUENTE: Informes de supervisión del PSAyA 2011 CENAPRECE.SS

La estrategia de seguimiento de UNEMEs de enfermedades crónicas se realiza con la misión explicita de monitorizar la implantación del modelo UNEME EC en los distintos estados del país. Se desarrolla mediante una cedula construida bajo en enfoque de procesos de atención.

La supervisión al programa de diabetes y GAM tiene como objetivo obtener un diagnóstico situacional de la forma como operan los programas estatales relacionados con la Salud del Adulto y del Anciano, que apoye la toma de decisiones del programa estatal para reorientar su operación. Así mismo se da seguimiento a los recursos SIAFFASPE 2011 entregados y se verifican los procesos de acreditación realizados.

En esta actividad se han obtenidos logros en las diferentes componentes consiguiendo superar la meta para el año 2011. El ejercicio de seguimiento ha permitido identificar áreas de oportunidad específicas dando recomendaciones, estableciendo plazos y compromisos con las autoridades estatales.

La evaluación se lleva a cabo por medio de indicadores establecidos para medir el logro de los objetivos, se realiza de manera trimestral, semestral y anual, los resultados se difunden para establecer una retroalimentación a todos los involucrados.

Estrategia de Fortalecimiento de Recursos Humanos:

Esta estrategia se brinda a través de Diplomados virtuales, capacitaciones presenciales y talleres. Esta dirigida a personal de 1º nivel de atención y UNEMEs EC. Los contenidos temáticos incluyen diferentes aspectos de enfermedades crónicas que permitirán a los profesionales de la salud desarrollar los conocimientos y habilidades

tanto de tratamiento no farmacológico como farmacológico para mejor abordaje de sus pacientes.

Al cierre del año 2011 se han capacitado a 10,058 profesionales de la salud que incluye médicos (as), enfermeras (os), trabajadoras sociales, psicólogas y nutriólogos (as). La meta sexenal estimada fue de capacitar a 7200 profesionales de la salud. La siguiente tabla muestra la distribución de personal capacitado por año.

Año	2007	2008	2009	2010	2011	Acumulado
Profesionales capacitados	1216	2312	2409	2378	1743	10 058

Fuente: Registro de capacitaciones PSAA/CENAPRECE/SS

INDICADORES

Metas: Reducir 20% de la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006. (4.89% vs 3.92%) **Variables: Mortalidad por diabetes. Tasa observada por 100 mil habitantes**							
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011/[1]**	**2012**
Programado	**65.2**	**67.8**	**70.5**	**73.3**	**76.2**	**79.3**	**82.4**
Real	**65.2**	**66.6**	**70.8**	**72.2**	**76.3**		
V1 (descripción)							
V2 (descripción)							
Porcentaje de avance							

Fuente: Elaboración Dirección General de Evaluación Desempeño, a partir de bases de la mortalidad INEGI-SS, 1995 a 2009; SEED 2010, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

La tendencia de crecimiento observada entre 1995-2006 fue de 4.89% de incremento anual promedio. La reducción del 20% de la velocidad de crecimiento representa 3.9% anual,en el 2008 se registro una reducción de 4.2% superior a la esperada, en 2009 solo se redujo 1.4%, sin embargo en 2010 se redujo un 4.1%. Destacando que se refiere a las diferentes acciones realizadas por las instituciones del Sector Salud.

Metas: Mantener en cifras de control glucémico al 50% de los pacientes con diabetes en tratamiento en el sector salud. * **Variables: Pacientes en tratamiento con control glucémico; Pacientes con diabetes mellitus en tratamiento ****							
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011/[1]**	**2012**
Programado	**39**	**40**	**42**	**44**	**45**	**45**	**50**
Real	**38.6%**	**37.3%**	**38%**	**38.5%**	**40.2%**	**41%**	
V1 (descripción)	**210 987**	**186 459**	**203 947**	**213 851**	**237553**	**259781**	
V2 (descripción)	**546 408**	**498 557**	**536 905**	**554 708**	**590534**	**626424**	
Porcentaje de avance	**38.6%**	**37.3%**	**38%**	**38.5%**	**40.2%**	**41%**	

**Solo considera Información de la Secretaria de Salud

De las 16 supervisiones realizadas en 2011 se identifico desabasto de medicamentos antidiabéticos y tiras para determinación de glucosa y Hb1Ac por periodos prolongados, en algunos estados se refiere la licitación tardía del Seguro Popular, al mes de abril aún o se hacen las compras. Encontrándose también como hallazgo constante deficiencias en el sistema de información que favorece el subregistro y la falta de visitas domiciliarias de reconquista a inasistentes.

Metas: Porcentaje de personas de la población de 20 años y más con detección de diabetes mellitus. Meta 70%* (Se considera al 33% de la pob + de 20 años = 23%) **Variables: Personas con detección de diabetes positivas y negativas** ***información de la Secretaría de Salud**							
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011/[1]**	**2012**
Programado	**-**	**-**	**-**	**-**	**70%**	**70%**	
Real	**-**	**-**	**-**	**-**	**121%**	**145%**	
V1 (descripción)	**-**	**-**	**-**	**-**	**8216137**	**10017758**	

V2 (descripción)					**6737795**	**6913052**	
Porcentaje de avance					**121%**	**145%**	

[1] Preliminar

**El sistema de información agrupaba todas las detecciones negativas de enfermedades crónicas, se evaluaban como detección integrada

En las supervisiones realizadas, se ha detectado sub registro de la información. Así como la duplicidad de la acción con el programa SINOS, que en ocasiones se duplica el registro o bien se omite el registro, por falta de coordinación de las aéreas federales.

Continuar con la supervisión a los estados con la participación de responsables estatales y jurisdiccionales se otorga asesoría en servicio, se dejan las recomendaciones correspondientes. Realizar talleres sobre el sistema de información. Establecer coordinación con el Seguro popular.

Metas: Porcentaje de Grupos de Ayuda Mutua en operación Acreditados. 28% al periodo. **Variables: Grupos de Ayuda Mutua Acreditados.**							
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009***	**2010**	**2011**	**2012**
Programado	**0***	**0***	**0***	**7%**	**7%**	**7%**	**7%**
Real	**34**	**33**	**121**	**84.8%**	**90.4%**	**99%**	
V1 (descripción)	**33**	**33**	**121**	**506**	**537**	**588**	
V2 (descripción)	**--**	**-**	**-**	**597**	**594**	**594**	
Porcentaje de avance	**n/a**	**n/a**	**n/a**	**84.8%**	**90.4%**	**99%**	

*Nota: de 2006 a 2008 se llevaron a cabo acreditaciones, no se tenían metas porque porque la actividad no estaba sistematizada y se registraba en una base de Excel. En 2008 sefortalecio la capacitación y se implemento sistema de información SIVEGAM que empezó a generar información en 2009, razón por la que se decidió sumar los logros de los años anteriores a 2009 y se estableció una meta obligatoria.

El Sistema de Información para la Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua, (SIVEGAM) que da seguimiento a los GAMs, se creo en agosto de 2008, durante ese año se capacitó a todo el país, en los formatos a utilizar y el manejo del Sistema.

El logro de meta se ha ido incrementado, han participado en el proceso y logrado la acreditación en los diferentes años, 1,631 GAM acumulados en el período con un promedio de 39,144 integrantes beneficiados.

A partir de 2008 se han llevado a cabo 4 Talleres regionales y 3 Nacionales de Formación de Acreditadores con un total de 391 personal de salud. Así mismo se llevan a cabo 21 talleres del Manejo del Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua SIVEGAM con un total de 555 participantes, de las 32 entidades federativas.

Los SESAs han reconocido los beneficios de la estrategia, ya que es una estrategia de bajo costo, los pacientes alcanzan sus metas de tratamiento, por lo tanto mejoran el control de su(s) padecimiento(s), evitan la presencia de complicaciones agudas y crónicas, impactando en el presupuesto para la atención de las enfermedades crónicas ya que reducen el número de consultas y hospitalizaciones, así como el uso de medicamentos; cabe destacar que los GAM en su mayoría se integran por mujeres que son amas de casa y que llevan la promoción de estilos de vida saludable a sus familias y comunidad. Destacando el impacto de las acciones de UNEMEs y GAM en el indicador de control metabólico estatal, que se refleja al llevar un registro adecuado de las acciones.

Metas: Lograr una cobertura en el 90% de las personas con diabetes y riesgo cardiovascular de las UNEMEs Enfermedades Crónicas y GAM acreditados con exploración de pies.

Variables: Pacientes de UNEMEs e Integrantes de GAM acreditados con exploración de pies

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	NA	NA	90	90	90	90	
Real	NA	NA	50 %*	95%*	95%*	86.5%	
V1 (descripción)	NA	NA	703	5504	13257	19611	
V2 (descripción)	NA	NA	1407	5794	14007	22678	
Porcentaje de avance	NA	NA	50 %*	95%*	95%*	86.5%	

*Información solo de UNEMEs EC.

Este indicador a partir del 2011 fue evaluado con ambas estrategias. En el caso de las UNEMEs EC iniciaron actividades las primeras unidades en 2008, a partir del año 2009 sistemáticamente se realiza revisión d epies a todo paciente que ingresa a las UNEMEs EC.

Para los GAM, el sistema de información SIVEGAM se creo en 2008, durante ese año se capacitó a todo el país y se empezó a generar información a partir de 2009. Así mismo vale la pena aclarar que en el 2011 si inicio la capacitación nacional, estableciéndose un protocolo de valoración podológica con participación de especialistas, como parte de la estrategia se llevaron a cabo 4 talleres regionales para formar capacitadores en los Talleres de Fortalecimiento de la Atención del pie de las personas con Diabetes en el primer nivel de atención, con participación de 234 personal de salud de 31 entidades federativas estableciéndose como compromiso realizar la valoración podológica en 2011 a los integrantes de GAM. Se otorgo recurso para la compra de monofilamentos y diapasones.

Metas: Lograr una cobertura del 90% de las personas con diabetes mellitus y riesgo cardiovascular de UNEMEs EC y GAM acreditados en tratamiento con examen de HbA1C en el periodo.

Variables: Pacientes de UNEMEs e Integrantes de GAM acreditados con determinación de Hemoglobina glucosilada

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	NA	NA	60	90	90	90	
Real	NA	NA	45%*	74%	89%	85.9%	
V1 (descripción)	NA	NA	633	8701	18889	18717	
V2 (descripción)	NA	NA	1407	11744	21108	21777	
Porcentaje de avance	NA	NA	45%	74%	89%	85.9%	

*Información solo de UNEMEs EC.

Este indicador no ha logrado la meta establecida, ha tenido fluctuación en el periodo. En el caso de las UNEMEs EC iniciaron actividades las primeras unidades en 2008.Para los GAM, el sistema de información SIVEGAM empezó a generar información en 2009.

Con la introducción de esta determinación a nivel nacional en 2010 se incorporo el tema de Hemoglobina glucosilada como un recurso para el monitoreo del control adecuado de glucosa en los pacientes con diabetes, en 17 talleres estatales: Talleres de Fortalecimiento de la Atención del pie de las personas con Diabetes en el primer nivel de atención con participación 983 participantes de en todo el país. En UNEMEs en la capacitación de puesta en marcha de la unidad se destaca también el tema.

Es importante mencionar que para ambas estrategias, únicamente se ha dado recurso a través de Ramo 12 para la compra de hemoglobina glucosilada en 2010 y 2011. Durante las supervisiones se ha identificado el uso de las pruebas, sin embargo existe un subregistro de estas determinaciones en SIVEGAM. Durante 2012 se esta dando énfasis en el adecuado registro de los sistemas de información.

Metas: Lograr una cobertura del 90% de las personas con diabetes mellitus y riesgo cardiovascular diabetes mellitus de UNEMEs EC y GAM acreditados en tratamiento con examen de Microalbuminuria en el periodo.

Variables: Pacientes de UNEMEs e Integrantes de GAM acreditados con determinación de microalbuminuria

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	NA	NA	60*	90	90	90	
Real	NA	NA	10%	70%	80.4%	60%	
V1 (descripción)	NA	NA	140	12437	22268	18889	
V2 (descripción)	NA	NA	1407	17738	27681	31550	
Porcentaje de avance	NA	NA	10%	70%	80.4%	60%	

*Información solo de UNEMEs EC.

Este indicador no ha logrado la meta establecida, ha tenido fluctuación en el periodo. En el caso de las UNEMEs ECno s eha contado con este recurso, ha habido avances por el apoyo que ha brindado los hospitales y el 1º nivel de atención. Para los GAM, el sistema de información SIVEGAM empezó a generar información en 2009.

Desde 2008 para promover el uso y determinación de esta prueba, se ha incorporado el tema de la Detección Temprana de Insuficiencia Renal como una complicación de las enfermedades crónicas, En todas las capacitaciones y talleres a nivel nacional con capacitación de 1721 personal de salud del país. En UNEMEs en la capacitación de puesta en marcha de la unidad se destaca también el tema.

Para el caso de los GAM durante las supervisiones se ha identificado que se realizan las determinaciones, sin embargo existe subregistro de las mismas en SIVEGAM. Durante 2012 se esta dando énfasis en el adecuado registro de los sistemas de información.

Programa de Acción Específico "5 pasos por tu salud", es una estrategia de los programas de acción de Diabetes y Riesgo Cardiovascular.

Publicación en el Diario Oficial de la Federación

La estrategia, no fue publicada en el Diario Oficial de la Federación

Objetivo del Programa o Proyecto

La estrategia "5 pasos por tu salud" tiene el objetivo de promover el cambio de conductas y la adopción de hábitos saludables de la población mexicana, que impulsen y permitan el cuidado de la salud con 5 acciones que se pueden realizar en compañía de familia y amigos.

Periodo de vigencia

Del 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2012.

Objetivos Generales

Revertir las tendencias del problema epidemiológico que representa el sobrepeso y la obesidad y encaminar al país a la adopción de un estilo de vida saludable, para atender, desde la base, las principales causas de los problemas de salud pública que constituyen un tema de atención urgente y prioritaria.

Objetivos Específicos

1.- Actívate

Objetivo: Incentivar la realización por lo menos de 30 minutos diarios de actividad física.

Para los niños y jóvenes de 5 A 17 años, la actividad física consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT, se recomienda que:

- Los niños y jóvenes de 5 a 17 años inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa.
- La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud.
- La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.

Para los adultos de 18 a 64 años, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT y depresión, se recomienda que:

- Los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.
- Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

Para los adultos de 65 años y más, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Todo esto para de reducir el riesgo de ENT, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

- Los adultos de 65 años en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

- La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
- Que, a fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades dediquen hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Que los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.
- Convendría realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
- Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

2.- Toma agua

Objetivo: Promover el consumo de agua simple potable como medio de hidratación óptimo.

El agua representa el 70% del peso de las células, por lo tanto tomando agua se fortalecen las células de la piel, logrando humectarla, limpiarla y mantener su elasticidad**.** Es la bebida más saludable y la preferida para satisfacer las necesidades diarias de líquidos.

Es importante mencionar que la falta de agua es la principal causa de la fatiga diurna. Los especialistas mencionan que al beber 6-8 vasos de agua al día, las personas disminuyen 45% el riesgo de cáncer de colon, 79% el riesgo de cáncer de mama y 50% las posibilidades de desarrollar cáncer de vejiga.

Recomendaciones

- Recuerda beber agua simple antes, durante y después de realizar alguna actividad física.
- Incorpora el agua simple en tus comidas.
- Cuenta los vasos de agua que tomas al día.
- Fomenta en tu familia y amistades el consumo de agua simple.
- Mantén un vaso con agua simple cerca de ti, de modo que siempre puedas beber de éste.
- Procura llevar siempre contigo una botella de agua simple u otro recipiente a cualquier lugar donde vayas.

- Bebe la cantidad de agua simple adecuada durante el día aunque no tengas sed.
- El agua que tomes debe ser purificada, clorada o hervida
- Para clorar el agua debes agregar dos gotas de cloro por cada litro de agua, dejarla reposar por 30 minutos o hervirla y esperar tres minutos a partir del primer hervor.

3.- Come verduras y frutas

Objetivo: Enseñar a la población los beneficios de una alimentación saludable y como llevarla a la práctica.

Las verduras y las frutas representan un grupo de alimentos indispensables para lograr una alimentación correcta, aportan fibra la cual ayuda a disminuir el colesterol y regular la glucosa en sangre, evitar el estreñimiento y lograr un peso saludable.

Tienen minerales los cuales nos ayudan a mejorar nuestra memoria, son buena fuente de vitamina C, folatos y betacarotenos que dan fuerza al sistema inmunológico y por lo tanto previenen enfermedades, además contienen antioxidantes por lo que disminuyen el riesgo de contraer cáncer y enfermedades del corazón. Se deben de consumir diariamente e incluirlas en las comidas principales y en colaciones.

4.- Mídete

Objetivo: Informar del riesgo de la alta circunferencia de la cintura y promover la costumbre de medirla para decidir cómo actuar también reducir las porciones de alimentos a consumir.

El promedio de vida de las personas que presentan obesidad disminuye hasta 7 años en las mujeres y 5 años en los hombres. Por eso es importante vigilar su peso y medir la circunferencia de su cintura mínimo una vez al año. Si su cintura mide más de 80 cm en las mujeres y más de 90 cm en los

hombres, tienen riesgo de padecer diabetes, hipertensión arterial o alguna otra enfermedad relacionada con la obesidad.

5.- Comparte

Objetivo: Fomentar la integración en el programa mediante la invitación a familiares y amigos.

El entorno familiar inmediato (padre, madre, hermanos y hermanas) constituye una fuerte influencia sobre los niveles de actividad física de los niños y sobre otras conductas relacionadas con la salud. Cuando compartimos, la energía de las personas se suma, beneficiando la motivación y el estado de ánimo.

Para cumplir con el objetivo, es indispensable que la estrategia sea un proyecto de largo plazo y que cuente con la participación directa de la población, además de los esfuerzos coordinados de instituciones, de manera que pueda incidir efectivamente sobre los hábitos de la población.

Resultados 2007 a 2011

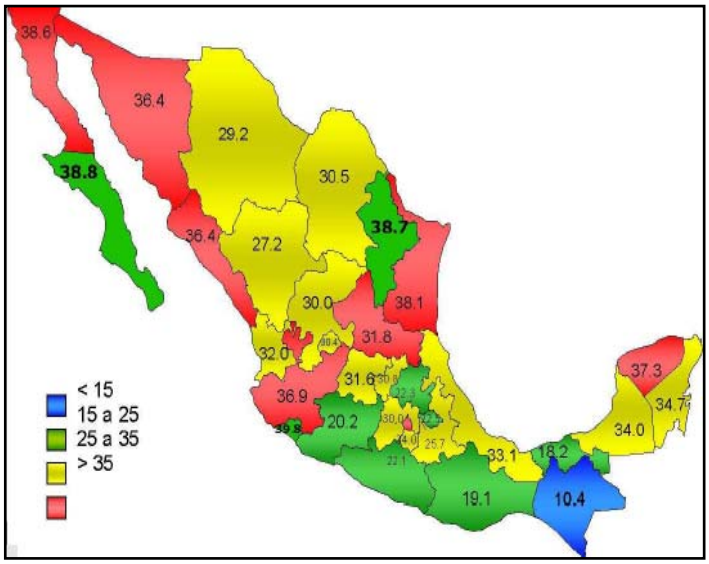
La estrategia “5 pasos por tu salud” inició en el año 2008 y logro implementarse en 21 ciudades del país durante el 2009 las cuales se describen en el siguiente cuadro.

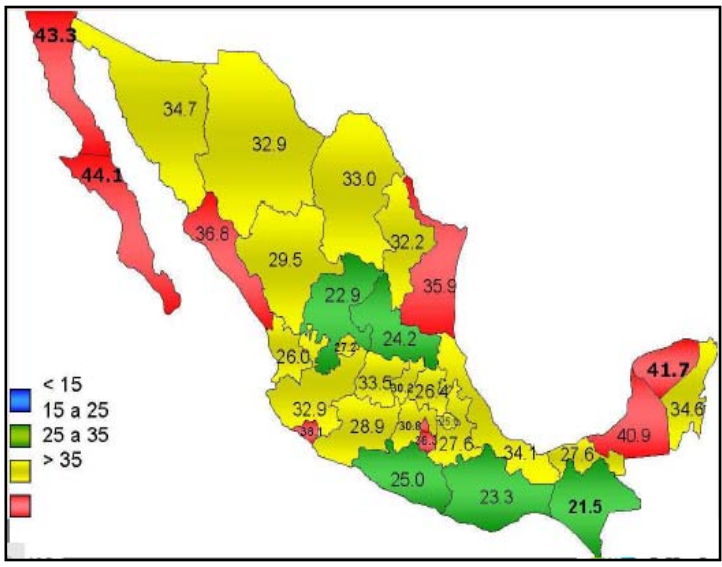
No.	Entidad	Municipio	Entorno
1	Aguascalientes	Aguascalientes	Escuela
2	Chiapas	Tuxtla Gutierrez	Trabajo
3	Chihuahua	Chihuahua	Escuela
4	Colima	Colima	Escuela
5	Distrito Federal	Hospital Infantil	Trabajo
		Hospital General	Trabajo
		INMUJERES	Trabajo
6	Durango	Durango	Trabajo
7	Estado de	Toluca	Trabajo

	México	Metepec	Escuela
		Toluca	Trabajo
8	Guanajuato	Acambaro	Trabajo
		Celaya	Trabajo
		Irapuato	Comunidad
		León	Trabajo
		San Miguel de Allende	Trabajo
9	Guerrero	Chilpancingo	Trabajo
No.	Entidad	Municipio	Entorno
10	Hidalgo	Pachuca	Trabajo
11	Jalisco	Guadalajara (UAG)	Trabajo
12	Michoacán	Morelia	Trabajo
13	Nuevo León	Guadalupe	Escuela
14	Oaxaca	Oaxaca	Comunidad GAM
15	Puebla	San Pedro Cholula	Comunidad/Escuela
16	Querétaro	Querétaro	Escuela
17	Quintana Roo	Cancún	Comunidad
		Chetumal	Escuela
		F. Carrillo Puerto	Trabajo
18	Sinaloa	Culiacán	Escuela
19	Tamaulipas	Tampico	Comunidad
20	Veracruz	Orizaba	Trabajo/Comunidad/Familia
		Poza Rica	Trabajo
21	Zacatecas	Zacatecas	Escuela

En el año 2010 se analizó a las entidades que tenían mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de primaria y secundaria según ENSE 2008 arrojando los siguientes resultados:

En el Mapa 1. Vemos que hay más sobrepeso y obesidad en las entidades que están con rojo y amarillo de acuerdo al índice de Masa Corporal. Lo mismo se traduce para el Mapa 2.





Mapa 1. *Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de primaria de acuerdo a ENSE 2008.

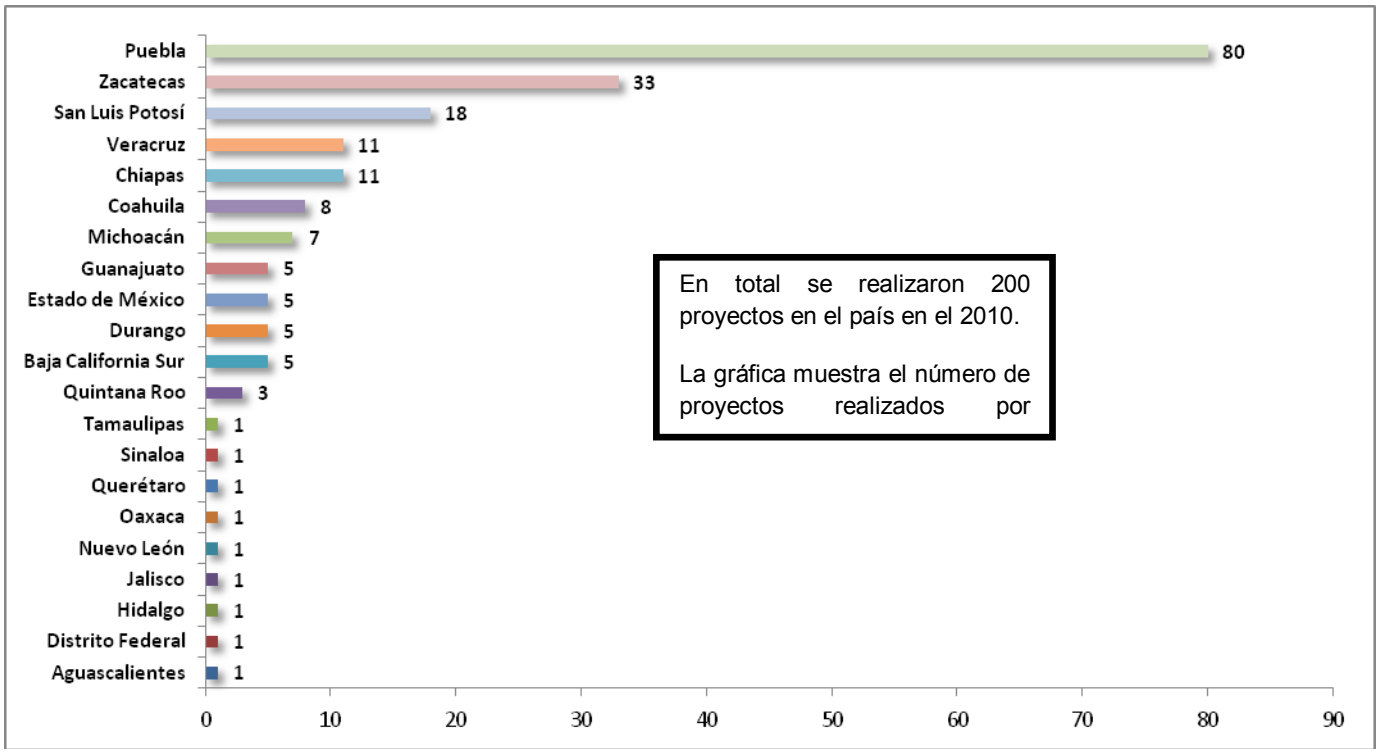
Mapa 2.*Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes de secundaria de acuerdo a ENSE 2008.

* **La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños de primaria y estudiantes de secundaria se obtuvo de acuerdo a los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en Escolares (ENSE 2008) y conforme a la población total de cada entidad de ese año, misma que se obtuvo del INEGI.**

En base a los resultados anteriores, en el mes de agosto del mismo año; se logro obtener 200 proyectos de 22 entidades con la finalidad de realizar actividades que beneficiaran a toda la población, dichos proyectos beneficiaron a un total de 73 mil 303

personas en 22 entidades federativas y consistieron principalmente en las siguientes actividades:

- ✓ Implementación de la pausa para la salud en los centros laborales.
- ✓ Acceso a garrafones de agua simple potable en los centros laborales y escolares.
- ✓ Promoción de la realización de la actividad física en los centros laborales.
- ✓ Formación y capacitación de activadores físicos.
- ✓ Implementación de actividad física en UNEMEs EC.
- ✓ Ferias de la salud.
- ✓ Orientación nutricional a la población.
- ✓ Talleres de nutrición y obesidad en los Grupos de Ayuda Mutua.
- ✓ Difusión de la alimentación saludable en medios de comunicación.
- ✓ Difusión en medios electrónicos.
- ✓ Pendones alusivos a los “5 pasos por tu salud”.
- ✓ Valoración antropométrica en escuelas.
- ✓ Elaboración de menús saludables de acuerdo a la localidad.
- ✓ Capacitación a docentes y familiares sobre un estilo de vida saludable.
- ✓ Gestión con diversas empresas para apoyar la ingesta de agua simple potable y el consumo de verduras y frutas.
- ✓ Obras de teatro para niños para la difusión de la estrategia.
- ✓ Capacitación a vendedores de “tienditas” sobre alimentación saludable.



En ese mismo año, se llevó a cabo la formación de capacitadores en “5 pasos” para los enlaces de las Secretarías de Estado (SEP, SAGARPA, SEDESOL, SE, STPS, SHCP) que integran el CONACRO (Consejo Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas), responsables estatales y jurisdiccionales de “5 pasos” en las entidades federativas así como al personal del Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA) y representantes de la Asociación de Padres de Familia, todo esto con la finalidad de disponer de una fuerza de tarea que iniciara con acciones de tipo preventivo de las enfermedades crónicas.

En las entidades de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas, **se capacitaron en total a 550 personas en el transcurso del 2010 y 2011** las cuales se distribuyeron de la siguiente forma:

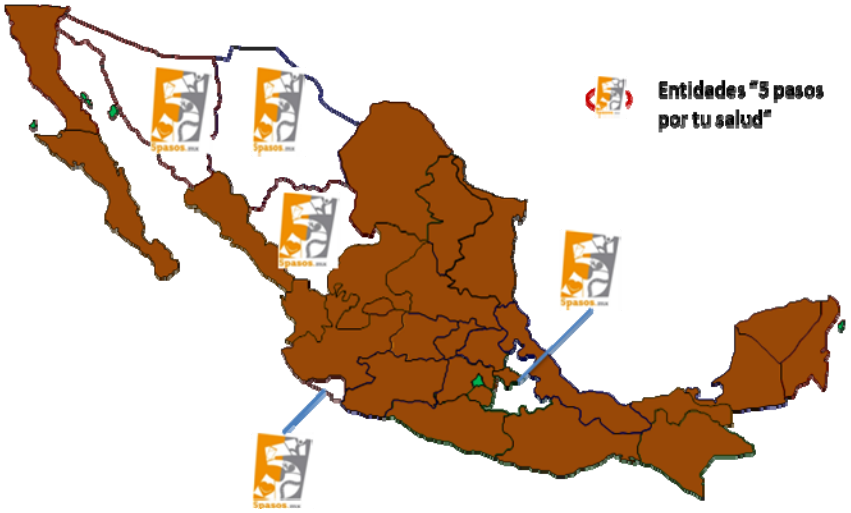
TOTAL DE PERSONAL CAPACITADO EN "5 PASOS POR TU SALUD"					
REGIÓN 1		**REGIÓN 2**		**REGIÓN 3**	
Entidad	**Personal capacitado**	**Entidad**	**Personal capacitado**	**Entidad**	**Personal capacitado**
Baja California	18	Sinaloa	25	Nuevo León	19
BajaCalifornia Sur	21	Nayarit	20	Tamaulipas	30
Sonora	25	Colima	24	Aguascalientes	21
Chuhuahua	24	Durango	16	Zacatecas	15
Coahuila	22	Jalisco	0	San Luis Potosi	0
TOTAL	**110**	**TOTAL**	**85**	**TOTAL**	**85**

TOTAL DE PERSONAL CAPACITADO EN "5 PASOS POR TU SALUD"					
REGIÓN 4		**REGIÓN 5**		**REGIÓN 6**	
Entidad	**Personal capacitado**	**Entidad**	**Personal capacitado**	**Entidad**	**Personal capacitado**
Distrito Federal	49	Veracruz	0	Tabasco	36
Hidalgo	22	Guerrero	20	Chiapas	0
Morelos	21	Oaxaca	0	Campeche	12
Tlaxcala	23	Michoacán	0	Yucatán	28
Estado de México	30	Guanajuato	13	Quintana Roo	0
TOTAL	**145**	Querétaro	16	**TOTAL**	**76**
		TOTAL	**49**		

En el año 2011, 5 entidades decidieron adquirir el compromiso como estrategia estatal con la finalidad de incorporar acciones orientadas a revertir la tendencia epidemiológica para encaminar a la población a la adopción de un estilo saludable contando con el apoyo del Gobernador y Secretario de Salud Estatal, a estas 5 entidades se les denominó “Estados 5 pasos” , lo que significa que el gobernador de la entidad decidió incluir el combate a la obesidad y a la prevención de enfermedades no transmisibles entre las prioridades más altas del gobierno estatal.

Este compromiso político ha dado lugar a esfuerzos municipales para expandir eventos de actividad física los domingos por la tarde, asegurar la disponibilidad de agua gratuita en los eventos públicos, iniciar nuevos mercados locales de frutas y vegetales, organizar talleres de nutrición, mejorar la calidad y cantidad de los alimentos en las escuelas, ofrecer información sobre salud y servicios de medición antropométrica durante eventos especiales con la finalidad de dar difusión a la estrategia de 5 pasos.

Como se mencionó anteriormente, las acciones realizadas en estas entidades se verán reflejadas a largo plazo pero ya iniciaron con las mismas.



- **Sonora**
- **Chihuahua**
- **Durango**
- **Colima**
- **Puebla**

También se llevó a cabo el 25 de febrero de ese año la Consulta Regional de Alto Nivel de las Américas contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, "**Declaración Ministerial"** donde se reunieron ministros y ministras de salud de América y de la OMS y reconocieron que el logro del grado máximo de salud física y mental es un objetivo aún lejano; y permanecemos plenamente convencidos que la carga de las enfermedades no transmisibles puede ser reducida mediante estrategias preventivas y de control amplias e integradas.

Acordaron que el problema de la obesidad, especialmente la obesidad infantil debe ser abordado de forma particular para identificar sus causas específicas. Por lo que se comprometieron a facilitar la participación de sectores como educación, agricultura, comercio, medios de comunicación, industria alimentaria, gobiernos locales y otros, junto con las autoridades sanitarias, para evitar los ambientes obesigénicos y contribuir a la prevención del sobrepeso y la obesidad.

Promover el reconocimiento de la creciente incidencia e impacto socioeconómico de la alta prevalencia de las enfermedades no transmisibles en el continente Americano requiere de una urgente coordinación para catalizar esfuerzos multilaterales al más alto nivel político e intensificar acciones que permitan priorizar el tema de la agenda de salud y desarrollo del continente, así como en sus iniciativas de cooperación para el desarrollo.

Indicadores

La estrategia no cuenta con indicadores por lo que no se puede medir hasta el momento los beneficios obtenidos.

Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, en cuanto a los objetivos, compromisos y servicios prestados.

De los 5 pasos de la estrategia se obtuvieron los siguientes resultados:

- Con la estrategia "5 pasos por tu Salud", se logro que 6 Secretarías de estado implementaran dichos pasos en sus centros laborales, beneficiando principalmente a los trabajadores que en total suman aproximadamente 14 mil 25 personas las cuales han adoptado un estilo de vida saludable al consumir agua simple potable, verduras y frutas y algunos han iniciado con actividad física.

- Con el **paso 1 Actívate** se beneficiaron 90 mil 137 personas de 110 millones 22 mil 552 personas lo que equivale a 81 personas por cada 100 mil habitantes.
- Para el **paso 2 Toma agua,** benefició a un total de 146 mil 15 personas lo que equivale a 133 personas por cada 100 mil habitantes.
- **Paso 3 Come verduras y frutas,** tuvo mejor impacto que los pasos anteriores beneficiando a 165 mil 355 personas (165 personas por cada 100 mil habitantes).
- Para el **paso 4 Mídete,** se realizó un total de 29 mil 940 mediciones antropométricas encontrando en dos terceras partes sobrepeso y obesidad en los habitantes.
- **Paso 5 Comparte con familia y amigos,** este paso fue difundido por 14 mil 452 personas.
- En total se benefició con alguno de los 5 pasos por tu Salud a 250 mil personas, lo que equivale a 2268 personas por cada 100 mil habitantes que realizaron y se beneficiaron con alguno de los 5 pasos por tu Salud.

En las entidades, aún no se logra revertir las complicaciones causadas por las enfermedades no transmisibles así como el sobrepeso y la obesidad ya que como se mencionó anteriormente, los resultados se verán a largo plazo.

Otros resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Se han realizado 6 spots de televisión alusivos a la estrategia “5 pasos por tu Salud” y transmitidos a nivel nacional diariamente en 440 canales.
- Se transmiten 2 spots diariamente por radio en 750 estaciones de radio.
- En un esfuerzo por ganar la atención de la nación, el gobierno ha recurrido a lo que se considera la pasión por México-el futbol- para ganar una audiencia cautiva. Este año se está llevando a cabo la Campaña Nacional “Futbol contra obesidad” junto con la Federación Mexicana de Futbol y la empresa Voit cuyo objetivo es sensibilizar a la población en temas de salud por medio de un ambiente de futbol, las acciones que se realizan en la campaña se basan en dar mensajes sobre la salud antes de cada juego, se realizan mediciones de circunferencia de cintura en módulos de atención que se establecen en la entrada de cada partido de futbol y se les da una breve explicación de la estrategia “5 pasos” con la finalidad de que adopten un estilo de vida saludable, estos esfuerzos se complementan con un sitio web, donde las personas o grupos pueden llevar un registro de los avances en el seguimiento de la implementación de los “5 pasos por tu salud”. En solidaridad a la campaña, los árbitros y jugadores portan una muñequera color naranja alusiva a la Secretaría de Salud y los equipos de futbol juegan con un balón de color naranja con la misma finalidad.

- Por lo tanto en el 2012, se han realizado 12 mil 788 mediciones de circunferencia de cintura encontrando sobrepeso y obesidad en las personas que acuden a los partidos de futbol, los 44 partidos que se llevan hasta el momento, se han transmitido por televisión y por este medio de comunicación la campaña ha llegado a más de 35 millones de personas.

Financiamiento de la estrategia

No se tiene presupuesto para esta estrategia por lo que las acciones se hicieron conjuntamente con presupuesto destinado para el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) y acciones de Promoción de la Salud.

Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, 2007-2012.

Descripción del programa:

- El Programa se sustenta en fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades a través del desarrollo de un diagnóstico situacional de los adultos mayores, con objeto de implementar modelos de atención que promuevan un envejecimiento activo y saludable en México, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas y se coadyuve en un Programa Sectorial que establezca y unifique estrategias y lineamientos en el marco de la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud en la población mexicana.

Publicación en el Diario Oficial de la Federación

El Programa de Acción Específico de este Centro Nacional, no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Objetivo General del Programa o Proyecto

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.

Específicos:

- Promover e implementar el desarrollo de diagnósticos estatales sobre las necesidades sentidas y reales de los adultos mayores.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial en favor del envejecimiento activo y saludable.
- Implementar esquemas de prevención y control de las enfermedades en los adultos mayores para promover un envejecimiento activo y saludable.
- Coadyuvar en la instalación de estructuras dentro del Sistema Nacional de Salud que aborden la epidemia de enfermedades crónicas degenerativas en el envejecimiento.
- 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.
- 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.

En este sentido, el Programa propone en su PAE realizar las siguientes actividades para cumplir con los objetivos del mismo:

Compromisos asumidos del 2006 al 2012:

- Reducir 3% la mortalidad por neumonías en adultos mayores, con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006.
- Cobertura anual del 85% vacunación antiinfluenza en la población ≥ 60 años.
- Cobertura anual de detección de depresión en 20% de la población ≥ 60 años.
- Cobertura anual de detección de alteraciones de memoria en 20% de la población ≥ 60 años.
- Comités Estatales de Atención al Envejecimiento (COESAEN). Operar 24 Comités.
- Llevar a cabo una Semana de Salud para Gente Grande (SSGG) con periodicidad anual en cada entidad federativa.
- Diez y seis diagnósticos situacionales del envejecimiento poblacional obtenidos a través de la Encuesta SABE al final del período.

Vacunación.

- Evaluación de coberturas de vacunación en el adulto mayor, las cuales deberán ser iguales o superiores al 85%.

Detección de depresión.

- Promoción de las acciones de detección temprana entre la población adulta mayor.
- Realizar acciones de detección temprana entre la población adulta mayor.
- Brindar la atención en los casos moderados de depresión.
- Canalizar al segundo y tercer nivel de atención los casos severos de depresión, o aquellos que no se logro mejoría de la sintomatología en 6 o 12 meses de tratamiento continuo.
- Actualización constante del personal de salud, que asegure la atención médica oportuna con calidad y calidez en este padecimiento.
- Evaluación de cobertura anual de detección de depresión en 20% de la población ≥ 60 años.

Detección de Alteraciones de la memoria.

- Promoción de las acciones de detección temprana entre la población adulta mayor.
- Realizar acciones de detección temprana entre la población adulta mayor.
- Canalizar los casos detectados con alteraciones de la memoria con una puntuación menor de 24 Puntos de la escala MMSE.
- Hacer seguimiento de los casos leves de alteraciones de la memoria de manera anual.
- Canalizar los casos que van en incremento al segundo y tercer nivel de atención para hacer una valoración integral.
- Actualización constante del personal de salud, que asegure la atención médica oportuna y de calidad a este padecimiento.
- Generar grupo de estimulación temprana para evitar un mayor deterioro cognitivo.
- Evaluación de cobertura anual de detección de depresión en 20% de la población ≥ 60 años.

Operar los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento (COESAEN).

- Evaluar las acciones que se realizan en las sesiones bimensuales del COESAEN.
- Sensibilizar, dentro del sector salud estatal, de acciones de promoción de la salud, detección, atención médica y de rehabilitación, oportuna, de calidad y con calidez en el sector.
- Promover la actualización constante y homogénea del sector salud, que asegure las acciones de promoción de la salud, detección, atención médica y de rehabilitación, oportuna, de calidad y con calidez en el sector.

- Estandarización del los criterios dentro del sector salud de la entidad correspondiente sobre: promoción de la salud, detección, atención médica y de rehabilitación, oportuna, y canalización al segundo y tercer nivel de atención los casos que lo ameriten.

Semana de Salud para Gente Grande (SSGG)

- Realizar la Semana a fin de reforzar las acciones de promoción, prevención y protección de la salud e información que propicie un mejor nivel de salud y una vejez con autonomía y funcionalidad en todo el territorio Nacional.
- Propiciar una cultura de vejez activa y sana entre la sociedad.
- Fomentar en los adultos mayores el conocimiento de cuales son los riesgos de salud más frecuentes y la manera de controlarlos.
- Promover la importancia de la actividad física mediante la realización de caminatas.
- Fomentar la participación de este grupo de edad en las actividades que se llevarán a cabo en esta Semana.
- Ofrecer a los adultos mayores, intervenciones de detección de las siguientes enfermedades en aquéllas instituciones que cuenten con los recursos:
    - Diabetes, hipertensión y obesidad.
    - Vacunación antiinfluenza, antineumocóccica y Td.
    - Problemas paradontales.
    - Cáncer de próstata e hiperplasia prostática benigna.
    - Depresión y trastornos de memoria

Realizar proyectos de investigación en la materia.

- Estudiar las condiciones de salud de los adultos mayores, a través de encuestas transversales, con la finalidad de contar con datos confiables que permitan la comparación descriptiva y analítica para el diseño de políticas públicas para la atención sanitaria de este segmento de la población mexicana.
- Promover la realización de diagnósticos situacionales del envejecimiento poblacional obtenidos a través de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE)

INDICADORES

Meta de Proceso.- Operar 24 Comités							
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Programado		27	28	29	30	31	32
Real		27	28	29	30	30	
V1 (descripción)		27	28	29	30	31	
V2 (descripción)		27	28	29	30	30	
Porcentaje de avance		100%	100%	100%	100%	96.77%	100%

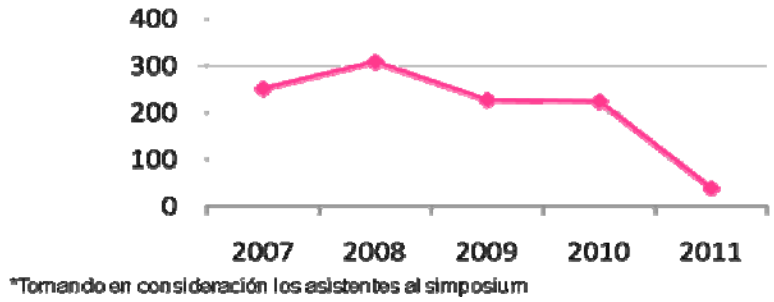
Fuente de información.- Informes enviados por cada entidad federativa a través de oficio. *valor preliminar

Meta de Producto.- Realizar Diez y seis diagnósticos a través de la Encuesta SABE							
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Programado		2	1	1	12	12	0
Real		2	1	1	8	7*	0
V1 (descripción)		2	1	1	8	7	0
V2 (descripción)		2	1	1	12	12	0
Porcentaje de avance		100%	100%	100%	66.6%	58.3%	0

Fuente de información.- Seguimiento de los Proyectos Encuesta SABE *valor preliminar

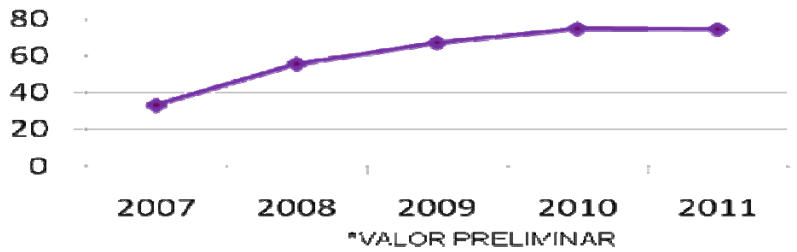
Meta de Proceso.- Desarrollar las competencias y habilidades de 2000 profesionales de la salud del Sector Salud							
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Programado		300	300	400	300	400	400
Real		**760**	**923**	**680**	**670**	**150***	
V1 (descripción)		300	300	400	300	400	
V2 (descripción)		**760**	**923**	**680**	**670**	**150**	
Porcentaje de avance		**253%**	**307%**	**226%**	**223%**	**37.5%**	

Fuente de información.- Informe de actividades del programa. *valor preliminar



Meta de Impacto Intermedio.- Cobertura anual de detección de depresión en 20% de la población ≥ 60 años.							
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Programado		781,305	817,120	857,771	858,919	890,804	923,615
Real		401,965	634,634	809,473	1,019,920	891,947*	
V1 (descripción)		781,305	817,120	857,771	858,919	890,804	
V2 (descripción)		401,965	634,634	809,473	1,019,920	891,947*	
Porcentaje de avance		51.4%	77.6%	94.3%	118%	100.1%	

Fuente de información.- Sistema de Información en Salud de los años informados. *valor preliminar



Meta de Impacto Intermedio.- Cobertura anual de detección de alteraciones de la memoria en 20% de la población ≥ 60 años.							
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Programado		781,305	817,120	857,771	858,919	890,804	923,615
Real		258,245	447,965	573,120	639,994	661,792*	
V1 (descripción)		781,305	817,120	857,771	858,919	890,804	
V2 (descripción)		258,245	447,965	573,120	639,994	661,792*	
Porcentaje de avance		33%	55.4%	66.8%	74.6%	74.2%	

Fuente de información.- Sistema de Información en Salud de los años informados. *valor preliminar

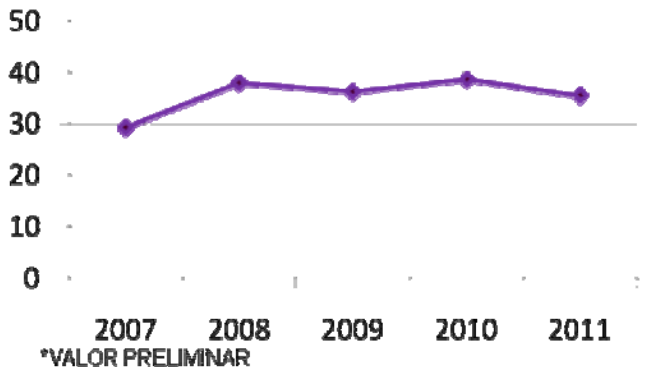
Meta de Impacto Intermedio.- Cobertura anual del 85% vacunación anti-influenza, en la población ≥ 60 años.							
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Programado		5,909,675	4,110,801	7,002,796*	5,051,950*	5,051,950*	923,615
Real		5,019,952	3,699,721	6,302,517	4,626,316	4,626,316*	

V1 (descripción)		5,909,675	4,110,801	7,002,796*	5,051,950*	5,051,950*	
V2 (descripción)		5,019,952	3,699,721	6,302,517	4,626,316	4,626,316*	
Porcentaje de avance		84.9%	90%	90%	91.5%	91.5%	

Fuente de información.- Sistema de Información en Salud de los años informados.*valor preliminar

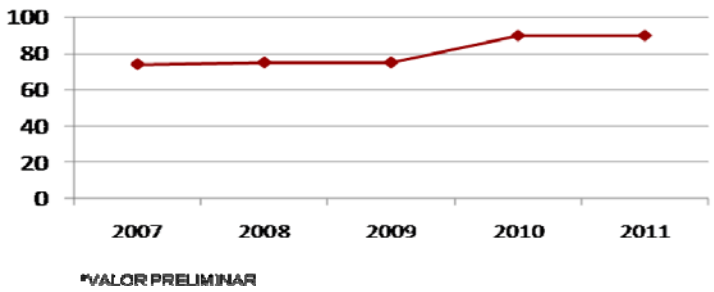
Meta de Impacto Intermedio.- Cobertura anual de detección de HPB en el 50% población 45 años y más							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado		2,497,601	2,510,958	2,798,930	2,804,560	2,924,269	3,043,305
Real		728,945	952,044	1,015,212	1,074,916	1,036,559*	
V1 (descripción)		2,497,601	2,510,958	2,798,930	2,804,560	2,924,269	
V2 (descripción)		728,945	952,044	1,015,212	1,074,916	1,036,559*	
Porcentaje de avance		29.1%	37.9%	36.2%	38.6%	35.4%	

Fuente de información.- Sistema de Información en Salud de los años informados. *valor preliminar



Meta de Proceso.- Llevar a cabo una Semana de Salud para Gente Grande con periodicidad anual en cada entidad federativa. *Acciones realizadas							
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Programado		**2,273,971**	**2,401,408**	**2,521,477**	**2,576,756**	**2,672,411**	**2,770,840**
Real		**1,691,903**	**1,805,859**	**1,888,586**	**2,324,315**	**2,405,170**	
V1 (descripción)		**2,273,971**	**2,401,408**	**2,521,477**	**2,576,756**	**2,672,411**	
V2 (descripción)		**1,691,903**	**1,805,859**	**1,888,586**	**2,324,315**	**2,405,170**	
Porcentaje de avance		**74.4%**	**75.2%**	**74.9%**	**90.20%**	**90.0%**	

Fuente: informes realizados por las entidades federativas a través de oficio. *valor preliminar



Meta de Impacto.- Reducir 3% la mortalidad por neumonías en adultos mayores, con respecto a la tendencia observada entre 1995 - 2006.							
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Programado		**296.5**	**295.0**	**293.6**	**292.1**	**290.6**	**289.1**
Real		**293.6**	**311.6**	**287.8**	*	*	
V1 (descripción)		**296.5**	**295.0**	**293.6**	**292.1**	**290.6**	
V2 (descripción)		**293.6**	**311.6**	**287.8**	*	*	
Porcentaje de avance		**1.5%**	**-4.6%**	**2.0%**	**+**	**+**	

Fuente. Informe SIS Mor. *valor preliminar

BASAL	2005	100%	298,0	AVANCE
REDUCCION 3%	2007	99,5%	296,5	293,6
	2008	99,0%	295,0	311,6
	2009	98,5%	293,6	287,8
	2010	98,0%	292,1	**
	2011	97,5%	290,6	**
	2012	97,0%	289,1	**

* Información no disponible

Explicación de las Series estadísticas

Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, en cuanto a los objetivos, compromisos y servicios prestados.

Como órgano rector, el Programa de Atención al Envejecimiento, no tiene una relación directa con la población blanco; sin embargo, sus acciones y decisiones impactan de manera directa; ya que es aquí donde se generan las acciones mínimas que se tienen que realizar a los adultos mayores en las diferentes entidades federativas.

- El programa se encarga de supervisar y hacer seguimiento en las metas programadas en el PAE y de esta manera mantener los indicadores dentro de un rango aceptable, haciendo todo tipo de acciones tendientes a mejorar sus indicadores en aquellas entidades donde no se cumplen las metas programadas.
- Procura la realización de la capacitación del equipo de salud que participa en la atención de los adultos mayores a través de las Guías de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención elaboradas para este fin por el grupo colegiado del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento, mismas que se aplican en todo el sector salud, para la capacitación del personal a fin de homologar criterios.

- Procura un buen sistema de información a través del Sistema de Información en Salud SIS, pues con él se generan datos y cifras que permiten la adecuada toma de decisiones.
- Procura que la información recibida de la Semana de Salud para Gente Grande, que debido a su naturaleza no se puede integrar al SIS, tenga un formato de llenado de las actividades igual en todo el país así como en todas las instituciones que integran el sector salud a fin de poder ser concentradas y analizadas.

Ejercicio 2010

El ***presupuesto ejercido*** del **Programa Específico de Atención al Envejecimiento**, fue de 14,855,377.65 (catorce millones ochocientos cincuenta y cinco mil trescientos setenta y siete pesos/65 Cts.). Este comportamiento, se debió a que por primera vez fue asignado presupuesto para este programa de los cuales,

- Por concepto de la aplicación y desarrollo de Proyecto de Investigación Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE), se asignaron $6,000,000.00 (seis millones de pesos M/N) en 12 entidades federativas a saber:

Campeche	Quintana Roo
Durango	San Luís Potosí
Estado de México	Tabasco
Michoacán	Veracruz
Morelos	Yucatán
Puebla	Querétaro

  - Con el objeto de conocer y analizar las necesidades reales y sentidas del adulto mayor, en México.
  - Para la compra del programa de SPSS para el análisis de la información generada, se agregaron $31,250 (treinta y un mil doscientos cincuenta pesos M/N), por entidad federativa participante, dando un total de $375,000.00 (trescientos setenta y cinco mil pesos M/N) para las 12 entidades antes mencionadas.

- Para el fortalecimiento en la Detección de Hiperplasia Prostática para los varones de 45 años y más, se le otorgan a las entidades federativas el recurso restante para que se lleven a cabo las acciones correspondientes, con la utilización del antígeno prostático. Cabe resaltar que dicha actividad está integrada como parte de las estrategias de evaluación del Programa de Atención al Envejecimientos que se lleva en el CENAPRECE.

Ejercicio 2011

El ***presupuesto ejercido*** del **Programa Específico de Atención al Envejecimiento**, fue de 9,691,109.21 (nueve millones seiscientos noventa y un mil, ciento nueve pesos 21 cts.). En comparación al año 2010 hubo una reducción del presupuesto del **34.8%** en el ejercicio 2011.

- Por concepto de la aplicación y desarrollo de Proyecto de Investigación Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE), se asignaron $6,000,000.00 (seis millones de pesos M/N) en 12 entidades federativas a saber:

Coahuila	Chiapas
Distrito Federal	Hidalgo
Nuevo León	Oaxaca
Sinaloa	Sonora
Tamaulipas	Tlaxcala
Zacatecas	Nayarit

Cabe mencionar que debido a un oficio recibido el 23 de febrero de ese año firmado por el Coordinador de Asesores del Secretario de Salud para interrumpir las labores del programa en virtud de que pasaba al Instituto de Geriatría, situación que no se da, pero se interrumpen las labores por más de 7 meses, motivo por el cual no se concreto el 100% el levantamiento de la encuesta.
Para el fortalecimiento la Detección de Hiperplasia Prostática para los varones de 45 años y más, se le otorga en total a las 32 entidades federativas 3,691,109.21 (tres millones seiscientos noventa y un mil, ciento nueve pesos 21 cts.) para este concepto..

Transferencia de recursos a las entidades federativas

Para fortalecer el desarrollo del programa, durante el periodo 2010-2011, se enviaron recursos a las entidades federativas, que permitieron:

- Implementación del proyecto SABE en 24 entidades
- Al fortalecimiento de la detección de sintomatología prostática

Resultados 2007 a 2010

Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, en cuanto a los objetivos, compromisos y servicios prestados

Problemática al 31 de diciembre de 2011.

Los Adultos Mayores requieren de una atención adecuada a sus problemas de salud, situación que a través del Programa de acción especifico al envejecimiento se pretende solventar impulsando la generación de una cultura a favor del envejecimiento buscando mejorar su calidad de vida mediante la promoción del envejecimiento activo y saludable. Para alcanzarlo, ha de promoverse un acercamiento al fenómeno del envejecimiento que tenga en cuenta una perspectiva de ciclo vital, reconociendo además que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad del individuo tiende a aumentar con la edad. Sin embargo el programa enfrenta una serie de problemas que le impiden logar su misión y visión planteadas en ese documento donde se destacan como las más relevantes.

- Recursos insuficientes para la aplicación del programa.
- Rotación alta de personal a todos los niveles en las entidades federativas, lo que impide logar una continuidad en el trabajo.
- Deficiente capacitación del personal debido por las siguientes causas;
  - falta de presupuesto asignado para realizar la capacitación necesaria para sistematizar los procesos para los diferentes niveles de aprendizaje de acuerdo a las necesidades, del equipo de salud
  - índice de rotación elevado lo que incrementa la problemática anterior, ya que una vez que se logar tener una mediana capacitación del personal este es cambiado de programa o ya no se le contrata
  - sensibilización no adecuada del personal directivo sobre la atención al envejecimiento
- No contratar con encargado del programa en el 100% de las entidad federativa, y sus jurisdicciónes
- Recursos materiales insuficientes, para la atención del adulto mayor
- A nivel federal, recursos insuficientes para acciones de rectoría del programa

Corto plazo.- Por atender al 30 de noviembre de 2012.

A pesar de los resultados del Proyecto Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE), en donde al analizar la transición epidemiológica y demográfica de nuestro país encontramos que no se cuenta con los recursos humanos materiales y financieros, la problemática principal es:

- Revisión de los indicadores de envejecimiento en el Sistema de Información en Salud (SIS), e implementar aquellos que son necesarios de incluir de manera inmediata
- Generar el expediente gerontológico de los adultos mayores
- Reconsiderar el presupuesto para el Programa de Atención al Envejecimiento
- Implementar cursos de capacitación permanente regionales y en línea con temas que atiendan las principales causas de morbilidad y mortalidad de los adultos mayores
- Implementar sistemas eficientes y eficaces para disminuir el índice de rotación del personal
- Contar con la asignación de responsables del programa a nivel estatal y jurisdiccional en el 100% de las entidades federativas
- Incrementar la supervisión del programa a todos los niveles

Mediano Plazo.- Por atender en el siguiente año 2013

Con el objetivo de dar cumplimiento al Programa Operativo Específico (PAE) a fin de logar en un futuro próximo un Envejecimiento Activo y Saludable en esta población se requiere que se impulsen las siguientes acciones.

- Contar con un presupuesto adecuado para la atención a este grupo de edad.
- Continuar con la capacitación del equipo de salud en materia de envejecimiento realizando un seguimiento de los resultados de la capacitación.
- Implementar la investigación “Proyecto Encuesta Salud bienestar y Envejecimiento” (SABE) en aquellas entidades que no lo tengan.
- Ampliar las acciones a realizar para el adulto mayor de acuerdo a los resultados de la investigación “Proyecto Encuesta Salud bienestar y Envejecimiento” (SABE)

Problemática de largo plazo.-

Los adultos mayores del mañana ya nacieron donde las generaciones más numerosas, se dieron entre 1960 y 1980, los cuales estarán ingresando al grupo de 60 años y más, a partir del 2020 y se verá reflejado en el aumento de las proporciones de los adultos mayores en las próximas décadas. Lo que nos habla que el proceso del envejecimiento demográfico en México no es reversible.

Debemos de remarcar que la vejes no es sinónimo de enfermedad sin embargo las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en los adultos mayores aumentarán en el

Futuro en virtud que su gran mayoría inician en etapas tempranas de la vida y en menor proporción en este grupo de edad, sin embargo los que iniciaron tempranamente llegan a esta edad con una serie de complicaciones, por lo que los costos de atención a la salud se incrementarán de manera alarmante, ya que este tipo de padecimientos son de larga duración e implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos costosos. También es sabido que estos adultos mayores que ingresaron con estos padecimientos a este grupo de edad se asocian a periodos de hospitalización prolongados y frecuentes, sin que necesariamente se prolongue la vida del individuo o la calidad de la misma.

La prevalencia de la discapacidad se incrementa gradualmente a partir de los 45 años de edad, tanto en hombres como en mujeres, pero alcanza niveles significativamente altos a partir de los 70 años, cuando los riesgos de experimentar deterioro funcional, son mayores, lo que nos debe de llevar a la implementación de:

- unidades geronoto-geriatricas equipadas con un equipo multidicipliario altamente capacitado para su atención por centro de salud tipo , y con instalaciones mínimas indispensables para la atención, así como la implementación de
- Centros de Día, para la atención de:
  - discapacidades motoras y neurológicas,
  - brindar capacitación para cuidadores primarios
  - servir de respiro para el familiar y evitar el síndrome de agobio de cuidadores

Lo que permitirá a las familias continuar con sus actividades laborales para contar con los recursos indispensables para la atención de sus familias como de sus adultos mayores.

En este contexto, las instituciones del Sector Salud, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, deben elaborar y actualizar las políticas y estrategias de prevención y control que permiten conjuntar esfuerzos y organizar los servicios de salud para una mejor capacidad de respuesta en los distintos órdenes de gobierno.

Para poder implementar el nuevo modelo de atención al envejecimiento a través de personal de primer nivel de atención capacitado, creación de Unidades Geronoto-Geriatricas en los Centros de Salud y Centros de Día para atención de adultos mayores discapacitados se requiere:

- Implementar una mayor política en materia de envejecimiento de acuerdo a los resultados de SABE.
- Contar con el presupuesto adecuado para la atención a este grupo de edad (permanente)
- Continuar con la capacitación del personal (permanente)
- Terminar el estudio de investigación “Proyecto Encuesta Salud bienestar y Envejecimiento” en el 100% del país y así generar los cambios sustantivos para logar un envejecimiento activo y saludable en las diferentes entidades federativas, así como evaluar las estrategias implementadas y analizar la trayectoria que sigue el envejecimiento al no implementar estrategias (cada cuatro años después de la terminación de la encuesta SABE en las entidades una vez aplicadas las intervenciones).

Programa de Acción Específico de Riesgo Cardiovascular, 2007-2012.

Programa de Acción Específico.

Programa de Acción Específico de Riesgo Cardiovascular, 2007-2012.

Publicación en el Diario Oficial de la Federación

El Programa de Acción Específico de este Centro nacional, no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Objetivo del Programa o Proyecto

Prevenir, controlar y, en su caso, retrasar la aparición del riesgo cardiovascular y sus complicaciones, así como aumentar el número de años de vida saludable en la población mexicana y mejorar la calidad de vida en las personas que presenten estos padecimientos, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas.

Periodo de vigencia

Del 1º de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2012.

Objetivos Generales

Prevenir, controlar y, en su caso, retrasar la aparición del riesgo cardiovascular y sus complicaciones, así como aumentar el número de años de vida saludable en la población mexicana y mejorar la calidad de vida en las personas que presenten estos padecimientos, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas.

Objetivos Específicos

1. Fomentar una cultura por la salud entre la población que propicie cambios de actitudes saludables para reducir los factores de riesgo cardiovascular.

2. Brindar una atención multidisciplinaria para el control adecuado del riesgo cardiovascular y prevenir sus complicaciones.
3. Promover acciones que reduzcan la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares.
4. Lograr el control de la presión arterial, los lípidos y alcanzar un peso saludable para disminuir el riesgo cardiovascular.
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.
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.

En este sentido, el Centro propone en su PAE realizar las siguientes actividades para cumplir con los objetivos del mismo:

1. Creación de mecanismos rectores del Sistema Nacional de Salud y otros sectores para abordar en conjunto con otras ECNT los entornos y determinantes de la epidemia de las enfermedades cardiovasculares en la población mexicana.
2. Fortalecimiento de la infraestructura para el manejo integral del riesgo cardiovascular en el ámbito estatal y local.
3. Desarrollo institucional y fortalecimiento de competencias en los profesionales de la salud que participan en la prevención y control del riesgo cardiovascular.
4. Fortalecimiento del componente educativo (alfabetizar en los componentes del riesgo cardiovascular) dirigido a la comunidad, las personas con riesgo cardiovascular, sus familias y la población en riesgo.
5. Incorporación de intervenciones costo-beneficio basadas en las mejores prácticas y evidencia científica.
6. Innovación en la prestación de servicios de salud y establecimiento de mecanismos para la detección y diagnóstico oportuno del riesgo cardiovascular en usuarios de servicios del Sistema Nacional de Salud.
7. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia epidemiológica y seguimiento para la toma de decisiones.

Resultados 2007 a 2011

El Programa de Riesgo Cardiovascular, se apoya en los lineamientos y estrategias señaladas en el programa de Diabetes Mellitus con lo cual se pretende lograr mayor eficiencia en la prestación de los servicios. Así mismo se comparte las estrategias de GAM y de UNEMEs EC.

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.

Todas las estrategias están dirigidas a cumplir la meta de impacto plasmadas en el programa de acción especifico de Riesgo Cardiovascular 2007-2012:

1. “Disminuir la mortalidad prematura por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años” y las de impacto intermedio,
2. “Alcanzar las detecciones programadas de personas de la población de 20 años y más con detección de obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias”,
3. “Mantener en cifras de control de la presión arterial en al menos del 60% de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en las UNEMEs de enfermedades crónicas, al término de la administración”,
4. “Mantener en cifras de control de lípidos en al menos del 60% de los pacientes diagnosticados con dislipidemias en las UNEMEs de enfermedades crónicas, al término de la administración” y
5. “Disminuir del 5 al 10% del peso basal en el 30% de pacientes detectados con obesidad en las UNEMEs de enfermedades crónicas, al término de la administración”.

Los logros alcanzados hasta el 2011 permiten visualizar alternativas de cambio para la consecución del Programa, en el control de estas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) 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 el periodo 2007-2012 y que coadyuvan a modificar la evolución natural de las ECNT se encuentran las siguientes:

Se realizaron 137 millones de detecciones de diabetes mellitus y riesgo cardiovascular, además en el Sistema de Información en Salud se registraron:

- En hipertensión arterial se reportaron 754,568 casos nuevos, 379,304 controlados y 724,117 en la Secretaria de Salud.
- En obesidad se registraron 100,029 casos en control y 354,657 casos en tratamiento,
- En dislipidemias se registraron 41,274 casos en tratamiento y 115,583 estuvieron controlados.

Incidir en el comportamiento de esta enfermedad es un reto para el sistema de salud, sobre todo porque las condiciones actuales relacionadas con la presencia de estilos de vida poco saludables no permiten vislumbrar cambios positivos en el corto plazo. Por ello, es necesario dar un mayor impulso a las acciones de prevención que permitan modificar los factores de riesgo imperantes, pero con énfasis en la conformación de una nueva cultura de salud, en la que la población participe activamente a fin de mejorar sus hábitos nutricionales y la reducción del consumo de tabaco y alcohol, entre otras acciones. Destaca por su importancia las acciones que como parte de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, como por ejemplo: la incorporación de las nuevas “Cartillas Nacionales de Salud” unificadas para todo el sector, las cuales permitirán el registro de las acciones de detección para enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias.

Se han implementado estrategias e iniciativas las cuales son un impulso en las actividades que favorecen a disminuir los factores de riesgo cardiovascular, entre estas podemos mencionas que el 2007 se promovió la ley de protección para los no

fumadores ante la cámara de diputados y senadores y se implementó una estrategia de comunicación social y educativa denominada “México está tomando medidas”, con la cual se logró transmitir a la población la mejor información sobre estilos de vida saludables, centrada en aspectos nutricionales y actividad física.

Se han implementado campañas las cuales tuvieron una gran aceptación social como fue la campaña de “Vamos por Un Millón de Kilos para Vivir Mejor” en el 2008, en el 2009 a la fecha se implemento la estrategia “5 pasos por tu salud”. Estrategias que han llegado a todos los sectores de la población y se han implementado a en todas las entidades, ésta estrategia inició en 21 ciudades del país, programas y acciones orientadas a revertir la tendencia epidemiológica y encaminar a la población a la adopción de un estilo de vida saludable.

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. En este sentido a través del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades se contrataron a 269 licenciados en nutrición, 237 activadores físicos y 32 médicos con especialidad en el deporte, quienes instrumentan acciones específicas en las 32 entidades federativas para el logro de las metas del ANSA, el objetivo es consolidar una política pública nacional de combate al sobrepeso y la obesidad que induzca un cambio positivo en el comportamiento de los individuos y que garantice la transversalidad de acciones en los sectores del gobierno, la industria y la sociedad. Como parte de las actividades del personal del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria durante el 2011:

- Los médicos del deporte elaboraron de manera local 58 campañas de comunicación social y educativa sobre orientación alimentaria y actividad física.
- Los nutriólogos estatales lograron 22 entornos laborales implementados con los Pasos 2 Toma agua y 3 Come verduras y frutas, 91 asesorías en la capacitación jurisdiccional de cursos de orientación alimentaria, 89 supervisiones de las

acciones en el ámbito jurisdiccional del entorno laboral en la implementación de los Pasos 2 y 3. Se reportaron 3,663 personas beneficiadas con los Pasos 2 Toma Agua y 3 Come Verduras y Frutas en su entorno laboral, 50 Campañas de Comunicación Social y Educativa sobre orientación alimentaria y actividad física y 10,696 personas con seguimiento de peso corporal.

- Los activadores físicos jurisdiccionales, se han obtenido 326 espacios para la actividad física, 473 centros laborales implementados con el Paso 1 Actívate, 750 entornos escolares con implementación del Paso 1 Actívate. Para el cuarto trimestre se tiene un total de 304,726 personas beneficiadas con el Paso 1. Se realizaron 699 cursos para la implementación de la actividad física con 36,094 personas beneficiadas. Los nutriólogos jurisdiccionales reportan 569 centros laborales implementados con los pasos 2 Toma agua y 3 Come verduras y frutas, un total de 9,544 talleres de orientación alimentaria llevados a cabo con 65,243 personas beneficiadas; 59,618 personas con seguimiento de peso corporal y 361 proyectos demostrativos.

De manera conjunta con la Alianza por un Corazón Saludable se logró realizar la primera “Semana Nacional de Hipertensión” a nivel nacional en las 32 entidades federativas, el objetivo fue intensificar mediante detecciones el de riesgo cardiovascular, impartir cursos sobre la prevención del riesgo cardiovascular, realizar actividad física. La puesta en marcha de esta estrategia logró un aumento de las detecciones en el 2007 se realizaron 17 millones de detecciones ya para el 2011 se lograron realizar 31.4 millones de detecciones.

A finales del 2009 se instrumentó la estrategia de “Recorridos por tu Salud”, que tiene por objetivo fortalecer las actividades enfocadas a la detección de enfermedades, brindar asesoría sobre la alimentación correcta y la actividad física.

- Se realizaron 1,500 recorridos en el cual se les ha dado atención a 112,715 personas en todo el país.

Por otro lado, se instaló el Consejo Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles con la participación de siete Secretarías de Estado, el IMSS y el ISSSTE. Este Consejo realizó 3 sesiones, dos en 2010 y una en 2011, marcó la pauta para llevar a cabo la formación de capacitadores para replicación

de talleres en los estados sobre la estrategia “5 Pasos por Tu Salud para Vivir Mejor”, con la participación de responsables estatales del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, 170 responsables jurisdiccionales, 24 representantes estatales de SEP (o equivalente) para educación, pre-escolar, primaria, secundaria y secundaria técnica y 96 representantes de la Federación de Asociaciones de Padres de Familia de los niveles escolares mencionados, así como representantes de la Secretaría de Economía, SEDESOL y SAGARPA.

Durante el periodo del informe, se obtuvo como logro la actualización y publicación de las normas oficiales de:

- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
- Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2007, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2007, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

Todas estas con aval de las sociedades médicas e instituciones de salud.

Se actualizó la Guía de Tratamiento de Hipertensión Arterial, que será publicada en 2012, así mismo se elaboró el “Manual Práctico de Prevención, Promoción para la Salud y Tratamiento de la Obesidad” y la “Guía de tratamiento farmacológico de Dislipidemias para el primer nivel de atención”.

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.

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, la Norma Oficial Mexicana para la prevención, control y tratamiento de la hipertensión arterial y de la la Norma Oficial Mexicana para la prevención, control de las dislipidemias. Se mantiene las sesiones con el Grupo Mexicano de Hipertensión Arterial, que sesiona de manera continua para fortalecer y continuar con la semana nacional de hipertensión arterial en todo el país, así como el simposio en materia de enfermedades cardiovasculares replicado en diferentes escenarios en las entidades federativas.

INDICADORES

Programa: RIESGO CARDIOVASCULAR

Metas: ◗ Disminuir 15% la mortalidad prematura por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años.

Variables: Núm. Total de muertes por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años / Por cada 100,000 habitantes

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011/[1]	2012/[2]
Programado	13.10	12.97	12.71				11.1
Real	13.55	14.29	14.86	15.80	15.59		
V1 (descripción) N/D							
V2 (descripción) N/D							
Porcentaje de avance N/A							

Tasa por 100,000 habitantes. Fuente de información:

Fuente datos reales: DGIS Información de defunciones INEGI/SS 1979 -2009. Fuente 2010 y 2011: DGIS/SS SEED 2010, datos preliminares.

1/ La información 2011 aun no ya que aun no se tiene el cierre final de las defunciones en SEED 2011.

2/ La información 2012 es proyección de la meta.

N/D no disponible y N/A no aplica consideramos las tasas de mortalidad expuestas

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 las acciones enfocadas para disminuir el riesgo de morir por alguna de estas enfermedades, el logro de esta meta se manifestará a largo plazo. Es por ello que no se alcanzó de manera paulatina la disminución del número de defunciones por enfermedades del corazón, sin embargo como se puede observar para el año 2010 hubo una mínima disminución de la tasa de mortalidad de enfermedades del corazón, por lo que es un logro importante en la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Meta intermedia: ◗ Alcanzar las detecciones programadas de personas de la población de 20 años y más con detección de obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias. Al término de la administración: 50%.

Variables: Numerador: Número de personas de la población de 20 años y más que se realizó detección de obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias.

Denominador: Número de personas de la población de 20 años y más programadas para realizar la detección.

Años	2006/**	2007	2008	2009	2010	2011/[1]	2012
Programado N/A							
Real		52.5	61.1	52.9	70.12	85.03	
V1 (Numero de detecciones realizadas)		17,453,732	20,509,028	19,440,329	25,863,548	31,546,980	
V2 (Numero de detecciones programadas)		33,200,068	33,558,824	36,702,768	36,883,070	37,096,861	
Porcentaje de avance N/A							

Porcentaje de detecciones realizadas. Fuente de Información, Dirección General de Información en Salud, CUBOS-SIS 2007-2010.

1/ Información preliminar para el 2011.

**/No se realiza un comparativo con este año ya que se consideraban otras variables.

N/A Ya que se realizara el corte al final de la administración.

Como parte del la estrategia nacional para impulsar la detección oportuna, así como de complicaciones y la atención de las personas que padecen enfermedades crónicas se llevaron a cabo diferentes actividades en todo el país para llegar a la mayor parte de la población. Es por ello que se incrementa de manera el número de detecciones realizadas, lo que representa un mejoramiento en la oportunidad de la atención, el otorgar tratamiento adecuado y así contribuir a prevenir las complicaciones de las enfermedades crónicas.

META: Mantener en cifras de control de la presión arterial en al menos el 60% de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en las UNEMEs de enfermedades crónicas, al término de la administración.

INDICADOR: Porcentaje de personas en control de presión arterial, en relación con las personas en tratamiento en UNEMEs.

Numerador: Número de personas en control con hipertensión arterial, tratadas en las UNEMEs y sus equivalentes en otras instituciones.

Denominador: Personas con hipertensión arterial, tratadas en las UNEMEs y sus equivalentes en otras instituciones.

Valor 2007: 0% (HTA) Meta 2012: 60%

Valor 2007: 0% (OBESIDAD) Meta 2012: 30%

Valor 2007: 0% (DISLIPIDEMIAS) Meta 2012: 60%

Fuente: Sistemas de Información en Salud Sectoriales, reportadas al CENAVECE o su equivalente institucional.

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 p/	2012 c/
Programado	NA	60%	60%	60%	60%	60%	60%
Real	NA	48%	71%	70%	68%		
Casos en control	NA	311	1892	4763	5454		
Pacientes en tratamiento	NA	647	2665	6804	8020		
Porcentaje de avance	NA	48%	71%	70%	68%		

- El control de las ECNT implica un proceso educativo para entender la enfermedad, cambios significativos y focalizados en las conductas, utilización a largo plazo de múltiples fármacos y evaluaciones frecuentes, además de la participación de especialistas en conjunto con la familia y la comunidad.
- Se han logrado avances importantes, en los controles de pacientes que acuden a las UNEMEs EC considerando que son de alto riesgo para el desarrollo de eventos cardiovasculares de alto impacto para el gasto en salud, y a pesar de ser regulares en su asistencia al 1º nivel de atención no han logrado su control y además que el 80% de estos pacientes presenta alguna comorbilidad agregada.
- El control de estos pacientes permite la prevención, postergación de complicaciones y eventos cardiovasculares que limitan la esperanza de vida e implican alto gasto en atención
- El comportamiento del indicador muestra un resultado contundente respecto de la meta sexenal establecida ya que de acuerdo con registro s oficiales desde el año 2009 se consiguió bajo el modelo de atención UNEME EC el objetivo planteado al 2012 de controlar al menos al 60%.

META: Mantener en cifras de control los niveles de lípidos en al menos el 60% de los pacientes diagnosticados con alguna dislipidemia en las UNEMEs de enfermedades crónicas, al término de la administración.

INDICADOR: Porcentaje de personas en control de dislipidemias en relación con las personas en tratamiento en UNEMEs.

Numerador: Número de personas en control con dislipidemias tratadas en las UNEMEs y sus equivalentes en otras instituciones.

Denominador: Personas con dislipidemias tratadas en las UNEMEs y sus equivalentes en otras instituciones.

Valor 2007: 0 % (HTA) Meta 2012: 60%

Valor 2007: 0 % (OBESIDAD) Meta 2012: 30%

Valor 2007: 0 % (DISLIPIDEMIAS) Meta 2012: 60%

Fuente: Sistemas de Información en Salud Sectoriales, reportadas al CENAVECE o su equivalente institucional.

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 p/	2012 c/
Programado	**NA**	**60%**	**60%**	**60%**	**60%**	**60%**	**60%**
Real	**NA**	**21%**	**41%**	**39%**	**39%**		
Casos en control	**NA**	**64**	**513**	**2019**	**1468**		
Pacientes en tratamiento	**NA**	**303**	**1251**	**5176**	**3765**		
Porcentaje de avance	**NA**	**21%**	**41%**	**39%**	**39%**		

- Se han logrado avances en los controles de pacientes que acuden a las UNEMEs EC considerando la complejidad de la atención a estos pacientes en relación a las modificaciones de estilos de vida que el padecimiento demanda.
- Resulta conveniente agregar que en el rubro de las intervenciones farmacológicas solo se cuenta con un solo fármaco en dosis mínima además de la variabilidad del abasto de medicamentos hipolipemiantes en los distintos estados es un factor que ha incidido de forma importante el indicador final.
- Los resultados hasta ahora alcanzados contribuyen a la contención de los riesgos relacionados con las causas más frecuentes de muerte en el adulto y a la reducción del gasto en salud por dichos eventos.

META: Disminuir el del 5 al 10% del peso basal, en tres de cada diez pacientes (30%) detectados con alguno de los componentes de riesgo cardiovascular en las UNEMEs de enfermedades crónicas, al término de la administración.

INDICADOR: Porcentaje de personas en control de obesidad en relación con las personas en tratamiento en UNEMEs.

Numerador: Número de personas en control con obesidad tratadas en las UNEMEs y sus equivalentes en otras instituciones.

Denominador: Personas con obesidad tratadas en las UNEMEs y sus equivalentes en otras instituciones.

Valor 2007: 0 %(HTA) Meta 2012: 60%

Valor 2007: 0 % (OBESIDAD) Meta 2012: 30%

Valor 2007: 0 % (DISLIPIDEMIAS) Meta 2012: 60%

Fuente: Sistemas de Información en Salud Sectoriales, reportadas al CENAVECE o su equivalente institucional.

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 p/	2012 c/
Programado	NA	30%	30%	30%	30%	50%	50%
Real	NA	48%	55%	45%	38%		
Casos en control	NA	168	793	1657	1650		
Pacientes en tratamiento	NA	350	1442	3682	4341		
Porcentaje de avance	NA	48%	55%	45%	38%		

Nota: a partir del 2011 se cambio la definición de caso controlado, haciéndose más estricta .

- Se han logrado avances en los controles de pacientes que acuden a las UNEMEs EC considerando que la obesidad representa uno de los factores modificables más importantes para el desarrollo de la patología cardiometabólica.
- Resulta importante mencionar que en estas unidades gran parte de los pacientes cursan con obesidad mórbida y no se cuenta con ningún tipo de fármaco.
- Es necesario destacar el papel importante de los determinantes sociales y factores no biomédicos que impactan en el control de la obesidad ya que se requiere reforzar la coordinación intersectorial en conjunto para modificar con mayor impacto los indicadores.

META: Implementación de "Fortaleciemnto de Recursos Humnaos en Prevención Clínica" de ECNT, 2007-2010.							
INDICADOR: Plan Integral de Capacitación en "Prevención Clínica" de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, 2007-2010. (Indicador de producto).							
Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	Logro Acumulado	Meta acumulada al 2012
Realizado	1216	2312	2409	2378	1743	10,058	7200
Como parte del fortalecimiento de recursos humanos en este periodo se llevaron a cabo diplomados virtuales por año, dirigidos a profesionales de la salud en coordinación con los Institutos Nacional de Salud Pública, Nacional de Ciencias Médicas y la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán" y Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez", alcanzando una cobertura mayor de personas capacitadas en diferentes disciplina. La meta comprometida en los Programas de Acción en el periodo 2007-2012 es capacitar a 7,200 Profesionales de la Salud, al cierre 2011 se presenta un avance del 125 %.							
• Es una prioridad fortalecer los conocimientos de los profesionales de la salud y el desarrollo de habilidades para la atención de enfermedades crónicas que contribuya a un tratamiento efectivo, ya que es conocido la relación tan intima que existe entre el éxito de un sistema de salud o un modelo de atención con el personal que lo opera. • Se ha conseguido superar la meta prevista para 2012 de forma clara con lo que se contribuye de forma importante a la formación de personal capacitado para enfrentando en los próximos años la pandemia de enfermedad crónica.							

Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, en cuanto a los objetivos, compromisos y servicios prestados

Las acciones de los programas 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 han 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.

El Programa de Acción Específico Riesgo Cardiovascular, se vinculan con el Programa Sectorial 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 Riesgo Cardiovascular se encuentran alineadas al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010.

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: 5 Pasos por Tu Salud para Vivir Mejor a través de 5 pasos sencillos y fáciles de recordar: Actívate, Toma Agua, Consume Verduras y Frutas, Mídete y Comparte. 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 único, innovador de prevención clínica que brinda una atención integral e interdisciplinaria a pacientes de alto riesgo cardiometabólico.

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, la prevención de complicaciones y aumento de la calidad de vida en la población demandante.

PROBLEMÁTICA AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011.

Corto plazo.- Por atender al 30 de noviembre de 2012.

- Es necesario que se establezcan los procesos más óptimos para la erradicación del presupuesto asignado en las entidades federativas.
- Registrar todas las detecciones como indica el manual de SIS.
- Realizar visitas de supervisión a las entidades con mayor rezago en detección y en mayor mortalidad por enfermedades del corazón.
- Es obligación de las entidades contar con todos los medicamentos necesarios para brindar un adecuado tratamiento a los usuarios de los servicios de salud.
- Falta de apoyo financiero estatal para las entidades federativas interesadas en continuar con la estrategia.
- Falta de consolidación de la red de servicios para la atención del enfermo crónico no transmisible.

Mediano Plazo.- Por atender en el siguiente año 2013

- Regularizar en estructura al personal contratado para la estrategia contra el sobrepeso y la obesidad que se encuentra trabajando en las entidades federativas.
- Mantener las campañas de intensificación de detecciones.
- Unificar criterios de atención a los pacientes con enfermedades crónicas.
- Proponer al seguro popular ampliar el cuadro básico de medicamentos, para contar con mayor gama de herramientas para tratar las enfermedades crónicas.
- Concluir la acreditación de las unidades
- Reactivar el apoyo financiero para la construcción y equipamiento de nuevas UNEMES.
- Buscar los mecanismos para incorporar a las unidades que cumplan con el modelo al Plan Maestro de Infraestructura Física en salud a fin de obtención de recursos.
- Dar seguimiento a los acuerdos establecidos Seguro Popular a fin de garantizar el recurso para estas unidades.

Problemática de largo plazo.- definir tiempos

- Apertura de nuevas UNEMEs EC 2013-2019
- Supervisar y asesorar a las entidades con la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón para disminuir la mortalidad. 2013-2015
- Mantener al personal contratado de la "Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad". 2013

➢ Programa de Salud Bucal

Programa de Acción Específico.

El Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Bucal

Publicación en el Diario Oficial de la Federación

El Programa de Acción Específico de este Centro Nacional, no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Autorización Presupuestaria por año, 2006-2011

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las devoluciones
2006	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total		**3,744,355.00**	**3,744,355.00**	**3,744,355.00**	**0**	**0**
2007	2000	592,886.00	592,606.00	592,606.00	**0**	**0**
	3000	3,248,469.00	3,217,561.25	3,217,561.25	**0**	**0**
Total		**3,841,355.00**	**3,810,167.25**	**3,810,167.25**	**0**	**0**
2008	2000	578,048.00	477,394.00	477,394.00	**0**	**0**
	3000	2,032,628.00	1,885,959.47	1,885,959.47	**0**	**0**
Total		**2,610,676.00**	**2,363,353.47**	**2,363,353.47**	**0**	**0**
2009	2000	491,116.00	281,801.95	281,801.95	**0**	**0**
	3000	1,311,438.00	1,219,693.60	1,219,693.60	**0**	0
Total		**1,802,554.00**	**1,501,495.55**	**1,501,495.55**	**0**	**0**

2010	2000	566,141.00	388,481.70	388,481.70	**0**	0
	3000	4,613,391.00	4,521,252.00	4,521,252.00	**0**	0
Total		**5,179,532.00**	**4,909,733.70**	**4,909,733.70**	**0**	**0**
	2000	2,566,141.00	1,007,449.90	1,007,449.90	**0**	0
	3000	2,613,391.00	2,559,454.95	2,559,454.95	**0**	0
Total		**5,179,532.00**	**3,566,904.85**	**3,566,904.85**	**0**	**0**
	2000	4,794,332.00	1,740,283.65	2,747,733.55	0	0
	3000	13,819,317.00	13,403,921.27	13,403,921.27	0	0
Total		**18,613,649.00**	**15,144,204.92**	**16,151,654.82**	**0**	**0**

1/Corte al 31 de diciembre, 2012.

Ejercicio 2007

En este año fueron ejercidos 3 millones 810 mil 167 pesos 25 centavos, en su totalidad corresponden a gasto corriente de la Subdirección de Salud Bucal. En el capítulo 2000 “Materiales y Suministros” se ejercieron 592 mil 606 pesos c/c, y en el capítulo 3000 “Servicios Generales” 3 millones 217 mil 561 pesos 25 centavos, 15.5 y 84.4 por ciento respectivamente.

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos

- Durante este periodo se logró poner en operación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales en todo el país y así, conocer el comportamiento y distribución de las enfermedades bucales en la población usuaria de los servicios de salud. A través de cursos de capacitación a cirujanos dentistas y epidemiólogos del Sector Salud en la aplicación del sistema en 15 entidades federativas.
- Se dieron a conocer las estrategias del programa a los presidentes de los diferentes colegios pertenecientes a la Asociación Dental Mexicana en tres sedes regionales, Puebla, Tampico y Hermosillo, logrando su compromiso para su desarrollo en sus áreas de competencia.
- Se firmó el convenio de colaboración en el área de capacitación con la Federación Dental Ibero Latinoamericana para que los odontólogos de la Secretaría de todo el país, tengan acceso económico a los eventos de capacitación de esta asociación civil, compartir experiencias e investigación. Firma como testigo de honor el Dr. José Ángel Córdoba Villalobos, Secretario de Salud.

- Se incorporaron dos indicadores más a Caminando a la Excelencia para mejorar el seguimiento de las estrategias del programa.
- Se impartieron seis cursos de capacitación para la correcta aplicación del Tratamiento Restaurativo Atraumático a 180 cirujanos dentistas de los servicios de salud de los estados de Quintana Roo y Baja California Sur, Campeche, Colima, Tamaulipas e Hidalgo, así como a 30 pasantes de la carrera de odontología de la Universidad Intercontinental.
- Se asesoraron a cirujanos dentistas del área administrativa y operativa responsabilidad de la Secretaría de Salud en 10 estados de la república en materia de gerencia para la consolidación operativa del programa. (Tamaulipas, Nayarit, Durango, Veracruz, Chihuahua, Querétaro, Puebla, Sonora, Tlaxcala, y Chiapas).
- Se realizaron tres cursos de capacitación vía internet (webex) en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública, sobre los resultados de la Encuesta Nacional de Caries Dental 2001, lineamientos de Semana Nacional de Salud Bucal y actualización sobre el Sistema de Información en Salud, apartado salud bucal.
- Se elaboraron e imprimieron 3,000 manuales Para la Prevención y Control de Infecciones y Riesgos Profesionales en la Práctica estomatológica en la República Mexicana y 3,000 para el Uso de Fluoruros Dentales en la República Mexicana.

  Efectos socioeconómicos del alcance de las metas del indicador.
- Se coordinaron y gestionaron las acciones para la realización de las dos campañas Semanas Nacionales de Salud Bucal, en la que se realizaron 52,754,439 actividades de prevención y promoción de la salud bucal y se aplicaron 740,301 tratamientos curativos beneficiando a 13,366,732 personas.
- La productividad de los cirujanos dentistas en los servicios de salud responsabilidad de la Secretaria de Salud fue del 3.9% más respecto al año anterior, logrando 7,246,023 consultas durante el año 2007 y 6,975,182 en el 2006.

Ejercicio 2008

En el año 2008 se autorizó un presupuesto de 2 millones 610 mil 676 pesos c/c, importe que sufrió modificaciones para llegar a un monto total anual de 2 millones 363 mil 353 pesos 47 centavos, de los cuales fueron orientados y ejercidos en el capítulo 2000 “Materiales y Suministros” 477 mil 394 pesos c/c, y en capítulo 3000 “Servicios Generales” 1 millón 885 mil 959 pesos 47 centavos, 20.1 y 79.9 por ciento respectivamente.

- No se registraron variaciones entre la meta alcanzada y la original, dado que se realizaron las actividades programadas como se presupuestaron.

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos

- Se asesoró conjuntamente con la Dirección General de Epidemiología, a cirujanos dentistas y epidemiólogos de las unidades centinela en las 32 entidades federativas e instituciones (IMSS Oportunidades, DIF, ISSSTE, SEDENA, SEMAR y las unidades centinela de la Secretaría de Salud) que participan en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Patologías Bucales unificándose criterios de las definiciones operacionales del sistema, reduciendo así las inconsistencias en la información.
- Se gestionaron y coordinaron las acciones para la realización de dos campañas de Salud Bucal del 1º de septiembre del 2008 al 31 de agosto de 2009 en la que participaron las instituciones del Sector Salud (IMSS Ordinario, IMSS Oportunidades, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, DIF), así como universidades y asociaciones del gremio odontológico.
- Se capacitó a cirujanos dentistas en las principales estrategias del programa para elevar la calidad en la atención odontológica en los servicios de salud de la Secretaría de Salud de los estados de: Colima, Tamaulipas, Chiapas, Hidalgo, Guerrero, Morelos, Veracruz, Tlaxcala, Guanajuato, Nuevo León y Baja California Sur.
- Se supervisó el desempeño del programa de Salud Bucal en las entidades federativas de: Baja California, Chihuahua y Querétaro para detectar oportunamente desviaciones.

Efectos socioeconómicos del alcance de las metas del indicador.

- Se coordinaron y gestionaron las acciones para la realización de las dos campañas Semanas Nacionales de Salud Bucal, en la que se realizaron 56,607,445 actividades de prevención y promoción de la salud bucal y se aplicaron 809,272 tratamientos curativos beneficiando a 14,052,018 personas.
- La productividad de los cirujanos dentistas en los servicios de salud responsabilidad de la Secretaria de Salud fue del 5.4% más respecto al año anterior, logrando 7,640,640 consultas durante el año 2008 y 7,246,023 en el 2007.
- Se incorporo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica la Secretaria de la Defensa Nacional.

Ejercicio 2009

Para el año 2009, el presupuesto original autorizado para el Programa de Salud Bucal de este Centro Nacional ascendió a 1 millón 802 mil 554 pesos c/c, importe que se modificó a 1 millón 501 mil 495 pesos 55 centavos, de los cuales se ejercieron en su

totalidad, siendo ejercidos 281 mil 801 pesos 95 centavos, para el capítulo 2000 “Materiales y Suministros” y 1 millón 219 mil 693 pesos 60 centavos, para el capítulo 3000 “Servicios Generales”, 18.7 y 81.2 por ciento respectivamente.

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos

- Se realizaron dos campañas de salud bucal “Semanas Nacionales de Salud Bucal”, con la participación del sector público, social y privado. Se difundió material impreso (trípticos) alusivos a los cuidados preventivos promoviendo un cambio de cultura entre la población.
- Se realizaron siete asesorías en las entidades de (Nuevo León., Michoacán. Yucatán, Colima, Baja California Sur, Guerrero y Quintana Roo); para evaluar el desempeño del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales que permitió conocer el índice CPOD de los usuarios de los servicios de salud en las 32 entidades federativas y evaluar el impacto de las acciones odontológicas en los usuarios de los servicios de salud.
- Se elaboraron e imprimieron dos manuales: Manual de Contenidos Educativos en Salud Bucal, que permite a los promotores de salud reforzar las medidas de prevención en las comunidades para promover un cambio de actitud en la población, así como el Manual para la Detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas, que permite al cirujano dentista detectar de manera oportuna alteraciones sospechosas en los usuarios de los servicios de salud en las entidades federativas.
- Se capacitó a cirujanos dentistas en la aplicación del Tratamiento Restaurativo Atraumático en las entidades de Veracruz, Guanajuato y Jalisco; y se dio seguimiento en su correcta aplicación en las entidades federativas de Chiapas, Durango, Nayarit, Guerrero, Veracruz y Puebla, lo anterior ha permitido la atención curativa y preventiva en las comunidades de difícil acceso a los servicios de salud.
- Se llevó a cabo el Taller de Salud Oral para las Américas con la participación de la Organización Panamericana de la Salud, la Asociación Dental Mexicana y la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, los jefes de salud oral, decanos de facultades de odontología, representantes de la Federación Odontológica Latinoamericana-Organización Regional para América Latina (FOLA-ORAL), presidentes de las asociaciones dentales, representantes de la Federación Dental Internacional (FDI), la Asociación Americana de Educación Dental (ADEA, por sus siglas en inglés), la Asociación Internacional de Investigación en Odontología (IADR, por sus siglas en inglés) y la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología-Unión de Universidades de América Latina (OFEDO-UDUAL).
- Se participó en la elaboración y realización de los contenidos odontológicos para el Diplomado Básico de Odonto-Geriatría para el primer nivel de atención, conjuntamente con el Programa de Salud del Adulto y el Anciano que ha

permitido interactuar entre la rama médica y la rama odontológica para mejorar la salud general del adulto mayor y el anciano.

Efectos socioeconómicos del alcance de las metas del indicador.

- Se coordino y gestiono las acciones para la realización de las dos campañas Semanas Nacionales de Salud Bucal, en la que se realizaron 58,158,583 actividades de prevención y promoción de la salud bucal y se aplicaron 874,823 tratamientos curativos beneficiando a 13,192,584 personas.
- La productividad de los cirujanos dentistas en los servicios de salud responsabilidad de la Secretaria de Salud fue del 3.2% más respecto al año anterior, logrando 7,887,188 consultas durante el año 2009 y 7,640,640 en el 2008.

Ejercicio 2010

Para el año 2010, el presupuesto original autorizado al Programa ascendió a 5 millones 179 mil 532 pesos c/c, importe que se modificó a 4 millones 909 mil 733 pesos 70 centavos. De los recursos autorizados, se ejercieron

388 mil 481 pesos 70 centavos, para el capítulo 2000 “Materiales y Suministros” y 4 millones 521 mil 252 pesos c/c, para el capítulo 3000 “Servicios Generales”, 7.9 y 92.1 por ciento respectivamente.

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos

- Se realizaron dos campañas de salud bucal “Semanas Nacionales de Salud Bucal”, con la participación del sector público, social y privado. Se elaboró y difundió material impreso (trípticos) alusivos a los cuidados preventivos promoviendo un cambio de cultura en la población, de acuerdo a los lineamientos del manual de identidad institucional.
- Se realizaron siete asesorías conjuntamente con la DGEPI en las entidades de (Chiapas, Coahuila, Sonora, Puebla, Nayarit, Tlaxcala y Zacatecas), para orientar y evaluar el desempeño del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, que permitió conocer el índice CPOD de los usuarios de los servicios de salud en las treinta y dos entidades federativas y así mismo conocer las necesidades de atención de los usuarios de los servicios de odontología y a solicitud expresa de los servicios del ISSSTE y PEMEX se capacitaron a odontólogos y epidemiólogos de estas instituciones para incorporar nuevas unidades centinelas al sistema.

- Se elaboró e imprimió la publicación Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2009, y se actualizó la información de Odontogeriatría en la Guía de Consulta para el Médico y Odontólogo de Primer Nivel de Atención, así mismo se elaboró el material odontológico para el Diplomado en Geronto-Geriatría para el primer nivel de atención, conjuntamente con el Programa del Adulto y el Anciano.
- Se realizaron seis supervisiones sobre el desarrollo de las estrategias del programa en Michoacán, Baja California Sur, Colima (2), Nayarit y Tlaxcala.
- Se realizaron ocho asesorías y capacitaciones sobre las estrategias del programa en los estados de Oaxaca, Veracruz, Colima, Michoacán, Yucatán, Coahuila, Sonora y Baja California
- Se capacitó a cirujanos dentistas en la aplicación del Tratamiento Restaurativo Atraumático en los estados de Tampico, Zacatecas, Puebla.
- Se dio seguimiento en la aplicación del Tratamiento Restaurativo Atraumático en los en los municipios de menor índice de desarrollo humano en los estados de Puebla, Durango, Guerrero, Nayarit y Chiapas.
- Se asesoró a los 32 responsables estatales del programa para integrar el Programa Operativo Anual de Trabajo (POA) 2011.
- Se evaluó el desempeño del programa en las 32 entidades federativas del 4to trimestre 2009 y 1er, 2do y 3er trimestre de 2010.
- Se realizaron ocho asesorías en los estados de Oaxaca, Veracruz, Colima, Michoacán, Yucatán, Coahuila, Sonora y Baja California para implementar el proyecto Niñas y Niños Libres de Caries en México.

Efectos socioeconómicos del alcance de las metas del indicador.

- Se coordinaron y gestionaron las acciones para la realización de las dos campañas Semanas Nacionales de Salud Bucal, en la que se realizaron 58,173,130 actividades de prevención y promoción de la salud bucal y se aplicaron 722,638 tratamientos curativos beneficiando a 12,039,431 personas.
- La productividad de los cirujanos dentistas en los servicios de salud responsabilidad de la Secretaría de Salud fue del 6.4% más respecto al año anterior, logrando 8,395,690 consultas durante el año 2010 y 7,887,188 en el 2009.

Ejercicio 2011

Para el año 2011, el presupuesto original autorizado al Programa fue de 5 millones 179 mil 532 pesos c/c, importe que se modificó a 3 millones 566 mil 904 pesos 85 centavos. De los recursos autorizados, se ejercieron

1 millón 007 mil 449 pesos 90 centavos, para el capítulo 2000 “Materiales y Suministros” y 2 millones 559 mil 454 pesos 95 centavos, para el capítulo 3000 “Servicios Generales”, 28.2 y 71.8 por ciento respectivamente.

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos

- En 2011, se intensificaron las acciones de prevención odontológica de los 32 Servicios Estatales de Salud, en donde se logró que al 98.3 % de los usuarios se les aplicara el Esquema Básico de Prevención.
- Se logró que en 41 municipios de menor índice de desarrollo humano se aplique el Tratamiento Restaurativo Atraumático (TRA).
- Se incrementó en 1.5 puntos porcentuales el indicador de “Calidad en la Atención”, privilegiando las acciones curativas sobre las mutilantes.
- Se otorgaron 8.7 millones de consultas odontológicas logrando un incremento de 3.9% respecto al año anterior.
- Mediante acciones de capacitación, se logró cumplir con la “Reunión Anual de Responsables Estatales”, y la reunión del curso de inducción al puesto para los responsables estatales de nuevo ingreso.
- Se llevaron a cabo 44 capacitaciones y asesorías de las estrategias del programa.
- Se cumplió con la meta de dos Semanas Nacionales de Salud Bucal, que permitieron intensificar las acciones de prevención en la población preescolar y escolar.
- Se elaboraron dos manuales de material de impresión para reforzar la capacitación de los odontólogos: Manual del preescolar y escolares en las escuelas; y otro para difundir los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de patologías bucales 2010, mismo que servirá para la planeación de los servicios.
- Se elaboraron y entregaron a CENETEC 3 Guías de práctica Clínica 2011, relativas a los siguientes temas: a) Guía de prevención de caries dental a través de la aplicación de selladores de fosetas y fisuras; b) Guía de restauraciones dentales con amalgama, resina y Ionómero de vidrio; c) Guía de diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos en la cavidad bucal

- Para llevar a cabo la 3era Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis dental, se realizaron dos cursos de estandarización en el manejo de los índices epidemiológicos, al personal del programa y 21 capacitaciones y estandarizaciones a odontólogos de 19 entidades federativas.
- Durante el 2011, se efectuaron supervisiones al programa de salud bucal en los niveles estatal, jurisdiccional y unidad operativa de 27 entidades federativas.
- Se realizaron cuatro evaluaciones a las 32 entidades federativas aplicando los indicadores de Caminando a la Excelencia.

Efectos socioeconómicos del alcance de las metas del indicador.

- Se coordino y gestiono las acciones para la realización de las dos campañas Semanas Nacionales de Salud Bucal, en la que se realizaron 59,684,348 actividades de prevención y promoción de la salud bucal y se aplicaron 736,461 tratamientos curativos beneficiando a 12,376,445 personas.

La productividad de los cirujanos dentistas en los servicios de salud responsabilidad de la Secretaría de Salud fue del 3.9% más respecto al año anterior, logrando 8,723,265 consultas durante el año 2011 y 8,395,690 en el 2010.

Período de vigencia

Del 1º. De diciembre de 2006 al 31 de noviembre de 2012.

Misión

Disminuir la carga de la morbilidad bucal en la población, a través de medidas para establecer, fortalecer y vigilar, políticas, estrategias y programas estatales institucionales, así como evaluar las condiciones de la salud bucal y ampliar equitativamente la atención odontológica con ética, calidad y eficiencia para mejorar la calidad de vida de la población.

Visión

Ser un programa de excelencia, líder en la vigilancia, prevención y protección de la salud bucal, en el ámbito nacional e internacional, que cumpla con su misión en un ambiente de trabajo, que fomente el desarrollo humano y la satisfacción de los usuarios y prestador de servicios de salud bucal.

Objetivo General

Promover, prevenir y proteger la salud bucal de la población para disminuir la carga de morbilidad bucal, coadyuvando a mejorar la calidad de vida.

Resultados 2007 a 2011

Bajo el enfoque de reducir las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia, el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades estableció en su Programa de Acción Específico de Salud Bucal 2007-2012, una serie de acciones, estrategias y líneas de acción para cumplir con sus objetivos generales y específicos.

Objetivos Específicos

- Universalizar las acciones de prevención odontológica en los servicios de salud del sector.
- Reducir el rezago en atención odontológica mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables que se presentan en cada región del país.
- Brindar atención odontológica eficiente, de calidad y seguridad a los usuarios de los servicios de salud.
- 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.
- Promover el incremento de la productividad de la atención odontológica en el primer nivel de atención de los servicios de salud.

En este sentido, el Programa propone en su **PAE** realizar las siguientes actividades para cumplir con los objetivos del mismo:

- Universalizar las acciones de prevención odontológica en los servicios de salud del sector.
- Se integró y promovió el esquema Básico de Prevención de Salud Bucal en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud.
  Logros: Ver Indicadores

- Se elaboraron contenidos, materiales educativos y didácticos referentes a medidas de promoción de la salud bucal y prevención de las enfermedades bucales, en base al grupo de riesgo. Dicho material fue reproducido y difundido en las instituciones participantes en las entidades federativas en las cuales se supervisa su uso y difusión.

- Las Semanas Nacionales de Salud Bucal se desarrollaron en los meses de abril y noviembre de cada año, para intensificar las acciones de promoción, educación, prevención y atención curativa que contribuyan a la disminución de las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia, y así disminuir las enfermedades bucales que más afectan a la población mexicana.
- Se actualizó el manual del componente de Salud Bucal para la estrategia Caravanas de la Salud, dando seguimiento a las acciones que deben realizar.

El Programa de Salud Bucal ha llevado a cabo una serie de intervenciones en programas de atención a diferentes grupos con acciones específicas con la finalidad de apoyar el mantenimiento de la salud bucal como parte importante de la salud integral en el individuo. Entre estas acciones destacan la participación activa desde el nivel federal y sus homólogos en los estados, en el Grupo de Atención Integral al Adolescente (GAIA) en donde:

- Se ha trabajado en el Manual para la Promoción y el Desarrollo de Grupos de Adolescentes Promotores de Salud.
- Se diseñó el Poster de Salud bucal para los adolescentes que habitan en las zonas más marginadas del país, en vinculación con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), cuyo tema del año 2011 fue el mantenimiento de la salud bucal.
- Se participó en las Semanas Nacionales de Salud del Adolescente así como realización y participación en las actividades mensuales para este grupo.

Por otra parte, en cuanto a la Atención Integral del VIH/SIDA y Adulto Mayor se trabaja de manera directa con las Dependencias Responsables y las UNEMES para él:

- Desarrollo de material educativo para el paciente, capacitación al personal operativo médico en temas de salud bucal, reforzamiento de la referencia y contra-referencia y elaboración de manuales de atención odontológica.

En cuanto a la salud bucal en las personas con discapacidad, el Programa Nacional de Salud Bucal y los Servicios de Salud en los estados realizan:

- Actividades de promoción, prevención y protección específica en ferias de salud,
- Capacitaciones sobre la atención odontológica en este grupo con la finalidad de promover la inclusión de las personas con discapacidad en los servicios de salud.

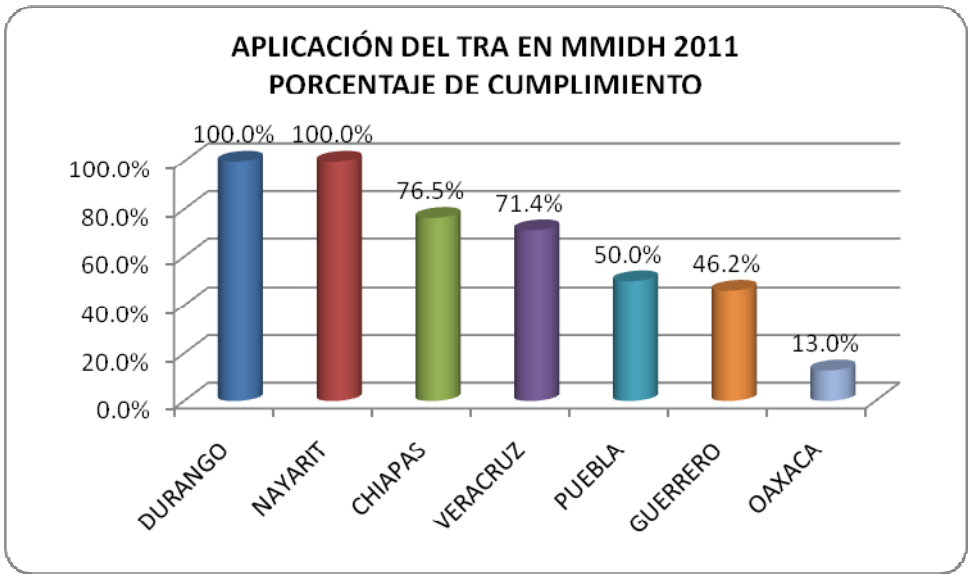
- Desarrollo del Manual de Atención Odontológica en Personas con Discapacidad (actualmente 80% de avance)
- En cuanto al Programa de Salud Reproductiva actualmente en coordinación con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) se lleva a cabo:
- La Guía de Prevención de Enfermedades Bucales en Menores de 4 años de edad, en la que se recopilará información basada en evidencia para que los Profesionales de la Salud Bucal, su personal auxiliar y el Recurso Humano en formación puedan entre otros, emitir recomendaciones sobre las actividades que la mujer embarazada debe realizar.
- ♦ Reducir el rezago en atención odontológica mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables que se presentan en cada región del país.

Municipios de menor índice de desarrollo humano

- Ampliar la cobertura de servicios de atención bucal a través del Tratamiento Restaurativo Atraumático. (TRA).

Logros. A fin de contribuir al logro de la meta establecida en la Estrategia 100X100 de que el Tratamiento Restaurativo Atraumático TRA se implemente en el 95%, de los 100 municipios de menor índice de desarrollo humano, el Programa Nacional de Salud Bucal ha realizado durante el sexenio cursos taller con la finalidad de contar con personal capacitado para implementar el tratamiento con calidad en estos municipios.

Los resultados muestran que la meta establecida ha sido alcanzada en los estados de Durango y Nayarit con 100%, parcialmente en Chiapas y Veracruz con 76% y 71.4% (respectivamente) y menor al 50% en los estado de Puebla, Guerrero y Oaxaca en donde se concentra un número importante de estos municipios y cuyos porcentajes son el resultado de la falta de instrumental, insumos y recursos humanos para otorgar el tratamiento en estas zonas marginadas del país



Escolares

- En relación al Componente de Salud Bucal del Preescolar y Escolar se ha fortalecido la coordinación con la Dirección de Promoción de la Salud y la Secretaría de Educación Pública. A través de esta estrategia se han otorgado en el periodo 2007-2011 417,638,605 actividades preventivas y educativas a la población escolar mexicana.

- Dentro de las actividades que se otorgan a los preescolares se encuentran: la instrucción del cepillado dental, detección de placa bacteriana y pláticas educativas dirigidas a ese grupo de edad y a los escolares (primaria, secundaria y bachillerato) a parte de las actividades citadas anteriormente, se anexan la instrucción en el uso del hilo dental y enjuagues con fluoruro de sodio.

Actividades extramuros	2007	2008	2009	2010	2011
Preescolares	5,528,793	5,573,444	4,816,290	5,559,697	5,986,600
Escolares	68,847,163	73,795,625	75,745,775	83,371,157	88,414,061
Total actividades en preescolares y escolares	**74,375,956**	**79,369,069**	**80,562,065**	**88,930,854**	**94,400,661**
Avance		6.7%	1.5%	10.4%	6.2%

- Se ha implementado la estrategia “Niñas y Niños Libres de Caries en México” a través del Sistema de Atención Gradual o incremental en escolares de 1º a 6º grado de primaria en las escuelas inscritas en el programa, para lo cual se publicó el manual del “Preescolar y Escolar”, en donde se describe la metodología para la implementación de dicho Sistema.

Comunidades indígenas

- Realización del diagnóstico de salud bucal en zonas indígenas, y el análisis comparativo con la población general.
- Jerarquización de resultados en municipios indígenas, y se realización de recomendaciones en el municipio de Chilón, Chiapas -quinto más marginado del país- y con menores resultados en todos los programas de salud.
- El programa ha garantizado la atención bucodental en la población indígena con una relación de 5% del total de pacientes atendidos al año en la población general.
- Fortalecimiento de la continuidad en la atención mayormente en población indígena en comparación con la población general(168 vs 129% respectivamente)
- Incremento de las acciones de salud bucal, que se han duplicado en el último año, en zonas indígenas.
- Establecimiento de metas para pacientes nuevos, de acuerdo al desempeño tradicional del programa en salud bucal, para garantizar la atención sustentable en la población indígena
- La ampliación de cobertura en las zonas indígenas sigue siendo un área de oportunidad para poder reducir los rezagos de la falta de servicios institucionales y privados y, la falta de recursos para la demanda de atención, por parte de las comunidades indígenas.

♦ Brindar atención odontológica eficiente, de calidad y seguridad a los usuarios de los servicios de salud.

Seguro Popular

- En la cartera de servicios del Sistema de Protección Social en Salud se han integrado las intervenciones básicas para la salud bucal y se ha logrado con ello una fuente de financiamiento adicional muy significativa ya que el programa se encontraba en rezago debido a la poca cobertura y falta de: recursos humanos, equipamiento, instrumental e insumos para cubrir la demanda de la población. La incorporación de nuevas intervenciones al paquete básico del seguro popular incluyen acciones de promoción de la salud bucal, prevención y tratamiento de las enfermedades bucales.
- Gracias a ello y, a poder contar con mayor equipamiento y garantizar los insumos odontológicos, en este sexenio se han podido incrementar las acciones curativo-asistenciales en un 44.1% lo que representa una mayor cobertura y atención a la población más necesitada.

Actividades intramuros	2007	2008	2009	2010	2011
Actividades Curativo Asistenciales intramuros en unidades aplicativas	36,766,345	43,230,625	46,271,423	50,767,084	52,985,269
Avance		17.6%	7.0%	9.7%	4.4%

Caravanas de la salud

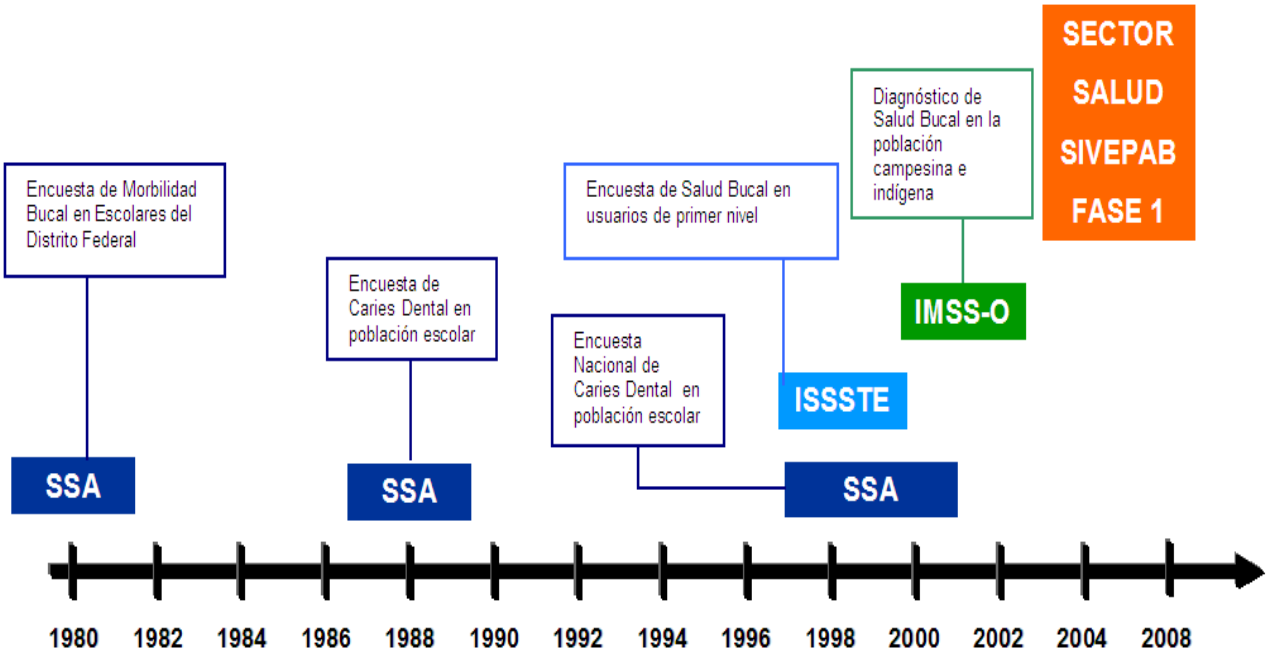
- El programa de salud bucal se ha fortalecido con la integración de la atención odontológica a la estrategia de Caravanas de la Salud y ha logrado el objetivo de acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, y capacidad resolutiva, mediante equipos itinerantes de salud a la población que habita en regiones que carecen de atención médica odontológica debido a su ubicación geográfica en las cuales se hace imposible el establecimiento en corto plazo de unidades médicas fijas.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

- En relación a colaborar para establecer el Panorama Epidemiológico de las Patologías Bucales en el país y sus determinantes, se ha comenzado a levantar La Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental en Escolares 2011 (ENCFD 2011) es la tercera de una serie de encuestas nacionales de Salud Bucal que se han llevado a cabo cada diez años aproximadamente desde 1988. El principal objetivo de estas encuestas ha sido obtener un perfil de la salud dental de la población escolar y cómo esto ha cambiado con el tiempo. Al no contar con un

presupuesto federal asignado para tal fin, el actual estudio se ejecuta a través de las aportaciones de los Servicios de Salud por el Ramo 33, con presupuesto regular del CENAPRECE, el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud así como del Sector Privado. Para diciembre del 2011 un total de 19 Entidades Federativas y 291 odontólogos fueron capacitados para el levantamiento de la encuesta. Los únicos estados que, hasta el presente momento han rechazado la posibilidad de participación en esta encuesta, son los estados de Morelos y Quintana Roo.

Evolución de la información en Salud Bucal en México



Rectoría

- En el presente sexenio se han realizado reuniones anuales de planeación y evaluación con los coordinadores estatales de salud bucal, así como cursos de inducción al puesto dirigido al personal de nueva designación.
- También se ha buscado coordinar acciones con los sectores público, social y privado, para fortalecer las estrategias del programa, por lo que en el mes de diciembre de 2011 se re-estableció, a convocatoria del CENAPRECE, el Comité Nacional de Salud Bucal, con la participación de: SEDENA, ISEMAR, SEP, Oficina Sanitaria Panamericana, IMSS, ISSSTE, DIF, PEMEX, Asociación Dental Mexicana, Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, la UNAM (Facultad de Odontología, FES Zaragoza y FES Iztacala), U.A.M. Xochimilco, U.A. del Estado de México, Consejo de Empresarios Dentales Mexicanos, AMIC-Dental y, la Secretaría de Salud (DGPLADES, CENETEC, DGE, DGCES, DGSREG, CONADIS, DGPS, COFEPRIS y el CENAPRECE).

Normatividad

- Dentro de la agenda de trabajo para el año 2012, se encuentran algunos temas de alta prioridad para la revisión y actualización del marco normativo que incide de manera particular en los programas institucionales de salud bucal y de manera general en la práctica odontológica, como son: La Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. La NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. El Cuadro Básico de Insumos Odontológicos y, el proyecto para la Reducción a la Exposición Laboral por el Uso de Mercurio en la Práctica Odontológica de la COFEPRIS.

♦ **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.**

Investigación

- Durante el año 2009 se desarrollo una investigación sobre los Factores de riesgo de caries dental en escolares de Yucatán, estado con el menor índice de caries dental en el país y se propone realizar esta misma investigación en estados con índice medio y alto.

Fluoruración de la Sal

- En relación a coadyuvar al mejoramiento del Programa de Fluoruración de la Sal para Consumo Humano en el presente año el Programa de Fluoruración de la Sal cumple 20 años de existencia y de funcionamiento ininterrumpido, con una cobertura mayor a 90 millones de habitantes de los municipios con bajo nivel de flúor en el agua de consumo humano. Esto ha sido posible con el apoyo de la COFEPRIS, en las tareas de verificación de la correcta dosificación del fluoruro de potasio a la sal (200 ml. por Kg. de sal) y en la verificación de la correcta distribución a los municipios seleccionados. Igualmente con el apoyo del sector salinero industrial representado por la Asociación Mexicana de la Industria Salinera A.C.. El beneficio obtenido por este programa ha sido principalmente el impacto epidemiológico logrado en la reducción de la caries dental que ha permitido a México transitar de un país con alta prevalencia a un país con prevalencia media, esto es: por debajo de tres órganos dentarios afectados a la edad de 12 años. Adicionalmente se puede destacar el hecho de que el financiamiento del programa es autosustentable debido a que es cubierto por el público consumidor, a un bajo costo dado el precio de este condimento, vale la pena destacar que que 90 millones de mexicanos 32 millones aproximadamente corresponden a niños de 0 a 15 años algo único en América, debe resaltarse que según el C.D.C. de Atlanta del 2010, el componente fluoruracion de la sal en su cobertura, ya tiene comparación con el programa de fluoruración artificial del agua de consumo humano para el 60% de los estados de la unión americana que cubren 180 millones de ciudadanos norteamericanos, por tal razón debemos estar orgullosos de lo que hemos logrado.

Capacitación

- Se llevó a cabo la capacitación y asesoría técnicamente a los responsables de programas estatales y personal operativo para la instrumentación de componente de Salud Bucal en el Sistema de Protección Social en Salud.
- Por otra parte se capacitó a personal odontológico de las 32 entidades federativas 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 para así fortalecer las principales estrategias del programa.

En el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) se ha logrado extender a 404 unidades centinela, con base en la participación de todas las instituciones del sector salud. El beneficio obtenido es que se dispone de un perfil más

preciso de las condiciones de salud bucodental de la población demandante de atención a los servicios de atención odontológica. Con esta información es posible ahora, disponer de una base de información confiable para orientar la planeación y la instrumentación de los servicios institucionales. Hasta el momento se cuenta con 2 publicaciones anuales (2009-2010) y 1 en proceso (2011) de los Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales.

- **Promover el incremento de la productividad de la atención odontológica en el primer nivel de atención de los servicios de salud.**

Asesoría

- Se ha asesorado anualmente a las 32 entidades federativas en la programación operativa y en la correcta asignación de recursos materiales y financieros para el desarrollo de las actividades del programa.

Evaluación

- El programa Nacional de Salud bucal realiza evaluaciones trimestralmente del desempeño de las estrategias del programa en las 32 Entidades Federativas.

Con estos compromisos institucionales, es que este Centro Nacional, a través del Programa de Salud Bucal ha llevado a cabo diversas actividades, logrando importantes resultados, los cuales se ven reflejados en las cifras que se reportan y se presentan para la adecuada y continua toma de decisiones, pero sobre todo, se busca una importante mejora en la salud bucal de la población.

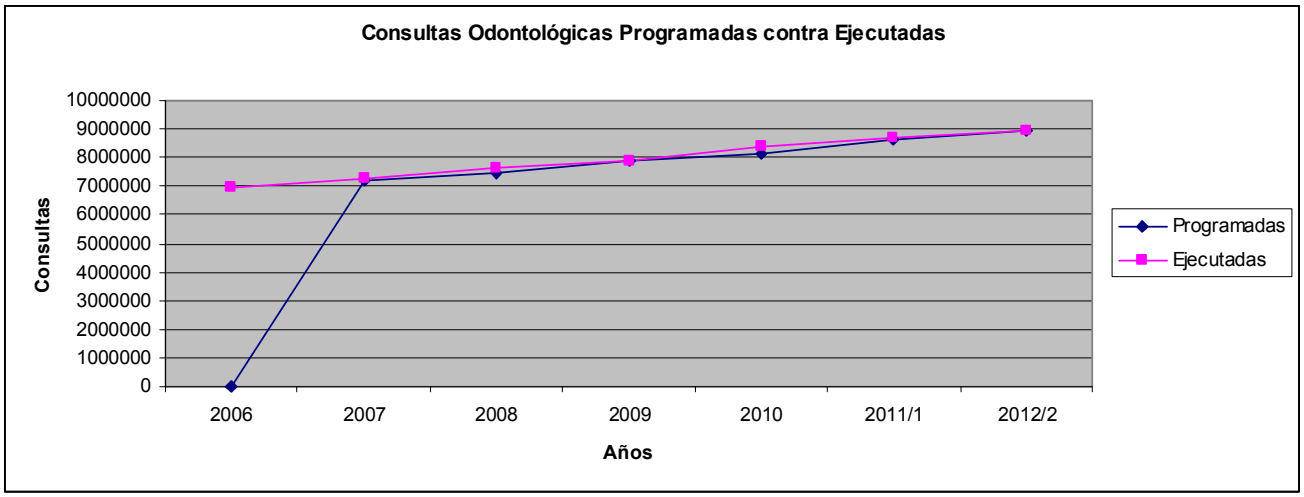
INDICADORES

Meta: Incrementar en 3% el número de consultas odontológicas anualmente.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011/	2012/[1]
Programado (total de consultas odontológicas)	-	7,184,438	7,463,404	7,869,860	8,123,804	8,647,561	8,984,963
Real (total de consultas odontológicas)	6,975,182	7,246,023	7,640,640	7,887,188	8,395,690	8,723,265	8,984,963
V1 (descripción)	Total de consultas estomatológicas realizadas en el año entre						
V2 (descripción)	Total de consultas estomatológicas realizadas del año anterior por 100						
Porcentaje de avance	-	3.9%	5.4%	3.2%	6.4%	3.9%	3.0%

2012/[1] Proyectado ene-dic. 2012.

Fuente: de Información en Salud 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012.



De acuerdo con la información reportada por medio del Sistema de Información en Salud (SIS) se puede observar el cumplimiento sostenido del cumplimiento de la meta trazada para el incremento anual de las consultas odontológicas otorgadas, en el orden del 3% anual. Este incremento ha sido posible con la ampliación del equipamiento odontológico en casi 6% en el último año, gracias principalmente a la inversión de recursos provenientes del Sistema de Protección Social en Salud.

Meta: Garantizar que al menos al 80% de los usuarios de los servicios de salud odontológicos se les aplique

el esquema básico de prevención.							
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011/[1]**	**2012/[2]**
Esquemas Básicos de Prevención (intramuros)	N/A	3,349,212	3,956,994	4,171,465	4,438,015	4,626,163	4,811,210
Consultas odontológicas de 1ra vez	N/A	4,094,597	4,191,582	4,322,871	4,540,077	4,705,629	4,846,798
V1 (descripción)	Total de Esquemas Básicos de Prevención Intramuros: (Detecciones de Placa Bacteriana, Instrucciones de Técnica de Cepillado, Instrucciones de Hilo dental, Profilaxis, Revisiones de Tejidos Bucales y Sesiones de Salud Bucal) entre						
V2 (descripción)	Total de pacientes (consultas de primera vez) que acuden a consulta odontológica por 100.						
Porcentaje de avance	-	81.8%	94.4%	96.5%	97.7%	98.3%	99.3%

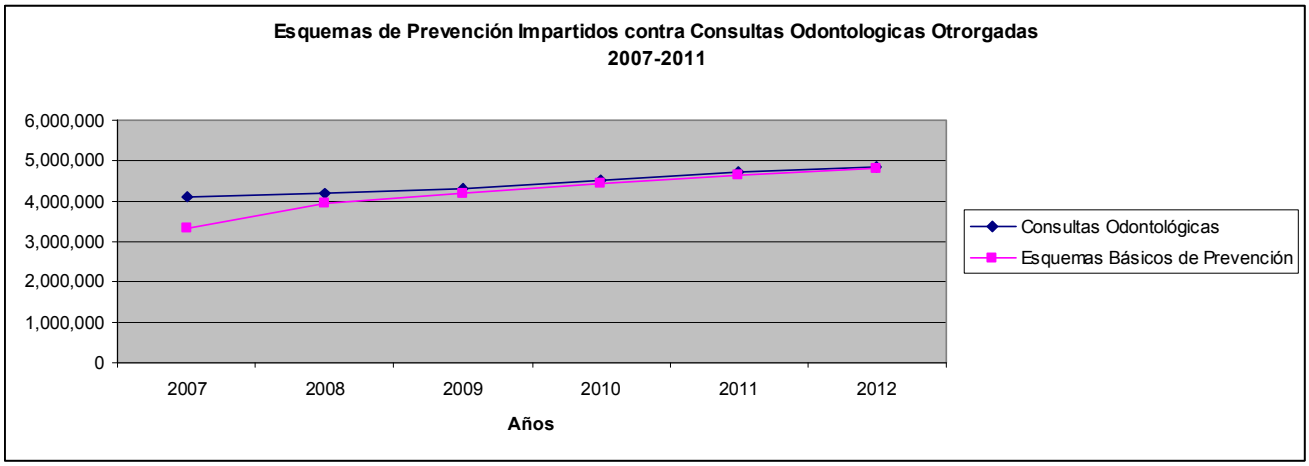
2011/[1] Datos preliminares ene-dic. 2011.

2012/[2] Proyectado ene-dic. 2012.

Denominador: Total de pacientes de primera vez que acuden a consulta odontológica.

Fuente: Sistema de Información en Salud 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012.

N/A No aplica



De acuerdo con la información reportada por medio del Sistema de Información en Salud (SIS) se puede observar un desempeño cercano al ciento por ciento. Lo importante de destacar en este indicador es el cambio del enfoque de la atención odontológica tradicional curativo hacia un enfoque que promueve la cultura de la prevención como base para mejorar los hábitos higiénicos y alimentarios de la población que representan dos de los principales determinantes del proceso salud-enfermedad tanto en la salud general como en la bucal.

EXPLICAR LA SERIE ESTADÍSTICA DE CADA INDICADOR

Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, en cuanto a los objetivos, compromisos y servicios prestados

Como órgano rector, el Programa Nacional de Salud Bucal no tiene una relación directa con la población objetivo; sin embargo, sus acciones y decisiones le impactan de manera directa.

- Se incrementó el equipamiento odontológico en casi 6% en el último año, gracias principalmente a la inversión de recursos del Sistema de Protección Social en Salud.
- La productividad aumentó 1.3 puntos porcentuales con respecto al año anterior.
- El crecimiento ha sido sostenido del 2007 a la fecha tanto en equipamiento del 28% (1,263 unidades dentales nuevas) como en productividad en 5.6 puntos porcentuales lo que significa 1.3 pacientes por hora, promedio nacional (lo ideal 1.5 pacientes por hora).
- Se garantizó la aplicación del Esquema Básico de Prevención, sin embargo no se está realizando de acuerdo a los lineamientos nacionales.

- **Enfermedades transmitidas por Vector**

Programa de Prevención y Control del Dengue

El Dengue es una enfermedad infecciosa aguda de etiología viral, transmitida por mosquitos del Género Aedes en donde el único reservorio del virus es el hombre. El agente etiológico es el denguevirus con cuatro serotipos: 1, 2, 3 y 4. La infección puede cursar desde un cuadro asintomático, fiebre indiferenciada, fiebre por dengue (FD), fiebre hemorrágica por dengue (FHD) 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.

La FHD 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 de agua. Recientemente se ha encontrado que Ae. albopictus, un vector secundario, ha colonizado estados como Nuevo León, Coahuila, Tamaulipas, Veracruz y Chiapas, e incluso en municipios como Tapachula, Chiapas, donde también se han encontrado mosquitos infectados con el virus del dengue. Además de la transmisión vectorial horizontal del virus mediante la picadura del mosquito a una persona infectada y de ahí a una persona susceptible, se ha confirmado también la transmisión vertical de mosquitos infectados a sus descendientes, lo que representa un mayor riesgo en la transmisión de la enfermedad entre la población.

En estas condiciones de alto riesgo para FD y FHD, las medidas para su prevención y control tienen que ser necesariamente integrales y simultáneas sobre los universos de riesgo programados, con seguimiento y evaluación de acciones que garanticen la interrupción del riesgo de transmisión de la enfermedad. Los programas deben estar estructurados con base en la vigilancia entomológica y epidemiológica oportunas, con capacidad de diagnóstico rápido de los casos de dengue, y aplicación de medidas inmediatas basadas en evidencia científica comprobada. Deben incluirse las acciones propias de los servicios de salud, apoyadas con campañas antilarvarias y aplicaciones

de insecticidas dentro y fuera de las viviendas, además de las relativas a promoción a la salud para reducir los riesgos entomológicos con participación comunitaria, 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. En este marco general de acción se reconoce la necesidad de difundir dichas campañas con estrategias de comunicación social efectivas y fortaleciendo las capacidades del personal médico y paramédico para un manejo hospitalario apropiado de casos graves de dengue.

Programa de Acción Específico.

Programa de Acción Específico 2007-2012. Dengue.

Publicación en el Diario Oficial de la Federación

El Programa de Acción Específico de este Centro Nacional, no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Periodo de vigencia

Del 1º. De diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2012.

Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y PRONASA/PROSESA 2007-2012

Con el Programa Nacional de Desarrollo (PND)

El Programa de Acción Específico Dengue 2007-2012 tiene como marco de formulación al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 , elaborado por el Ejecutivo Federal con la finalidad de establecer los objetivos nacionales, las estrategias y las prioridades que le dieron un rumbo y dirección a la acción de gobierno durante esta administración y se vincula de manera directa e indirecta con los 10 objetivos del Programa Nacional de Desarrollo en cuanto a que contribuye al cumplimiento de los objetivos nacionales de desarrollo humano sustentable.

Específicamente, El Programa de Acción Específico Dengue 2007-2012 se alinea con el Objetivo 5 del PND dado que el combate a las enfermedades transmitidas por vector incide directamente con su prevención y control, a “reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados

alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución".

De los cinco ejes de acción del PND, el eje 3 "Igualdad de oportunidades" hace referencia a que "sólo asegurando la igualdad de oportunidades en salud, educación, alimentación, vivienda y servicios básicos, las personas podrán participar activamente en esta economía dinámica y aprovechar los beneficios que ésta les ofrece" e incluye en el apartado 3.2 de desarrollo integral el rubro de "Salud", aquí, el Programa de Acción Específico "Dengue" se alinea con el objetivo 4: "Mejorar las condiciones de salud de la población" aceptando que gran parte de las enfermedades y riesgos para la salud que más frecuentemente padecen los niños, los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores pueden evitarse mediante acciones de prevención oportuna y adecuada como es el caso del dengue.

Para la consecución de ese objetivo de "Salud", el PND plantea tres estrategias siendo la estrategia 4.2 "Promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos" y 4.3 "Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades" las que mejor enmarcan las acciones de prevención y control del dengue; la primera porque la verdadera prevención de esta enfermedad no se logrará de manera sustentable si la participación social sigue postergándose y la segunda debido a que en la génesis del dengue intervienen factores determinantes y condicionantes sociales como la calidad de la vivienda, la disponibilidad y dotación suficiente de agua entubada intradomiciliaria, la recolección regular de desechos y basuras y su adecuada disposición final. Estas son dos líneas estratégicas básicas que el Programa de Acción Específico "Dengue" necesita, incluye y promueve.

Con el Programa Nacional de Salud/ Programa Sectorial de Salud (PRONASA/PROSESA)

El Programa Nacional de Salud (PRONASA) 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. El PRONASA se expresa operativamente en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA).

El PROSESA indica que para lograr un México saludable se requiere implementar estrategias anticipatorias que fortalezcan y amplíen la lucha contra riesgos sanitarios, favorezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables y que la política nacional debe incidir sobre los determinantes de la salud y adaptar los servicios de atención médica, de todo el sector, a las nuevas necesidades promoviendo altos niveles de calidad, seguridad y eficiencia; también cita que el fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y control de riesgos sanitarios, está orientado a reducir el impacto que tienen las enfermedades y las lesiones sobre individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto y que la salud es un asunto que atañe a la sociedad y al Gobierno en sus diferentes ámbitos y niveles y precisa la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, individual y colectiva de los ciudadanos, las familias, las instituciones y la sociedad en su conjunto.

El Programa de Acción Específico Dengue se vincula con el PRONASA/PROSESA 2007-2012 primero, en cuanto plantea contribuir al logro de los cinco objetivos nacionales del sector salud y segundo, por su carácter anticipatorio, orientado definitivamente a la prevención del dengue y por su vocación incluyente en la que se toma en cuenta a toda la sociedad en su conjunto para proponer soluciones, llevarlas a cabo y evaluarlas. Participa de manera tangencial con la Estrategia No. 1 en tanto también el Programa Dengue promueve la coordinación intersectorial, intergubernamental e internacional (Línea de acción 3); coordina las acciones de protección contra riesgos sanitarios con las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica (Línea de acción 4); y contribuye a consolidar la participación de la red nacional de laboratorios de salud pública y terceros autorizados en los programas de salud.

De manera explícita, se vincula participando de la Estrategia No. 2 “Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades”; dado el carácter preventivo básico del Programa, mismo que se manifiesta en su componente del “patio limpio”. Ese componente promueve la eliminación de recipientes no útiles que abandonados en el patio de las viviendas pueden retener agua de lluvia y convertirse en criaderos del mosquito vector del dengue; promueve también el cuidado del agua almacenada para uso y consumo humano, en recipientes útiles. Otros aspectos de prevención y promoción son el autocuidado de la salud, la no automedicación, la demanda oportuna de atención médica y la colaboración con las autoridades de salud en acciones para reducir la infestación de mosquitos vectores.

La vinculación del “Programa de Acción Específico Dengue” con la Estrategia No. 2 se da a partir de la línea de acción 2.10 que indica “Establecer acciones para la prevención y atención del dengue, paludismo y rabia.” Las líneas de acción propuestas para prevención y control del dengue reúnen todas las condiciones que plantea la Estrategia No. 2 del PRONASA/PROSESA 2007-2012 respecto a promoción de la salud, prevención y control e incluyen:

• Manejo integrado del dengue.

• Consolidación de la Red Nacional de Laboratorios para el diagnóstico del dengue y fortalecimiento e innovación de la vigilancia epidemiológica.

• Promoción de la participación social y de grupos organizados en la prevención y control del dengue en localidades prioritarias.

• Reforzamiento de la comunicación social.

• Regionalización operativa y definición de áreas con alto potencial de riesgo de impacto estatal, regional e internacional.

• Gestión de la participación de ayuntamientos mediante convenios y programas de trabajo.

• Atención a fenómenos naturales en áreas de riesgo.

• Coordinación intra e intersectorial y respuesta estatal oportuna.

• 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.

• Formalizar la Red Clínica Nacional de Atención Médica.

Con base en estas líneas de acción se prevé contener la tendencia ascendente del dengue en México; controlar las áreas hasta ahora con transmisión persistente, evitar casos graves y muertes y construir así un programa con amplia participación social, anticipatorio, de carácter preventivo y con capacidad de respuesta en caso de nuevos brotes.

Misión

Contar con un programa de cobertura universal y calidad que permita la disminución de la carga de enfermedad por dengue y dengue hemorrágico en la población mexicana, mediante acciones de manejo integrado, que aumenten la seguridad ambiental, eviten aumentos en la acumulación de reservorios o vectores, promuevan la educación sanitaria, basada en la eliminación de riesgos y criaderos potenciales y generen un cambio de actitud en torno al cuidado del agua en la población de áreas endémicas.

Visión

Ser un programa de vanguardia y liderazgo nacional e internacional con participación intersectorial, basado en compromisos de los tres órdenes de gobierno y la comunidad así como la aplicación de medidas innovadoras, oportunas, sincronizadas y permanentes para mantener el control del dengue en todo el país.

Objetivo General

Prevenir y controlar el dengue y sus complicaciones mediante estrategias de manejo integrado con participación social y multisectorial.

Específicos

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.

Años	Capitulo	Autoizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las variaciones

Autorización Presupuestaria por año, 2006-2011

Nombre de la unidad O00 CENAPRECE (VECTORES)

EJERCICIO FISCAL 2006-2011

2006	1000					
	2000					
	3000					
	4000					
	5000					
	6000					
	7000					
TOTAL		0.00	0.00	0.00	0.00	
2007	1000	0.00	0.00	0	0.00	
	2000	3,090,353.00	4,290,353.00	4,290,353.00	0.00	
	3000	6,544,008.00	9,053,501.00	9,053,501.00	0.00	
	4000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	5000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	6000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	7000	0.00	62,050,573.96	62,050,573.96	0.00	
TOTAL		9,634,361.00	75,394,427.96	75,394,427.96	0.00	
2008	1000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	2000	2,970,318.00	13,190,786.30	13,190,786.30	0.00	
	3000	5,920,354.00	41,809,230.39	41,809,230.39	0.00	
	4000	115,648,647.00	115,648,647.00	115,648,647.00	0.00	
	5000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	6000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	7000	0.00	32,200,000.00	32,200,000.00	0.00	
TOTAL		124,539,319.00	202,848,663.69	202,848,663.69	0.00	
	1000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	2000	2,348,235.00	2,119,240.03	2,119,240.03	0.00	
	3000	3,812,231.00	3,970,156.38	3,970,156.38	0.00	
	4000	74,829,845.00	477,973,540.12	477,973,540.12	0.00	

2009	5000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	6000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	7000	0.00	0.00	0.00	0.00	
TO TAL		80,990,311.00	484,0 62 ,936.5 3	484,0 62 ,936.5 3	0.00	
2010	1000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	2000	3,767,064.00	7,954,972.64	7,954,972.64	0.00	
	3000	7,271,272.00	2,777,618.67	2,777,618.67	0.00	
	4000	365,969,778.00	460,746,212.96	460,746,212.96	0.00	
	5000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	6000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	7000	0.00	0.00	0.00	0.00	
TO TAL		377,0 08 ,114.0 0	471,4 78 ,804.2 7	471,4 78 ,804.2 7	0.00	
2011	1000	0.00	0.00		0.00	
	2000	3,767,064.00	3,774,399.78	24,399.07	-3,750,000.71	Saldo para ejercer en el 2° semestre del año
	3000	7,493,295.00	3,110,622.00	1,565,393.00	-1,545,229.00	
	4000	192,415,612.00	336,371,865.00	208,007,133.12	-128,364,731.88	
	5000	0.00	0.00		0.00	
	6000	0.00	0.00		0.00	
	7000	0.00	0.00		0.00	
TOTAL		203,6 75 ,971.0 0	343,2 56 ,886.7 8	209,5 96 ,925.1 9	-133,659,961.59	
TOTAL GENERAL	1000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	2000	15,943,034.00	31,329,751.75	27,579,751.04	-3,750,000.71	
	3000	31,041,160.00	60,721,128.44	59,175,899.44	-1,545,229.00	

	4000	748,863,882.00	1,390,740,265.08	1,262,375,533.20	-128,364,731.88	
	5000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	6000	0.00	0.00	0.00	0.00	
	7000	0.00	94,250,573.96	94,250,573.96	0.00	
Sumas:		795,8 48 ,076.0 0	1,577,041,719.23	1,443,381,757.64	-133,659,961.59	

Fuente: Listado del Ejercicio de Presupuesto DGPOP

Ejercicio 2006

Durante 2006 no se autoriza ron recursos especiales para dengue, las operaciones dependían de ramo 33 Vectores y de apoyos extraordinarios en casos de brotes y otras emergencias sanitarias (lluvias e inundaciones).

Ejercicio 2007

En el ejercicio fiscal 2007 se autorizó el ejercicio presupuestal por 9.6 millones de pesos, de los cuales se tuvo un incremento de 65.8 millones de pesos, de la siguiente manera:

2000 “materiales y suministros” se autorizaron 3.1 millones, cifra que presentó un incremento de 1.2 millones de pesos, los cuales fueron utilizados en la adquisición de insecticidas y material de laboratorio.

3000 “Servicios Generales” se autorizó el ejercicio presupuestal por 6.5 millones de pesos, de los cuales se obtuvo un incremento por 2.6 millones de pesos, los cuales sirvieron para reforzar el gasto de viáticos y pasajes del personal médico, brigadista que a tiende los brotes de dengue en las entidades federa ti vas afectadas.

Capitulo 7000 “Apoyo a voluntarios” se reflejó un incremento al presupuesto por 62.1 millones de pesos , los cuales fueron des tinados para la contratación de brigadistas a nivel nacional con la finalidad de disminuirlos casos de dengue reportados.

Ejercicio 2008

En el ejercicio fiscal 2008, se autorizó un presupuesto original de 124.5 millones de pesos, teniendo un incremento de un 78.3 millones de pesos de los cuales 2.9 millones de pesos fueron autorizados:

2000 “materiales y suministros”, cifra que presentó un incremento de 10.3 millones de pesos , los cuales fueron utilizados en la adquisición de insecticidas y material de laboratorio.

En el 3000“Servicios Generales” se autorizó el ejercicio presupuestal por 5.9 millones de pesos, de los cuales se obtuvo un incremento por 35.9 millones de pesos, los cuales sirvieron para reforzar el gasto de viáticos y pasajes del personal médico, brigadista que a tiende los brotes de dengue en las entidades federa ti vas afectadas.

4000 “Subsidios a entidades federativas”, sea autorizó un presupuesto por 115.6 millones de pesos, de los cuales no hubo movimiento presupuestales de incremento o decrementos y que fueron empleados para reforzar el programa de dengue en las 32 entidades federativas de la república mexicana mediante la adquisición de insumos y equipa miento para la disminución de brotes reportados a este programa.

7000 “Apoyo a voluntarios” se reflejó un incremento al presupuesto por 32.2 millones de pesos, los cuales fueron destinados para la contratación de brigadistas en las entidades federa ti vas con alto índice de dengue con la finalidad de disminuir los casos reportados.

Ejercicio 2009

En el ejercicio fiscal 2009, se autorizó un presupuesto modificado de 81.0 millones de pesos, teniendo un incremento de 403.1 millones de pesos:

Capitulo 2000 “materiales y suministros”, de los cuales se destinaron 2.3 millones de pesos y con esto se tuvo un decremento de 0.2 millones de pesos, los cuales fueron utilizados en la adquisición de insecticidas y material de laboratorio.

Capítulo 3000“Servicios Generales” se autorizó el ejercicio presupuestal por 3.8 millones de pesos, de los cuales se obtuvo un incremento por 0.1 millones de pesos, los cuales sirvieron para reforzar el gasto de viáticos y pasajes del personal médico, brigadista que a tiende los brotes de dengue en las entidades federativas afectadas.

Capítulo 4000 “Subsidios a entidades federativas”, se autorizó un presupuesto por 74.8 millones de pesos, teniendo un incremento de 403.10 millones de pesos y que fueron empleados para reforzar el programa de dengue en las 32 entidades federativas de la república mexicana mediante la adquisición de insumos y equipamiento para la disminución de brotes reportados a este programa.

Ejercicio 2010

En el ejercicio fiscal 2010, se autorizó un presupuesto original de 377 millones de pesos, teniendo un incremento de 94.5 millones de pesos de los cuales 3.8 millones de pesos fueron autorizados para:

Capitulo 2000 “materiales y suministros”, cifra que presentó un incremento de 4.1 millones de pesos, los cuales fueron utilizados en la adquisición de insecticidas y material de laboratorio.

En el 3000 “Servicios Generales” se autorizó el ejercicio presupuestal por 7.2 millones de pesos, en el cual se presentó un decremento 4.5 millones de pesos que sirvieron para reforzar el gasto de viáticos y pasajes del personal médico, brigadistas que a tiende los brotes de dengue en las entidades federativas afectadas.

En el 4000 “Subsidios a entidades federativas”, sea autorizó un presupuesto por 366 millones de pesos, teniendo un incremento de 94.8 millones de pesos y que fueron empleados para reforzar el programa de dengue en las 32 entidades federativas de la república mexicana mediante la adquisición de insumos y equipa miento para la disminución de brotes reportados a este programa.

Ejercicio 2011

Para el ejercicio fiscal 2011, se considera hasta el 30 de junio, teniendo un presupuesto autorizado de 203.7 millones de pesos, teniendo un incremento al 30 junio de 139.5 millones de pesos de los cuales 3.8 millones de pesos fueron autorizados para:

Capitulo 2000 “materiales y suministros”, cifra que no ha presentado ningún movimiento presupuestal, los cuales fueron utilizados en la adquisición de insecticidas y material de laboratorio.

Capitulo 3000 “Servicios Generales” se autorizó el ejercicio presupuestal por 7.5 millones de pesos, de los cuales ha tenido un decremento de 4.4 millones de pesos solicitado por DGPOP, que eran destinados para la campaña de dengue, el presupuesto remanente servirá para reforzar el gasto de viáticos y pasajes del personal médico, brigadista que a tiende los brotes de dengue en las entidades federativas afectadas.

Capitulo 4000 “Subsidios a entidades federativas”, sea autorizó un presupuesto por 192.4 millones de pesos, teniendo un incremento de 144 millones de pesos y que son destinados para reforzar el programa de dengue en las 32 entidades federativas de la república mexicana mediante la adquisición de insumos y equipamiento para la disminución de brotes reportados a este programa.

Transferencia de recursos a las entidades federativas

Para fortalecer el desarrollo del programa, durante el periodo 2007-2011, se enviaron recursos a las entidades federativas, que permitieron:

Fortalecer con insumos, materiales, equipos de nebulización pesados y portátiles y el parque vehicular para el programa de dengue.

Fortalecer con recursos humanos de carácter temporal al programa para la implementación de las actividades de prevención y control.

Atención de brotes de manera más oportuna, logrando evitar que se dispersara la endemia a todo el país.

Fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los estados a los municipios y localidades que registraron incremento en la transmisión.

Se transfirieron 1,429.83 millones de pesos del periodo 2008-2011, de estos se han comprobado 955.77 millones de pesos y se han devuelto a la TESOFE 12.61 millones de pesos, estando por comprobar al 31 de diciembre de 2011 por 461.45 millones de pesos, según se manifiesta en los cuadros siguientes:

PROGRAMA DENGUE
AÑO 2008

(Miles de pesos) 30 de Diciembre de 2011

Entidad Federativa	Convenio	Transferido	Por transferir	Devolución TESOFE	Comprobado	Por comprobar
AGUASCALIENTES	809.86	809.86	0.00	3.84	806.02	0.00
BAJA CALIFORNIA	481.19	481.19	0.00	25.52	438.91	16.76
BAJA CALIFORNIA SUR	1,063.37	1,063.37	0.00	0.00	1,063.37	0.00
CAMPECHE	3,096.45	3,096.45	0.00	0.00	3,096.45	0.00
CHIAPAS	10,398.17	10,398.17	0.00	0.00	10,398.17	0.00
CHIHUAHUA	2,438.03	2,438.03	0.00	156.55	2,281.48	0.00
COAHUILA	2,411.63	2,411.63	0.00	25.18	2,386.46	0.00
COLIMA	1,098.63	1,098.63	0.00	0.00	1,098.63	0.00
DISTRITO FEDERAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
DURANGO	964.87	964.87	0.00	0.01	964.86	0.00
GUANAJUATO	698.45	698.45	0.00	0.00	698.45	0.00
GUERRERO	8,333.18	8,333.18	0.00	569.18	7,764.00	0.00
HIDALGO	1,798.97	1,798.97	0.00	261.18	1,537.79	0.00
JALISCO	7,505.76	7,505.76	0.00	1,045.59	6,460.17	0.00
MÉXICO	8,180.67	8,180.67	0.00	0.00	8,180.67	0.00
MICHOACÁN	7,068.94	7,068.94	0.00	5.69	7,063.25	0.00
MORELOS	2,494.59	2,494.59	0.00	159.46	2,335.13	0.00
NAYARIT	1,772.11	1,772.11	0.00	0.03	1,772.08	0.00
NUEVO LEÓN	4,190.18	4,190.18	0.00	0.00	4,190.18	0.00
OAXACA	8,872.24	8,872.24	0.00	385.87	8,486.37	0.00

PUEBLA	4,285.37	4,285.37	0.00	567.67	3,717.71	0.00
QUERÉTARO	1,418.90	1,418.90	0.00	90.68	1,328.22	0.00
QUINTANA ROO	3,952.39	3,952.39	0.00	23.03	3,929.37	0.00
SAN LUIS POTOSÍ	2,572.12	2,572.12	0.00	118.85	2,453.27	0.00
SINALOA	5,375.54	5,375.54	0.00	205.00	5,170.54	0.00
SONORA	1,881.25	1,881.25	0.00	0.00	1,881.25	0.00
TABASCO	4,930.03	4,930.03	0.00	203.00	4,727.03	0.00
TAMAULIPAS	4,224.43	4,224.43	0.00	19.84	4,204.58	0.00
TLAXCALA	290.93	290.93	0.00	13.53	277.40	0.00
VERACRUZ	11,909.51	11,909.51	0.00	185.61	11,723.90	0.00
YUCATÁN	497.46	497.46	0.00	2.38	495.08	0.00
ZACATECAS	633.43	633.43	0.00	0.00	633.43	0.00
TOTAL	115,648.65	115,648.65	0.00	4,067.68	111,564.21	16.76

PROGRAMA DENGUE AÑO 2009

(Miles de pesos)

Entidad Federativa	Convenio	Transferido	Por transferir	Devolución TESOFE	Comprobado	Por comprobar
AGUASCALIENTES	1,479.23	1,479.23	0.00	38.55	1,440.68	0.00
BAJA CALIFORNIA	12,381.58	12,381.58	0.00	0.00	11,161.06	1,220.52
BAJA CALIFORNIA SUR	9,910.86	9,910.86	0.00	0.00	9,793.01	117.85
CAMPECHE	3,650.04	3,650.04	0.00	1.79	3,620.25	28.00
CHIAPAS	27,643.46	27,643.46	0.00	0.00	21,564.62	6,078.84
CHIHUAHUA	4,236.81	4,236.81	0.00	0.00	4,236.81	0.00

COAHUILA	3,963.63	3,963.63	0.00	3.85	3,959.78	0.00
COLIMA	32,413.01	32,413.01	0.00	2.11	32,410.90	0.00
DISTRITO FEDERAL	3,567.70	3,567.70	0.00	541.12	3,026.58	0.00
DURANGO	2,018.86	2,018.86	0.00	0.00	2,018.86	0.00
GUANAJUATO	3,866.20	3,866.20	0.00	2,376.82	1,489.39	0.00
GUERRERO	37,091.87	37,091.87	0.00	34.72	37,057.16	0.00
HIDALGO	12,172.50	12,172.50	0.00	585.49	11,587.02	0.00
JALISCO	38,072.90	38,072.90	0.00	169.64	37,903.27	0.00
MÉXICO	15,876.93	15,876.93	0.00	14.93	15,862.01	0.00
MICHOACÁN	29,056.12	29,056.12	0.00	12.68	25,051.79	3,991.65
MORELOS	3,327.03	3,327.03	0.00	2.99	3,324.04	0.00
NAYARIT	23,874.79	23,874.79	0.00	65.30	23,809.49	0.00
NUEVO LEÓN	6,976.18	6,976.18	0.00	0.00	6,976.18	0.00
OAXACA	26,139.57	26,139.57	0.00	56.32	25,457.19	626.06
PUEBLA	7,674.92	7,674.92	0.00	666.90	7,008.03	0.00
QUERÉTARO	2,488.19	2,488.19	0.00	38.64	2,449.56	0.00
QUINTANA ROO	15,238.74	15,238.74	0.00	6.98	15,231.77	0.00
SAN LUIS POTOSÍ	13,261.08	13,261.08	0.00	143.43	13,117.64	0.00
SINALOA	20,668.89	20,668.89	0.00	1,310.47	19,358.42	0.00
SONORA	3,491.80	3,491.80	0.00	0.00	3,423.34	68.46
TABASCO	35,317.68	35,317.68	0.00	1,122.80	34,194.88	0.00
TAMAULIPAS	15,877.53	15,877.53	0.00	0.00	15,549.66	327.87
TLAXCALA	966.77	966.77	0.00	0.55	966.22	0.00
VERACRUZ	47,668.28	47,668.28	0.00	329.38	47,338.90	0.00
YUCATÁN	16,198.23	16,198.23	0.00	439.73	15,758.50	0.00
ZACATECAS	1,402.15	1,402.15	0.00	0.00	1,402.15	0.00

TOTAL	477,973.54	477,973.54	0.00	7,965.16	457,549.13	12,459.25

PROGRAMA DENGUE AÑO 2010

(Miles de pesos)

Entidad Federativa	Convenio	Transferido	Por transferir	Devolución TESOFE	Comprobado	Por comprobar
AGUASCALIENTES	1,989.43	1,989.43	0.00	32.53	1,486.46	470.45
BAJA CALIFORNIA	8,520.99	8,520.99	0.00	0.00	4,719.39	3,801.61
BAJA CALIFORNIA SUR	3,772.61	3,772.61	0.00	0.00	2,212.04	1,560.56
CAMPECHE	837.81	837.81	0.00	0.00	837.81	0.00
CHIAPAS	22,430.91	22,430.91	0.00	0.00	13,922.34	8,508.57
CHIHUAHUA	8,834.01	8,834.01	0.00	0.00	7,604.93	1,229.08
COAHUILA	9,039.33	9,039.33	0.00	0.00	8,468.59	570.75
COLIMA	1,247.85	1,247.85	0.00	0.00	881.15	366.70
DISTRITO FEDERAL	4,237.77	4,237.77	0.00	468.13	3,758.90	10.75
DURANGO	3,074.06	3,074.06	0.00	0.00	512.73	2,561.32
GUANAJUATO	22,570.15	22,570.15	0.00	0.00	19,564.78	3,005.36
GUERRERO	28,542.48	28,542.48	0.00	0.00	28,402.95	139.52
HIDALGO	7,196.79	7,196.79	0.00	0.00	5,273.68	1,923.11
JALISCO	29,406.48	29,406.48	0.00	0.00	28,704.23	702.25
MEXICO	33,283.17	33,283.17	0.00	0.00	29,742.28	3,540.89
MICHOACÁN	18,637.99	18,637.99	0.00	0.00	17,241.70	1,396.30
MORELOS	6,373.14	6,373.14	0.00	0.00	6,368.47	4.67

NAYARIT	1,771.48	1,771.48	0.00	0.00	1,771.48	0.00
NUEVO LEÓN	16,680.50	16,680.50	0.00	0.00	12,810.80	3,869.70
OAXACA	16,077.98	16,077.98	0.00	0.00	16,057.34	20.64
PUEBLA	20,748.34	20,748.34	0.00	0.00	17,598.98	3,149.35
QUERETARO	6,018.85	6,018.85	0.00	0.00	5,123.47	895.39
QUINTANA ROO	15,914.67	15,914.67	0.00	0.00	14,872.81	1,041.86
SAN LUIS POTOSÍ	14,919.19	14,919.19	0.00	0.00	14,799.10	120.09
SINALOA	9,469.50	9,469.50	0.00	1.05	9,468.45	0.00
SONORA	11,640.26	11,640.26	0.00	0.00	0.00	11,640.26
TABASCO	49,853.57	49,853.57	0.00	0.00	46,200.63	3,652.94
TAMAULIPAS	11,321.16	11,321.16	0.00	0.00	8,527.05	2,794.11
TLAXCALA	88.13	88.13	0.00	0.00	88.13	0.00
VERACRUZ	51,348.96	51,348.96	0.00	0.00	45,636.90	5,712.06
YUCATÁN	5,523.42	5,523.42	0.00	75.86	5,447.56	0.00
ZACATECAS	3,467.59	3,467.59	0.00	0.00	3,432.03	35.56
TOTAL	444,838.57	444,838.57	0.00	577.57	381,537.14	62,723.86

PROGRAMA DENGUE AÑO 2011

(Miles de pesos)

Entidad Federativa	Convenio	Transferido	Por transferir	Devolución TESOFE	Comprobado	Por comprobar
AGUASCALIENTES	1,746.30	1,746.30	0.00	0.00	0.00	1,746.30
BAJA CALIFORNIA	7,461.42	7,461.42	0.00	0.00	0.00	7,461.42
BAJA CALIFORNIA SUR	7,238.53	7,238.53	0.00	0.00	0.00	7,238.53
CAMPECHE	12,000.00	12,000.00	0.00	0.00	0.00	12,000.00
CHIAPAS	18,632.59	18,632.59	0.00	0.00	0.00	18,632.59

CHIHUAHUA	7,735.31	7,735.31	0.00	0.00	0.00	7,735.31
COAHUILA	7,142.50	7,142.50	0.00	0.00	0.00	7,142.50
COLIMA	12,000.00	12,000.00	0.00	0.00	0.00	12,000.00
DISTRITO FEDERAL	3,237.42	3,237.42	0.00	0.00	0.00	3,237.42
DURANGO	2,689.80	2,689.80	0.00	0.00	0.00	2,689.80
GUANAJUATO	17,500.00	17,500.00	0.00	0.00	0.00	17,500.00
GUERRERO	19,087.17	19,087.17	0.00	0.00	0.00	19,087.17
HIDALGO	6,297.19	6,297.19	0.00	0.00	0.00	6,297.19
JALISCO	28,730.67	28,730.67	0.00	0.00	0.00	28,730.67
MEXICO	7,247.77	7,247.77	0.00	0.00	0.00	7,247.77
MICHOACÁN	13,558.24	13,558.24	0.00	0.00	0.00	13,558.24
MORELOS	8,076.50	8,076.50	0.00	0.00	0.00	8,076.50
NAYARIT	13,050.05	13,050.05	0.00	0.00	0.00	13,050.05
NUEVO LEÓN	14,157.94	14,157.94	0.00	0.00	0.00	14,157.94
OAXACA	12,068.23	12,068.23	0.00	0.00	0.00	12,068.23
PUEBLA	6,779.80	6,779.80	0.00	0.00	0.00	6,779.80
QUERETARO	10,266.50	10,266.50	0.00	0.00	0.00	10,266.50
QUINTANA ROO	22,300.34	22,300.34	0.00	0.00	3,660.69	18,639.65
SAN LUIS POTOSÍ	13,054.29	13,054.29	0.00	0.00	0.00	13,054.29
SINALOA	8,285.81	8,285.81	0.00	0.00	0.00	8,285.81
SONORA	12,372.73	12,372.73	0.00	0.00	0.00	12,372.73
TABASCO	18,474.18	18,474.18	0.00	0.00	0.00	18,474.18
TAMAULIPAS	9,906.01	9,906.01	0.00	0.00	0.00	9,906.01
TLAXCALA	200.00	200.00	0.00	0.00	0.00	200.00
VERACRUZ	37,455.34	37,455.34	0.00	0.00	1,462.66	35,992.68
YUCATÁN	29,707.99	29,707.99	0.00	0.00	0.00	29,707.99

ZACATECAS	2,911.25	2,911.25	0.00	0.00	0.00	2,911.25
TOTAL	391,371.87	391,371.87	0.00	0.00	5,123.35	386,248.52

Año del 2007 al 2011

PROGRAMA DE DENGUE

RESUMEN DE TRANSFERENCIA POR COMPROBAR AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011

Entidad Federativa	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
AGUASCALIENTES		0.00	0.00	470.45	1,746.30	2,216.75
BAJA CALIFORNIA		16.76	1,220.52	3,801.61	7,461.42	12,500.31
BAJA CALIFORNIA SUR		0.00	117.85	1,560.56	7,238.53	8,916.94
CAMPECHE		0.00	28.00	0.00	12,000.00	12,028.00
CHIAPAS		0.00	6,078.84	8,508.57	18,632.59	33,220.00
CHIHUAHUA		0.00	0.00	1,229.08	7,735.31	8,964.39
COAHUILA		0.00	0.00	570.75	7,142.50	7,713.25
COLIMA		0.00	0.00	366.70	12,000.00	12,366.70
DISTRITO FEDERAL		0.00	0.00	10.75	3,237.42	3,248.17
DURANGO		0.00	0.00	2,561.32	2,689.80	5,251.12
GUANAJUATO		0.00	0.00	3,005.36	17,500.00	20,505.36
GUERRERO		0.00	0.00	139.52	19,087.17	19,226.69
HIDALGO		0.00	0.00	1,923.11	6,297.19	8,220.30
JALISCO		0.00	0.00	702.25	28,730.67	29,432.92
MÉXICO		0.00	0.00	3,540.89	7,247.77	10,788.66
MICHOACÁN		0.00	3,991.65	1,396.30	13,558.24	18,946.19
MORELOS		0.00	0.00	4.67	8,076.50	8,081.17
NAYARIT		0.00	0.00	0.00	13,050.05	13,050.05

NUEVO LEÓN		0.00	0.00	3,869.70	14,157.94	18,027.64
OAXACA		0.00	626.06	20.64	12,068.23	12,714.93
PUEBLA		0.00	0.00	3,149.35	6,779.80	9,929.15
QUERÉTARO		0.00	0.00	895.39	10,266.50	11,161.89
QUINTANA ROO		0.00	0.00	1,041.86	18,639.65	19,681.51
SAN LUIS POTOSÍ		0.00	0.00	120.09	13,054.29	13,174.38
SINALOA		0.00	0.00	0.00	8,285.81	8,285.81
SONORA		0.00	68.46	11,640.26	12,372.73	24,081.45
TABASCO		0.00	0.00	3,652.94	18,474.18	22,127.12
TAMAULIPAS		0.00	327.87	2,794.11	9,906.01	13,027.99
TLAXCALA		0.00	0.00	0.00	200.00	200.00
VERACRUZ		0.00	0.00	5,712.06	35,992.68	41,704.74
YUCATÁN		0.00	0.00	0.00	29,707.99	29,707.99
ZACATECAS		0.00	0.00	35.56	2,911.25	2,946.81
TOTAL		16.76	12,459.25	62,723.86	386,248.52	461,448.39

De los recursos transferidos de 2008 a 2011 por un monto de 1,429.83 millones de pesos, los cuales a fueron comprobados 955.77 millones de pesos

Para lograr la comprobación se han realizado las siguientes acciones que han permitido establecer una mayor comprobación, como:

Supervisiones directas a las entidades federativas.

Sugerir mejoras en los controles del gasto en las entidades federativas.

Incorporación de un convenio general denominado AFASPE, que ha permitido concentrar los recursos de diversos programas y establecer compromisos de las entidades federativas, el cual se fortaleció a partir de 2011.

Es importante citar que a los recursos federales de la Secretaría de Salud se sumaron en tres años, 161.3 millones de pesos que el Programa de Empleo Temporal (PET) de la Secretaría de Desarrollo Social aportó de 2009 y 2011.

Con ese recurso se logró cumplir dos objetivos: ampliar los trabajos para control del dengue en 352 municipios prioritarios de 25 entidades federativas donde el número de población beneficiada alcanzó los 20 millones de habitantes para 2011; y crear fuentes de empleo por seis meses para 12 mil beneficiarios pagados directamente con recursos del PET de acuerdo a la siguiente distribución por entidad federativa. Los más de 6 mil trabajadores de PET que actualmente laboran en México son seleccionados por el Servicio Estatal de Empleo a partir de sus bolsas de trabajo y mediante proyectos municipales y locales y capacitados por el personal de salud estatal y jurisdiccional, de esta forma, el PET apoya sustancialmente las acciones de control larvario, rociado residual de insecticidas, captura de da tos y han sido un recurso crítico para el inicio de la vigilancia entomológica en estados del sursureste como Tabasco y Guerrero.

Es indudable que en los estados beneficiados, el PET ha contribuido de manera importante a la prevención y control del dengue y esperamos que esta colaboración trascienda la presente administración.

Resultados 2007 a 2011

Cumplimiento de los objetivos y metas del Programa.

La situación epidemiológica del dengue en 2006 registraba un total de 29,836 casos de fiebre por dengue y 5,175 casos de fiebre hemorrágica por dengue. La letalidad ya había descendido a menos del 1% por lo que, si bien el país se encontraba con una endemia intermedia, la tendencia desde el año 2000 era al incremento.

Línea basal de indicadores de impacto final, Dengue en México 2006

Indicador	Basal 2006
Fiebre por Dengue (FD)	29,836
Fiebre Hemorrágica por Dengue (FHD)	5,175
Letalidad	0.41

Fuente: Dirección General de Epidemiología.

Con base en la situación basal del Dengue en México durante 2006 y considerando los objetivos y metas para el periodo 2007-2012 se obtuvieron los siguientes resultados:

Cumplimiento de objetivos PAE 2007-2012

Objetivo general. Se dio cumplimiento al avanzar de 2007 a 2011 en la prevención control del dengue al frenar la tendencia ascendente el padecimiento y mantener la letalidad promedio anual en menos del 1% tal como se muestra en la siguiente tabla por metas de impacto:

En el año 2009, el brote de dengue no permitió alcanzar el 80% mínimo de la meta de reducción de casos de fiebre por dengue y fiebre hemorrágica por dengue.

Meta: Reducir la incidencia de fiebre por dengue en un 10 % anual comparativamente con el año previo

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	20111	2012*
Programado	sd	40,558	36,503	32,853	29,568	26,612	23,951
Realizado	29,836	42,936	28,015	44,565	22,352	10,970	5,625
Porcentaje de	sd	94.14%	100%	64.36	100%	100%	100%

Fuente: Reportes anuales de cierre 2006-2010. 1 cierre preliminar 2011 y *2012 estimados.

Meta: Reducir la incidencia de fiebre hemorrágica del dengue en un 10% anual comparativamente con el año previo

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	20111	2012*
Programado	sd	7,897	7,107	6,397	5,758	5,182	4,663
Realizado	5,175	9,433	7,588	11,396	6,336	4,608	1,875
Porcentaje de	sd	80.50%	93.24%	21.86%	89.97%	100%	100%

Fuente: Reportes anuales de cierre 2006-2010. 1 Cierre preliminar 2011 y *2012 estimados.

La meta de letalidad se ha sostenido desde 2006 hasta el 2010, sin embargo en 2011 el cumplimiento será solo del 50%.

Meta: Mantener la letalidad por dengue en menos del 1% anual

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	20111	2012*
Programado	-1%	-1%	-1%	-1%	-1%	-1%	-1%
Realizado	0.41	-0.30%	-0.50%	-0.84%	-0.94%	1.08%	-1%
Porcentaje de	100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%

Fuente: Reportes anuales de cierre 2006-2010. 1 cierre preliminar 2011 y *2012 estimados.

La reducción absoluta de casos para 2011 comparativamente con la basal 2006 fue del 47.79% (de 29,836 casos en 2006 a 15,578 en 2011).

Indicador	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variación 2006-20111
Fiebre por dengue	24,661	42,936 (>43.9%)	28,015 (<34.7%)	44,565 (>59%)	23,608 (<49.8%)	10,970 (<53.5%)	<55.52%
Fiebre hemorrágica por dengue	5,175	9,433 (>82.2%)	7,588 (<19.5%)	11,396 (>50.2%)	6,548 (<44.4%)	4,608 (<29.6%)	<10.96%
Total de casos	29,836	52,369	35,603	55,961	30,156	15,578	<47.79%
Letalidad (%)	0.41	0.3	0.5	0.84	0.94	1.08	0.67

Es importante mencionar que para el año 2011, la reducción de casos comparativamente con 2010 fue del 48.3% por lo que es factible que al final del periodo, en 2012, se alcance un promedio de reducción anual superior al 10% previsto.

La relación de casos confirmados de fiebre por dengue y de fiebre hemorrágica por dengue por entidad federativa se presenta en las siguientes dos tablas:

Casos confirmados de fiebre por dengue por entidad federativa México 2007-2011

ENTIDAD FEDERATIVA	2007	2008	2009	2010	2011
	CASOS				
AGUASCALIENTES	0	0	0	2	2
BAJA CALIFORNIA	0	0	0	6	8
BAJA CALIFORNIA SUR	33	209	496	1,551	46
CAMPECHE	217	46	562	930	580
COAHUILA	813	29	280	52	5
COLIMA	777	2,139	3,935	752	181
CHIAPAS	2,225	1,153	2,588	761	609
CHIHUAHUA	1	3	0	2	0
DISTRITO FEDERAL	0	0	0	0	0
DURANGO	329	65	297	18	10
GUANAJUATO	636	14	21	0	0
GUERRE RO	3,292	3,311	4,472	3,802	553
HIDALGO	44	579	1,032	45	46
JALISCO	869	1,430	4,102	1,045	159
MÉXICO	44	58	248	31	3
MICHOACAN	2,297	2,566	4,288	1,156	463
MORELOS	1,119	5,943	804	1,222	590
NAYARIT	1,033	305	4,134	231	34
NUEVO LEÓN	2,734	803	524	2,068	654
OAXACA	4,465	1,341	1,938	1,422	599

PUEBLA	307	601	486	1,100	127
QUERETARO	8	3	34	1	74
QUINTANA ROO	3,545	421	582	559	683
SAN LUIS POTOSÍ	243	265	2,427	315	80
SINALOA	546	1,120	1,215	722	72
SONORA	14	1,083	219	2,404	73
TABASCO	1,695	870	3,422	396	263
TAMAULIPAS	1,412	1,014	938	418	78
TLAXCALA	0	0	0	0	0
VERACRUZ	12,608	2,069	3,412	891	996
YUCATAN	1,474	573	2,109	1,706	3,982
ZACATECAS	156	2	0	0	0
TOTAL	42,936	28,015	44,565	23,608	10,970

Casos confirmados de fiebre hemorrágica por dengue por entidad federativa México 2007-2011

ENTIDAD FEDERATIVA	2007	2008	2009	2010	2011
	CASOS				
AGUASCALIENTES	0	0	0	0	0
BAJA CALIFORNIA	0	0	0	0	0
BAJA CALIFORNIA SUR	5	13	21	79	7
CAMPECHE	2	0	30	22	41
COAHUILA	24	0	13	3	0
COLIMA	172	312	1,047	182	16

CHIAPAS	701	446	1,322	282	167
CHIHUAHUA	0	0	0	0	0
DISTRITO FEDERAL	0	0	0	0	0
DURANGO	3	0	4	0	0
GUANAJUATO	2	0	0	0	0
GUERRE RO	1,298	1,253	1,360	1,877	226
HIDALGO	1	29	52	3	4
JALISCO	84	4	817	127	14
MÉXICO	1	0	7	1	0
MICHOACAN	22	64	105	51	16
MORELOS	236	2,175	185	286	186
NAYARIT	70	44	773	213	9
NUEVO LEÓN	1,098	54	62	181	13
OAXACA	1,091	79	245	955	202
PUEBLA	8	2	2	30	0
QUERETARO	0	0	0	0	0
QUINTANA ROO	877	45	43	622	897
SAN LUIS POTOSÍ	18	16	61	8	1
SINALOA	59	212	267	124	20
SONORA	1	17	45	179	7
TABASCO	99	93	519	34	64
TAMAULIPAS	527	522	327	159	17
TLAXCALA	0	0	0	0	0
VERACRUZ	2,645	2,060	2,978	318	651
YUCATAN	389	148	1,111	812	2,050

ZACATECAS	0	0	0	0	0
TOTAL	9,433	7,588	11,396	6,548	4,608

Cumplimiento de líneas estratégicas PAE 2007-2012

Bajo el enfoque de reducir el número de casos de dengue y reducir la letalidad a su mínima expresión, el CENAVECE/CENAPRECE estableció un programa de acción específico para el periodo 2007-2012 que incluye una serie de acciones, estrategias y líneas de acción para cumplir con ese objetivo general y sus objetivos específicos.

En resumen, el cumplimiento general de esas líneas estratégicas fue el siguiente:

Manejo integrado del dengue:

Se ha certificado la primera unidad de bioensayos en el estado de Veracruz de la red de vigilancia entomológica y se encuentran en proceso cinco estados en pre-certificación; se dio cumplimiento al 100% en la instalación de clínicas de febriles y todas las entidades federativas se han incorporado a la notificación en línea mediante la plataforma única de información epidemiológica del dengue. Las necesidades epidemiológicas hicieron necesario ampliar la cobertura de localidades programadas para control larvario y nebulización.

Se dio cumplimiento a la puesta en operación de la Plataforma de Vigilancia Entomológica y Control Integral del Vector; en donde, uno de los productos, es el índice de riesgo de transmisión de dengue, que vincula las áreas de riesgo entomológico con la presencia de casos probables, actualmente 28 entidades reportan información en este sistema; sin embargo, es necesario fortalecer la capacidad operativa de la Plataforma y equipamiento en los estados.

Se dio cumplimiento a la integración del grupo de expertos en control de vectores y se contó con su asesoría permanente para la actualización de la NOM-032-SSA2-2010 y para el manejo racional y seguro de insecticidas y se publicó la actualización de la NOM-032-SSA2-2010, misma que fue publicada en junio de 2011. La capacitación del personal estatal se ha cumplido anualmente durante las reuniones regionales semestrales de Vectores y una reunión anual de capacitación e investigación operativa; en este rubro se incluyó la capacitación clínica y la conducente para tener “hospitales seguros contra el dengue” en todo el país. No ha dado inicio el proceso de certificación

de unidades por insuficiencia de recursos por parte de la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud.

Respecto a comités intersectoriales de lucha contra el dengue no se ha concluido en todo el país ya que los cambios de administraciones estatales obligan a retomar la instalación y funcionamiento de esos comités con frecuencia.

Refiriéndonos a la definición de líneas prioritarias de investigación operativa, se organizó una reunión nacional anual de investigación para que el personal estatal expusiera sus experiencias de éxito.

Consolidación de la Red Nacional de Laboratorios para el diagnóstico del dengue y fortalecimiento e innovación de la vigilancia epidemiológica.

Todos los Laboratorios Estatales de Salud Pública han adoptado completamente el nuevo algoritmo para diagnóstico de dengue propuesto por InDRE, están certificados, han incorporado ya su información en la plataforma única de información epidemiológica de dengue, avanzan ahora en el diagnóstico molecular de infección viral en mosquitos y en la medida de sus recursos apoyan la instalación de insectarios.

Promoción de la participación social y de grupos organizados en la prevención y control del dengue en localidades prioritarias.

Se ha trabajado en el programa de Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada PL y CAAL y en la certificación de Espacios Limpios y Libres de Criaderos EL y LC, actualmente con el uso de ovitrampas en la vigilancia entomológica, se certifican Espacios o Entornos Libres de Mosquitos, como escuelas, áreas y edificios públicos. Continúa en proceso la integración y suma de esfuerzos del programa con la Dirección General de Promoción de la Salud; la insuficiencia de recursos específicos es el principal problema a salvar, no obstante, se ha avanzado y ya se ha construido la plataforma para reporte de la Red Colaborativa que en poco tiempo deberá de enlazarse a las plataformas de epidemiología, entomología y acciones de control del vector.

Reforzamiento de la comunicación social.

Continúa en proceso la integración y suma de esfuerzos del programa con la Dirección General de Comunicación Social; la insuficiencia de recursos específicos es el principal problema a salvar. Se realizan de dos a tres campañas por año, sin embargo, falta consolidar el enfoque regional y/o local en dichas campañas.

Regionalización operativa y definición de áreas con alto potencial de riesgo de impacto estatal, regional e internacional.

Se dispone ya de una nueva regionalización operativa, y en cada región y entidad federativa se tienen identificadas las áreas prioritarias por transmisión persistente. Solo fue posible poner en marcha una coordinación regional de las cuatro previstas; nuevamente, los recursos financieros han sido el obstáculo para equipar las sedes regionales e integrar los equipos de respuesta rápida.

Gestión de la participación de ayuntamientos mediante convenios y programas de trabajo.

Se han instalado o reactivado los Comités Estatales de lucha contra el dengue en todo el país pero solo 14 entidades federativas mantienen esos comités activos. Asimismo, anualmente, se realizan convocatorias a los Ayuntamientos para participar en los proyectos de Comunidades Saludables, donde se financian 1:1 planes de trabajo en torno a la prevención y control del dengue con enfoque local, es necesario, aumentar el presupuesto en este rubro para que así mas proyectos resulten beneficiados.

Atención a fenómenos naturales en áreas de riesgo.

Se ha creado la capacidad de respuesta suficiente para atender el 100% de los eventos emergentes que se han presentado, tanto por fenómenos naturales, (lluvias e inundaciones) como por reuniones internacionales y eventos nacionales que pudieran por el flujo y la concentración de poblaciones, general problemas de dengue. No se ha presentado incremento en la transmisión del dengue a causa de dichos eventos.

Coordinación intra e intersectorial y respuesta estatal oportuna.

Como ya se ha mencionado, se ha dado cumplimiento al desarrollo de capacidades estatales y locales que les permiten dar respuesta de calidad a los retos que el dengue plantea, sin embargo la participación intersectorial es una tarea pendiente aún.

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.

Se ha dado cumplimiento al seguimiento de indicadores comprometidos en el PAE 2007-2012 y ya se ha preparado una propuesta para actualizarlos de acuerdo al avance que el programa ha tenido al implementar y poner en marcha los nuevos sistemas de información en línea por esa razón, el esquema tradicional ya no cumple con las exigencias actuales del programa.

Formalizar la Red Clínica Nacional de Atención Médica.

Se logró un gran avance al terminar la revisión y ser publicada la Guía Práctica Clínica Dengue Grave y no Grave, durante 2010 pero no ha sido posible llegar a la integración verdadera de la Red Clínica Nacional de Atención Médica ya que la instancia que tiene en su ámbito de acción esta tarea, no dispone de recursos suficiente para dar seguimiento tanto a la capacitación como al desempeño médico en la aplicación de esa Guía Práctica Clínica; en tanto, se continúa con el esquema de un Grupo Asesor Clínico Nacional que elaboró la Guía Práctica y brinda capacitación para su aplicación en México y en el extranjero.

Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, en cuanto a los objetivos, compromisos y servicios prestados

Los resultados de acciones realizadas en el periodo reportados por el programa dengue 2007-2012 se basan en la información generada por los Servicios de Salud del país y validada por la Dirección General de Epidemiología, CENAPRECE Programas Preventivos, Dirección General de Promoción de la Salud y Dirección General de Comunicación Social, cada una en su ámbito de competencia. Cabe señalar que como el Programa de Acción Específico (PAE) Dengue se creó en 2007, las metas del Programa Anual de Trabajo en 2006 y 2007 no estaban ligadas por completo a lo que posteriormente se planteó en el PAE, además se presentan los cuadros de indicadores de impacto (morbilidad y letalidad) presentados a Cuenta Pública 2007-2010 (Evaluación del cumplimiento anual de indicadores).

Resultados 2007 a 2011.

Los resultados reportados del programa dengue 2007-2012 se basan en la información reportada por los Servicios de Salud del todo el país y validada por la Dirección General de Epidemiología, CENAPRECE Programas Preventivos, Dirección General de Promoción de la Salud y Dirección General de Comunicación Social, cada una en su ámbito de competencia.

La meta original de cada ejercicio anual para el programa de dengue establece una disminución del 10% en la incidencia por ambas formas clínicas de la enfermedad así como una letalidad menor al 1%.

Resultados 2007. Para el 2007 se tiene un cierre de 42,936 casos de fiebre por dengue y 9,433 casos de fiebre hemorrágica por dengue, con una letalidad de 0.3% (29 defunciones) por debajo del 1% que se determinó como meta. Las acciones realizadas durante 2007 son las siguientes:

Fue necesario implementar y desarrollar una Campaña Nacional de Prevención y Control de Dengue para reforzar los programas estatales de las entidades prioritarias y evitar el riesgo de transmisión. Se realizaron importantes estrategias de prevención y control del dengue en los estados endémicos del país y se reforzaron las acciones de prevención y control en los estados con brotes.

Se llevaron a cabo siete reuniones regionales en Villahermosa, Palenque, Cuernavaca, San Luis Potosí y Tuxtla Gutiérrez en los meses de mayo, junio y agosto. Además de 16 reuniones pertinentes para revisión y evaluación del programa en Tapachula, Puerto Vallarta, Cuernavaca, Tampico, Veracruz, Quintana Roo, León y Monterrey.

Se fortaleció el programa estatal de dengue mediante la realización de operativos especiales de prevención y control del dengue en colaboración con autoridades estatales de las entidades federativas de riesgo; con un total de 26 visitas en Veracruz, Pánuco, Acapulco, Cancún, Guanajuato, Puerto Escondido, Monterrey, Colima, Reynosa y Tampico.

Asimismo se llevaron a cabo 35 visitas para supervisión y evaluación del programa en Cancún, Guadalajara, Acapulco, Puerto Vallarta, Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, Los Cabos, Tepic, Cuernavaca, Monterrey, Villahermosa, Palenque, Torreón, Guanajuato, Istmo de Tehuantepec, Tampico y Chetumal.

Se impartieron cuatro cursos de capacitación sobre dengue en las ciudades de Cuernavaca, San Luis Potosí, Guadalajara y Tlaxcala.

En lo referente al apoyo brindado en inundaciones y desastres se realizaron visitas en el siguiente orden: a) Apoyo en la Contingencia por el Huracán Dean, en Chetumal, Cancún en Quintana Roo en los meses de agosto y septiembre, b) Atención a la emergencia del Huracán Henriette en Navojoa, Sonora en el mes de septiembre y c) Diferentes acciones debido a las inundaciones en Tabasco, durante el mes de noviembre.

Resultados 2008. Se logró dar cumplimiento a la meta de reducción de la incidencia en 10% mínimo.

En 2008, el programa de acción reportó 35,603 casos confirmados, 32% menos comparativamente con los 52,369 reportados en 2007. En relación con la forma clínica de fiebre por dengue en el período de referencia se registró una reducción del 34.7% al pasar de 42,936 casos confirmados a 28,015, en tanto que para fiebre hemorrágica por dengue la reducción fue de 19.5%, esto es 7,588 en 2008 contra 9,433 de 2007. Lo anterior permitió mantener una letalidad de menos de 1% con un total de 38 defunciones en 2008, lo que representa una disminución del 60% respecto a las 96 registradas en 2007.

El efecto de las acciones emprendidas en 2008 contribuye a mejorar las condiciones de salud de la población en riesgo y por lo tanto las condiciones de vida en general y estimula la participación activa de la sociedad al verse reducido el riesgo de enfermar y morir por esta causa.

Económicamente la contención del dengue en zonas turísticas permitió que esta importante fuente de ingresos no se viera afectada al integrarse sectorialmente las acciones de prevención y control.

El menor número de casos permitió reducir los costos de atención médica institucionales pero lo más importante, evitar riesgos catastróficos para las familias y fomenta la productividad.

Las acciones que permitieron en 2008 revertir la tendencia ascendente del dengue en México fueron:

Cinco reuniones regionales (Sur-Sureste, Centro, Noreste, Pacífico y Veracruz) donde se revisaron todas las enfermedades transmitidas por vectores incluidas en nuestro Programa, con énfasis en dengue.

Seis reuniones de expertos en insecticidas para actualizar NOM-032-SSA2-2002.

Visitas de seguimiento al programa de prevención y control del dengue en Morelos, Baja California Sur, Guerrero, Veracruz, Sinaloa y Tabasco.

Fortalecimiento a los programas de dengue a los estados de Morelos, Baja California Sur, Tamaulipas, Guanajuato, Michoacán, Yucatán, Chiapas, Jalisco, Oaxaca, Veracruz, Quintana Roo, Tabasco y Guerrero con recursos para contratación de personal, equipamiento e insumos diversos.

Operativo de reforzamiento en los estados de Morelos, Baja California Sur, Chiapas, Hidalgo, Guanajuato, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz.

Apoyo a estados prioritarios para campañas de medios y promoción de la salud.

Reuniones con alcaldes para fomento de intersectorialidad.

Evaluación del programa de dengue de México por expertos de la OPS.

Fortalecimiento del Programa Mesoamericano de Vigilancia Epidemiológica con énfasis en dengue auspiciado por el Plan Puebla Panamá.

Una reunión nacional de vectores en diciembre para revisión del Programa Nacional 2009 y distribución del Ramo 12 autorizado por estado para 2009, así como prioridades para su aplicación.

Resultados 2009. En 2009, el programa de acción reportó 55,961 casos confirmados, lo que representa un incremento del 57% comparativamente con los 35,603 reportados en 2008. En relación con la forma clínica de fiebre por dengue en el período de referencia se registró una aumento del 59% al pasar de 28,015 casos confirmados a 44,565, en tanto que para fiebre hemorrágica por dengue el aumento fue de 50.2%, esto es 11,396 en 2009 contra 7,588 de 2008. A pesar de los casos confirmados reportados en 2009, la letalidad se mantuvo por debajo del 1%, en el 0.84% (96 defunciones).

Las actividades efectuadas durante 2009 fueron las siguientes:

El 100 % de las entidades federativas se incorporan al Sistema electrónico en tiempo real: Plataforma única de información módulo dengue.

Se cuenta con nuevos lineamientos de vigilancia entomológica y acciones de control del vector.

Se instalaron 16 Comités Intersectoriales de lucha contra el dengue en los estados de Colima, Veracruz, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Chiapas, Edo de México, Tamaulipas, Tabasco, NL, Sinaloa, Sonora, B Sur, Yucatán, Jalisco y Nayarit.

Arrancó la nueva vigilancia entomológica anticipatoria, la implementación de ovitrampas ha sido posible a través de los Comités Municipales, Jurisdiccionales y la colaboración con SEP en los estados de Hidalgo, Colima, NL, Tamaulipas, Jalisco, Guerrero, Michoacán, Veracruz, Tabasco, Durango, Sonora, Sinaloa, B Sur, Morelos y DF.

Se realizaron operativos para el control del dengue en 12 estados del país: Colima, Michoacán, Sinaloa, Guerrero, Hidalgo, SLP, Chiapas, Veracruz, Tabasco, Edo. de México, Jalisco y Nayarit. Veracruz y Tabasco tuvieron Contingencia por inundaciones.

Se efectuó supervisión al programa dengue en 19 entidades federativas, además de las mencionadas en el párrafo anterior, se visitó al estado de Morelos, Yucatán, NL, Tamaulipas, Oaxaca, Quintana Roo y Baja California Sur.

Se llevaron a cabo 4 Reuniones Regionales en el primer trimestre del año, en Culiacán, Sin., Cd. Victoria, Tamps., Veracruz, Ver. y Morelia, Mich.; donde se revisaron los planes de trabajo 2009 y 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 realizaron 6 reuniones con el Comité de Expertos en Insecticidas para la revisión del proyecto de modificación a la NOM-032-SSA2-2002, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector; para quedar como Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-032-SSA2-2009, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector, a publicarse en 2010.

Finalmente, se llevaron a cabo 3 reuniones para la revisión de la Nueva Guía Práctica Clínica para manejo de pacientes con dengue, a publicarse en 2010.

Resultados 2010. La meta propuesta fue cumplida al cierre 2010. En ese año, el programa de acción reportó 30,156 casos confirmados, 46.1% menos comparativamente con los 55,961 reportados en 2009. En relación con la forma clínica de fiebre por dengue en el período de referencia se registró una reducción del 49.8% al pasar de 44,565 casos confirmados a 23,608, en tanto que para fiebre hemorrágica por

dengue la reducción fue de 44.4%, esto es 6,548 en 2010 contra 11,396 de 2009. Lo anterior permitió mantener una letalidad de menos de 1% con un total de 62 defunciones en 2010, lo que representa una disminución del 35% respecto a las 96 registradas en 2009.

Los estados con mejor desempeño en 2010 estuvieron representados por Jalisco, Veracruz, Tabasco, Tamaulipas y otros más del sur-sureste de México que usualmente contribuyen con más del 80% de los casos en el país. Los más afectados durante 2010 fueron Guerrero, Yucatán, Oaxaca y Sonora principalmente.

Las acciones realizadas durante 2010 se enlistan a continuación:

Se llevó a cabo la Jornada Nacional de Intensificación de Lucha Contra el Dengue en todo el país.

Instrumentación en Unidades Médicas de todo el Sector, de la Guía de Práctica Clínica de Dengue Grave y no Grave.

Se instalaron 17 Comités Intersectoriales de lucha contra el dengue en los estados de Coahuila, Colima, Chiapas, Veracruz, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Tamaulipas, Quintana Roo, Tabasco, Sonora, BCS, Yucatán, Puebla y NL.

Se ha fortalecido la vigilancia entomológica anticipatoria en 17 entidades: Aguascalientes, Colima, BCS, Guerrero, Veracruz, Tamaulipas, Guanajuato, Hidalgo, Sonora, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, N.L., Puebla, Tabasco y Q Roo.

Se capacitó a el personal de 22 entidades sobre el uso de la nueva plataforma de vigilancia entomológica del vector del dengue: Guanajuato, Jalisco, Colima, Quintana Roo, Yucatán, NL, Guerrero, Tamaulipas, Veracruz, Sinaloa, Sonora, Nayarit, BCS, Morelos, Puebla, Hidalgo, Aguascalientes, EDOMEX, D.F., Michoacán, Oaxaca y Tabasco.

Se efectuó supervisión al programa dengue en 17 entidades federativas: Guerrero, Yucatán, Quintana Roo, NL, Tamaulipas, Oaxaca, Veracruz, Tabasco, Jalisco, Michoacán, Sonora, BCS, Hidalgo, Morelos, Guanajuato, Colima y Chiapas y se realizaron operativos para el control del dengue en los primeros 11 estados mencionados.

Se llevaron a cabo dos rondas de cuatro Reuniones Regionales en el primer y segundo trimestre del año, y una Reunión Nacional en el mes de diciembre, 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 realizaron 13 Reuniones con el Grupo Técnico Nacional de Dengue, conformado por CENAPRECE, DGE, InDRE, DGCES, DGPS, OPS, COFEPRIS, CNS, INSP, IMSS Régimen Ordinario, ISSSTE, IMSS Oportunidades, SEDENA y PEMEX, principalmente.

Resultados 2011. La meta propuesta fue cumplida al cierre preliminar de 2011. En este año, el programa de acción reportó 15,578 casos confirmados, 48.3% menos comparativamente con los 30,156 reportados en 2010. En relación con la forma clínica de fiebre por dengue en el período de referencia se registró una reducción del 53.5% al pasar de 23,608 casos confirmados a 10,970 en tanto que para fiebre hemorrágica por dengue la reducción fue de 29.6%, esto es 4,608 en 2011 contra 6,548 de 2010. Sin embargo, en la letalidad hasta el corte preliminar se mantenía por encima del 1% con un total de 50 defunciones en 2011.

Las acciones realizadas durante 2011 se enlistan a continuación:

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, pláticas a responsables de programas, acciones de prevención y control, acciones de nebulización en todo el país.

Se capacito a 31 entidades federativas en el uso y alimentación de la plataforma de vigilancia entomológica y control integral del vector del dengue Se ha fortalecido la vigilancia entomológica anticipatoria en 31 entidades y 255 municipios.

Se llevaron a cabo dos rondas de cuatro Reuniones Regionales en el primer y segundo trimestre del año, en 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 implementaron los nuevos lineamientos de vigilancia entomológica y acciones de control del vector.

Se publicó la NOM de Vectores el 1ro de junio del 2011.

Se instalaron 7 Comités Intersectoriales de lucha contra el dengue en los estados de Colima, Guerrero, Jalisco, Veracruz, Querétaro, Quintana Roo y Yucatán.

Se efectuó supervisión al programa dengue en 14 entidades federativas: Colima, Coahuila, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí, Tamaulipas, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco, Yucatán y Veracruz, y se realizaron operativos para el control del dengue en Querétaro, Jalisco, Nayarit, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

Atención permanente durante 4 meses en el Operativo de los Juegos Panamericanos, con la finalidad de vigilara y prevenir brotes de dengue y otras ETV en torno al evento de la de población deportiva y sus visitantes al evento.

PROBLEMÁTICA AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011.

Corto plazo.- Por atender al 30 de noviembre de 2012.

Establecer la red nacional de control de vectores en línea.

Instrumentar en los estados prioritarios las unidades de bioensayos que permitan llevar a cabo los análisis de resistencia del “Aedes aegypti” a los insecticidas y técnicas utilizadas, considerando los diferentes microambientes que existen en México.

Instrumentar la vigilancia entomológica inteligente en las 32 entidades y capacitación para instrumentar la Red Nacional de Monitoreo de Resistencia a Insecticidas.

Los Servicios Estatales de Salud realizarán comprobación de AFASPE 2008, 2009 y 2010, y efectuarán la aplicación inmediata de recursos del AFASPE 2011.

Auditoría 18/08 Observación 2. “Deficiencias en la Adquisición de Plaguicidas y de maquinaria y equipo para dar atención a la emergencia de Chiapas y Tabasco”.

Auditoría 18/08 Observación 3. “Deficiencias en el servicio de arrendamiento de aeronaves para la nebulización de 66,983 hectáreas en el estado de Tabasco”.

Auditoría 25/09 Observación 2. “Inconsistencia en las contrataciones de servicios de forma directa durante el ejercicio 2008”. (Nebulizaciones aéreas en localidades del Estado de Morelos)

Auditoría 12/10 Observaciones 4. “Incumplimiento en las metas e indicadores de los Programas de Acción específicos 2007- 2012 de Dengue”.

Auditoría 12/10 Observaciones 5. “Falta de mecanismos de seguimiento para los indicadores plasmados en los convenios específicos para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas 2010, del Programa Dengue”.

Mediano Plazo.- Por atender en el siguiente año 2013.

Avanzar en el análisis de resistencia del “Aedes aegypti” a los insecticidas y técnicas utilizadas por lo menos en microambientes de los estados prioritarios.

Avanzar en la instrumentación de la vigilancia entomológica inteligente y c apacitación para instrumentar la Red Nacional de Monitoreo de Resistencia a Insecticidas.

Consolidar las unidades de bioensayo para análisis de resistencia del “Aedes aegypti” a los insecticidas y técnicas utilizadas en todo el país.

Problemática de largo plazo.

En caso de que se sostenga el financiamiento para las acciones de prevención y control focalizado integral y multidisciplinario del dengue, se prevé que por lo que resta de esta década y la siguiente, el dengue se mantendrá controlado, con reportes inferiores a 5,000 casos por año y pocas o ninguna defunción.

Adicionalmente, en esta misma década, se pondrá a disposición la vacuna polivalente contra el dengue, en caso que ésta demuestre su eficacia y seguridad en pruebas de campo a gran escala (Fase III de evaluación) llevadas a cabo en México. Falta definir la política de adquisición y distribución, es decir, si la vacuna se va adquirir en el extranjero o producir localmente, en cantidades suficientes para vacunación universal o sólo dirigida a grupos de riesgo.

Además, es posible que en los siguientes años, estén a disposición para liberarse, mosquitos machos transgénicos que al cruzarse con hembras silvestres, la descendencia resultante exprese genes deletéreos de la población de vector. Como consecuencia, las poblaciones del vector se reducirían, ya que las hembras “inseminadas” no producirían camadas de mosquitos capaces de producir nuevos descendientes.

Es claro que las expectativas para un control casi completo y eventual eliminación aumentarían en caso de contar con vacuna y/o mosquitos transgénicos. No obstante,

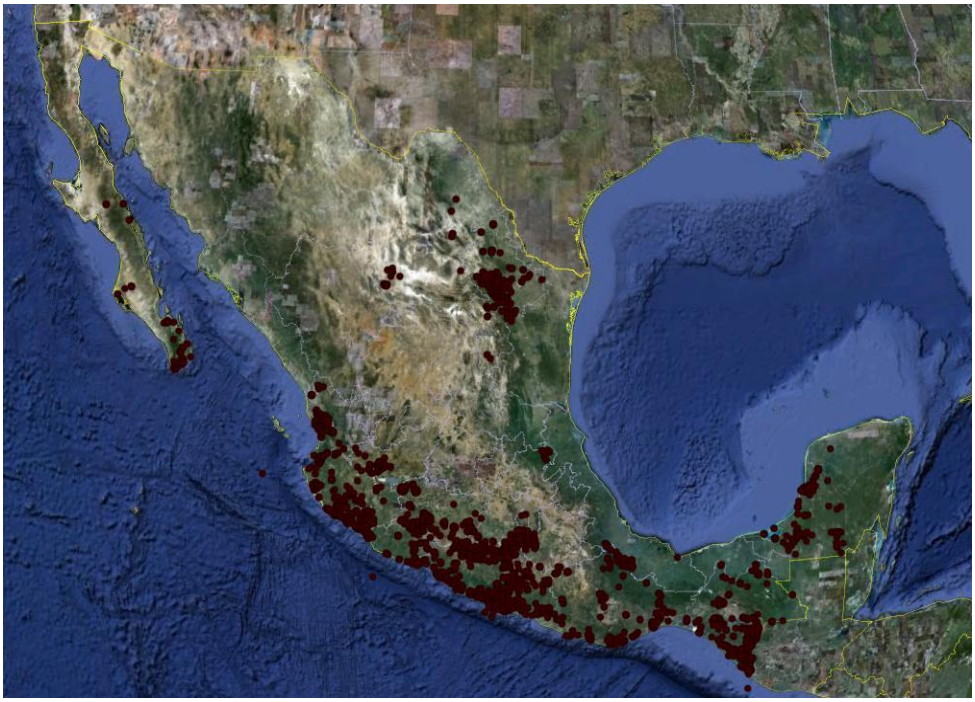
en caso de que ambas tácticas no demuestren tener la eficacia esperada, la estrategia de manejo integral del dengue, implementada en México, podría ser suficiente para sostener el dengue exitosamente controlado.

No obstante, la real sostenibilidad de los niveles actuales de prevención y control del dengue deberá proceder del involucramiento no solo del sector salud federal y estatal, sino de otros sectores vinculados con el desarrollo integral del país. Con la colaboración intersectorial, será posible que la carga de enfermedad causada por el dengue no dependa exclusivamente de la aplicación de insecticidas, sino que se derive del autocuidado de la salud, de la protección que brinde la vivienda a las poblaciones en riesgo, de la mejora de servicios públicos y en general, de una educación que permita elevar el lugar que ocupa la salud en nuestra escala de valores.

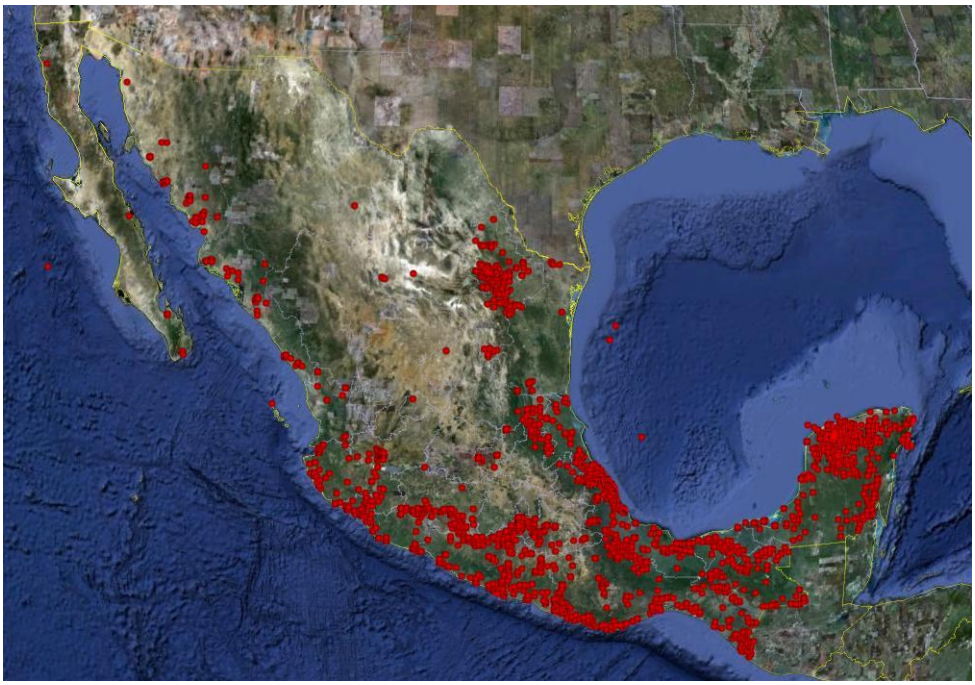
Un elemento de gran peso específico es la necesidad de que en la sostenibilidad del Programa participen de manera decidida los gobiernos estatales. La inversión federal creciente para la prevención y control del dengue causó el entusiasmo estatal al tener la posibilidad de contar con personal, equipamiento, materiales e insumos y gastos de operación, sin embargo, esas aportaciones federales provocaron un efecto adverso preocupante, la inversión estatal ha ido en decremento gradual al punto de que algunas entidades federativas ya han retirado apoyo financiero con recursos locales al Programa de tal forma que el pretendido fortalecimiento se ha estancado y corre el peligro de comprometer seriamente la operación futura del Programa. De no revertirse esta tendencia, se comprometería seriamente la sostenibilidad de las acciones de prevención y control del dengue en nuestro país y se esperaría a corto plazo un repunte en la transmisión del dengue.

Modelos de Mapas de Distribución de Casos Confirmados

2010



2011



Plataforma de Vigilancia Entomológica y Control Integral del Vector

Este sistema, concentra todas las actividades del Programa de Dengue y cada entidad cuenta con sus claves de acceso a nivel estatal y jurisdiccional. http://kin.insp.mx/aplicaciones/PlataformaDengue/

Mapas de Distribución de Ovitrampas

Durante 2011, se instalaron 105,672 ovitrampas en 31 estados, en 26 se dio continuidad estacional hasta fin de año y se capturó en plataforma

Las acciones del Programa de Dengue, se vinculan con:

Plan Nacional de Desarrollo: en el Eje 3.- Igualdad de Oportunidades; en el objetivo específico OEPP 6.- Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

Programa Sectorial: 12.- Programa Sectorial de Salud 2007-2012; Objetivo 5.- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

En el periodo de 2006 a 2012 se actualizó la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.

Se implementaron las acciones de vigilancia entomológica centinela para detectar de forma temprana la infestación con poblaciones del vector y atender con acciones integrales áreas de riesgo.

Se construyo el nuevo algoritmo de vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio y se implemento en todo el país. Se estandarizó la información epidemiológica y el análisis de la misma a través del uso de la Plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Se instrumentaron las guías metodológicas de vigilancia, prevención y control del vector, las cuales contemplan las nuevas estrategias integrales y sus actividades, estas fueron distribuidas a las 32 entidades.

Se consolidó el uso de la Plataforma de Vigilancia Entomológica y Control Integral del Vector, en donde todas las entidades registran la información generada de las acciones del programa, este sistema además de proporcionar análisis de datos, también desarrolla análisis espaciales a través de mapas temáticos y determina el riesgo relativo a partir de la información de las lecturas de las ovitrampas y la presencia de casos probables.

Cada año se realiza con periodicidad semestral la Jornada Nacional de Intensificación de acciones de lucha contra el Dengue teniendo como objetivos 1. Coadyuvar a la modificación de los determinantes de la transmisión del dengue, 2. Impulsar la participación ciudadana y la corresponsabilidad municipal, 3. Difundir a nivel nacional medidas de auto cuidado para evitar la exposición al vector a través de medios de comunicación de alto impacto, 4. Focalizar medidas costo-efectivas de contención de factores de riesgo de dengue en localidades prioritarias con enfoque sectorial e intersectorial y 5. Fomentar la cultura de prevención y promoción con participación de la sociedad civil, organismos colegiados y el sector académico.

Se elaboró e instrumentó en las entidades federativas la Guía Práctica Clínica para el Manejo y Atención de Pacientes con Dengue en el primer y segundo nivel de atención.

Para fortalecer la capacidad resolutiva del personal operativo y mejorar la calidad de las acciones de vigilancia, prevención y control, se realizaron diversas capacitaciones al personal aplicativo in situ.

Reuniones con los responsables administrativos en los estados y asesoría a los responsables estatales del programa sobre el manejo y la utilización de los recursos financieros.

A través del recurso financiero otorgado por ramo 12, el Programa apoya a las 32 entidades federativas para fortalecer las acciones preventivas y de control, mediante la contratación de personal operativo, adquisición de insumos y equipos.

Con respecto a la meta de impacto de “Mantener la letalidad por debajo del 1%”, “Reducir en 10% la incidencia anual de Fiebre por Dengue y Fiebre Hemorrágica por Dengue”; se informa que las tres metas se cumplieron.

Programa de Prevención y Control del Paludismo

Programa de Acción Específico.

Programa de Acción Específico para la Prevención y Control del Paludismo, 2007-2012.

Paludismo

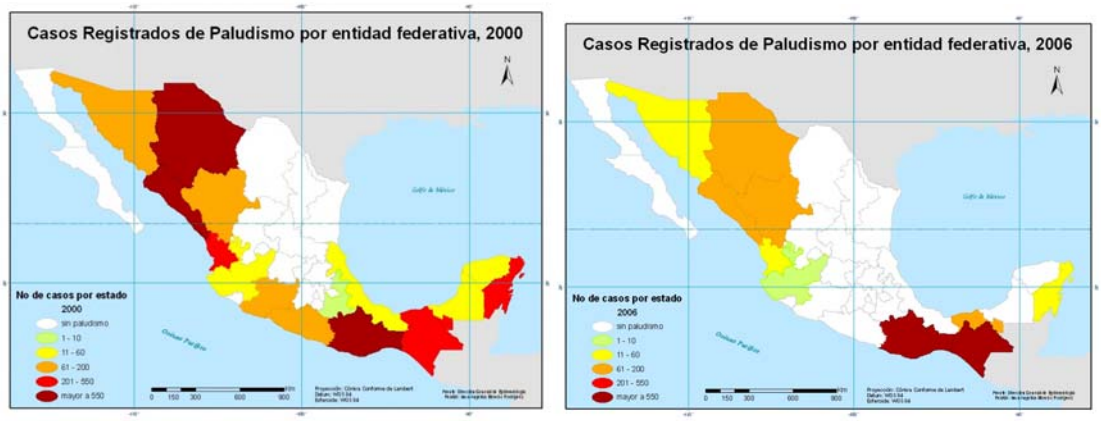
El paludismo o malaria es una enfermedad que ha afectado a los diferentes grupos de población en toda la historia de la humanidad. En la actualidad constituye un grave problema de salud pública mundial que afecta, de manera inaceptable, la salud y bienestar económico de las comunidades con mayor índice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

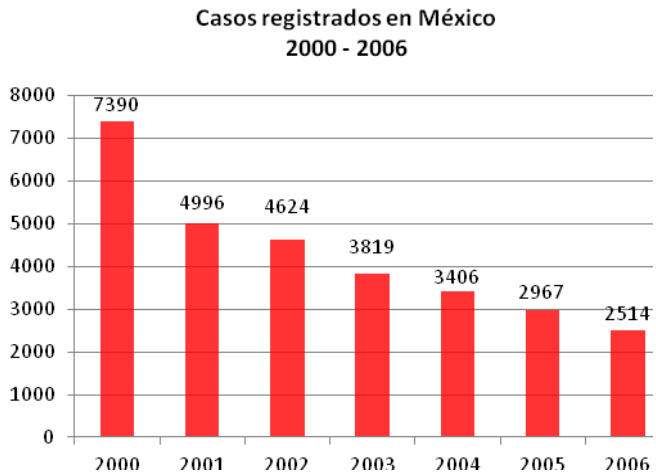
Es una enfermedad parasitaria causada por protozoarios del género Plasmodium que se transmite a los humanos por la picadura de las hembras infectadas de los mosquitos del género Anopheles. Las especies del Plasmodium causantes son: ovale, malariae, vivax y falciparum, estas dos últimas, las de mayor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

Distribución de casos por entidad federativa comparativamente 2000 – 2006



Los estados con mayor transmisión corresponden a los de la región sur-sureste (Chiapas, Oaxaca y Quintana Roo) y de la región noroeste (Chihuahua, Sinaloa y Nayarit), que en conjunto registraron el 86% del total de casos en el país y en donde a pesar de los esfuerzos realizados continuaban presentando casos, en localidades de muy difícil acceso de los estados antes mencionados.



La tendencia a la baja de la transmisión en este periodo permitió, se redujera el 66% de la transmisión y se logró interrumpir la presencia de casos en 16 estados en el año 2000 y para el año 2006 a 22 entidades federativas, el hecho más significativo fue la

participación comunitaria en la eliminación de criaderos de anofelinos y la aceptación del esquema de tratamiento dosis única 3x3x3 (TDU3x3x3), lo que motivo la reducción de las recaídas y permitió darle seguimiento a los casos nuevos hasta por 3 años, cosa que antes no sucedía y en cuanto a la reducción del problema de registro un decremento de 2,676 localidades positivas a 913 de solo 10 entidades federativas.

Publicación en el Diario Oficial de la Federación

El Programa de Acción Específico de este Centro nacional, no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Las acciones del Programa de Prevención y Control del Paludismo, se vinculan con:

Plan Nacional de Desarrollo: en el Eje 3- Igualdad de Oportunidades; en el objetivo específico OEPP 6.- Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

Programa Sectorial: 12- Programa Sectorial de Salud 2007-2012; Objetivo 5.- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Misión

Regular y normar la operación de las acciones de vigilancia, prevención y control del paludismo con calidad y equidad, cuya competencia se sustenta en la normatividad y bases legales del Sistema Nacional de Salud.

Visión

Ser un programa líder, con reconocimiento nacional e internacional que cumpla con su misión, en un ambiente de trabajo que fomente el desarrollo humano y la satisfacción de usuarios y prestadores de servicios de salud en todo el país.

Objetivo del Programa o Proyecto

General

Prevenir y controlar la transmisión del paludismo en México para disminuir el riesgo de enfermar, mediante acciones que incrementen la eliminación de riesgos y mejoren la eficiencia y eficacia en la conducción del programa.

Específicos

Fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, entomológica, diagnóstico, prevención y control de Paludismo, con especial prioridad en las localidades y municipios de alto riesgo y la certificación de áreas libres de paludismo.

Definir grupos y áreas de riesgo que permitan la estratificación para la aplicación de las medidas de prevención y control correspondientes.

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.

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.

Consolidar la participación de las unidades de salud del Sector, la rectoría y la cooperación multilateral en apoyo a los distintos componentes del programa

Periodo de vigencia

Del 1º. De diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2012.

Ejercicio 2006 - 2009

Durante este periodo no se autorizaron recursos especiales para paludismo, las operaciones dependieron de ramo 33 Vectores y de apoyos extraordinarios en casos de brotes y otras emergencias sanitarias (lluvias e inundaciones) de la siguiente manera y que en promedio por año fue el gasto en esos 4 años:

1000 “Contratación de carácter eventual”: Se logro que se cubrieran las plazas, que por jubilación el personal dejo áreas importantes de trabajo, corrigiendo con ello la falta personal con énfasis a estados prioritarios.

2000 “materiales y suministros” se autorizaron para todo el país 8 millones, para el gasto de operación del programa vía Ramo 12 Apoyo Federal, principalmente en el traslado del personal en los vehículos del programa, cifra fue insuficiente pero que permitió atender las áreas prioritarias, además de la adquisición de insecticidas y material de laboratorio.

3000 “Servicios Generales” se autorizó el ejercicio presupuestal por 248 millones de pesos vía Ramo 33, de los cuales se garantizaron los gastos de traslado e instalación del personal para que visitaran casa por casa en búsqueda de probables casos de paludismo de todo el personal brigadista que atiende los brotes de paludismo en las entidades federativas afectadas.

Ejercicio 2010

En el ejercicio fiscal 2010, se autorizó un presupuesto original de 14.7 millones de pesos, para:

1000 “Contratación de carácter eventual”: Se logró que se cubrieran las plazas, que por jubilación el personal dejo áreas importantes de trabajo, corrigiendo con ello la falta personal con énfasis a estados prioritarios vía Ramo 33.

Capítulo 2000 “materiales y suministros”, se garantizo el abasto de medicamentos para los tratamientos, así como en la adquisición de insecticidas y material de laboratorio.

En el 3000 “Servicios Generales” se autorizó el ejercicio presupuestal 268 millones de pesos, que sirvieron para reforzar el gasto de viáticos y pasajes del personal de brigadas que a tiéndelas actividades de control y los brotes de paludismo en las entidades federativas afectadas todo vía Ramo 33.

En el 4000 “Subsidios a entidades federativas”, sea autorizó un presupuesto, que fueron empleados para reforzar con algunos equipos y vehículos sobre todo en las estados prioritarios de la república mexicana para garantizar la disminución de brotes reportados a este programa.

Ejercicio 2011

Para el ejercicio fiscal 2011, no se autorizaron recursos especiales para paludismo, las operaciones dependieron de ramo 33 Vectores y de apoyos extraordinarios en casos de brotes y otras emergencias sanitarias (lluvias e inundaciones).

Transferencia de recursos a las entidades federativas

Para fortalecer el desarrollo del programa, durante el periodo 2007-2011, se enviaron recursos a las entidades federativas, que permitieron:

Fortalecer con insumos, materiales, equipos de portátiles y el parque vehicular para los estados prioritarios en el programa de paludismo.

Fortalecer con recursos humanos de carácter temporal al programa para la implementación de las actividades de prevención y control.

Atención de brotes de manera más oportuna, logrando evitar que se dispersara la endemia a todo el país.

Fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los estados a los municipios y localidades que registraron incremento en la transmisión.

Se transfirieron 14.6 millones de pesos del periodo 2008-2011, de estos se han comprobado 9.73 millones de pesos y se han devuelto a la TESOFE 0.4 millones de pesos, estando por comprobar al 31 de diciembre de 2011 por 4.40 millones de pesos, según se manifiesta en el cuadro siguiente:

PROGRAMA PALUDISMO AÑO 2010

(Miles de pesos)

Entidad Federativa	Convenio	Transferido	Por transferir	Devolución TESOFE	Comprobado	Comprometido	Por comprobar
AGUASCALIENTES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
BAJA CALIFORNIA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
BAJA CALIFORNIA SUR	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
CAMPECHE	531,836.56	531,836.56	0.00	0.00	531,836.56	0.00	0.00
CHIAPAS	2,017,867.80	2,017,867.80	0.00	0.00	539,585.67	36,192.00	1,442,090.13
CHIHUAHUA	1,686,462.62	1,686,462.62	0.00	0.00	1,538,308.46	33,365.40	114,788.76
COAHUILA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
COLIMA	40,895.00	40,895.00	0.00	7,673.00	33,222.00	0.00	0.00
DISTRITO FEDERAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
DURANGO	485,465.40	485,465.40	0.00	0.00	226,792.06	200,000.00	58,673.34
GUANAJUATO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

GUERRERO	119,006.02	119,006.02	0.00	0.00	117,760.00	0.00	1,246.02
HIDALGO	127,658.34	127,658.34	0.00	0.00	0.00	60,000.00	67,658.34
JALISCO	372,406.80	372,406.80	0.00	0.00	178,315.00	0.00	194,091.80
MEXICO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
MICHOACÁN	107,337.64	107,337.64	0.00	0.00	88,573.58	0.00	18,764.06
MORELOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
NAYARIT	1,414,547.64	1,414,547.64	0.00	6,875.29	1,407,672.35	0.00	0.00
NUEVO LEÓN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
OAXACA	2,324,195.02	2,324,195.02	0.00	0.00	2,292,480.13	0.00	31,714.89
PUEBLA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
QUERETARO	25,345.80	25,345.80	0.00	25,345.80	0.00	0.00	0.00
QUINTANA ROO	908,892.12	908,892.12	0.00	0.00	805,973.69	0.00	102,918.43
SAN LUIS POTOSÍ	92,542.60	92,542.60	0.00	0.00	90,108.00	0.00	2,434.60
SINALOA	1,219,770.52	1,219,770.52	0.00	54,390.35	1,165,380.17	0.00	0.00
SONORA	1,357,206.54	1,357,206.54	0.00	0.00	0.00	0.00	1,357,206.54
TABASCO	1,337,556.30	1,337,556.30	0.00	0.00	554,378.25	0.00	783,178.05
TAMAULIPAS	60,567.90	60,567.90	0.00	0.00	0.00	0.00	60,567.90
TLAXCALA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
VERACRUZ	206,900.00	206,900.00	0.00	0.00	0.00	48,998.40	157,901.60
YUCATÁN	161,407.82	161,407.82	0.00	4,406.78	157,001.04	0.00	0.00
ZACATECAS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL	14,597,868.44	14,597,868.44	0.00	98,691.22	9,727,386.96	378,555.80	4,393,234.46

Año del 2007 al 2011

PROGRAMA DE PALUDISMO

RESUMEN DE TRANSFERENCIA POR COMPROBAR AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011

Entidad Federativa	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
AGUASCALIENTES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
BAJA CALIFORNIA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
BAJA CALIFORNIA SUR	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
CAMPECHE	0.00	0.00	0.00	531,836.56	0.00	531,836.56
CHIAPAS	0.00	0.00	0.00	2,017,867.80	0.00	2,017,867.80
CHIHUAHUA	0.00	0.00	0.00	1,686,462.62	0.00	1,686,462.62
COAHUILA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
COLIMA	0.00	0.00	0.00	40,895.00	0.00	40,895.00
DISTRITO FEDERAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
DURANGO	0.00	0.00	0.00	485,465.40	0.00	485,465.40
GUANAJUATO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
GUERRERO	0.00	0.00	0.00	119,006.02	0.00	119,006.02
HIDALGO	0.00	0.00	0.00	127,658.34	0.00	127,658.34
JALISCO	0.00	0.00	0.00	372,406.80	0.00	372,406.80
MÉXICO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
MICHOACÁN	0.00	0.00	0.00	107,337.64	0.00	107,337.64
MORELOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
NAYARIT	0.00	0.00	0.00	1,414,547.64	0.00	1,414,547.64
NUEVO LEÓN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
OAXACA	0.00	0.00	0.00	2,324,195.02	0.00	2,324,195.02

PUEBLA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
QUERÉTARO	0.00	0.00	0.00	25,345.80	0.00	25,345.80
QUINTANA ROO	0.00	0.00	0.00	908,892.12	0.00	908,892.12
SAN LUIS POTOSÍ	0.00	0.00	0.00	92,542.60	0.00	92,542.60
SINALOA	0.00	0.00	0.00	1,219,770.52	0.00	1,219,770.52
SONORA	0.00	0.00	0.00	1,357,206.54	0.00	1,357,206.54
TABASCO	0.00	0.00	0.00	1,337,556.30	0.00	1,337,556.30
TAMAULIPAS	0.00	0.00	0.00	60,567.90	0.00	60,567.90
TLAXCALA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
VERACRUZ	0.00	0.00	0.00	206,900.00	0.00	206,900.00
YUCATÁN	0.00	0.00	0.00	161,407.82	0.00	161,407.82
ZACATECAS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL	0.00	0.00	0.00	14,597,868.44	0.00	14,597,868.44

De los recursos transferidos de 2007 a 2011 por un monto de 14.60 millones de pesos, los cuales ya fueron comprobados 9.73 millones de pesos

Para lograr la comprobación se han realizado las siguientes acciones que han permitido establecer una mayor comprobación, como:

Supervisiones directas a las entidades federativas.

Sugerir mejoras en los controles del gasto en las entidades federativas.

Incorporación de un convenio general denominado AFASPE, que ha permitido concentrar los recursos de diversos programas y establecer compromisos de las entidades federativas, el cual se fortaleció a partir de 2011.

Atención de brotes en los estados de mayor riesgo, para contenerlos y posteriormente lograr que la endemia se reduzca, para garantizar que se cumplan con las metas señaladas en el PAE.

Resultados 2007 a 2010

Cumplimiento de los objetivos y metas del Programa.

La situación epidemiológica del paludismo en 2006 registraba un total de 2,514 casos de los cuales el 99.4% correspondieron a P. vivax y el 0.6% a P. falciparum, se continuo con la vigilancia epidemiológica al tomar más de 1.3 millones de muestras de sangre de las localidades consideradas como de riesgo. No se registró defunción alguna, las muertes por esta causa registrada y estudiada fue en 1982. Y se disminuyeron a solo 913 las localidades positivas.

Línea basal de indicadores de impacto final, Paludismo en México 2006

Indicador	Basal 2006
Paludismo por Plasmodium vivax	2,498
Paludismo por Plasmodium falciparum	16
Muestras de sangre tomadas a sospechosos	1,345,915
Localidades positivas	913
Estados sin transmisión	22

Fuente: Dirección General de Epidemiología.

Con base en la situación basal del Paludismo en México durante 2006 y considerando los objetivos y metas para el periodo 2007-2012 se obtuvieron los siguientes resultados:

Cumplimiento de objetivos PAE 2007-2012

Objetivo general. Se dio cumplimiento al avanzar de 2007 a 2010 en la prevención control del paludismo al contener la tendencia ascendente del padecimiento y mantener los estados que han interrumpido la transmisión que continúen en cero. Como se muestra en la siguiente tabla por metas de impacto:

Meta: Reducir el número de casos por paludismo en al menos el 5 % anualmente, comparativamente con el año previo

AÑO	2006	2007	2008	2009	2010	2011 *
CASOS	2,498	2,357	2,357	2,702	1,126	1,124

Fuente: Informe semanal de casos DGE.

En el año 2009, el brote de paludismo que afecto los estados de Oaxaca y Chihuahua, donde se registraron incrementos importantes debido principalmente a la falta de recursos para la operación del programa, además de que se redujeron las acciones de prevención y control en áreas donde se había interrumpido la transmisión, presentándose incrementos en al menos cuatro municipios en ambas entidades federativas y también por el incremento del paso de indocumentados en nuestro territorio nacional que favoreció la dispersión de casos por la falta de actividades.

Y los trabajos de eliminación de criaderos de anofelinos no se efectuaron de la manera como fue calendarizado, se cumplió al 100% en cuanto a universo pero el número de repeticiones no llego más que al 40%.

Para el año 2011, nuevamente se registraron incrementos sustanciales en los estados de la región noroeste principalmente en Chihuahua, Durango, Sinaloa y Nayarit, propiciado por la baja cobertura de las acciones y por el incremento de la cuota viático de campo que genero ausentismo laboral, ya que los estados no contaron con recursos para atender las metas programadas en el componente. Por ello a mediados de la año anterior se reformularon las estrategias para dicha región logrando contener los brotes, un hecho importante fue el brote que afecto el municipio de Tila en Chiapas que generó más de 150 casos en un municipio donde los movimientos de migrantes fueron muy importantes y sobre todo a la presencia de personas provenientes de áreas endémicas que favorecieron la transmisión y principalmente por la ausencia de acciones y lo deteriorado de la vigilancia epidemiológica en dicha jurisdicción sanitaria de Palenque. Se envió personal para controlar el brote.

Meta: Mantener en < de 20 Reducir el número de casos por plasmodium falciparum anualmente, comparativamente con el año previo

AÑO	2006	2007	2008	2009	2010	2011 *
CASOS	17	6	0	2	0	0

Fuente: Informe semanal de casos DGE.

La meta de menos de 20 casos por P. falciparum se ha sostenido desde el año 2006 y a partir del año 2010 se interrumpió la presencia de casos por esta forma parasitaria, a pesar de los movimientos migratorios y los únicos casos importados detectados, han sido tratados oportunamente y evitando presencia de casos graves y no ha sido necesario el tratamiento de los casos con antimaláricos diferentes a los que se emplean en México.

Meta: Mantener una reducción de al menos el 5% de localidades positivas comparativamente con respecto all año anterior

AÑO	2006	2007	2008	2009	2010	2011 *
LOCS POSIT	913	850	852	917	575	569

Fuente: Informe semanal de casos DGE.

La meta de reducir al menos el 5% anualmente las localidades positivas en los estados con transmisión, se cumplió durante el periodo, sin embargo en el año 2009 debido al brote en Oaxaca y Chihuahua las localidades se incrementaron, principalmente en áreas donde la transmisión se había interrumpido, y a las pocas acciones de control implementadas, por lo que fue necesario fortalecer las acciones en el siguiente año, lo que permitió recuperar los avances que se habían registrados en los años anteriores.

La reducción absoluta de casos para 2011 comparativamente con la basal 2006 fue del 55% (de 2,498 casos en 2006 a 1,124 en 2011).

Indicad or	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variación
Casos por P. vivax	2,498	2,357	2,357	2,702	1,126	1,124	-55.0%
Casos por P. falciparum	17	6	0	2	0	0	-100%
Localidades positivas	913	850	852	917	575	569	-37.7%

Es importante mencionar que para el año 2010, la reducción de casos comparativa mente con 2009 fue del 48.7% por lo que es factible que al final del periodo, en 2012, se alcance un promedio de reducción anual superior al 10% previsto.

La relación de casos confirmados de fiebre por paludismo por entidad federativa se presenta en la siguiente tabla:

Casos confirmados de Paludismo por entidad federativa México 2007-2011

ENTIDAD FEDERATIVA	2006	2007	2008	2009	2010	2011 *
AGUASCALIENTES	0	0	0	0	0	0
BAJA CALIFORNIA	0	0	0	0	0	0
BAJA CALIF. SUR	0	0	0	0	0	0
CAMPECHE	0	0	0	0	2	0
COAHUILA	0	0	0	0	0	0
COLIMA	0	0	0	0	0	0
CHIAPAS	1358	1546	1136	1098	679	514
CHIHUAHUA	125	156	185	438	159	297
DISTRITO FEDERAL	0	0	0	0	0	0
DURANGO	133	45	38	42	51	67
GUANAJUATO	0	0	0	0	0	0
GUERRERO	0	0	0	0	0	0
HIDALGO	0	0	0	0	0	0
JALISCO	2	2	10	8	7	11
MEXICO	0	0	0	0	0	0
MICHOACAN	0	0	0	0	0	0
MORELOS	0	0	0	0	0	0
NAYARIT	24	38	71	76	74	130
NUEVO LEON	0	0	0	0	0	0

OAXACA	623	377	804	906	167	21
PUEBLA	0	0	0	0	0	0
QUERETARO	0	0	0	0	0	0
QUINTANA ROO	21	14	15	4	8	5
SAN LUIS POTOSI	0	0	0	0	0	0
SINALOA	103	112	76	98	59	63
SONORA	17	13	10	18	8	3
TABASCO	92	54	12	14	12	13
TAMAULIPAS	0	0	0	0	0	0
TLAXCALA	0	0	0	0	0	0
VERACRUZ	0	0	0	0	0	0
YUCATAN	0	0	0	0	0	0
ZACATECAS	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2498	2357	2357	2702	1226	1124

SITUACIÓN DEL PALUDISMO EN MEXICO 2010 – 2011

ACTIVIDAD	AÑO	
	2010	2011*
Casos por Plasmodium vivax	1,226	1,124
Casos por Plasmodium falciparum	0	0
Muestras de sangre examinadas	1`192,081	1`035,424
Localidades positivas	575	570

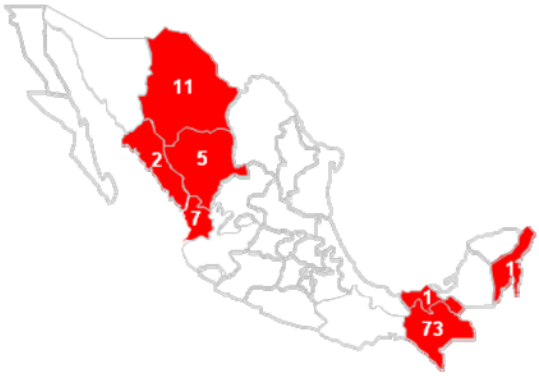
Como se puede apreciar a pesar de la

presencia tanto en Chiapas como en la región del noroeste, se contuvo la transmisión y se registro una situación similar a la del año anterior, aunque esto comprometió las metas en 2011, se han fortalecido el programa para los 5 estados del noroeste y con énfasis a Chiapas. En Oaxaca se reformularon las estrategias y se logro solo el registro de 21 casos en el año 2011, permitió que la situación no se agravara para todo el país, dichas estrategias consistieron en el cambio de tratamiento a 14 días y el fortalecimiento de las actividades de eliminación de criaderos con participación comunitaria, lo que garantizo que los pocos casos que se detectaron no afectaran la situación nacional, con este cambio se espera retomar la situación favorable para el año 2012. Como se pueden apreciar en el cuadro siguiente:

- **Disminución del 6.0% de la transmisión**
- **Cero casos por *P. falciparum***
- **Reducción del 13.1% en el muestreo hemático**
- **Reducción del 1.0% en localidades positivas**
- **22 estados sin transmisión**

Situación del paludismo 2011 - 2012

ACTIVIDAD	AÑO	
	2011	2012*
Casos por Plasmodium vivax	115	100
Casos por Plasmodium falciparum	0	0
Muestras de sangre examinadas	306,720	264,408
Localidades positivas	95	76



- Reducción del 13% de la transmisión
- Cero casos por *P. falciparum*
- Reducción del 13.8% en el muestreo hemático
- Reducción del 20% en localidades positivas
- 25 estados sin transmisión

Estado	Casos *
Chiapas	73
Chihuahua	11
Nayarit	7
Durango	5
Sinaloa	2
Quintana Roo	1
Tabasco	1
Nacional	100

La situación para el año 2012 hasta la semana epidemiológica No.15, registra impactos muy favorables, con lo que se espera revertir lo acontecido en 2011, ya que se brindo capacitación durante el mes de marzo nuevamente a 28 entidades federativas, donde se presentó el plan de fortalecimiento y se actualizo a los líderes estatales en la estrategia de Certificación de Áreas Geográficas Libres de Paludismo para las 22 entidades federativas se ya interrumpieron la transmisión y a los 10 estados con persistencia en el nuevo modelo de abordaje.

Se fortaleció la vigilancia epidemiológica en el primer nivel de atención, la búsqueda activa con los casi 4 mil trabajadores del programa y se incluyo también a notificantes voluntarios. Se han incrementado los trabajos en la eliminación de criaderos de anofelinos con participación comunitaria, con énfasis a las localidades prioritarias. Se renovaron los comités de certificación estatales y en abril se certifico el primer estado libre de paludismo que fue Tlaxcala. Se ha garantizado los esquemas de tratamiento de acuerdo con la NOM y actualmente se emplean los esquemas de 7 y º14 días de cura radical, lo que ha permitido que se controlen de mejor manera los casos y para evitar las recaídas se continua con seguimiento hasta por año y medio con la ministración del tratamiento TDU 3x3x11/2 y mediante la toma de muestra de sangre en los meses de descanso del tratamiento. Se están efectuando

Cumplimiento de líneas estratégicas PAE 2007-2012

Bajo el enfoque de reducir el número de casos de paludismo a su mínima expresión, el CENAVECE/CENAPRECE estableció un programa de acción específico para el periodo 2007-2012 que incluye una serie de acciones, estrategias y líneas de acción para cumplir con ese objetivo general y sus objetivos específicos.

En resumen, el cumplimiento general de esas líneas estratégicas fue el siguiente:

Manejo integrado del paludismo “Tratamiento Focalizado”:

Se fortaleció la búsqueda de febriles mediante la vigilancia epidemiológica pasiva y activa, la primera con las Unidades de 1er Nivel de Atención, en todo el territorio nacional, ahora se mantiene una búsqueda total en los grupos de riesgo para la adecuada identificación de casos, todos los estados toman muestras de sangre a la población con cuadro compatible de paludismo y además con los puestos de notificación voluntaria que mantienen la detección en la población de las localidades donde se instalaron puestos voluntarios, lo que permite la detección oportuna, la modalidad de la búsqueda activa la realiza el personal del programa, mediante la visita casa por casa, buscando enfermos y garantizando el diagnóstico oportuno, en ambos casos se administra una vez tomada la muestra hemática con el tratamiento supresivo de dosis única. Una vez confirmado el diagnóstico se administra inmediatamente el esquema de tratamiento de acuerdo a la norma oficial mexicana de 7 o 14 días en su esquema de cura radical, posteriormente se le da seguimiento a los casos hasta por un año y medio garantizando el tratamiento de dosis única y cuando se está en periodo de descanso se le mantiene monitoreado con muestras de sangre para identificar si fuera el caso las recaídas.

Paralelamente se efectúa la eliminación de criaderos de anofelinos, con participación comunitaria, que reduce de manera importante la presencia del vector en las comunidades y con las personas, dicha medida se realiza con periodicidad quincenal en la época de estiaje o de secas y mensualmente durante la época de lluvias. En caso de presencia de brotes inmediatamente se aplican otras medidas indicadas en este tipo de situaciones como el rociado residual, nebulizaciones espaciales y aplicación de larvicidas, solo en caso de brotes.

Se dio cumplimiento a la puesta en operación del mapeo automático de casos; las áreas de riesgo entomológico mediante la evaluación previa y posterior a las acciones de eliminación de criaderos, sin embargo es necesario contar con un mayor número de técnicos entomólogos para garantizar las evaluaciones en las localidades de mayor riego y al 100% de las positivas o con antecedentes de transmisión.

Se dio cumplimiento a la capacitación mediante reuniones regionales y nacionales para la actualización de las metodologías de prevención y control. Se concluyó la actualización de la NOM Vectores, misma que fue publicada en junio de 2011. La capacitación del personal estatal se ha cumplido anualmente durante las reuniones regionales semestrales de Vectores y una reunión anual de capacitación e investigación

operativa; en este rubro se incluyó la capacitación y actualización en proceso de certificación de áreas libres de paludismo. Respecto a comités estatales de certificación, están operando y sesionando permanentemente 17 comités de los 22 que están próximos a certificarse.

Consolidación de la Red Nacional de Laboratorios para el diagnóstico del paludismo y fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.

Todos los Laboratorios Estatales de Salud Pública han adoptado completamente el nuevo mecanismo de evaluación a distancia mediante paneles de laminillas para la actualización de los mas de 250 microscopistas de la red en todo el país, las evaluaciones a distancia incluyen a los LESP, con la finalidad de lograr a corto plazo la certificación de todos los microscopistas, además de la inclusión de la detección y diagnóstico de enfermos de Chagas y de Leishmaniasis.

Promoción de la participación social y de grupos organizados en la prevención y control del paludismo en localidades prioritarias o positivas.

Se ha trabajado en el programa de Eliminación de Criaderos de Anofelinos y el la limpieza o eliminación de la vegetación peridomiciliar, para ello se integra a un representante de la comunidad que los organiza y promueve a realizar los trabajos de eliminación de la lama o de las algas verdes filamentosas, este personaje se selecciona en una reunión de toda la comunidad y será el responsable, además de generar las evaluaciones y su envió o entrega al personal de programa en donde se plasman las acciones de avaluación previa y posterior a las acciones de ECAS , la autoridad municipal además participa apoyando a este líder para que lo apoye en sus tareas de limpieza.

Reforzamiento de la comunicación social.

Continúa en proceso la integración y suma de esfuerzos del programa con la Dirección General de Comunicación Social; la insuficiencia de recursos específicos es el principal problema a salvar. Se realizan de dos a tres campañas por año, sin embargo, falta consolidar el enfoque regional y/o local en dichas campañas.

Gestión de la participación comunitaria y de los ayuntamientos mediante convenios y programas de trabajo.

Se han instalado o reactivado los Comités Estatales de lucha contra el paludismo en todo el país pero solo 8 entidades federativas mantienen esos comités activos. Asimismo, anualmente, se realizan convocatorias a los Ayuntamientos para participar en los proyectos de Comunidades Saludables.

Resumen de avances

En el periodo de 2006 a 2012 se actualizó la Norma Oficial Mexicana de responsabilidad, a citar: Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.

Se ha dado continuidad a la capacitación y actualización al personal de vectores a nivel estatal y ratificado mediante visitas de evaluación y supervisión las áreas operativas sobre el cumplimiento de la estrategia de Tratamiento Focalizado, dicha capacitación se cumplió durante cuatro reuniones regionales de vectores, en las 3 reuniones de la Región Sur – Sureste y 1 reunión regional de estados con brote donde participaron Jalisco, Nayarit y Durango que registraron brote en 2011, con ello se cumplió la meta de lograr capacitar al todo el país, esto se ha mantenido durante el periodo 2006-2011.

En el mismo periodo se cumplió con la meta de reducir al menos el 5% de la incidencia por paludismo y de mantener bajo tratamiento al 100% de los casos confirmados y a sus convivientes directos con seguimiento mensual, se dio especial atención a los estados de Chiapas y Oaxaca quienes registran año con año la más alta endemia del país y se atendieron los brotes con personal especializado de los estados de Jalisco, Nayarit, Durango, Sinaloa y Chihuahua. La cifra de caso registrada en 2006 fue de 2,468 por plasmodium vivax y para 2011 solo se registraron 1,124 lográndose una reducción global del 55% en la transmisión. Con respecto al paludismo por plasmodium falciparum de 16 casos registrados en 2006 a la fecha se ha interrumpido la transmisión autóctona por esta causa, con respectivo a las localidades positivas en 2006 se registraron 913, mientras que para el año 2011 solo registraron positividad en 570, con un impacto global de 37.6 en dicho periodo.

En la estrategia de eliminación y limpieza del peridomicilio se logró una cifra record en el país al trabajar con periodicidad mensual 3,028 localidades, con participación comunitaria, modelo que ha permitido reducir casi a cero el uso de insecticidas y que garantiza reducir el contacto hombre–mosquito, de lograr que estos trabajos se

implementen en los estados de la zona norte seguramente se podrá reducir de manera importante la transmisión en los estados que registraron brotes.

Se continúan fortaleciendo la búsqueda de enfermos sospechosos mediante la vigilancia epidemiológica pasiva en las más de 20 mil unidades del primer nivel de atención y de poco más de 35 mil promotores voluntarios que se mantienen el localidades de riesgo de transmisión y la búsqueda activa con personal de vectores que visitan las localidades con transmisión activa, visitando casa a casa en búsqueda de sospechosos de paludismo, con ello se garantizó la detección oportuna de casos autóctonos y de los importados de otros países, para la administración de tratamientos.

Con respecto a la Certificación de Áreas Geográficas Libres de Paludismo en 2006, se encontraban 17 entidades federativas que habían interrumpido su transmisión para el año 2011 se incrementaron a 22 estados sin transmisión autóctona, lo que hace suponer que México eventualmente puede interrumpir la presencia de esta enfermedad a corto plazo.

Con respecto a los centros turísticos del país y los polos de desarrollo económico, se ha garantizado que se encuentren libres de transmisión, para ello se fortalecieron las acciones de prevención y control para lograr mantener en cero casos y se ha trabajado estrechamente con agencias de viajes y grupos de riesgo para que cuando viajen al extranjero lleven consigo su tratamiento profiláctico.

Un hecho inusual es que el programa de paludismo en México es el único en el mundo que se desarrolla sin uso de plaguicidas, que anteriormente generaba un gasto anual de más de 100 MDP para su compra y más de 150 MDP para que se aplicara en las localidades que registraban casos, ahora estas medidas resolutivas solo se emplean de manera reducida en algunas localidades de la frontera sur y ante la presencia de brotes, siempre de manera racional.

PROBLEMÁTICA AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011.

Corto plazo.- Por atender al 30 de noviembre de 2012.

Establecer una red nacional de control de vectores en línea.

Instrumentar la vigilancia entomológica inteligente y capacitación para instrumentar la Red Nacional de Monitoreo de Resistencia a Insecticidas.

Los Servicios Estatales de Salud realizarán comprobación de AFASPE 2010.

Mediano Plazo.- Por atender en el siguiente año 2013.

Avanzar en la propuesta de distribución de pabellones impregnados con insecticidas a los estados prioritarios del 100% de sus localidades positivas.

Avanzar en la instrumentación de la evaluación a distancia a la red de microscopia del todo el país y lograr la certificación de los LESP para cumplir con el proceso de certificación.

Problemática de largo plazo.

En caso de que se sostenga el financiamiento para las acciones de prevención y control focalizado integral y multidisciplinario del paludismo, se prevé que por lo que resta de esta década y la siguiente, que el paludismo se mantendrá controlado y con la eventual interrupción de la enfermedad.

No obstante, la real sostenibilidad de los niveles actuales de prevención y control del paludismo deberá proceder del involucramiento no solo del sector salud federal y estatal, sino de otros sectores vinculados con el desarrollo integral del país. Con la colaboración intersectorial, será posible que la carga de enfermedad causada por el paludismo no dependa exclusivamente de la aplicación de insecticidas, sino que se derive del autocuidado de la salud, de la protección que brinde la vivienda a las poblaciones en riesgo, de la mejora de servicios públicos y en general, de una educación que permita elevar el lugar que ocupa la salud en nuestra escala de valores.

Un elemento de gran peso específico es la necesidad de que en la sostenibilidad del Programa participen de manera decidida los gobiernos estatales. La inversión federal creciente para la prevención y control del paludismo deberá sostenerse para evitar que se reinstale la transmisión de los estados donde se ha eliminado. Por ello es importante contar con la suficiencia de personal, equipamiento, materiales e insumos y gastos de operación, sin embargo, esas aportaciones estatales y federales provocaron un efecto adverso preocupante, la inversión estatal ha ido en decremento gradual al punto de que algunas entidades federativas ya han retirado apoyo financiero con recursos locales al Programa de tal forma que el pretendido fortalecimiento se ha estancado y corre el peligro de comprometer seriamente la operación futura del Programa. De no revertirse esta tendencia, se comprometería seriamente la sostenibilidad de las acciones de prevención y control del paludismo en nuestro país y se esperaría a corto plazo un repunte en la transmisión de la enfermedad.

Las acciones del Programa de Prevención y Control del Paludismo, se vinculan con:

Plan Nacional de Desarrollo: en el Eje 3.- Igualdad de Oportunidades; en el objetivo específico OEPP 6.- Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

Programa Sectorial: 12.- Programa Sectorial de Salud 2007-2012; Objetivo 5.- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

En el periodo de 2006 a 2012 se actualizó la Norma Oficial Mexicana de responsabilidad, a citar: Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.

Se ha dado continuidad a la capacitación y actualización al personal de vectores a nivel estatal y ratificado mediante visitas de evaluación y supervisión las áreas operativas sobre el cumplimiento de la estrategia de Tratamiento Focalizado, dicha capacitación se cumplió durante cuatro reuniones regionales de vectores, en las 3 reuniones de la Región Sur – Sureste y 1 reunión regional de estados con brote donde participaron Jalisco, Nayarit y Durango que registraron brote en 2011, con ello se cumplió la meta de lograr capacitar al todo el país, esto se ha mantenido durante el periodo 2006-2011.

En el mismo periodo se cumplió con la meta de reducir al menos el 5% de la incidencia por paludismo y de mantener bajo tratamiento al 100% de los casos confirmados y a sus convivientes directos con seguimiento mensual, se dio especial atención a los estados de Chiapas y Oaxaca quienes registran año con año la más alta endemia del país y se atendieron los brotes con personal especializado de los estados de Jalisco, Nayarit, Durango, Sinaloa y Chihuahua. La cifra de caso registrada en 2006 fue de 2,468 por plasmodium vivax y para 2011 solo se registraron 1,124 lográndose una reducción global del 55% en la transmisión. Con respecto al paludismo por plasmodium falciparum de 16 casos registrados en 2006 a la fecha se ha interrumpido la transmisión autóctona por esta causa, con respectivo a las localidades positivas en 2006 se registraron 913, mientras que para el año 2011 solo registraron positividad en 570, con un impacto global de 37.6 en dicho periodo.

En la estrategia de eliminación y limpieza del peridomicilio se logro una cifra record en el país al trabajar con periodicidad mensual 3,028 localidades, con participación comunitaria, modelo que ha permitido reducir casi a cero el uso de insecticidas y que garantiza reducir el contacto hombre–mosquito, de lograr que estos trabajos se implementen en los estados de la zona norte seguramente se podrá reducir de manera importante la transmisión en los estados que registraron brotes.

Se continúan fortaleciendo la búsqueda de enfermos sospechosos mediante la vigilancia epidemiológica pasiva en las más de 20 mil unidades del primer nivel de atención y de poco mas de 35 mil promotores voluntarios que se mantienen el localidades de riesgo de transmisión y la búsqueda activa con personal de vectores que visitan las localidades con transmisión activa, visitando casa a casa en búsqueda de sospechosos de paludismo, con ello se garantizo la detección oportuna de casos autóctonos y de los importados de otros países, para la administración de tratamientos.

Con respecto a la Certificación de Áreas Geográficas Libres de Paludismo en 2006, se encontraban 17 entidades federativas que habían interrumpido su transmisión para el año 2011 se incrementaron a 22 estados sin transmisión autóctona, lo que hace suponer que México eventualmente puede interrumpir la presencia de esta enfermedad a corto plazo.

Con respecto a los centros turísticos del país y los polos de desarrollo económico, se ha garantizado que se encuentren libres de transmisión, para ello se fortalecieron las acciones de prevención y control para lograr mantener en cero casos y se ha trabajado estrechamente con agencias de viajes y grupos de riesgo para que cuando viajen al extranjero lleven consigo su tratamiento profiláctico.

Un hecho inusual es que el programa de paludismo en México es el único en el mundo que se desarrolla sin uso de plaguicidas, que anteriormente generaba un gasto anual de más de 100 MDP para su compra y más de 150 MDP para que se aplicara en las localidades que registraban casos, ahora estas medidas resolutivas solo se emplean de manera reducida en algunas localidades de la frontera sur y ante la presencia de brotes, siempre de manera racional.

Programa de de Prevención y Control de Otras Enfermedades Transmitidas por Vector.

Las acciones del Programa de otras Enfermedades Transmitidas por Vector, se vinculan con:

Plan Nacional de Desarrollo: en el Eje 3.- Igualdad de Oportunidades; en el objetivo específico OEPP 6.- Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

Programa Sectorial: 12.- Programa Sectorial de Salud 2007-2012; Objetivo 5.- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

En el periodo de 2006 a 2012 se actualizaron las dos Normas Oficiales Mexicanas de responsabilidad, a citar: la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector y la Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.

Programa de Oncocercosis

Programa de Acción Específico de Otras enfermedades transmitidas por vector (Oncocercosis), 2007-2012.

Publicación en el Diario Oficial de la Federación

El Programa de Acción Específico de este Centro Nacional, no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Objetivo del Programa o Proyecto

General

Eliminar la transmisión de la oncocercosis en México.

Específicos

Mantener sin transmisión los focos endémicos de Oaxaca y foco norte de Chiapas.

Evitar la incidencia de casos nuevos en menores de 5 años en el foco sur de Chiapas.

Fortalecer la vigilancia epidemiológica en los tres focos.

Periodo de vigencia

Del 1º. De diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2012.

Introducción

La oncocercosis es una enfermedad parasitaria, transmisible, de evolución crónica, causada por el nemátodo filariano Onchocerca volvulus y transmitida al humano por la picadura de moscas del género Simulium (simúlidos). Las manifestaciones clínicas más frecuentes son nódulos u oncocercomas generalmente subcutáneos en donde se reproducen los gusanos adultos, así como dermatosis y lesiones oculares que pueden evolucionar a la ceguera irreversible. Los principales vectores en México son Simulium ochraceum (vector principal), S. metallicum y S. callidum.

En México se reconocen tres focos desde los años veinte, cuando la oncocercosis fue identificada como problema de salud pública por la alta prevalecía de daño ocular y ceguera: dos en el estado de Chiapas (foco norte o chamula y el foco sur o Soconusco), y uno en Oaxaca . Comprende una extensa superficie de aproximadamente 17,623 km2, 52 municipios y 670 localidades endémicas, de las cuales 39 (6%) son hiperendémicas, 220 (33%) mesoendémicas y 411 (61%) hipoendémicas, donde habita un total de 168,220 personas. Son áreas montañosas con pendientes acentuadas, de clima templado o caluroso, con precipitaciones pluviales abundantes y humedad atmosférica elevada, donde existe una extensa red hidrográfica constituida por múltiples corrientes de escaso caudal y pronunciado declive en medio de vegetación exuberante. Las condiciones antes descritas son idóneas para el desarrollo de las especies del género Simulium y la transmisión de la enfermedad. Los índices de la endemia se encuentran entre los 500 y los 1,500 metros sobre el nivel del mar, en áreas apropiadas para el cultivo del café.

En esos años, la extirpación de nódulos subcutáneos era una actividad rutinaria del programa la cual redujo significativamente las lesiones oculares y la ceguera ya que eliminaba parásitos adultos y la producción de microfilarias. Actualmente la quimioterapia con ivermectina (Mectizan) ha permitido un nuevo paradigma en la atención y control de la enfermedad.

Desde 1989 el Programa de Donación de Mectizan asegura el suministro de ivermectina, antiparasitario de amplio espectro que ha demostrado ser seguro y eficaz para eliminar las microfilarias de piel y ojos de los enfermos cuando se administra en dosis única cada seis meses (dos veces al año). Actualmente existen evidencias contundentes de que la oncocercosis puede ser eliminada a través del tratamiento regular asegurando coberturas mayores de 85% en toda la población en riesgo, lo que ha permitido transitar de un Programa de Control a uno de Eliminación de la Oncocercosis en México. El tiempo requerido para eliminar la transmisión del parásito se ha calculado en 15 años, basándose en la longevidad observada en los gusanos adultos.

México es el único país que para acelerar el proceso de eliminación de la transmisión de la oncocercosis propuso desde el 2003 y ha administrado tratamientos trimestrales en 163 localidades endémicas, por lo que es pionero de los países endémicos latinoamericanos, con esquemas de tratamientos trimestrales.

Fig. 1. Ubicación de las localidades endémicas de oncocercosis en México

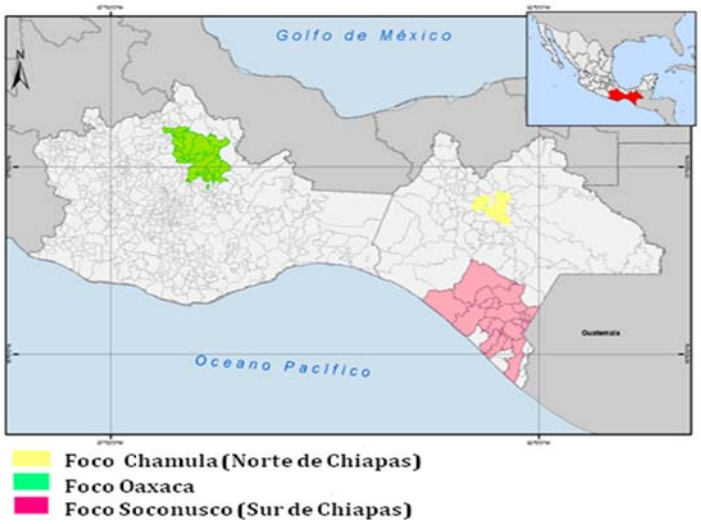


Tabla 1. Comunidades endémicas (670) y población en riesgo de Oncocercosis, 2011

FOCO	Comunidades Endémicas			Población en riesgo
	Hiper	Meso	Hipo	
Oaxaca	0	11	87	47,071
Norte de Chiapas			13	7,125
Sur de Chiapas	39	209	311	114,024
Total	39	220	411	168,220

Fuente: Servicios de Salud de Chiapas y Oaxaca.

Resultados 2007 a 2011

Cumplimiento de los objetivos y metas del Programa.

Foco Norte de Chiapas: Se suspendió el tratamiento con Mectizan en 2008, al demostrarse por evaluaciones entomológicas (colectas de simúlidos) que la transmisión continuaba interrumpida y entro en la fase de Vigilancia Epidemiológica Post-tratamiento (VEPT) por tres años. En el periodo de noviembre 2009 a mayo 2010 se realizaron las evaluaciones entomológicas en 4 comunidades, se utilizó la prueba de Reacción en Cadena la Polimerasa (RCP) y se confirmó que la transmisión continuaba Interrumpida por lo que entro en la categoría de foco con Transmisión Eliminada.

Foco Sur de Chiapas: Al revisar la información sobre los diferentes indicadores de morbilidad y transmisión de las evaluaciones realizadas desde 1995 hasta el 2010 y las coberturas de tratamiento con Mectizan superiores a 85% alcanzadas hasta la fecha, además que la tasa de infectividad en moscas, descendió de 1.8 en 1991 a 0.0 en 2011. Por lo anterior, se suspendió el tratamiento con ivermectina, a partir de enero 2012, por considerar que la Transmisión esta Interrumpida y entró en la fase de VEPT.

Foco Oaxaca: Se suspendió el tratamiento con Mectizan en 2009, al demostrarse por evaluaciones que la transmisión continuaba interrumpida y entro en la fase de VEPT. En 2011 se llevaron a cabo las últimas colectas del tercer año de VEPT, en 6 localidades, 4 de ellas centinela y 2 extra-centinela. Se capturaron de 28,642 moscas, se encontró que fueron negativas al RCP, por lo que al evaluar los resultados en la

reunión del PCC de OEPA concluyeron que la Transmisión continúa Interrumpida, por lo que entró a la categoría de Transmisión Eliminada.

Los últimos casos nuevos detectados en el foco Norte de Chiapas fueron en 1996 y en el foco Oaxaca con un caso en 1998; y con respecto al Foco Sur en el 2006 fueron detectados 92 casos disminuyendo en el 2011 a un solo caso nuevo detectado.

Tabla 2. Línea basal de indicadores de impacto final, Casos nuevos detectados de Oncocercosis en el Foco Sur de Chiapas, 2006-2011

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011
92	85	32	15	8	1

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Con base en la situación basal de la Oncocercosis en México durante 2006 y considerando los objetivos y metas para el periodo 2007-2012 se obtuvieron los siguientes resultados:

Cumplimiento de objetivos PAE 2007-2012

Objetivo general. Se dio cumplimiento al avanzar de 2007 a 2011 de 85 casos detectados a uno respectivamente, en el foco sur de Chiapas y al analizar las últimas evaluaciones se concluyó que la transmisión esta interrumpida, por lo que se suspendió para el 2012 la administración de Mectizan y entramos en el proceso de VEPT, y en el 2015, se procederá para la certificación de la eliminación de la oncocercosis en el país; en el Foco Norte de Chiapas, después de revisar las evaluaciones entomológicas realizadas en 2010 demostraron que la transmisión continuaba interrumpida, por lo que se entró a la categoría de transmisión eliminada; el Foco Oaxaca al revisar las evaluaciones del 2011 se concluyó que también se encuentra eliminada la transmisión.

Cumplimiento de líneas estratégicas PAE 2007-2012

Reducción de los riesgos de exposición a la transmisión. Se busca minimizar la presencia del parásito en la población, mediante las siguientes líneas de acción:

Proporcionar tratamiento médico a la población elegible.

La estrategia de eliminación de la Oncocercosis de las Américas, se basa en la administración de ivermectina (Mectizan®) en población elegible, aplicando dos rondas semestrales cada año en todas las localidades del área de riesgo en el foco, a partir de

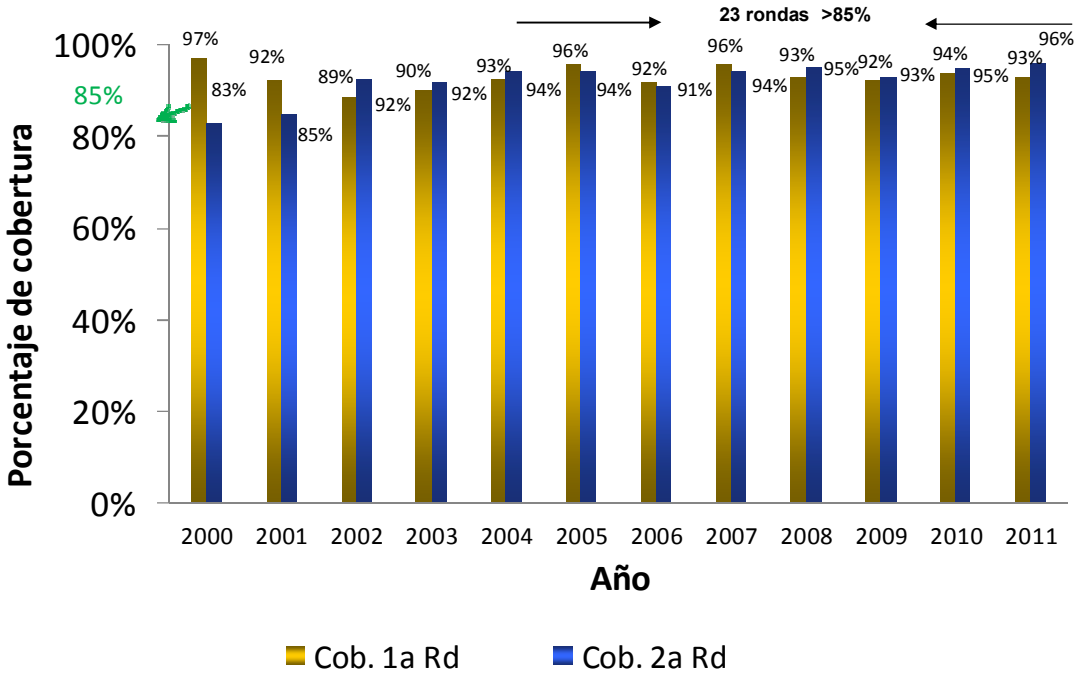
1995, continuado con aumento a 4 rondas desde 2003 en 49 localidades hasta llegar a 163.

La meta de administración de ivermectina en la población elegible, para una cobertura óptima, debe ser mayor al 85%.

Para dos rondas semestrales, la cobertura, en las localidades donde se distribuyó la ivermectina, ha sido desde el 2000 al 2011 superior al 85% en 23 rondas de tratamiento:

Figura 2. Evolución de las coberturas en comunidades con 2 rondas de tratamiento, 2000 – 2011*,

Foco Sur de Chiapas

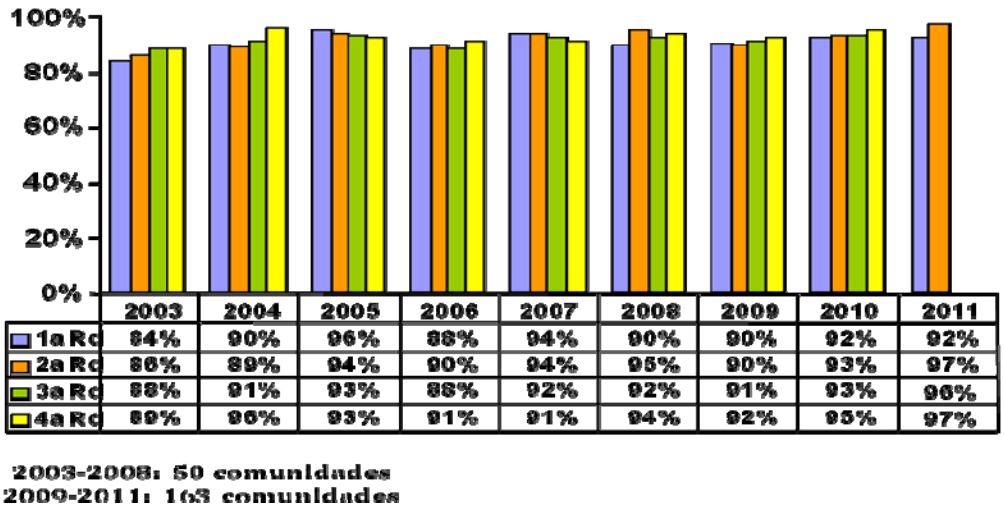


Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Para las 50 localidades, de 2003 a 2011, con 4 rondas, la cobertura ha sido por arriba del 85%:

Figura 3. Evolución de las coberturas en comunidades con 4 rondas de tratamiento, 2003 – 2011*,

Foco Sur de Chiapas



Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Revisar la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002 sobre vectores para regular y actualizar las acciones de manejo integrado de vectores.

Se dio cumplimiento a la integración del grupo de expertos en control de vectores y se contó con su asesoría permanente para la actualización de la NOM Vectores y se concluyó la actualización de la NOM Vectores (NOM-032-SSA2-2010), misma que fue publicada en junio de 2011.

Vigilancia epidemiológica en los tres focos.

Foco Oaxaca

En el 2008 se realizaron las últimas evaluaciones epidemiológicas en Oaxaca en menores de 10 años demostrando que la transmisión estaba interrumpida.

Tabla 3. Resultados de Serología en menores de 10 años en localidades centinela de Oaxaca 2008

Localidad	Meta	Población examinada	Porcentaje	Resultado ELISA
Santiago Teotlaxco	86	86	100	Negativo
La Esperanza	26	20	76.9	Negativo
Santa Maria Lachichina	56	44	78.6	Negativo
Santiago Lalopa	92	92	95.8	Negativo

Fuente Servicios de Salud de Oaxaca

Evaluaciones entomológicas

Se llevaron a cabo las últimas colectas del tercer año de VEPT. Se colectaron simúlidos en 6 localidades, 4 de ellas centinela y 2 extra-centinela.

Tabla 4. Evaluaciones entomológicas en comunidades centinela y extracentinela del foco Oaxaca 2011.

LOCALIDAD	ENE	FEB	MAR	TOTAL
Santiago Teotlaxco*	496	1,743	1,013	3,252
San Miguel Tiltepec	922	3,951	1,687	6,560
San Miguel Reagui	1,745	2,952	1,052	5,749
Santiago La lopa*	2,054	1,942	1,984	5,980
Santa María Lachichina*	877	1,043	412	2,332
La Esperanza Comaltepec*	419	3,417	933	4,769
TOTAL	6,513	15,048	7,081	28,642

Fuente Servicios de Salud de Oaxaca

En el lapso de enero a marzo de 2011 se llevó a cabo la captura de 28,642 moscas las comunidades estudiadas, se encontró que fueron negativas al PCR, por lo que al evaluar los resultados en la reunión del PCC de OEPA concluyeron que la Transmisión continúa Interrumpida, por lo que entró a la categoría de Transmisión Eliminada.

Tabla 5. Evaluación entomológica para demostrar que la transmisión continúa interrumpida, en Oaxaca, 2011

Comunidad	No. de moscas	No. de pooles	No. de pooles de cabeza positivos (IC)	Tasa de infectividad (IC)	Potencial de Transmisión (IC)
Seis comunidades	28,642	582	18,218 (15,688-21,155)	0 (0-0.1)	0 (0-1.2)

*Tasa por 2, 000, ( ) Intervalo de confianza

Fuente: OEPA

Foco Norte de Chiapas

Evaluaciones epidemiológicas

Estas evaluaciones se realizaron por primera vez en el año 1996 en una comunidad designada como centinela “Altagracia” con resultados negativos en las 68 personas muestreadas, y hasta el 2006 se realiza nuevamente dicho estudio agregando una comunidad más “El Ámbar”. Todas las personas evaluadas por biopsia de piel, tanto en la evaluación de 1996 como en la de 2006, fueron negativas

Tabla 6. Resultados de Prevalencias por Biopsias de Piel 1996-2006

Comunidad	EVALUACION BASAL					PRIMERA EVALUACIÓN				
	Población	Población Biopsiada	Población Biopsiada Positiva	Prev MF	CMFL	Población	Población Biopsiada	Población Biopsiada Positiva	Prev MF	CMFL
	1996					2006				
Alta Gracia	420	68	0	0.0%	0	578	317	0	0%	0
El Ambar	Sin Datos					813	669	0	0%	0

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Evaluación serológica

A partir de 2001 se incluyó la serología como un componente de las EEP, utilizando la prueba de ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent assay) con el antígeno Ov 16 con IgG4. Con base en lo anterior, en 2006, se realizó también la prueba serológica por ELISA en las dos comunidades que se seleccionaron. En total se tomaron muestras a 305 personas de las dos comunidades, las cuales resultaron negativas.

Evaluaciones entomológicas

En el foco norte se realizaron 2 evaluaciones entomológicas en las dos comunidades seleccionadas: Altagracia y El Ámbar. En la primera se observó una baja densidad de picadura por lo cual el número total de moscas colectadas fue bajo: en Altagracia 6,250 y 3,550, en 2001 y 2005 respectivamente, por lo cual el número de pooles de 50 moscas que se pudieron conformar fue también muy bajo.

Tabla 7 Resultados Evaluación entomológica en Foco Norte de Chiapas para demostrar que la transmisión continúa interrumpida.

Periodo de captura	No. de Pooles	No. de Pooles (+) de cabeza	Tasa de Picadura (IC)	Tasa de Infectividad* (IC)	Potencial de Transmisión (IC)
2005	88	0	1,152 (1,071 - 1,235)	0 (0 - 0.9)	0 (0 - 0.5)
2009-2010	230	0	8,732 (8,064 - 9,446)	0 (0 - 0.3)	0 (0 - 1.3)

Fuente: OEPA

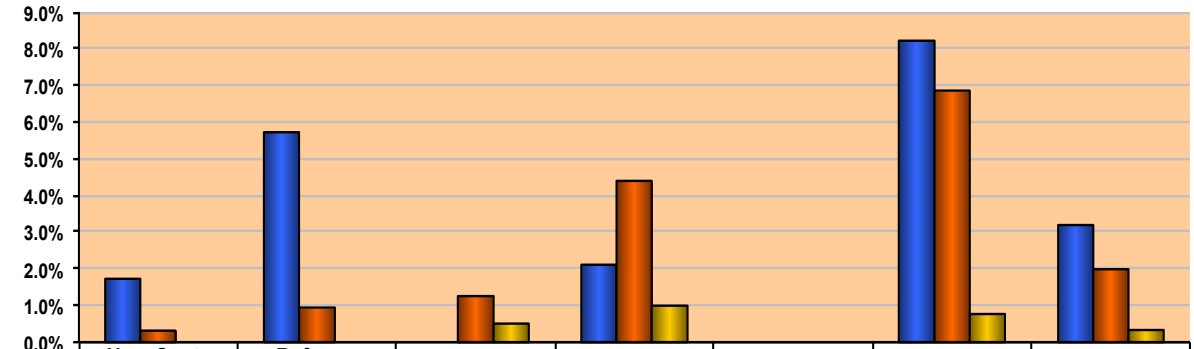
En el lapso de noviembre 2009 a mayo de 2010 se llevó a cabo la captura de moscas las comunidades estudiadas, se encontró que fueron negativas al PCR, por lo que al evaluar los resultados en la reunión del PCC de OEPA concluyeron que la Transmisión continúa Interrumpida, por lo que entró a la categoría de Transmisión Eliminada.

Foco Sur de Chiapas

Evaluación parasitológica

La prevalencia de microfilarias en piel en población abierta de comunidades centinela ha ido reduciéndose de forma significativa como se observa en la figura 4.

Figura 4. Prevalencias de microfilarias en piel en comunidades centinela del Foco Sur de Chiapas 2000-2004 y 2008



	Nva. Costa Rica	Reforma Agraria	Amp. Malvinas	Morelos	1o. de Mayo	Estrella Roja	Chiapas Sur
2000	1.7%	5.7%	0.0%	2.1%	0.0%	8.2%	3.2%
2004	0.3%	0.9%	1.3%	4.4%	0%	6.8%	2.0%
2008	0.0%	0.0%	0.5%	0.98%	0.0%	0.8%	0.3%

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

La prevalencia de microfilarias en piel en menores de cinco años en las comunidades centinelas muestra también reducciones significativas.

Tabla 8. Prevalencias de microfilarias en piel en menores de cinco años en comunidades centinela del Foco Sur de Chiapas 2000-2008

Comunidad	1era. Evaluación: **2000**				2da. Evaluación: **2004**				3era. Evaluación: **2008**			
	Pob. <5 años	Pob. <5años biopsiada	Pob. <5años (+)	Prev MF	Pob. <5 años	Pob. <5años biopsiada	Pob. <5años (+)	Prev MF	Pob. <5 años	Pob. <5años biopsiada	Pob. <5años (+)	Prev MF
Nva. Costa Rica	112	47	**1**	**2.1%**	82	77	0	0.0%	87	72	0	0.0%
Reforma Agraria	57	31	**3**	**9.7%**	50	45	0	0.0%	44	47	0	0.0%
Amp. Malvinas	34	13	0	0.0%	28	11	0	0.0%	27	16	0	0.0%
Morelos	46	3	0	0.0%	47	13	0	0.0%	43	24	0	0.0%
1o. de Mayo	17	3	0	0.0%	23	13	0	0.0%	18	10	0	0.0%
Estrella Roja	62	18	0	0.0%	43	38	0	0.0%	41	11	0	0.0%
Chiapas Sur	328	115	**4**	**3.5%**	274	197	0	0.0%	260	180	0	0.0%

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

A partir de la reunión de la Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis del 2010, se acordó que ya no se buscarán en piel de forma activa, solo si alguna persona llega a una clínica de salud y al ser auscultada se detectan masas sugestivas de ser nódulos oncocercosos.

Evaluación oftalmológica

La prevalencia de microfilarias en cámara anterior del ojo en población abierta de comunidades centinela entre 1995 y 2007 fue:

Tabla 9. Prevalencias de microfilarias en cámara anterior del ojo en comunidades centinela del Foco Sur de Chiapas 1995-2007

Comunidad	1995: Evaluación Basal				2000: 1era. Evaluación de Impacto				2004: 2da. Evaluación de Impacto				2007: 3ra. Evaluación de Impacto			
	Pob	Pob Examinada	MfCA(+)	Prev. MfCA	Pob	Pob Examinada	MfCA(+)	Prev. MfCA	Pob	Pob Examinada	MfCA(+)	Prev. MfCA	Pob	Pob Examinada	MfCA(+)	Prev. MfCA
Nva. Costa Rica	542	276	9	3.3%	759	396	4	1.0%	667	433	0	0.0%	663	500	0	0.0%
Reforma Agraria	305	135	1	0.7%	378	188	2	1.1%	343	213	0	0.0%	318	254	0	0.0%
Amp. Malvinas	184	85	0	0.0%	231	28	0	0.0%	214	108	1	0.9%	206	96	0	0.0%
Morelos	358	75	1	1.3%	406	163	1	0.6%	360	181	0	0.0%	329	221	0	0.0%
1o. de Mayo	213	80	0	0.0%	211	87	0	0.0%	178	104	0	0.0%	153	113	0	0.0%
Estrella Roja	248	100	0	0.0%	351				330	170	1	0.6%	304	234	1	0.43%
Chiapas	1,850	751	11	1.5%	2,336	862	7	0.8%	2092	1209	2	0.2%	1973	1418	1	0.07%

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Correspondientemente la presencia de microfilarias en córneas se ha suprimido completamente.

Tabla 10. Prevalencias de queratitis punteada en cornea en comunidades centinela del Foco Sur de Chiapas 1995-2007

Comunidad	1995: Evaluación Basal				2000: 1era. Evaluación de Impacto				2004: 2da. Evaluación de Impacto				2007: 3ra. Evaluación de Impacto			
	Pob.	Pob. Examinada	No. Pers. QP (+)	Prev QP	Pob.	Pob. Examinada	No. Pers. QP (+)	Prev QP	Pob.	Pob. Examinada	No. Pers. QP (+)	Prev QP	Pob.	Pob. Examinada	No. Pers. QP (+)	Prev QP
Nva. Costa Rica	542	276	27	9.8%	759	396	6	1.5%	667	433	8	1.8%	663	500	0	0%
Reforma Agraria	305	135	14	10.4%	378	188	12	6.4%	343	213	2	0.9%	318	254	0	0%
Amp. Malvinas	184	85	12	14.1%	231	28	0	0%	214	108	2	1.9%	206	96	0	0%
Morelos	358	75	13	17.3%	406	163	8	4.9%	360	181	0	0%	329	221	0	0%
1o. de Mayo	213	80	13	16.3%	211	87	2	2.3%	178	104	0	0%	153	113	0	0%
Estrella Roja	248	100	24	24.0%	351				330	170	3	1.8%	304	234	0	0%
Chiapas	1,850	751	103	13.7%	2,336	862	28	3.2%	2092	1209	15	1.2%	1973	1418	0	0%

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Desde 2008, se acordó ya no revisar afectación ocular porque la prevalencia de esa afección se redujo a cero.

Evaluación serológica

Se han llevado a cabo diversas evaluaciones serológicas para establecer la presencia de anticuerpos anti-Onchocerca volvulus en población humana.

Una evaluación en niños menores de 5 años, arrojó los siguientes resultados (2004-2008), que sugieren muy baja incidencia, pero con aumento en 2008 después de que en 2006 no se encontraron casos nuevos.

Tabla 11. Evaluación serológica en menores de cinco años en comunidades extracentinela del foco sur de Chiapas 2004-2008

Comunidades	2004			2006			2008		
	Pob. Exam.	(+)	Prev.	Pob. Exam.	(+)	Prev.	Pob. Exam.	(+)	Prev.
Las Golondrinas	46	1	2.17	33	0	0	32	0	0
Las Nubes II	11	0	0	15	0	0	13	0	0
Nueva América	44	1	2.27	38	0	0	34	1	2.9
Total	101	2	1.98	86	0	0	79	1	1.3

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Incluso, en otro estudio con niños menores de 5 años, se encontraron 2 casos nuevos.

Tabla 12. Muestreo serológico en menores de 5 años para demostrar transmisión suprimida en el foco sur de Chiapas 2010

Jurisdicción Sanitaria	No. de comunidades	No. de muestras tomadas	No. de muestras Procesadas	No. de muestras Positivas	Prevalencia %	No. de muestras programadas
III Comitán	20	918	918	**0**	**0**	970
IV Villaflores	26	1,412	1,338	**0**	**0**	1,064
VII Tapachula	62	1,878	1,869	**2**	0.1	1,685
VIII Tonalá	2	105	105	**0**	**0**	61
Foco Sur	**110**	**4,313**	**4,230**	**2**	**0.05 (0 - 0.17)**	**3,780**

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

No obstante, la bajísima infección de 0.05% (2/4,230) en las muestras serológicas positivas y el hecho de que sólo indican presencia de anticuerpos y no de infección patente de oncocercosis, confirman que la transmisión está prácticamente interrumpida.

Para Evitar nuevos casos por los movimientos migratorios en áreas de riesgo también se hizo un estudio con migrantes que arrojó que en 2009 había casos que podrían contribuir a nueva transmisión nativa.

Tabla 13. Prevalencia por serología en migrantes menores de 15 años en tres fincas de Tapachula, Foco Sur 2009

Jurisdicción Sanitaria	Municipio	Comunidades	Pob. Exam.	Positivos	Prevalencia
Tapachula JVII	Tuzantán	Santa Amalia	224	2	0.9
	Motozintla	La Victoria	456	1	0.2
		Santa Fé	143	0	0
	Total		823	3	0.4

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Evaluación entomológica

Las evaluaciones de 2008, en comunidades centinela, arrojaron la siguiente información

Tabla 14. Evaluaciones entomológicas en comunidades centinelas del foco sur de Chiapas 2000-2008

Comunidad	Evaluación de Impacto: (2000)		Evaluación de Impacto (2004)		Evaluación de Impacto: (2008)	
	TI (1/2000)	Potencial de Transmisión	TI (1/2000)	Potencial de Transmisión	TI (1/2000)	Potencial de Transmisión
1ero. Mayo	0 (0 - 0.7)	0 (0 - 3.7)	0 (0 - 0.5)	0 (0 - 10.8)	0 (0 - 0.3)	0 (0 - 12.9)
Ampl. Las Malvinas	4.56 (1.2 - 11.7)	6.1 (1.5 - 15.6)	0 (0 - 1.4)	0 (0 - 2.7)	0 (0 - 0.5)	0 (0 - 3.7)
Estrella Roja	0 (0 - 2.1)	0 (0 - 2.0)	0 (0 - 1.2)	0 (0 - 4.8)	0 (0 - 0.4)	0 (0 - 2.9)
Jose Ma. Morelos	0.96 (0.2 - 2.8)	3.4 (0.7 - 10.1)	1.8 (0.7 - 3.1)	45.3 (18.6 - 79.6)	0 (0 - 0.4)	0 (0 - 18.4)
Nueva Costa Rica	0 (0 - 1.2)	0 (0 - 1.5)	0 (0 - 0.7)	0 (0 - 4.4)	0 (0 - 0.4)	0 (0 - 7.8)
Nva. Ref. Agraria	0 (0 - 1.0)	0 (0 - 1.4)	0 (0 - 0.5)	0 (0 - 6.3)	0 (0 - 0.4)	0 (0 - 7.9)

Tasas por 2,000

Fuente: OEPA

Los datos anteriores sugerían que la transmisión ya estaba interrumpida.

Para 2009-2010, siendo este el último año planeado para administrar tratamiento, ya que se contemplaba suspenderlo en 2011, por lo que aumentaron las colectas de simúlidos (44,274 moscas) en las comunidades centinelas y extracentinela para demostrar que la transmisión estaba suprimida.

Tabla 15. Evaluaciones entomológicas en comunidades centinelas y extracentinela del foco sur de Chiapas 2009-2010

	Comunidad	No. de Pooles	No. de Pooles positivos de cabeza	Tasa de Picadura (IC)	Tasa de Infectividad (IC)	Potencial de Transmisión (IC)
1	Brasil	239	1	60,183 (52,281 - 69,248)	0.3 (0 - 0.7)	7.5 (0 - 21.1)
2	Mexiquito	223	2	83,038 (69,968 - 98,499)	0.4 (0.2 - 1.0)	16.6 (8.3 - 42.3)
3	Coronado	205	0	51,720 (44,104 - 60,609)	0 (0 - 0.4)	0 (0 - 10.3)
4	Loma Bonita	84	0	14,278 (12,075 - 16,872)	0 (0 - 0.9)	0 (0 - 6.4)
5	Montawa	57	0	9,390 (7,838 - 11,234)	0 (0 - 1.3)	0 (0 - 6.1)
6	La Granja	19	0	3,142 (2,616 - 3,761)	0 (0 - 4.1)	0 (0 - 6.4)
7	La Soledad	66	0	10,311 (8,231 - 12,898)	0 (0 - 1.1)	0 (0 - 5.7)
	Foco Sur	893	3	47,720 (44,324 - 51,368)	0.2 (0.02 - 0.3)	3.8 (0.5 - 7.2)

Tasas por 2,000

Fuente OEPA

Desafortunadamente, las pruebas de PCR para detectar al parásito en las moscas, resultaron en el hallazgo de tres cabezas infectadas con L3 de O. volvulus (junto con seroprevalencia positiva en 2 niños), obligó a México a solicitar un año más de tratamiento con ivermectina, lo cual fue concedido por OEPA.

Posteriormente entre diciembre de 2010 y abril del 2011 se colectaron, un total de 67,924 moscas para definir si ya no hay moscas infectadas.

Tabla 16. Evaluaciones entomológicas en comunidades centinelas y extracentinela del foco sur de Chiapas 2010-2011

	Comunidad	No. de Pooles	No. de Pooles positivos de cabeza	Tasa de Picadura (IC)	Tasa de Infectividad * (IC)	Potencial de Transmisión (IC)
1	**Brasil**	252	0	58,732 (50,163 - 68,724)	0 (0 - 0.3)	0 (0 - 8.8)
2	**Mexiquito**	265	0	81,338 (71,637 - 92,327)	0 (0 - 0.3)	0 (0 - 12.2)
3	**Morelos**	275	0	85,657 (74,873 - 97,965)	0 (0 - 0.3)	0 (0 - 12.8)
4	**Estrella Roja**	122	0	7,530 (6,474 - 8,721)	0 (0 - 0.6)	0 (0 - 2.3)
5	**Finca La Victoria**	233	0	50,282 (43,079 - 58,642)	0 (0 - 0.3)	0 (0 - 7.5)
6	**Finca Santa Amalia**	223	0	36,250 (32,588 - 40,303)	0 (0 - 0.4)	0 (0 - 7.3)
	Foco	1370	0	33,334 (29,281 - 37,915)	0 (0 - 0.06)	0 (0 - 1.0)

Fuente OEPA

En las evaluaciones entomologicas os resultados de los análisis de RCP resultaron negativos, por lo que se demostró la interrupcion de la transmisión y se suspendió el tratamiento con mectizan para el 2012.

Fortalecer la participación comunitaria para fomentar entornos saludables.

Se realizaron durante todo el periodo reuniones trimestrales en las 670 comunidades de los tres focos para promover el programa de eliminación de la oncocercosis, así como el autocuidado de la salud, los temas comúnmente incluidos fueron dependiendo el momento epidemiológico (fomentar toma de Mectizan, para aumentar las coberturas de tratamiento, así como la explicación de la suspensión del tratamiento y la eliminación del padecimiento), además se integraron promotores voluntarios para la vigilancia epidemiológica.

Supervisar y evaluar las actividades realizadas.

Se evaluaron los programas de Chiapas y Oaxaca dos veces por año en acompañamiento OEPA, Nivel federal y estatal.

Se realizaron 36 supervisiones a ambos estados endémicos en el periodo, además de asesoría y acompañamiento a las evaluación entomológicas realizadas.

Precertificación de la eliminación de la transmisión de la oncocercosis en los focos norte de Chiapas y Oaxaca. Pretende continuar cumpliendo con los compromisos contraídos con el Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA):

Se ha dado asesoría y difusión de los lineamientos para la certificación de la eliminación de la oncocercosis al personal estatal de salud de ambos estados endémicos en las reuniones.

Con respecto a la suspensión del tratamiento con ivermectina en los tres focos: Se ha logrado el objetivo, además dos de los foco ya están en categoría de transmisión eliminada.

Extirpación quirúrgica a los portadores de nódulos.

Se han extirpado el 96% de los nódulos encontrados del 2003 al 2011, de los faltantes por extirpar 48 son ausentes, 3 enfermos (diabéticos), 4 epilépticos.

Tabla 17. Portadores de nódulos en el Foco Sur de Chiapas, 2003-2011

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Portadores de Nódulos	196	292	267	231	277	130	134	82	66

PROBLEMÁTICA

Corto plazo.-.

Concluir con la desnodulización (extirpación quirúrgica de los nódulos oncocercosos) en el Foco Sur de Chiapas.

Mantener la capacitación del personal para garantizar que se informe el momento epidemiológico actual y que a su vez lo transmitan a la comunidad.

Mantener las actividades de Vigilancia Epidemiológica Postratamiento (VEPT) en el Foco sur de Chiapas.

Supervisión de actividades del programa de eliminación de la oncocercosis del ISECH y acompañamiento de las brigadas en las jurisdicciones sanitarias endémicas.

Verificar que se estén reuniendo los documentos necesarios para la certificación de la eliminación de la oncocercosis en Chiapas y Oaxaca, para colaborar en la elaboración del informe de país, siguiendo las directrices de OPS/OMS.

Mediano Plazo.- Por atender en el siguiente año 2013.

Asesoría para la realización de las evaluaciones entomológicas.

Al final del 2013 y principios del 2014 deben de comenzar las evaluaciones entomológicas en las comunidades centinela del Foco sur de Chiapas para comprobar que la enfermedad continúa interrumpida.

Problemática de largo plazo.

En el 2014 en la reunión del Comité Coordinador del Programa (PCC) se analizaran los resultados para comprobar que sigue interrumpida la transmisión en el Foco Sur de Chiapas, si es así se declararía como Foco con transmisión eliminada.

En el 2015 después de los tres años de Vigilancia epidemiológica postratamiento (VEPT) se mandaran los documentos requeridos a OPS/OMS para certificar al país como libre de este padecimiento.

Foco Norte de Chiapas: En el 2008 entró a la etapa de Vigilancia Epidemiológica Postratamiento (VEPT) con duración de 3 años. En el periodo 2009-2010 se confirmó que la transmisión continuaba Interrumpida por lo que entro en la categoría de foco con Transmisión Eliminada.

Foco Oaxaca: En el 2009 entró a la fase de de VEPT. En 2011 se comprobó que la transmisión siguió interrumpida y se concluyó que este foco puede cambiar de estatus VEPT al de foco con transmisión eliminada.

Foco Sur de Chiapas: Se comprobó la interrupción de la transmisión durante el 2011, por lo que entro a la fase de VEPT en el 2012, donde se espera certificar a México como libre de este padecimiento para el 2015.

Programa de Enfermedad de Chagas

En el indicador de aumento de 20% anual en el registro de casos de este padecimiento, quedo un 21% menos de lo esperado en 2011, pero con respecto a la basal de 2006 de 400 casos reportados, se incrementó en un 96.5%, al cerrar preliminarmente el 2011 con 786 casos.

El programa se sustenta fundamentalmente en la disponibilidad del medicamento antichagásico específico y teniendo una vigilancia epidemiológica activa. En octubre del 2009 se recibió la donación de 2000 frascos de Nifurtimox de la OPS/OMS, y en el 2010 fue de 720 frascos, con el cual se dio tratamiento etiológico a 906 pacientes. En Enero de 2012 se recibieron 720 frascos para ministrar tratamiento a 240 pacientes durante este año.

Durante el 2009 se realizó el Congreso “Centenario del descubrimiento de la Enfermedad de Chagas”, organizado por CENAVECE, Facultad de Medicina UNAM, OPS-OMS, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea y otras instituciones de salud, concurriendo 215 profesionales, el objetivo fue presentar los avances y situación actual de este padecimiento, así como fomentar proyectos y establecer vínculos interinstitucionales para el beneficio de la salud de la población.

En ese mismo año se llevo a cabo la reunión “Situación de Rhodnius prolixus en México al año 2009”, cuyo objetivo fue revisar la información disponible de este vector de la enfermedad de Chagas y comenzar la preparación hacia la certificación de México como país libre de esta especie.

Programa de Leishmaniasis

Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de las Leishmaniasis, 2007-2012.

Publicación en el Diario Oficial de la Federación

El Programa de Acción Específico de este Centro Nacional, no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Leishmaniasis

Como en otros países latinoamericanos, las leishmaniasis son enfermedades de impacto en México, consideradas como desatendidas o rezagadas y que afectan a los sectores más vulnerables y marginales de la población. Esta enfermedad se puede presentar en brotes o de manera aislada, generalmente en áreas agrícolas donde se siembra y cosecha cacao, café o árboles chicleros (de ahí su denominación de "úlcera de los chicleros"), cuyos desechos orgánicos favorecen el desarrollo de la mosca transmisora del parásito.

Si bien 17 estados reportaron casos alguna vez, actualmente la población en riesgo se distribuye en 13 entidades federativas con aproximadamente nueve millones de habitantes, agrupadas en tres áreas geográficas:

Región del Golfo: Veracruz, Tabasco, Campeche, Quintana Roo y Yucatán.

Región del Pacífico: Chiapas, Guerrero, Jalisco, Nayarit, Oaxaca y Sinaloa.

Región Centro: Morelos y Puebla.

La forma cutánea localizada (LCL) es la de mayor frecuencia (99%); en tanto que los casos de leishmaniasis cutánea diseminada (LCD) y mucocutánea (LMC), son de menor ocurrencia y presentan resistencia al tratamiento. La forma visceral (LV) es frecuente en menores de cinco años y, sin tratamiento oportuno, es mortal. Esta última se presenta anualmente en el estado de Chiapas y algunos casos esporádicos en Guerrero y Puebla.

La enfermedad es ocupacional y afecta principalmente a hombres en edad productiva de 15 a 44 años, quienes por motivos de trabajo se adentran a las áreas selváticas donde habita el vector, exponiéndose a su picadura. La mayor parte de la población expuesta vive en áreas rurales (cafetales, cacaotales y otros). La residencia en áreas de transmisión y los frecuentes movimientos migratorios propician la dispersión del padecimiento.

Objetivo del Programa o Proyecto

General

Evitar la mortalidad por leishmaniasis visceral y fortalecer el diagnóstico y tratamiento oportunos de casos.

Específicos

Ampliar el conocimiento del personal operativo médico, paramédico y población en general sobre leishmaniasis, sus formas clínicas y transmisión.

Definir áreas geográficas de las zonas endémicas para fortalecer el programa y dirigir las acciones específicas.

Fortalecer el diagnóstico oportuno en los laboratorios estatales.

Asegurar el tratamiento de los casos registrados en el país.

Reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica.

Periodo de vigencia

Del 1º. De diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2012.

Resultados 2007 a 2010

Cumplimiento de los objetivos y metas del Programa.

Durante el periodo 2000-2006 se registraron 6,313 casos que representan un decremento de 24.1%, comparado con el periodo de los siete años anteriores (8,318 casos). El número de entidades federativas que registran casos se mantiene. Los estados que registran 73.7% del total durante el período son: Tabasco con 35.8% (2,391 casos); Quintana Roo, 25.88% (2,071 casos) y Campeche, 12.02% (861 casos).

Línea basal de indicadores de impacto final, Leishmaniasis en México 2006

Indicador	Basal 2006
Aumentar el porcentaje de casos confirmados laboratorio en 10% en las entidades federativas con casos	55 %

Aumentar el número de casos tratados en 5% en las entidades federativas con casos	80.2 %
Aumentar en 6% los casos curados de Leishmaniasis por año	70 %

Fuente: Dirección General de Epidemiología.

Con base en la situación basal de las leishmaniasis en México durante 2006 y considerando los objetivos y metas para el periodo 2007-2012 se obtuvieron los siguientes resultados:

Cumplimiento de objetivos PAE 2007-2012

Objetivo general. Se logro avanzar de 2007 a 2011 en la prevención control de las leishmaniasis al aumentar el número de casos tratados pero en los últimos tres años el que el tratamiento no esté en el cuadro básico de medicamentos dificulto el proceso de compra. La falta de reactivos en los laboratorios estatales y de toma de improntas en las unidades médicas en algunos estados hizo que no se lograra aumentar el porcentaje de casos confirmados por laboratorio. Por carecer el programa de presupuesto el seguimiento de los pacientes se dificulta para supervisar su curación, lo anterior se muestra en las siguientes tablas por metas de impacto:

Meta: Aumentar el porcentaje de casos confirmados laboratorio en 10% en las entidades federativas con casos

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Programado	sd	60.5 %	66.6 %	73.2 %	80.5 %	88.5 %	97.4 %
Realizado	55 %	41 %	59 %	60.3 %	41 %	57 %	60 %
Porcentaje de	sd	67.8 %	88.6 %	82.4 %	51 %	64.4%	100%

Fuente: Reportes anuales de cierre 2006-2011. *2012 estimados.

Meta: Aumentar el número de casos tratados en 5% en las entidades federativas con casos

Fuente: Reportes anuales de cierre 2006-2010. *2012 estimados.

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Programado	sd	88.2 %	92.6 %	97.2 %	100 %	100 %	100 %
Realizado	80.2 %	103 %	103 %	120 %	93.7 %	86.9 %	90 %
Porcentaje de	sd	100%	100 %	100 %	93.7 %	86.9 %	100%

Meta: Aumentar en 6% los casos curados de Leishmaniasis por año

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Programado	sd	74.2 %	78.6 %	83.3 %	88.3 %	93.6 %	99.3 %
Realizado	0.41	81 %	44.3 %	155 %	64.5 %	42.3 %	50 %
Porcentaje de	sd	109 %	56.4 %	186 %	73 %	45.2 %	100%

Fuente: Reportes anuales de cierre 2006-2010. *2012 estimados.

Es importante mencionar que en los últimos cinco años los casos han descendido anualmente aparentemente sin motivo lo que hace pensar que ha aumentado el subregistro de casos.

AÑOS	FORMAS CLINICAS				TOTAL
		CUTANEA			
	LV	LMC	CL	LD	
2006	10	1	792		803
2007	10		854		864
2008	7		725		732
2009	10	2	506	2	520
2010	9	5	526	11	551
2011	1		468		469

Fuente: Reportes anuales de cierre de los SESA.

La relación de casos registrados de leishmaniasis por entidad federativa se presenta en la siguiente tabla:

Casos registrados de leishmaniasis por entidad federativa México 2007-2011

ENTIDAD FEDERATIVA	2007	2008	2009	2010	2011
	CASOS				
AGUASCALIENTES	0	0	0	0	0
BAJA CALIFORNIA	0	0	0	0	0
BAJA CALIFORNIA SUR	0	0	0	0	1
CAMPECHE	76	82	49	58	93
COAHUILA	0	0	1	0	0
COLIMA	0	0	0	0	0
CHIAPAS	37	109	84	119	85
CHIHUAHUA	0	0	0	0	0
DISTRITO FEDERAL	0	0	0	0	0
DURANGO	0	0	1	1	0
GUANAJUATO	0	0	0	0	0
GUERRE RO	0	1	0	0	0
HIDALGO	0	0	0	0	1
JALISCO	1	0	3	2	0
MÉXICO	0	0	0	0	0
MICHOACAN	0	0	0	0	0
MORELOS	0	0	0	0	0
NAYARIT	16	47	29	30	20
NUEVO LEÓN	0	0	1	0	0
OAXACA	2	1	15	0	4

PUEBLA	1	0	0	0	0
QUERETARO	0	0	0	0	0
QUINTANA ROO	350	195	64	64	104
SAN LUIS POTOSÍ	0	0	0	0	0
SINALOA	8	6	2	5	1
SONORA	0	0	0	2	0
TABASCO	313	255	257	242	144
TAMAULIPAS	0	0	0	0	0
TLAXCALA	0	0	0	0	0
VERACRUZ	16	14	20	14	17
YUCATAN	4	0	3	1	2
ZACATECAS	0	0	0	0	0
TOTAL	824	710	529	538	472

Durante el periodo 2007-2011 se registraron 3,073 casos que representan un decremento de 51.3%, comparado con el periodo de los siete años anteriores (6,313 casos). El número de entidades federativas que registran casos se mantiene aunque el estado de Tabasco ahora ocupa el segundo lugar en número de casos y el estado de Chiapas ha reforzado la búsqueda de casos. Los estados que registran 90.4 % del total durante el período son: Quintana Roo, 39.4% (1,211 casos), Tabasco con 25.3% (777 casos), Chiapas, 14.1% (434 casos) y Campeche, 11.64% (358 casos).

Cumplimiento de líneas estratégicas PAE 2007-2012

Generar conocimiento en personal operativo, médico, paramédico y población en general de la enfermedad y sus vectores.

Se actualizo la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002 para las enfermedades transmitidas por vector la cual fue publicada en junio del 2011.

Se realizó un Curso Teórico-Práctico de Biología y Taxonomía de Vectores y Leishmaniasis, en las instalaciones del Centro de Investigaciones Regionales en la

ciudad de Mérida, Yucatán. Se capacitaron 16 personas de los estados de Campeche, Jalisco, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco y Yucatán.

Se participó en reuniones de leishmaniasis con grupos académicos, en Yucatán, Chiapas, Veracruz, Oaxaca y D.F.

Se participo anualmente en cursos estatales de Control y Prevención de las Leishmaniasis.

Se participo en la Reunión de Coordinadores del Programa Nacional de Leishmaniasis en Medellín, Colombia, con la presencia de 16 países de Latinoamérica en el año 2008.

Se participo en el Taller de "Entomología e Identificación de Lutzomyia", efectuado en la Universidad de Antioquía, en Medellín Colombia en el año 2009

Caracterización de los focos de LV y LC en los estados endémicos.

Para dar cumplimiento a esta estrategia se organizo junto con la UNAM, la 1º Reunión Nacional de Expertos en Leishmaniasis con la participación de los 13 estados endémicos, 26 expertos nacionales y 8 expertos internacionales y la asistencia de 210 personas en el año 2010. Se vio la problemática de la enfermedad, se escribió en conjunto un artículo sobre leishmaniasis Visceral y actualmente contamos con el apoyo de los mismos para trabajos futuros.

Disponibilidad de medicamento para tratamiento oportuno y seguimiento efectivo de casos.

En los últimos diez años se ha logrado tener disponibilidad del medicamento (Glucantime) para su compra en los estados. Aun falta gestionar la inclusión del medicamento específico en el Cuadro Básico de Medicamentos. También que los estados gestionen el recurso para que se pueda dar seguimiento a casos tratados hasta su curación.

Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica para la notificación oportuna y seguimiento de casos.

Se ha propuesto al sistema de vigilancia epidemiológica el registro semanal de casos en lugar de mensual así como por forma clínica: Leishmaniasis Cutánea, la cual engloba Cutánea localizada, Mucocutánea y Difusa y la Leishmaniasis Visceral.

Aumentar la confirmación de casos por los laboratorios estatales.

Aunque no se alcanzo la meta propuesta se mantiene la capacitación al personal de laboratorio por parte del CENAPRECE e InDRE y supervisión a los estados.

PROBLEMÁTICA AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011.

Corto plazo.- Por atender al 30 de noviembre de 2012.

La heterogeneidad en los procedimientos y métodos de diagnóstico utilizados dificulta la confirmación de resultados por lo que, se establecerá el algoritmo del InDRE en todos los laboratorios estatales.

El programa se sustenta fundamentalmente en la disponibilidad del medicamento antimonial específico, el cual es de importación. La gestión administrativa dificulta su adquisición.

El aumento de rutas ecoturísticas y de actividades de la industria de la construcción en zonas endémicas propicia el contacto hombre-vector por lo que se atenderá este sector para que cuente con información y auto protegerse.

Mediano Plazo.- Por atender en el siguiente año 2013.

Supervisar la notificación es semanal y obligatoria para evitar el subregistro de casos en algunas entidades federativas.

El programa se sustenta fundamentalmente en la disponibilidad del medicamento antimonial específico, el debe ser adquirido por los estados endémicos. La gestión administrativa dificulta su adquisición.

Mantener las relaciones con las instituciones de investigación para estudios de la biología única y compleja del vector y hacer factible su control.

Problemática de largo plazo.

En los estados endémicos el diagnóstico clínico es común, por lo que se seguirá insistiendo en la confirmación por laboratorio para el tratamiento adecuado y oportuno así como el seguimiento de los casos hasta su curación.

Durante el período 2007-2011 se aprecia un decremento (35%) en el número de casos registrados comparado con los cinco años previos. Con respecto al indicador de aumentar en un 5% anual el número de casos tratados, en el periodo de 2007-2010 se mantuvo por arriba del 93%, disminuyendo en 2011 a 71% por falta de adquisición de

medicamento en las entidades federativas debido a brotes de otras enfermedades. Hay 236 microscopistas capacitados para la detección en 29 estados.

Durante el 2010 se realizó La Reunión Nacional de Expertos en Leishmaniasis, organizado por CENAPRECE, Facultad de Medicina UNAM y La Academia Nacional de Medicina de México, concurriendo 180 profesionales, el objetivo fue presentar la situación actual y trabajos que se han realizado en México, así como fomentar el desarrollo de proyectos de colaboración entre los participantes, además de establecer vínculos intergrupales e interinstitucionales.

Programa de Intoxicación por Picadura de Alacrán (Alacranismo)

Resumen ejecutivo de las acciones y resultados relevantes

Programa de Acción Específico

Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de la Intoxicación por Picadura de Alacrán (IPPA), 2007-2012.

Publicación en el Diario Oficial de la Federación

El Programa de Acción Específico de este Centro nacional, no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Objetivo del Programa o Proyecto

General

Prevenir y controlar la intoxicación por la picadura de alacrán (IPPA) y el riesgo de muerte, mediante estrategias de prevención y atención oportuna, con participación social y sectorial en 16 entidades prioritarias.

Específicos

Fomentar la mejora continua de los procesos de prevención y control de la IPPA, con integración interinstitucional para reducir la exposición al riesgo.

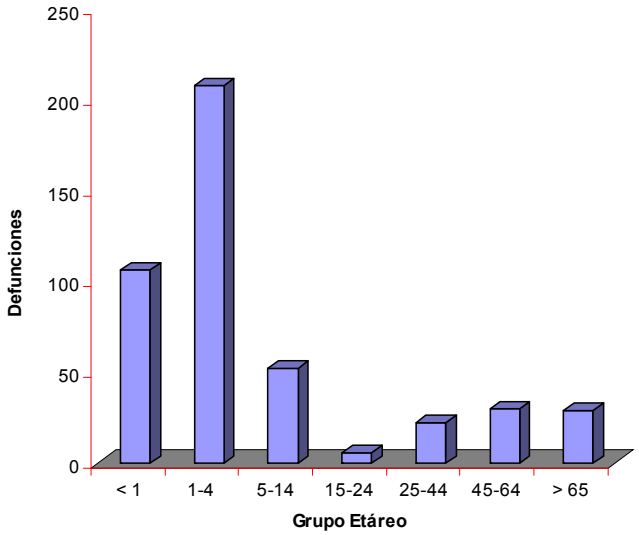
Intensificar las acciones de promoción y protección de la salud con corresponsabilidad municipal y ciudadana para el auto-cuidado de la salud y fomento de entornos saludables.

Evitar el incremento en la incidencia y la mortalidad por IPPA, en tiempo de calor y de lluvias.

Intoxicación por picadura de alacrán (IPPA)

Actualmente existen los elementos necesarios y suficientes para evitar las muertes por esta causa. Sin embargo, es responsabilidad de la comunidad con apoyo de los servicios de salud, disminuir la incidencia de picadura, promoviendo su prevención mediante acciones coordinadas encaminadas al mejoramiento de la vivienda y su entorno, así como de medidas específicas de autoprotección, en virtud del alto costo del tratamiento y de la tendencia mundial para reducir el uso de insecticidas.

Es indispensable el uso oportuno de antídoto para la picadura de alacrán, ya que la IPPA es una urgencia médica con alto riesgo de muerte, principalmente cuando el paciente es menor de cinco años y mayor de 65. (fig2)



Fuente: SSA/DGAE.

Figura 2. Defunciones por grupo de edad (IPPA)

México, 2000-2006

Cumplimiento de los objetivos y metas del Programa.

En 2006 se registró un total de 282,598 casos con una tasa de morbilidad de 262.82, mientras que en 2011 se registraron un total de 287,852 casos con una tasa de 256.27. Lo anterior, sin ser determinante, puede ser un reflejo de la situación prevaleciente en el país, ya que la IPPA está íntimamente ligada a condiciones de extrema pobreza. En 2009 (Cordero/SEDESOL), se reconoció que en los últimos dos años, esto es en 2007 y 2008, se sumaron 6 millones más de mexicanos a pobreza extrema, significando un aumento de 13.7 % a 20 % de esta condición.

Casos y tasa de intoxicación por picadura de alacrán

2006 - 2011

AÑO	CASOS	TASA
2006	282598	262.82
2007	271440	250.59
2008	271976	248.43
2009	278196	251.54
2010	280160	250.85
2011	287852	256.27

Fuente: Anuarios Estadísticos y Boletín Epidemiológico DGE / SSA

* Tasa por 100 000 habitantes.

Por el contrario, la mortalidad presenta una tendencia descendente, pasando de 50 defunciones registradas y atribuibles a esta causa en 2006, con una tasa de 0.03, a una de 0.01 en 2011, con 17 casos fatales.

A pesar de que el registro de casos se ha mantenido con pocas variaciones, hay mejoría en la atención oportuna y la disponibilidad del antídoto específico (faboterápico antialacrán).

Defunciones por IPPA

2006 – 2010*

2006	2007	2008	2009	2010
50	35	33	18	17

Fuente: Servicios de salud estados prioritarios

Información disponible a la fecha.

Conviene señalar que en 2006 tres estados registraron 47.2% (133,296) del total de casos de IPPA (282,598): Jalisco con 21.1% (59,662 casos), Guerrero 14.8% (41,725 casos) y Guanajuato con 11.3% (31,909 casos).

Retos del Programa de intoxicación por picadura de alacrán 2006 - 2012

Si bien se encuentra alacranes en todo el país, sólo en la parte centro y occidente, que son las regiones más densamente pobladas por humanos, se ubican especies de alta toxicidad. Esta particularidad ocasiona un número importante de casos por IPPA y algunas defunciones. Por tanto, el programa pretende:

Reducir el número de accidentes por picadura de alacrán.

Propiciar la participación de la comunidad en el saneamiento y mejoramiento de la vivienda.

Garantizar el abasto oportuno y suficiente del antídoto en todas las unidades de salud de áreas de endemia.

Línea basal de indicadores de impacto final intoxicación por picadura de alacrán en México 2006

Basal*	Metas		
	2007	2008	2012
Casos 2006: 282,598	265,642	249,703	194,955
Defunciones 2006: 50	40	32	13

* Fuente: SSA/DGAE 2006

Meta de impacto

Reducir en 20% las defunciones por IPPA

Meta de resultado

Reducir en 6% la incidencia anual de casos

Conviene señalar que en 2006 tres estados registraron 47.2% (133,296) del total de casos de IPPA (282,598): Jalisco con 21.1% (59,662 casos), Guerrero 14.8% (41,725 casos) y Guanajuato con 11.3% (31,909 casos).

Meta: Reducir la incidencia de IPPA en un 6 % anual comparativamente con el año previo

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Programado	265642	255154	255658	270 406	270581	273459
Realizado	271440	271976	287666	280260	287852	nd
Porcentaje de avance	3.9 %	0.19 %	-5.7 %	-2.5 %	-2.7 %	nd

Fuente : SSA/DGAE

*Estimado

La posibilidad de lograr la meta para reducir la incidencia (al 6%) sólo será posible en un 3%.

Meta: Reducir defunciones por IPPA en un 20 % anual comparativamente con el año previo

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	40	32	13	13	12	10
Realizado	35	33	18	17	nd	nd
Porcentaje de avance	30 %	5.7 %	45.4 %	5.5 %	nd	nd

Fuente: Servicio de salud estatales

La posibilidad de lograr la meta para reducir las defunciones al 20% con respecto al año inmediato anterior y de acuerdo a cifras de los servicios estatales de salud podrá ser posible hasta en un 45 %, frente a lo planteado para el período.

Cumplimiento de objetivos PAE obtenidos del Programa Intoxicación por picadura de alacrán (IPPA)2007-2012

Con base en la situación basal de IPPA en México durante 2006 y considerando los objetivos y metas para el periodo 2007-2012 se obtuvieron los siguientes resultados:

Publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2002, para la Vigilancia, Prevención y Control de la Intoxicación por Picadura de Alacrán, en diciembre de 2011, lo que constituye el marco jurídico-normativo del programa de IPPA.

Guía de Práctica Clínica, Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la intoxicación por veneno de alacrán

Diseño, elaboración y distribución del manual de vigilancia epidemiológica, participación comunitaria, diagnóstico y tratamiento, entomología, control físico y químico, como sustento técnico para la capacitación del personal operativo.

Reforzamiento de la vigilancia epidemiológica en 16 entidades consideradas prioritarias.

Atención oportuna y mayor disponibilidad del antídoto, lo que permitió sostener baja mortalidad por IPPA con una tasa de 0.03 por 100,000 habitantes en 2006, a 0.01 en 2010.

	2007	2008	2009	2010	20011
Aguascalient	1824	1957	1971	2079	2088
Colima	9874	10361	10079	10708	4781
Durango	6575	6254	5373	6965	1964
Guanajuato	32288	25943	26122	29250	30548
Guerrero	38672	40141	46947	47723	49292
Jalisco	55892	53329	55654	52248	52116
México	6435	8119	9258	8279	9781
Michoacán	27445	31051	33073	31945	32061
Morelos	32353	30720	33096	30942	36431
Nayarit	16033	15305	14949	13639	13251
Oaxaca	5519	5595	5430	5493	5386
Puebla	12433	13987	15314	15949	15199
Querétaro	3668	4228	3688	4837	5603
Sinaloa	7903	8487	8661	8816	9483
Sonora	4821	4244	4454	4242	5579
Zacatecas	3866	4015	3743	3754	3696
Total	265601	263736	277812	276869	277259

Casos de intoxicación por picadura de alacrán en entidades prioritarias México 2007-2011

Fuente: Boletín epidemiológico SSA/DGE

Aportan el 80 % del total de casos registrados

Cumplimiento de líneas estratégicas PAE 2007-2012

Bajo el enfoque de reducir el número de casos IPPA en un 6% anual y abatir la mortalidad hasta en un 20%, el CENAVECE/CENAPRECE estableció un programa de acción específico para el periodo 2007-2012 que incluye una serie de acciones, estrategias y líneas de acción para cumplir con ese objetivo general y sus objetivos específicos.

En resumen, el cumplimiento general de esas líneas estratégicas fue el siguiente:

Líneas estratégicas de acción:

En 2007, se decidió implementar talleres regionales de capacitación, como recurso básico de reactivación del programa en el nivel federal. Se realizaron tres en 2007 y tres en 2008 (norte, centro y sur), en diferentes sedes y con la participación de las 16 entidades prioritarias, siendo capacitado personal operativo del programa en un total de 170.

En 2009, y en apoyo al programa 100X100, del Gobierno Federal, para la atención de municipios con menor índice de desarrollo humano, se implementaron talleres en Durango (1), Guerrero (2), Oaxaca(2), entidades donde existen municipios con esa condición, capacitando un total de 190 operativos (médicos, enfermeras) en unidades de salud del primer nivel de atención. Para este propósito también se había contemplado el municipio del Nayar en el estado de Nayarit sin embargo, la emergencia de dengue en la entidad, fue considerada prioritaria en ese momento, razón por la cual, se pospuso. En 2010 se realizó taller a petición del estado de Jalisco sobre Enfermedad de Chagas y Alacranismo, dirigido a personal operativo jurisdiccional (64 asistentes).

En relación a asesorías, se recibió invitación a simposios, cursos y talleres, con asistencia y participación como ponentes en las 7a, 8a y 9a, Reunión Internacional de Expertos en Tratamiento de Envenenamiento por Animales Ponzoñosos. Llevados a cabo en diferentes sedes en nuestro país.

Asistencia y participación como ponentes Simposio sobre Alacranismo y Chagas en Acapulco Guerrero 2009,2010, 2011. Morelos 2009.

Asistencia y participación como ponentes Simposio sobre Alacranismo y vectores en Jojutla, Morelos, 2009.

Asistencia y participación como ponentes en la Simposia de Scorpionismo e Saude, en Niteroi, Río de Janeiro, Brasil en julio de 2011.

Coordinación intra e intersectorial y respuesta estatal oportuna.

Como ya se ha mencionado, se ha dado cumplimiento al desarrollo de capacidades estatales y locales que les permiten dar respuesta de calidad a los retos que la IPPA plantea, sin embargo la participación intersectorial se circunscribe por el momento a apoyos en capacitación de personal operativo.

Sistematización de los mecanismos de control e indica dores para el seguimiento de proceso e impacto de las acciones de vigilancia, promoción y control por niveles de responsabilidad.

Se ha dado cumplimiento al seguimiento de indicadores comprometidos en el PAE 2007-2012 y ya se ha preparado una propuesta para actualizarlos de acuerdo al avance que el programa ha tenido al implementar y poner en marcha los nuevos sistemas de información en línea por esa razón, el esquema tradicional ya no cumple con las exigencias actuales del programa.

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.

Complementarias fueron las supervisiones tanto en el nivel estatal, como en el nivel jurisdiccional y local, en 2009 y 2010, a fin de conocer la situación en cuanto a normatividad, equipamiento, capacitación e insumos y, de manera principal el abasto oportuno y suficiente del antídoto faboterápico, ya que de la atención oportuna y el tratamiento con este biológico, depende minimizar el riesgo de morir por IPPA.

Además de los aspectos mencionados de las supervisiones, estas también incluyeron entomología de alacranes que consiste en búsqueda y captura de especimenes en las localidades visitadas, para su posterior identificación y determinación taxonómica en el INDRE.

En total se realizaron 24 supervisiones en otras tantas unidades de salud del primero y segundo nivel de atención en los estados de Guerrero, Morelos, Nayarit, y Oaxaca.

PROBLEMÁTICA AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011.

Corto plazo.- Por atender al 30 de noviembre de 2012.

Lograr consenso para integrar el formato EPI-AL definitivo, que habrá de aplicarse en todas las unidades de salud del primero y segundo nivel de atención en áreas con riesgo de IPPA.

Establecer una plataforma que de sustento a base de datos del programa.

Que se lleve a cabo encuesta entomológica, a fin de actualizar el conocimiento sobre la distribución geográfica en el país de escorpiones con importancia médica. Verificar efectos del fenómeno de calentamiento global sobre migración de especies.

Los Servicios Estatales de S alud realizarán comprobación de AFASPE 2008, 2009 y 2010, y efectuarán la aplicación inmediata de recursos del AFASPE 2011.

Auditoría 12/10 Observaciones 4. “Incumplimiento en las metas e indicadores de los Programas de Acción específicos 2007- 2012 de IPPA”.

Los Servicios Estatales de S alud realizarán comprobación de AFASPE 2008, 2009 y 2010, y efectuarán la aplicación inmediata de recursos del AFASPE 2011.

Mediano Plazo.- Por atender en el siguiente año 2013.

Avanzar en la conformación del sistema de vigilancia epidemiológica específico para IPPA y procurar la aplicación del EPI-AL.

Avanzar en la instrumentación de la vigilancia entomológica referida en el apartado anterior.

Que las 16 entidades federativas prioritarias para IPPA tengan la posibilidad de llevar a cabo por lo menos dos capacitaciones por año.

Problemática de largo plazo.

Se prevé que por lo que resta de esta década y la siguiente, la incidencia y mortalidad por IPPA se mantendrá bajo control, con reportes inferiores a 270 mil casos por año y pocas o ninguna defunción.

La implementación de medidas preventivas en las viviendas como el encalado exterior de paredes, colocación de cielo raso, principalmente en las habitaciones para dormir , además de otras conductas de previsión, podrán reducir la incidencia de casos en un plazo no mayor a diez años.

No obstante, la real sostenibilidad de los ni veles actuales de prevención y control de la IPPA deberá proceder del involucramiento no solo del sector salud federal y estatal, sino de otros sectores vinculados con el desarrollo integral del país, incluyendo al municipio. Con la colaboración intersectorial, será posible que el padecimiento no dependa exclusivamente de la acción de los servicios formales de salud, sino que se derive del autocuidado de la salud, de la protección que brinde la vivienda a las poblaciones en riesgo, de la mejora de servicios públicos y en general, de una educación que permita elevar el lugar que ocupa la salud en nuestra escala de valores.

Un elemento de gran peso específico es la necesidad de que en la sostenibilidad del Programa participen de manera decidida los gobiernos estatales para la prevención y control de la IPPA.

En cuanto al reporte de intoxicaciones por picadura de alacrán, ha habido un aumento del 1.8% con respecto al registro del 2006 y el 2011. La Tasa de Mortalidad presenta tendencia descendente, pasando de 0.05 en 2006 a 0.01 en 2009. Se mantiene el tratamiento oportuno y adecuado al 100% de los casos registrados de 2006 a 2012 en las 16 entidades prioritarias.

En el periodo 2007-2008 se realizaron 6 talleres regionales de alacranismo en las entidades prioritarias dirigido a los responsables del programa y personal operativo, con un total de 202 personas capacitadas. En el 2009 se extendieron 4 cursos de capacitación en los municipios de menor índice de desarrollo humano de Oaxaca y Guerrero con una asistencia de 272 personas, estos últimos con el objetivo de promover la participación comunitaria y el autocuidado de la salud. Durante el 2010 se realizó un taller en Jalisco que además incluyó el componente de enfermedad de Chagas, fue dirigido al personal de los servicios de salud y tuvo una asistencia de 46 personas.

- **Programa de Urgencias Epidemiológicas y Desastres**

El Programa de Urgencias Epidemiológicas y Desastres establece como objetivo general el *"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, con base en los componentes de acción establecidos en el programa",* y con ello coadyuvar en el cumplimiento de la estrategia de "Igualdad de oportunidades" establecida en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, (PND), a través de la atención oportuna de la salud de la población mexicana ante brotes, epidemias y desastres.

Este tipo de contingencias, son denominadas emergencias en salud, las cuales están definidas como aquellos eventos de inicio súbito y que favorecen la generación de riesgos y daños a la salud de la población. Así, entre las emergencias, tenemos a los desastres, ya sean naturales o provocados por el hombre, y otros eventos son los relacionados con las urgencias epidemiológicas ocasionadas por enfermedades transmisibles (incluyendo enfermedades emergentes y reemergentes, como la influenza pandémica o las producidas por acciones bioterroristas) e intoxicaciones (alimentarias y por sustancias químicas).

En las últimas décadas, la frecuencia en la ocurrencia de este tipo de emergencias ha ido en aumento y muchas veces con grandes afectaciones a la población; en este sentido, tanto desastres como epidemias por enfermedades emergentes y reemergentes, han puesto a nuestro país en constante riesgo y ara lo cual el programa actúa para que exista una adecuada preparación, tanto al nivel federal como en las 32 entidades federativas, y atender en forma inmediata a la población afectada.

La consolidación de este programa, ha permitido atender con oportunidad, rapidez y eficacia las emergencias en salud que ocurren en el país, a través de los programas estatales quienes instrumentan lo establecido en las estrategias y líneas de acción y operacionalizadas a través los siguientes componentes:

1. Coordinación
2. Atención médica y psicológica
3. Vigilancia epidemiológica
4. Vigilancia sanitaria
5. Saneamiento básico
6. Promoción de la salud
7. Laboratorio
8. Control de vectores

9. Comunicación social
10. Administración y finanzas

Como puede observarse según los componentes, la atención de un desastre o de una urgencia epidemiológica requiere una respuesta inmediata y coordinada, en donde no solo participan las diversas áreas del Sector Salud sino que además deben participar otras instituciones extrasectoriales. Resalta la importancia y necesidad de contar con programas operativos y una adecuada organización y coordinación entre todas las áreas e instancias que intervienen en la atención de la población afectada.

Programa 2007-2012

El programa, fue elaborado con base en una serie de nuevos escenarios de riesgos, las repercusiones originadas por el cambio climático, el aumento y facilidad de los movimientos poblacionales y un aumento en la frecuencia de diversos desastres, situaciones que obligan al Sector Salud a organizarse y prepararse para detectar, alertar y enfrentar las diversas contingencias

La detección y atención oportuna de los diferentes eventos de interés epidemiológico, son fundamentales para mitigar el impacto en salud, por lo que se han establecido programas estatales y regionales para garantizar los preparativos y actividades concretas para prevenir y controlar enfermedades y otros daños a la salud. Entre las principales acciones generales tenemos:

- Coordinación intra y extrasectorial para la oportuna atención de urgencias epidemiológicas y desastres naturales.
- Preparación para la atención de emergencias en salud, con personal capacitado, insumos y equipos necesarios.
- Sistemas de alertamiento temprano que permita una intervención oportuna para eliminar o reducir el daño a la salud de la población.
- Preparación para la respuesta ante la aparición de enfermedades emergentes y reemergentes.

Objetivo general:

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, con base en los componentes de acción establecidos en el programa.

Para el cumplimiento del objetivo se establecieron principalmente las siguientes acciones:

- Conformar la Red Nacional de Enlace Permanente entre el nivel federal y estatal para seguimiento de las actividades de los Comités Estatales para la Seguridad en Salud.
- Difundir a las 32 entidades federativas los documentos normativos y de procedimientos de los Comités.
- Elaborar informes trimestrales y anuales sobre el funcionamiento de los Comités Nacional y Estatales.
- Elaborar los lineamientos y procedimientos para el monitoreo, notificación y alertamiento temprano de emergencias en salud.
- Establecer el sistema de información relacionado con la notificación, seguimiento y evaluación de las emergencias en salud atendidas.
- Consolidar las acciones de preparación ante una pandemia de influenza a nivel nacional y en cada entidad federativa.
- Capacitar a los responsables estatales del Programa.
- Definir los insumos, criterios de conformación y manejo de la reserva estratégica.
- Iniciar la atención de las emergencias en salud en forma inmediata.
- Instrumentar un sistema de información, que permita verificar la notificación, seguimiento y evaluar la atención de las emergencias.

La aplicación de estas acciones ha permitido al sector salud, contar con una organización y coordinación adecuada para afrontar las diversas emergencias en salud que se han presentado en el país, con una visión de mejora continua que al futuro permita mantener un nivel adecuado de capacidades para la atención de la población.

Para el año de 2011 se presenta a manera de resumen el mapa que señala las diferentes entidades operativas en las que se realizaron operativos, tanto en eventos masivos de alto impacto, como ante la presencia de fenómenos naturales. Es importante destacar que en ninguno de ellos se presentaron brotes epidemiológicos y que las condiciones sanitarias y sistemas de información en salud, quedaron en mejores condiciones al término de los operativos.

METAS E INDICADORES

META: Activar los 32 Comités Estatales para la Seguridad en Salud

INDICADOR: Número de Comités Estatales para la Seguridad en Salud activos

Numerador: Número de Estados con reuniones trimestrales.

Denominador: 32 entidades federativas

Valor 2006: 31 Meta 2012: 32 Comités activos

Fuente: Minuta por reunión realizada.

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012 p/	2012 c/
31	31	32	28	22	26	32	32

Avances al 2011: 26 comités estatales.

- Esta instancia es la encargada de establecer la organización y mecanismos de coordinación entre todas las instituciones y áreas involucradas en las acciones de preparación y respuesta ante una emergencia en salud.

*Preliminar

META: Verificar el 90% de los sitios designados como albergues temporales en cada entidad federativa

INDICADOR: Porcentaje de refugios temporales verificados.

Numerador: Número de refugios temporales verificados.

Denominador: Número de refugios temporales programados.

Valor 2006: NA Meta 2012: 90%

Fuente: Informe de revisión y listado nominal de refugios revisados.

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012 p/	2012 c/
NA	0%	0%	95.4%	90.3%	111%	90%	90%

Avances al 2011: Se ha logrado mantener una revisión de más del 90% de los refugios programados.

- Con esta actividad se limitan riesgos a la salud para las personas que se albergan en los refugios, al garantizar que se cumplan con los requerimientos sanitarias antes de ser ocupados.

*Preliminar

META: Desarrollar un Sistema de Monitoreo, Notificación y Alertamiento Temprano para la Atención de Emergencias en Salud.

INDICADOR: Sistema de monitoreo, alertamiento, seguimiento y evaluación activo.

Numerador: Sistema de monitoreo, alertamiento, seguimiento y evaluación activo.

Denominador: Sistema de monitoreo, alertamiento, seguimiento y evaluación activo programado.

Valor 2006: NA Meta 2012: 1 Sistema activo

Fuente: Notas de monitoreo diarias realizadas

Basal	2007	2008	2009	2010	2011	2012 p/	2012 c/

2006							
NA	0	1	1	1	1	1	1
Avances al 2011: 1 Sistema activo							
Se ha logrado el desarrollo de los sistemas de monitoreo, notificación y alertamiento temprano en los estados, que son el complemento a la Unidad de Inteligencia Epidemiológica del nivel nacional, con lo que se conforma el sistema general que está activo.							

META: Desarrollo de los 32 Planes Estatales de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza.

INDICADOR: Porcentaje de Estados con Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza

Numerador: Número de Estados con Plan /programa

Denominador: Número de planes/programas estatales programados (32).

Fuente: Documento de los 32 programas estatales.

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 p/	2012 c/
NA	0 (0%)	0 (0%)	32 (100%)	32 (100%)	32 (100%)	32 (100%)	32 (100%)
Avances al 2011: 32 programas estatales vigentes.							

- Con base en el Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza Nacional, y posteriormente ante la pandemia ocurrida en 2009, se ha logrado conformar 32 programas operativos estatales que se encuentran vigentes.

META: Organización de seis talleres regionales de capacitación anuales.

INDICADOR: Porcentaje de talleres de capacitación anuales.

Numerador: Talleres regionales de capacitación realizados

Denominador: Número de talleres programados (6).

Fuente: Informe, lista de asistencia, agenda del taller/curso.

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 p/	2012 c/
NA	3 (50%)	3 (50%)	1 (16.6%)	5 (83.3%)	8 (133%)	6 (100%)	6 (100%)

Avances al 2011: En los últimos años se ha logrado mantener el nivel del número de cursos/talleres en las entidades federativas.

- Cabe resaltar que en el caso de 2007 y 2008 se tuvo una reestructura interna que dificultó el llevar a cabo esta actividad, además de la necesidad de atender grandes desastres como los ocurridos en Tabasco y Chiapas en esos años. Asimismo, en 2009, se presentó la Pandemia de Influenza limitando que el personal pudiera realizar esta actividad.

META: Instrumentación de la Reserva Estratégica Nacional.

INDICADOR: Porcentaje de instancias con Reserva Estratégica.

Numerador: Instancias con reserva estratégica disponible

Denominador: Instancias con reserva estratégica programadas (33=32 Edos. y nivel federal)

Fuente:

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 p/	2012 c/
NA-	1	1	32 (100%)	32 (100%)	32 (100%)	32 (100%)	32

	(3%)	(3%)					(100%)
Avances al 2011: Se ha logrado la conformación de las reservas estratégicas estatales.							
• Como reserva nacional se entiende el que los 32 Estados y el nivel federal cuenten con insumos para la atención de brotes, desastres e influenza pandémica. El concepto de reserva estratégica incluye medicamentos (antivirales, antibióticos, y antiinflamatorios entre otros), equipo de protección personal (mascarillas, guantes, equipos Tyvek y goolges entre otros). *Preliminar							

RESULTADOS E INFORMES:

Al cierre del mes 2011:

- Se han garantizado reuniones trimestrales del CESS en las entidades federativas.
- Se ha gestionado el incremento, o en su caso, asignación de recursos de Ramo 33 al Programa.
- La coordinación con las áreas federales ha favorecido la participación en el PAE, del personal al nivel estatal y jurisdiccional, aunque se requiere de dar mayores facilidades al personal.
- Se fomentó y favoreció la permanencia de los responsables del Programa en los Estados, pero se requiere de mayor asignación de personal de apoyo.
- Incrementos de la supervisión a las jurisdicciones sanitarias.

Sustentabilidad:

Que esperamos:

- Mantener activos a los 32 Comités Estatales para la Seguridad en Salud.
- Atender al 100% de las solicitudes de apoyo realizadas por los Estados.
- Incrementar las acciones de supervisión al Programa.
- Elaborar diagnóstico de necesidades de capacitación para los responsables del Programa en los Estados y fomentar la capacitación especializada con enfoque regional.
- Actualizar los 32 programas estatales de Urgencias Epidemiológicas y Desastres.
- Realizar 6 cursos y/o talleres de capacitación y actualización para el personal involucrado en el Programa.

- Consolidar el modelo operativo de atención de emergencias en salud.
- Consolidar la implementación de los Programas Regionales Sur-Sureste y Norte.

Que necesitamos:

- Voluntad para la regularización de las reuniones trimestrales de los Comités Estatales para la Seguridad en Salud.
- Que los Servicios Estatales de Salud incrementen el recurso de operación para el Programa y más personal de apoyo al mismo.
- Mayor aporte en Ramo 33.
- Mayor involucramiento de las autoridades estatales y facilitar la participación de todas las áreas en las acciones de preparación y respuesta
- Establecer mecanismos de organización y financieros para asegurar la permanencia de los recursos humanos que han sido capacitados para la atención de urgencias epidemiológicas y desastres.

Dado lo anterior, la preparación y respuesta ante ocurrencia de diversas emergencias en salud como la aparición de enfermedades emergentes y reemergentes, desastres entre otros, debe continuar y ser fortalecida para mejorar la capacidad de respuesta a nivel nacional, estatal y local, para atender con oportunidad las necesidades de la población ante la ocurrencia de alguna contingencia en salud.

Programa de de Prevención y Control del Cólera

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA), contempla la Estrategia 2: "Fortalecer e integrar sectorialmente las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades con la participación activa de la sociedad organizada y la industria", y en la línea de acción 2.16 que a la letra dice: "Atender los efectos de los desastres y las urgencias epidemiológicas", fortaleciendo la capacidad de respuesta ante las enfermedades emergentes y re emergentes, entre las que se encuentra el cólera y otras enfermedades gastrointestinales agudas ocasionadas por bacterias del género Vibrio.

Desde 1991, año en que el padecimiento apareció nuevamente e México, la Secretaría de Salud (SSA) puso en marcha el Programa de Prevención del Cólera, con el objetivo de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica y control de la enfermedad, teniendo como componente básico la prevención.

No obstante y a pesar de los avances obtenidos en los últimos años, las enfermedades diarreicas continúan entre las primeras 20 causas de morbilidad y mortalidad general,

así como entre las primeras cinco causas de mortalidad entre los menores de cinco años, principalmente entre las poblaciones con menor índice de desarrollo humano.

Actualmente ésta enfermedad se encuentra en control epidemiológico. Sin embargo, en nuestro país persisten los riesgos para su reemergencia, por lo que es necesario continuar con acciones integrales de fortalecimiento.

Programa 2007-2012

- Fortalecer la coordinación institucional para establecer de manera oportuna un diagnóstico y un tratamiento adecuado, manteniendo la enfermedad bajo control epidemiológico en el territorio nacional.
- Fortalecer las actividades preventivas y mantener una vigilancia epidemiológica constante, focalizando en factores que incrementan el riesgo de que se presente nuevamente como:
    - Circulación de la bacteria en agua y alimentos.
    - Situaciones de emergencias y desastres naturales que afectan las fuentes de agua y alimentos.
    - Migración en territorio nacional
- Promover que los sistemas de abastecimiento de agua proporcionen permanentemente agua de calidad

Objetivo Estratégico:

Mantener bajo control epidemiológico el *Vibrio cholerae* en el territorio nacional.

En este sentido el Centro propone en su Programa de Acción Específico de Cólera, realizar las siguientes actividades para cumplir con los objetivos del mismo:

Acciones:

- Actualizar y estandarizar los criterios en vigilancia epidemiológica, diagnóstico, prevención, tratamiento y procesamiento de muestras en todo el país.
- Realizar acciones de promoción, prevención y control en comunidades con casos sospechosos de cólera, otorgando pláticas a la población sobre el manejo higiénico de los alimentos, desinfección de agua y manejo adecuado de basuras y excretas.
- Realizar acciones de promoción, prevención y control en comunidades con aislamientos de vibrio en muestras ambientales.

- Supervisar, asesorar y evaluar las acciones de vigilancia, prevención y control del cólera, con énfasis en áreas de riesgo, capacitando a los líderes estatales y jurisdiccionales.
- Búsqueda intencionada del 2% de *Vibrio cholerae* en humanos.
- Asegurar la dotación de insumos para la toma y envío de muestras.
- Establecer el Grupo de Trabajo Intersectorial de Prevención y Control del Cólera.
- Efectuar operativos preventivos en áreas de riesgo (zonas turísticas, antecedente de circulación, eventos de concentración poblacional, fronteras, etc.).
- Realizar análisis de información trimestral.

Con la realización de estas acciones el programa ha logrado importantes resultados, como lo fueron las capacitaciones regionales realizadas en el año 2010 (capacitando 31 líderes estatales); esto se refleja en el control epidemiológico que se ha mantenido de la enfermedad en el territorio nacional.

METAS E INDICADORES

Las metas anuales 2008 – 2012 Son:

- Cero defunciones anuales por cólera en las 32 entidades federativas del país.
- Realizar búsqueda intencionada de Vibrio cholerae en al menos el 2% de los casos de diarrea atendidos en las unidades médicas de las instituciones del Sector Salud.
- Realizar al menos cuatro reuniones anuales del Grupo de Trabajo Intersectorial de Prevención y Control del Cólera.
- Realizar dos operativos preventivos por año
- Supervisar a las ocho entidades federativas con menor desempeño en las actividades de prevención y control.
- Desde el año 2006, se mantiene la meta de cero defunciones anuales por cólera en las 32 entidades federativas del país; destacando la presencia de dos alertas epidemiológicas, una internacional en el año 2010 por la presencia de cólera en la Isla de la Hispaniola y la otra en México por un caso humano toxigénico en el municipio de Badiraguato, Sinaloa en el año 2011.

META: Realizar búsqueda intencionada de *Vibrio cholerae* en al menos el 2% de los casos de diarrea atendidos en las unidades médicas de las instituciones del sector salud.

INDICADOR: Porcentaje de casos de diarrea que acuden a unidades de salud con muestras de hisopo rectal, para la búsqueda intencionada de Vibrio cholerae.

Numerador: Total de casos de diarrea con muestras de hisopo rectal, para la búsqueda intencionada de *Vibrio cholerae.*

Denominador: Total de casos de diarrea reportados en SUIVE

Valor 2008: 2%

Fuente: Salud/SIS/SUIVE/guías de cólera

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 programado	2012 Al corte
-	-	-	1.86%	1.89%	1.90%	2.0%	2.0%

Avances al 2011: Al cierre preliminar se cuenta con un porcentaje de 1.90% de monitoreo en la búsqueda intencionada de *Vibrio cholerae* en las instituciones del sector salud, reportado en las guías de cólera.

- El incremento en el aumento del monitoreo de la vigilancia del 2% de la búsqueda intencionada en las unidades médicas del Sector es por las alertas sanitarias para la región de las Américas y las alertas epidemiológicas emitidas por la Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGAE) por la presencia de casos toxigénicos en el ambiente y en humanos durante el 2010 y 2011 en territorio nacional

META: Realizar dos operativos preventivos por año.

INDICADOR: Operativos preventivos para diarreas en áreas de riesgo y/o zona turística.

Numerador: Operativos preventivos realizados para diarrea realizados en áreas de riesgo y/o zonas turísticas.

Denominador: Operativos preventivos programados para diarrea realizados en áreas de riesgo y/o zonas turísticas.

Valor programado: realizar al menos 2 operativos preventivos de diarrea en áreas de riesgo y/o en zonas turísticas.

Fuente: Informe final de operativo preventivo realizado.

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 programado	2012 Al corte

-	-	-	2	2	5	2	2

Avances al 2011: Se han realizado 5 operativos preventivos de diarrea, uno en playa Miramar en Tampico, Tamaulipas, Peregrinación a Pie de Neblinas, Querétaro a la Basílica del Tepeyac en el Distrito Federal y 3 en el estado de Puebla (Cholula, Tehuacán y Tecamachalco). Importante a destacar es que en todos ellos no se presentaron brotes epidemiológicos

META: Supervisar/asesorar a las ocho entidades federativas con menor desempeño en las actividades de prevención y control del programa.

INDICADOR: Número de entidades federativas con asesoría y supervisión efectuada en el año.

Numerador: Entidades federativas con asesoría y supervisión realizada en el año.

Denominador: Entidades federativas con asesoría y supervisión programada en el año.

Valor programado: realizar visitas de supervisión/asesoría a las ocho entidades federativas con menor desempeño en las actividades de prevención y control del programa.

Fuente: Informe final de supervisión y cédula de supervisión.

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 programado	2012 Al corte
-	-	-	0	8	8	8	0

Avances al 2011: Se han realizado visitas de supervisión/asesoría a ocho entidades federativas.

Destaca la realización de una reunión nacional de líderes de cólera y urgencias epidemiológicas y desastres, con la presencia de 28 entidades federativas (88%) del total de los líderes en la cual se establecieron criterios y especificaciones técnicas sobre la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.

Esta estrategia ha mostrado sus beneficios manteniendo al cólera como una enfermedad bajo control epidemiológico en el país.

META: Realizar al menos cuatro reuniones anuales del grupo de trabajo Intersectorial de Prevención y Control del Cólera

INDICADOR: Reuniones efectuadas por el grupo de trabajo intersectorial de Prevención y Control del Cólera.

Numerador: Número de reuniones efectuadas por el grupo de trabajo intersectorial de Prevención y Control del Cólera

Denominador: Número de reuniones programadas por el grupo de trabajo intersectorial de Prevención y Control del Cólera

Valor programado: 4 reuniones al año, una por trimestre Fuente: Minutas de reuniones intersectoriales efectuadas al año.							
Basal 2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012 Programado**	**2012 Al corte**
-	-	-	4	4	4	4	1
Avances al 2011: Se han efectuado cuatro reuniones intersectoriales por el grupo de trabajo intersectorial de Prevención y Control del Cólera.							

RESULTADOS E INFORMES:

Al cierre de diciembre del 2011 sólo se han presentado dos casos toxigénicos de cólera en humanos (ambos en el estado de Sinaloa); en el año 2010, en el Municipio de Navolato y 2011 en el Municipio de Badiraguato, resto de entidades federativas sin presencia de casos toxigénicos en humanos.

Se lleva a cabo la evaluación y el seguimiento de los 32 programas estatales a través del informe mensual de cólera y de la estrategia de Caminando a la Excelencia.

En las 32 entidades federativas, sesiona el Grupo de Trabajo Intersectorial de Prevención y Control del Cólera.

Se ha logrado la capacitación de los líderes estatales y con ello la estandarización de procedimientos establecidos por el nivel federal, así como la gestión de recursos (hisopos rectales) a las entidades que lo han requerido.

Se trabaja en el proceso de publicación de la NOM-016-SSA2-2009, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera, después de haber revisado los comentarios a la publicación del Proyecto de la misma, nos encontramos en espera su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Sustentabilidad:

Que esperamos:

- Consolidar los grupos intersectoriales de cólera con la participación de los actores clave (e0pidemiologia, regulación sanitaria y organismos operadores de agua potable de los tres niveles de gobierno)

Que necesitamos:

- Voluntad política para destinar recursos de ramo 12 a la operación del programa (el gasto de operación: para acciones de promoción y prevención, de control de riesgos y atención del cólera, para que estas acciones se otorguen de manera eficiente, efectiva, de calidad y con cobertura total).
- Que se movilicen los recursos humanos que han sido capacitados para la prevención y atención del cólera en el nivel jurisdiccional y disminuir (evitar la rotación del personal)

- **Programa de de Prevención y Control de Rabia y Otras Zoonosis**

Programa de Acción Específico.

Programa de Acción Específico Rabia y Otras Zoonosis, 2007-2012.

Publicación en el Diario Oficial de la Federación

El Programa de Acción Específico de este programa no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Objetivo del Programa o Proyecto

Rabia

Este Programa se inscribe en la Estrategia 2 del PRONASA, Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, 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 y fauna silvestre.

Otras Zoonosis

En relación a las otras Zoonosis de importancia en Salud Pública, en el Objetivo Específico 5 del Programa de Acción Específico Rabia y Otras Zoonosis, 2007-2012, se menciona 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. De igual manera la estrategia 15.2 de este Programa de Acción incluye el impulsar una política integral en materia de Promoción de la Salud relacionada con la difusión de medidas preventivas para las Zoonosis de Interés en Salud Pública.

Periodo de vigencia

Del 1º. De diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2012.

Autorización Presupuestaria por año, 2006-2011

El presupuesto ejercido en el período ha correspondido en su mayoría al rubro “Medicinas y productos farmacéuticos” (Vacuna e inmunoglobulina antirrábica humana y medicamentos para la esterilización de perros y gatos) así como “Materiales, accesorios y suministros médicos” (material de curación utilizado en la esterilización de animales de compañía), “Impresión y elaboración del material informativo” (Normas, carteles y guías).

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Biológicos antirrábicos humanos	$22,594,685.00	$18,851,951.00	$18,580,662.48	$16,162,000.00	$20,691,315.00	$14,893,288.00
Insumos de esterilización	$2,258,850.00	$1,362,122.50	$1,907,752.00	$1,603,911.93	$7,260,715.28	$5,907,838.68
Difusión semanas	$439,360.00	$536,355.00	$218,647.86	$204,411.00	$206,190.00	$341,910.00

nacional y de reforzamiento						
Total	$25,292,895	$20,750,428.50	$20,977,062.34	$17,970,322.93	$28,158,220.28	$21,143,036.68

Transferencia de recursos a las entidades federativas

Para fortalecer el desarrollo del programa de rabia durante el periodo 2006-2011 en las entidades federativas, se apoyo en especie con insumos adquiridos por la fuente de financiamiento Ramo 12 Aportación Federal, como sigue:

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009	2010	2011
VAH dosis	64,893	56,633	67,960	53,710	64,671	40,338
IgAH frascos	34,284	19,838	23,806	12,720	22,363	13,300
Cirugías de esterilización	68,450	47,710	50,204	50,204	107,000	114,770
Impresos NOM y Guías	------	------	------	5,000	7,500	-----
Impresos carteles	30,000	30,000	30,000	45,000	45,000	45,000

Mismos que permitieron:

A. Brindar la atención antirrábica a las personas agredidas por animal sospechoso de rabia, con base a la evaluación de estos pacientes.
B. Alcanzar la meta de animales de compañía esterilizados como lo establece el PAT.
C. Apoyar la capacitación del personal operativo (Centros de atención canina y Guías para la atención médica y antirrábica de la persona expuesta al virus de la rabia y control de focos rábicos).
D. Difusión a la población de las Semanas Nacional y de Reforzamiento de vacunación antirrábica canina y Día mundial de la rabia.

El seguimiento de la utilización de los recursos aportados en especie se ha realizado con las siguientes acciones:

- Supervisiones directas a las entidades federativas.
- Incorporación de un convenio general denominado AFASPE, que ha permitido concentrar los recursos de diversos programas y establecer compromisos de las entidades federativas, el cual se fortaleció a partir de 2011.
- Se corrobora el cumplimiento de los indicadores AFASPE de manera trimestral, así como el envío de las observaciones por oficio a cada uno de los SESA.
- Diseño y uso de un sistema digitalizado (en línea) para el registro de las cédulas responsivas de esterilización realizadas con material aportado por la federación a los SESA y su cotejo con el SIS.
- Seguimiento en las entidades de la utilización de los biológicos antirrábicos humanos aportados por el CENAPRECE mediante la verificación de entradas y salidas registradas en el Kárdex estatal , así como del registro del uso de los mismos en el SIS en la atención a pacientes expuestos.
- Reportes de la difusión a la población de la ejecución de las Semanas Nacionales y de reforzamiento de vacunación antirrábica canina.

Resultados 2007 a 2011

Con el fin de mantener en cero los casos de rabia humana transmitida por perro, la Subdirección de Zoonosis estableció en su Programa de Acción Específico Rabia y Otras Zoonosis 2007-2012 los siguientes objetivos:

Objetivos Generales

- Mantener al país sin casos de rabia humana transmitida por perro.

Objetivos Específicos

- Alcanzar como mínimo 95% de cobertura de vacunación antirrábica canina y felina en todas las entidades federativas.
- Mejorar la atención antirrábica de personas agredidas por animal sospechoso de rabia en las 32 entidades federativas.
- Certificar a las entidades federativas que han logrado la eliminación de la transmisión del virus de la rabia variante V-1 (perro).
- Contribuir a la estabilización del crecimiento de la población canina en las entidades federativas.

- Intensificar la vigilancia, diagnóstico y tratamiento de otras zoonosis (brucelosis, leptospirosis, binomio taeniosis/cisticercosis) con enfoque regional para mejorar la atención en la población enferma.

Los mismos se cumplen en el Programa Anual de Trabajo (PAT) de Rabia mediante las siguientes líneas de acción y principales actividades que se ejecutan en las entidades federativas:

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

- Elaborar y difundir en tiempos oficiales el Plan de Medios.
- Promover la celebración de las Semanas Nacional y de Reforzamiento en las entidades e informar sus resultados.
- Disponer de los resúmenes de planeación y resultados de las SNyRVACyF.

2. Operativos de control de focos rábicos.

- Difundir y recomendar a los SESA apliquen la Guía para el control de los focos rábicos en animales de compañía.
- Promover en las entidades la ejecución de operativos de barrido al registrar casos de rabia canina.
- Al mismo tiempo informar a la población residente de las casas censadas sobre los riesgos de enfermar de rabia.

3. Estudios sobre innovación de tecnologías.

- Coordinar con los SESA el ensayo sobre uso de vacuna antirrábica canina oral.
- Coordinar ensayo sobre uso de una vacuna para inmunocontracepción en perros (hembras)

4. Reserva estratégica de biológicos antirrábicos de uso en humano en apoyo a las entidades

- Adquirir, distribuir y dar seguimiento al empleo de los biológicos antirrábicos entregados a los SESA.

5. Atención de personas agredidas con apego a la normatividad.

- Actualizar y difundir la normatividad para la atención antirrábica de las personas agredidas.
- Coordinar la capacitación de personal de salud para la atención antirrábica de personas agredidas.

6. Vigilancia negativa del virus de la rabia.

- Promover que los SESA envíen a los LESP cerebros de animales agresores que se sospechan padecen la enfermedad.
- Así como los perros retirados y sacrificados de lugares identificados como de riesgo en la transmisión de la rabia.

7. Certificar jurisdicciones sanitarias sin transmisión del virus de la rabia canina.

- Promover con los SESA obtengan este reconocimiento entregándose los lineamientos del procedimiento que se aplica.
- Asesorar a los SESA y sus jurisdicciones sobre el procedimiento que se aplica.
- Revisar y dictaminar los expedientes que presentan las jurisdicciones sanitarias y los SESA.
- Precertificar a las jurisdicciones sanitarias y SESA que cumplen con el procedimiento.

8. Ejecución de operativos de esterilización de animales de compañía.

- Consensuar con los SESA la cantidad de medicamentos y materiales según la meta anual.
- Adquirir y distribuir los medicamentos, suturas y materiales de curaciones establecidos.
- Conocer el empleo de los medicamentos y materiales entregados a los SESA mediante el registro en línea de las responsivas respectivas

9. Sacrificio humanitario de animales de compañía.

- Sugerir a los SESA solicitar la colaboración con los municipios para que realicen el sacrificio humanitario con apego a la normatividad.

- Recomendar a los SESA difundir la NOM-042-SSA-2006, Especificaciones sanitarias para los centros de atención canina.

10. Cumplimiento de indicadores del PAT.

- Corroborar en el SIS CUBOS Federales el registro trimestral de las actividades que consideran los indicadores
- Comparar esta información con la registrada en la plataforma SIAFASPE indicadores de rendimiento para conocer el avance de su cumplimiento y recomendaciones.
- Calificar el cumplimiento de estos indicadores mediante la metodología de Caminando a la Excelencia en Rabia.

11. Participar en la integración del AFASPE que coordina la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud en el programa de Rabia

- Coordinar el proceso de programación para definir las metas de los indicadores que contemplan las actividades de este programa.
- Asesorar y corroborar que los indicadores cuenten con soporte presupuestal en especial el Ramo 12 federal.
- Asegurar la entrega a los SESA de los insumos que le proporciona la Subdirección de Zoonosis
- Corroborar el empleo adecuado de los insumos entregados a los SESA

12. Capacitación del personal de salud sobre la prevención, diagnóstico y control de otras zoonosis.

- Promover con los SESA la notificación y registro de las zoonosis de interés en salud pública en el sistema oficial.
- Brindar asesoría técnica a los SESA mediante las Guías sobre diagnóstico y tratamiento en las zoonosis de interés en salud pública
- Colaborar con los SESA en la celebración de talleres con el personal operativo en la revisión de estas Guías.

Los resultados alcanzados en las entidades al aplicar estas líneas de acción y actividades han contribuido a cumplir las metas expresadas en los siguientes indicadores

INDICADORES

RABIA

Meta: Casos de rabia humana transmitida por perro						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Programados	0	0	0	0	0	0
Registrados	0	0	0	0	0	0

Continúa en cero los casos de rabia en humanos transmitida por perro, como resultado de la disminución de casos de rabia canina en el país asociado a la oportuna atención de los pacientes expuestos con biológicos de alta calidad.

Meta: Casos de rabia humana transmitida por otras especies						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Programados	0	0	0	0	0	0
Registrados	1	4	3	4	4	3

En contraste los casos de rabia en humanos transmitidos por animales silvestres continúan presentándose, ocurren en lugares rurales de alta marginación sin acceso a servicios de salud , lo cual continúa representando un reto como es el caso de Chihuahua en la región Tarahumara, Guerrero en la región de la Montaña (los amuzgos), Jalisco y Nayarit en la región Huichol; por otra parte casos como el de Veracruz por zorra y el de Jalisco por contacto con bovino se presentaron por la falta de información sobre la importancia de solicitar la atención medica y antirrábica ante una agresión o el manipular un animal enfermo; también se vieron afectados migrantes como el de la sierra de Juárez en Oaxaca y el de Huetamo en Michoacán que viajaron ya en periodo de incubación y desarrollaron la enfermedad para morir en los E.U.A. donde fueron diagnosticados éstos.

ENTIDAD	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Chihuahua				2 Zorrillos		1 Zorrillo
Guerrero	1 Quiróptero				1 Quiróptero	
Jalisco			1 Quiróptero	1 Contacto con bovino rabioso		
Michoacán		2 Quirópteros		1 Quiróptero	2 Quirópteros	
Nayarit			2 Quirópteros		1 Quiróptero	1 Quiróptero
Oaxaca		1 Zorra				
Veracruz		1 Zorra				1 Quiróptero

Se recomendó a estos SESA intensificar acciones de información a la población sobre el riesgo de enfermar de rabia, así como asegurar abasto de biológicos antirrábicos humanos en esos lugares para atender con oportunidad a las personas que denuncien agresiones por animales silvestres y reciban el tratamiento específico.

Meta: Casos de rabia canina						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Programados	152	87	36	23	14	10
Registrados	80	42	31	12	23	23

En el país 15 entidades son las que presentaron los casos, la tendencia que siguen es a la baja, para el período se observa una reducción del 34.5% entre lo programado con lo registrado. Baja California Sur y Sinaloa presentaron un sólo caso durante estos años en contraste con el Estado de México que suma 118 casos que corresponde al 55.9% del total reportado en el período (211), con persistencia del brote en municipios que conforman el Valle de México en lugares carentes de de servicios públicos con asentamientos irregulares en condiciones rurales dispersas y con basureros que facilitan persistan los perros ferales. Con menor número de casos relacionados con bajas coberturas de vacunación los estados de Chiapas y Yucatán.

Entidades	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Baja California Sur					1	
Chiapas		1	2		1	2
Chihuahua				1		
Distrito Federal	4					1
Guerrero	1			1		
Hidalgo	1	6	9	1		
Jalisco						1
México	51	15	9	6	19	18
Nuevo León					1	1
Oaxaca	4	4	1			
Puebla	9	5	5		1	
Sonora		2				
Sinaloa			1			
Veracruz	1	1				
Yucatán	9	8	4	2		

De los virus aislados de estos perros su origen por anticuerpos monoclonales correspondió a los registrados en Baja California Sur, Sinaloa y Sonora de variante hospedero zorrillo con evidencias clínico-epidemiológicas de agresión a los perros afectados por esta especie; uno de Chiapas y los de Nuevo León y Jalisco por variante hospedero murciélago insectívoro con evidencias de haber estado en contacto por compartir nichos ecológicos en áreas rurales y en el resto de los casos la variante hospedero perro, en el que el virus se compartió territorialmente entre los perros por colindancias municipales o movilización de éstos entre los estados de México (Ecatepec, Tecamac y Zumpango) con Hidalgo (Tizayuca) y el Distrito Federal (delegación Venustiano Carranza Mercado de Sonora), de igual manera los de Guerrero (Cuajunicuilapa) con Oaxaca (Pinotepa Nacional) y Yucatán(Mérida y Kanasin) con Chiapas(San Cristóbal de las Casas y Venustiano Carranza).

Meta: Personas agredidas por animal sospechoso de rabia						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Programados	110,691	103,151	110,764	106,790	103,351	101,904
Registrado	88,651	90,446	87,013	79,740	77,545	79,958
Porcentaje	-19.9%	-12.3%	-21.5%	-25.3%	-25.0%	-21.7%

La tendencia del número de personas agredidas por animal sospecho a rabia se mantiene a la baja de lo programado con lo registrado, observando el porcentaje de reducción en cada año cercano o por arriba del 20%. Una posible causa se relaciona con el incremento en el número de perros esterilizados que estimula a sus dueños a que los cuiden y ya no anden en la calle.

Meta: Personas agredidas que se indicó vacunar						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Registrado personas agredidas	88,651	90,446	87,013	79,740	77,545	79,817
Registrado se indica vacunar	24,500	30,004	25,794	22,740	20,901	27,120
Porcentaje	27.9%	33.2%	29.6%	28.5%	26.9%	33.9%

El comportamiento del porcentaje del inicio de tratamiento está próximo al valor promedio esperado (28.1%). En este período en el país se registraron 518,944 personas agredidas, habiéndose indicado iniciar el tratamiento a 153,946; se observa con agrado que 17 entidades se encuentran por debajo de ese valor con un rango de 7% a 27.4%, determinado por la capacitación que han brindando al personal de salud responsable de la atención antirrábica de personas agredidas, utilizando en forma adecuada los biológicos antirrábicos humanos; contrasta el resto de las entidades cuyos valores están por arriba con rangos que van de 28.4% a 54.3%

Por debajo del 28.1%	Porcentaje	Por arriba del 28.1%	Porcentaje
Baja California	7.0%	Aguascalientes	32.1%
Baja California Sur	7.9%	Campeche	41.3%
Colima	13.3%	Coahuila	28.4%
Chihuahua	26.6%	Chiapas	34.6%
Guanajuato	7.5%	Distrito Federal	32.4%
Guerrero	17.5%	Durango	37.5%
Hidalgo	26.7%	México	50.5%
Jalisco	13.8%	Michoacán	28.9%
Nuevo León	9.6%	Morelos	36.1%
Oaxaca	25.4%	Nayarit	33.3%
Puebla	23.4%	Sonora	44.2%
Querétaro	23.3%	Tabasco	40.4%
Quintana Roo	27.4%	Veracruz	36.8%
San Luis Potosí	18.0%	Yucatán	54.3%
Sinaloa	17.8%	Zacatecas	29.9%
Tamaulipas	17.0%		
Tlaxcala	16.5%		

Meta: Perros y gatos vacunados (millones)						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Programado	17.8	17.9	17.6	17.6	17.4	17.4
Alcanzado	16.9	16.9	17.3	17.0	16.9	17.6
Porcentaje	95%	94%	98%	97%	97%	101%

Se ha mantenido el compromiso de los SESA de llevar a cabo las semanas nacionales y de reforzamiento de vacunación antirrábica canina y felina cuyos resultados han permitido cumplir la meta sexenal establecida y contribuir a reducir la presentación de casos rabia en estas especies.

En el período suman 102.6 millones de dosis aplicadas a perros y gatos en el país, se destacan los estados de México con el mayor porcentaje y Colima con el menor de dosis aplicadas.

ENTIDAD	DOSIS EN MILES	PORCENTAJE	ENTIDAD	DOSIS EN MILES	PORCENTAJE
México	17,916.8	17.5	Tabasco	1,970.5	1.9
Puebla	9,072.0	8.8	Tlaxcala	1,952.3	1.9
Veracruz	7,217.4	7.0	Yucatán	1,949.5	1.9
Distrito federal	6,654.7	6.5	Tamaulipas	1,930.2	1.9
Michoacán	5,606.0	5.5	Baja California	1,746.9	1.7
Jalisco	4,787.0	4.7	Sinaloa	1,617.6	1.6
Guanajuato	4,750.6	4.6	Chihuahua	1,590.0	1.5
Hidalgo	4,658.6	4.5	Durango	1,447.4	1.4
Guerrero	3,051.1	3.0	Zacatecas	1,442.8	1.4
San Luis Potosí	3,027.2	3.0	Querétaro	1,384.2	1.3
Chiapas	2,735.5	2.7	Campeche	1,082.8	1.1
Nuevo León	2,694.7	2.6	Nayarit	886.8	0.9
Oaxaca	2,414.1	2.4	Aguascalientes	808.1	0.8
Sonora	2,336.9	2.3	Quintana Roo	733.0	0.7
Morelos	2,128.8	2.1	Baja California Sur	554.7	0.5
Coahuila	2,011.1	2.0	Colima	455.2	0.4

Meta: Animales de compañía esterilizados						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Programado	153,850	180,406	189,398	201,579	213,054	229,423
Alcanzado	171,609	209,155	209,562	222,889	281,508	328,363
Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Actividad de amplia aceptación y participación de las ONG's con quienes se comparte la responsabilidad en su ejecución, al igual que con médicos veterinarios de escuelas y facultades y en ejercicio libre de su profesión.

En el período se acumulan 1.4 millones de animales de compañía esterilizados que corresponden 68.8% a perros y 31.2% a gatos en que se destacan los estados de México con el mayor porcentaje y Aguascalientes con el menor número de esterilizaciones. De igual manera el rendimiento por institución participante corresponde al 10.7% a las ONG´s, autoridades municipales mediante los centros de atención canina el 41.1% y el resto 48.2% a los SESA a través del personal médico veterinario contratado para llevarlo a cabo.

ENTIDAD	ANIMALES ESTERILIZADOS	PORCENTAJE	ENTIDAD	ANIMALES ESTERILIZADOS	PORCENTAJE
México	295,957	20.8	Durango	19,334	1.4
Puebla	247,174	17.4	Quintana Roo	18,449	1.3
Distrito Federal	145,918	10.3	Baja California Sur	17,191	1.2
Jalisco	78,378	5.5	Querétaro	16,110	1.1
Guanajuato	77,228	5.4	Yucatán	15,378	1.1
Hidalgo	65,000	4.6	Guerrero	15,078	1.1
Veracruz	53,533	3.8	Chiapas	13,828	1.0
Nuevo León	38,967	2.7	Sinaloa	13,747	1.0
Oaxaca	37,387	2.6	Coahuila	11,584	0.8

Tlaxcala	37,141	2.6	Tamaulipas	11,389	0.8
Chihuahua	28,817	2.0	Nayarit	10,047	0.7
Baja California	28,655	2.0	Morelos	10,020	0.7
San Luis Potosí	25,106	1.8	Zacatecas	8,701	0.6
Tabasco	24,742	1.7	Colima	6,699	0.5
Sonora	21,490	1.5	Campeche	5,213	0.4
Michoacán	20,441	1.4	Aguascalientes	4,441	0.3

OTRAS ZOONOSIS

Son una prioridad para la Subdirección de Zoonosis la brucelosis, la leptospirosis y la teniosis – cisticercosis, orientándose las actividades que deben llevar a cabo los SESA en dos aspectos principalmente: como se diagnostican estos enfermos y los tratamientos que reciben, teniéndose como referencia lo que establecen las Normas Oficiales Mexicanas NOM-022-SSA2, Para la prevención de la brucelosis en el ser humano, NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano y NOM-021-SSA2- 1994, Para la Prevención y control del complejo teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención.

Brucelosis

Los casos que se registran en este período por el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) en el boletín de epidemiología son 13,624 enfermos en el país, ocupando los primeros lugares con tasas por 100 mil habitantes los estados de: Tlaxcala, Guanajuato, Zacatecas y Sinaloa.

ENTIDAD	TASA	ENTIDAD	TASA
Tlaxcala	8.9	Campeche	1.5
Guanajuato	5.9	Baja California	1.4
Zacatecas	5.8	Querétaro	1.2
Sinaloa	5.6	Quintana Roo	1.1

San Luis Potosí	4.6	Chiapas	0.9
Nuevo León	4.5	Baja California Sur	0.8
Sonora	4.4	Tabasco	0.8
Coahuila	3.9	Colima	0.8
Michoacán	3.9	Veracruz	0.8
Durango	3.4	Oaxaca	0.7
Jalisco	2.7	Aguascalientes	0.7
Morelos	2.6	Hidalgo	0.6
Tamaulipas	2.4	Guerrero	0.6
Nayarit	2.0	Yucatán	0.5
Puebla	1.9	México	0.3
Chihuahua	1.7	Distrito Federal	0.2

Por otra parte los casos notificados en la Secretaría de Salud en las entidades durante este período observan una tendencia ascendente y suman 7,802 (57.3% del total).

Casos de brucelosis notificados en el país						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Registrado SUIVE	1,870	1,874	1,956	2,218	2,730	2,976
Registrado SUIVE/Salud	1,049	1,016	1,146	1,365	1,615	1,611
Porcentaje	56.1%	54.2%	58.6%	61.5%	59.2%	54.1%

De esos casos atendidos por la Secretaría de Salud, sólo una parte el 80.5%, se registran en el Sistema de Información en Salud (SIS) como diagnosticados por la prueba Rosa de Bengala (6,284).

Comparativo casos de brucelosis registrados en la Secretaría de Salud						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
SUIVE	1,049	1,016	1,146	1,365	1,615	1,611
SIS (Rosa de Bengala)	735	986	979	1,207	1,403	974
Porcentaje	70.1%	97.1%	85.4%	88.4%	86.9%	60.5%

En estos casos se identificó que 40.3% recibieron esquema A (Tetraciclina + Estreptomicina), 50.6% esquema B (Rifampicina + Trimetoprim con Sulfametoxazol), 9.1% esquema C (Doxiciclina + Rifampicina) y 4.8% otros esquemas (Rifampicina + Quinolonas).

Las actividades realizadas para fortalecer en los SESA el diagnóstico y tratamiento de estos enfermos consideraron las siguientes acciones:

Elaboración e impresión de la "Guía para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Brucelosis", apoyo en la realización de talleres en los SESA Aguascalientes, Coahuila, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Puebla y Tlaxcala referentes a la difusión de dicha guía y actualización y publicación en el diario Oficial de la Federación el 14 de marzo de 2012, el PROY-NOM-022-SSA2-2010, Para la prevención de la brucelosis en el ser humano.

Leptospirosis

El SUIVE para este período acumulo 1,478 casos en el país, observándose un comportamiento a la alza en los últimos años.

Casos registrados de leptospirosis						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Casos	122	223	121	106	483	423
Tasa por 100 mil habitantes	0.11	0.21	0.11	0.10	0.43	0.38

Las entidades que reportan el mayor número de casos son: Tabasco, Veracruz y Sinaloa, sumando el 60.5% del total, ello coincide en aquellos lugares donde se han presentado fenómenos hidrometeorológicos.

ENTIDAD	CASOS	ENTIDAD	CASOS
Tabasco	387	Yucatán	10
Veracruz	353	San Luis Potosí	9
Sinaloa	156	Baja California Sur	6
Puebla	93	Colima	6
Hidalgo	82	Baja California	4
Chiapas	79	Coahuila	4
Guerrero	60	Michoacán	4
Oaxaca	49	Tlaxcala	4
Distrito Federal	41	Nuevo León	3
Sonora	37	Chihuahua	2
México	27	Aguascalientes	1
Quintana Roo	15	Durango	0
Jalisco	13	Guanajuato	0
Tamaulipas	13	Nayarit	0
Morelos	12	Querétaro	0
Campeche	11	Zacatecas	0

En 2009 se actualiza, imprime y distribuye el instructivo llamado “Qué lo orienta a pensar que es Leptospirosis”, con el fin de recordar a las entidades y alertarlos para el diagnóstico y atención de enfermos al presentarse eventos hidrometereológicos. Para el 2011 se comenzó el proceso de actualización del PROY-NOM-029-SSA2-2011, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.

Teniasis - Cisticercosis

Teniasis

El SUIVE para este período registra 2,216 casos en el país, observándose un comportamiento a la alza en los últimos años.

Las entidades que reportan el mayor número de casos son: Tabasco, Chiapas, Jalisco, Coahuila, Michoacán y Veracruz, sumando el 60.8% del total.

ENTIDAD	CASOS	ENTIDAD	CASOS
Tabasco	529	Baja California	37
Chiapas	214	Morelos	34
Jalisco	188	Zacatecas	33
Coahuila	148	Baja California Sur	31
Michoacán	139	Querétaro	18
Veracruz	129	Campeche	15
Guerrero	97	Hidalgo	13
Oaxaca	73	Quintana Roo	13
Sinaloa	69	San Luis Potosí	12
Puebla	66	Nayarit	10
Yucatán	66	Tlaxcala	10
Guanajuato	63	Colima	6
Chihuahua	60	Sonora	6
Tamaulipas	52	Durango	2
Nuevo León	43	Aguascalientes	1
México	38	Distrito Federal	1

Por otra parte los casos notificados en la Secretaría de Salud en las entidades durante este período observan también una tendencia ascendente y suman 909 (41.0% del total).

Casos de teniasis notificados en el país						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Registrado SUIVE	383	302	341	236	302	652
Registrado SUIVE/Salud	211	151	177	112	130	128
Porcentaje	55.1%	50.0%	51.9%	47.5%	43.0%	19.6%

Una parte de esos casos fueron registrados en el SIS, en promedio para ese período el 52.7%; así mismo de éstos se diagnosticaron por evidencia clínica el 60.3%, corroborándose mediante estudios de laboratorio el 39.7%.

Comparativo de casos de teniasis registrados en la Secretaría de Salud						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
SUIVE	211	151	177	112	130	128
SIS	66	120	80	71	76	66
Porcentaje	31.3%	79.5%	45.2%	63.4%	58.5%	51.6%

De los tratamientos que recibieron, el 81.7% fue con albendazol y el resto con prazicuantel (18.3%).

Cisticercosis

El SUIVE para este período registra 1,536 casos en el país, observándose un comportamiento a la baja en los últimos años.

Por otra parte los casos notificados en la Secretaría de Salud en las entidades durante este período observan una tendencia descendente y suman 745 (48.5% del total).

Las entidades que reportan el mayor número de casos son: Jalisco, Sinaloa y México, sumando el 37.6% del total.

ENTIDAD	CASOS	ENTIDAD	CASOS
Jalisco	274	Chiapas	23
Sinaloa	169	Querétaro	20
México	135	Colima	17
Distrito Federal	105	Oaxaca	15
Michoacán	104	Baja California Sur	14
Hidalgo	94	Guerrero	14
Guanajuato	87	Coahuila	11
Puebla	65	Morelos	10
Chihuahua	64	Quintana Roo	10
Veracruz	60	Nayarit	8
Nuevo León	58	Sonora	5
Durango	46	Tlaxcala	4
Zacatecas	44	Aguascalientes	2
San Luis Potosí	25	Campeche	2
Tamaulipas	25	Tabasco	2
Baja California	23	Yucatán	1

Una parte de esos casos fueron registrados en el SIS, en promedio para ese período el 50.9%, de éstos se diagnosticaron por evidencia clínica 47.5%, corroborándose mediante estudios de laboratorio el 52.5%.

Casos de Cisticercosis notificados en el país						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Registrado SUIVE	325	313	257	222	215	204
Registrado SUIVE/Salud	118	167	138	135	103	84
Porcentaje	36.3%	53.4%	53.7%	60.8%	47.9%	41.2%

Se reporta que fueron referidos a segundo o tercer nivel para su atención médica especializada al 47.2% de esos casos.

Comparativo de casos de Cisticercosis registrados en la Secretaría de Salud						
Años	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
SUIVE	118	167	138	135	103	84
SIS	29	95	68	88	54	45
Porcentaje	24.6%	56.9%	49.3%	65.2%	52.4%	53.6%

Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población blanco, en cuanto a los objetivos, compromisos y servicios prestados

De manera general se pueden listar los resultados obtenidos con un beneficio para la población de la siguiente manera:

- El país se ha mantenido sin casos de rabia humana transmitida por perro, cumpliendo con ello el objetivo general que se estableció en esta administración.
- Cinco entidades federativas (Chiapas, Chihuahua, Veracruz, Yucatán y Zacatecas) incumplen el objetivo de alcanzar como mínimo 95% de cobertura de vacunación antirrábica canina y felina en áreas de atención compartida con IMSS-Oportunidades.

- Al año se aplican en promedio 17 millones de dosis de vacuna antirrábica canina, lo que ha permitido disminuir los focos rábicos en esta especie, con excepción del Estado de México, Chiapas y Yucatán en donde persisten los casos.
- Se ha mantenido la calidad en la atención antirrábica de las personas agredidas por animal sospechoso de rabia en las 32 entidades federativas de manera gratuita, utilizándose vacuna e inmunoglobulina antirrábicas humanas que se aplican en países de primer mundo, para ello la Federación aportó en el período 348,205 dosis de vacuna y 126,311 frascos de inmunoglobulina.
- Ocho entidades (Nuevo León, Tabasco, Jalisco, San Luis Potosí, Durango, Baja California, Guanajuato y Puebla) inician proceso de certificación de áreas libres de la transmisión de la rabia canina para obtener este reconocimiento tal como ya lo tiene SESA Tlaxcala y está por ratificarlo.
- Para incentivar y recompensar la participación de los municipios en la prevención y control de la rabia canina se implementó la estrategia “Reconocimiento al municipio que apoya a la jurisdicción sanitaria en la eliminación de la rabia canina” que se aplica en 16 municipios del estado de México, 4 de Puebla y 4 de Tlaxcala.
- Se ha fortalecido la actividad de esterilización de animales de compañía (perros y gatos) en las 32 entidades federativas, para lo cual la Federación aportó en el período medicamentos y material de curación para llevar a cabo 438,338 cirugías, que corresponde al 30.8 % del total de las cirugías realizadas.
- Se promovió en ocho SESA (Aguascalientes, Coahuila, Hidalgo, Jalisco, México, Puebla y Tlaxcala) talleres para la revisión de la Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con brucelosis, con el propósito de orientar al personal médico en brindar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno a esos enfermos.

PROBLEMÁTICAS

Corto plazo.

A. Incumplimiento de la meta reducir la rabia canina por persistir los casos en tres entidades
B. Cada año en los SESA el presupuesto para apoyar las actividades de vacunación antirrábica canina y felina y esterilización de éstos se reduce y se pone en riesgo cumplir las metas.
C. Controlar los brotes de rabia canina en las tres entidades y con ello evitar la presentación de un caso de rabia en humano transmitido por esta especie.
D. Promover la estrategia “Reconocimiento al municipio que apoya a la jurisdicción sanitaria en la eliminación de la rabia canina” con el fin de aumentar el número de entidades y municipios en que se hace este

reconocimiento lo que contribuye a movilización de recursos en los SESA participantes.

E. Disponer de recurso humano para apoyar actividades en los componentes Brucelosis, Leptospirosis y Taeniasis/cisticercosis en los SESA.

Mediano Plazo

A. Reducir el porcentaje de inicio de tratamiento antirrábico en agredidos en quince entidades en que se aplican sin cumplir lo que indica la Norma.
B. Difundir la NOM-022-SSA2-2010, Para la prevención de la brucelosis en el ser humano.
C. Corregir en el SIS el número de casos de brucelosis con respecto a los registrados en el SUIVE.
D. Concluir los trabajos para la modificación de la NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis.
E. Ingresar al SIS el registro de los casos de leptospirosis, su diagnóstico y tratamiento.

Largo plazo

A. Mantener como mínimo el 95% de cobertura de vacunación antirrábica canina y felina, buscando nuevamente el fortalecimiento de la estrategia de difusión nacional en medios.
B. Eliminar la presentación de casos de rabia canina en áreas de riesgo.
C. Concluir el proceso de “Pre-certificación de áreas libres de la transmisión del virus de la rabia canina” en las jurisdicciones sanitarias de las entidades federativas que ya lo iniciaron e incorporar otros estados a este proceso.
D. Fomentar la asesoría al personal estatal y jurisdiccional de las entidades federativas respecto al manejo de: 1) Guía para la atención médica y antirrábica de la persona expuesta al virus de la rabia, 2) Guía para el control de los focos rábicos en animales de compañía y 3) Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con brucelosis.
E. Disponer en tiempo y forma del presupuesto en los SESA para la adquisición de los insumos que permitan la operación de los programas.
F. Corregir en el SIS el número de casos de taeniosis y cisticercosis con respecto a los registrados en el SUIVE.

- **Programa de Acción Específico: SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 2007-2012**

Integración de la plataforma única de notificación de casos sospechosos de influenza SINAVE

Como respuesta ante la pandemia de influenza A(H1N1), la Secretaría de Salud en conjunto con la Dirección General de Epidemiología pusieron en marcha la plataforma única de notificación de casos sospechosos a influenza. El 19 de Octubre de 2009 empezó a funcionar la nueva versión de la plataforma, en la que todas las instituciones del Sector Salud registraron casos confirmados de influenza A (H1N1), de enfermedad tipo de influenza (ETI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG). Para ello se adoptaron nuevos lineamientos sectoriales para la vigilancia que señalan como estrategia central la vigilancia centinela de la influenza.

El Sistema hasta la fecha ha resultado eficiente y sienta las bases para el desarrollo informático para la red de inteligencia epidemiológica mexicana (RIEM), que incluirá todos los sistemas de información para va vigilancia epidemiológica.

En el periodo postpandémico, se realizó la revisión, actualización e implementación de guías de vigilancia para definición de caso, reportes, atención de pacientes, toma de muestra, diagnóstico de laboratorio, tratamiento, referencia de pacientes, logística de insumos para control y promoción de la salud; con el reposicionamiento de las Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI), la implementación de un nuevo algoritmo de diagnóstico basado en la técnica CDC/OMS rRT-PCR y la implementación de una nueva plataforma de información basada en “web” para información en tiempo real.

Plataforma de Mortalidad Materna:

Se concluyeron las fases de construcción informática, pilotaje interno y externo y arranque.

Los principales beneficios obtenidos fueron:

A partir de la herramienta, el proceso de notificación no difiere por nivel operativo.

El formato incluye en tiempo real de captura, variables de interés para la implementación de acciones inmediatas como supervisión sanitaria a unidades de ocurrencia.

La herramienta informática creada en el trabajo conjunto del Grupo de Información, se colocó como eje para la evaluación e inicio de las acciones.

Los reportes e indicadores del sistema que se generan por la herramienta informática pueden obtenerse en tiempo real de captura.

Con el diseño de empate y carga de bases se manejan en plataforma 49 variables del formato, 12 generadas por el sistema, 5 que aporta COFEPRIS y 2 que aporta DGIS.

Entre las ventajas consideradas sobre otros módulos en plataforma, se agregó la posibilidad de identificar si la defunción notificada se encontraba registrada previamente en otro módulo, en cuyo caso se extraen sus datos de identificación y demográficos optimizando la captura. Así mismo los reporteadores son exportables en cinco tipos de formatos diferentes, y finalmente la carga de bases de COFEPRIS y de DGIS a la plataforma, con la consecuente integración de la información en bases y en pantalla de actualización.

En correspondencia con los cambios efectuados, se actualizó el manual de procedimiento y se elaboró el manual de usuario en plataforma.

Parálisis Flácida Aguda:

Se concluyó el módulo en plataforma única de información hasta la fase de pilotaje interno y externo, con las características adicionales de obtención de base de datos en Excel en tiempo real de captura, exportación de reportes en cinco tipos de formatos a elegir, obtención de indicadores operativos completos, lenguaje informático más actualizado y compatible con otras construcciones informáticas. En correspondencia con los cambios realizados al sistema y los futuros cambios al componente de información, se modificaron los lineamientos para la Vigilancia Epidemiológica y se entregaron de manera oficial en diciembre de 2010. Adicionalmente para la difusión de las actividades realizadas se elaboró el boletín semanal.

Sistema de Enfermedad Febril Exantemática:

Se concluyó la actualización de lineamientos para lo que se realizaron reuniones con CENSIA, INDRE, Grupo de Expertos y CONAVE para presentar las evidencias bibliográficas y concluir la actualización de lineamientos, se sometieron a la aprobación de lineamientos en CONAVE que incluyen actividades puntuales para SRC y se realizó la entrega oficial de lineamientos a las entidades federativas. Se actualizaron los indicadores de reporte a OPS en apego a los nuevos requerimientos.

Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes:

Se continuó con las mejoras al módulo en plataforma única de información mediante las siguientes acciones: agregar una fecha a todos los tipos de seguimientos a un paciente y además una variable de certificado de defunción el cual se habilitara solamente al seleccionar el estatus de Defunción, modificación a la lógica de registrar y número de semestre ya que el usuario argumentaba no utilizan dicho parámetro pero que le es más útil cambiarlo por un foliador de No de seguimientos, eliminación del parámetro y lógica de agregar No. de semestre el cual se modificó para que cuente seguimientos, adición de la variable de CAN ID a petición del usuario en la sección de pacientes validados y quitar la variable de No de Certificado. Se eliminó (temporalmente) el candado que permite solo registrar pacientes de fecha de nacimiento menores de 19 años y visualización de CAN ID en el apartado pacientes no validados. Así mismo se inició el ejercicio de depuración de la base de datos tomando en cuenta las reglas básicas de limpieza, inclusión y/o actualización de catálogos y corrección de problemas técnicos en la operación como flujos de datos.

Alerta temprana

Se replanteó el enfoque de las alertas emitidas por el SINAVE, a fin de cubrir diferentes aspectos como contenido basado en sustento bibliográfico y evidencia epidemiológica, recomendaciones en apego estricto a lineamientos, recomendaciones y cápsulas con ítems de importancia para considerar al enfrentarse a la situación epidemiológica que ocasiona la alerta.

Se inició el registro oficial de las mismas con asignación de código por sitio de emisión, año de emisión, orden secuencial y asunto: DGE/2010/19/PFA; así como la identificación de aviso bajo el sufijo -A

Se estableció la diferencia en intensidad o seguimiento para alertas vs avisos epidemiológicos.

Se rediseñó el formato en apego a las recomendaciones de la OMS.

Plataforma Rhove

Constituye una estrategia institucional que garantiza el manejo adecuado y oportuno de información sobre problemas de salud prioritarios, como las infecciones nosocomiales, lo que permite conocer con oportunidad y eficiencia el comportamiento epidemiológico de los principales problemas de salud, en el ámbito de la atención hospitalaria.

De 2007 a 2011 se realizaron actividades de capacitación dirigidas al personal responsable de las actividades de vigilancia epidemiológica y en general a todo profesional de la salud que maneje pacientes hospitalizados.

Año	Número de Cursos	Número de Entidades Federativas	Personal capacitado
2007	21	12	675
2008	13	12	838
2009	23	11	994
2010	19	8	792
2011	16	6	720

En el año 2009 con motivo de la influenza se impartieron 4 Cursos Regionales en el D.F., Guadalajara, Monterrey y Mérida respecto al tema Hospital Seguro frente a la Influenza; se capacitaron 432 trabajadores de la salud. Para estas actividades intrahospitalarias, se realizaron diversos documentos normativos de apoyo como se aprecia a continuación.

Del 2007 al 2011 se han realizado las siguientes supervisiones a unidades hospitalarias

En 2011 se supervisaron 9 Hospitales Generales.

En 2010 se supervisaron 7 Hospitales Generales.

En 2009 se supervisaron 40 Hospitales Generales.

En 2008 se supervisaron 12 Hospitales Generales.

En 2007 se supervisaron 6 Hospitales Generales.

En el año 2009 se creó el grupo Interinstitucional de trabajo contando con las siguientes instituciones de salud: IMSS, ISSSTE, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales, Asociación Mexicana de Hospitales Privados, COFEPRIS, SEDENA, Consejo de Salubridad General, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología, Asociación Mexicana para el estudio de las Infecciones Nosocomiales A.C.

Se actualizó la Plataforma Única del SINAVE en su componente de Infecciones Nosocomiales. Se terminó la "cedula de autoverificación para la vigilancia sanitaria de infecciones nosocomiales". Esta cédula se difundió a nivel nacional por parte de la COFEPRIS lo que permite a las unidades hospitalarias realizar una auditoría interna e identificar áreas de oportunidad y se elaboración del acta de autoverificación para la vigilancia sanitaria de infecciones nosocomiales, documento que difiere de la cédula principalmente en que es un documento más corto, más fácilmente aplicable, es punible y sancionable. Esta acta se utiliza en el nivel nacional por los verificadores de la COFEPRIS, con ella supervisan unidades hospitalarias en lo referente a las medidas de prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Actualmente a la RHOVE reportan un total de 298 unidades hospitalarias distribuidas de la siguiente manera: siete Institutos Nacionales, 52 Hospitales Pediátricos y de Especialidad y 239 Hospitales Generales.

Pulso Epidemiológico

Un elemento esencial para el seguimiento de programa de salud en México es la comunicación entre responsables de Programas y tomadores de decisiones. En ese sentido y por iniciativa de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, a

partir del mes de abril del 2008 se dio lugar a las sesiones semanales denominadas "Pulso Epidemiológico", coordinadas por la Dirección General de Epidemiología.

Las sesiones se concibieron como un espacio que permite la interacción entre responsables de los centros que integran a la SPPS así como con los responsables estatales involucrados; en él pueden tomarse acuerdos y atender problemas prioritarios, dar seguimiento a programas de la Subsecretaría y resolver emergencias nacionales, como fue el caso de la epidemia de influenza AH1N1; asimismo, es posible fortalecer la formación del personal vinculado con los servicios de salud al participar como observadores dentro de este foro.

El número total de sesiones realizadas en este periodo fue de 126, se tiene un promedio por sesión de 33 participantes, con una moda por sesión de 31, un número máximo de asistentes de 114 y un número mínimo de 19.

La participación virtual mantuvo un promedio de 16 participantes por sesión y a partir del 1 de septiembre del 2010 se mostró un incremento promedio de 50%; la participación presencial ha mantenido una participación relativamente constante en promedio de 22 participantes con un máximo de 61 asistentes.

NUTRAVE

El NUTRAVE es una estrategia focalizada, basada en un diagnóstico sindromático, conformada por conglomerados de unidades médicas centinelas de diferentes niveles de atención, unidad de análisis e inteligencia epidemiológica y laboratorio de diagnóstico, conectadas mediante un sistema informático en tiempo real, que detecta, identifica y caracteriza oportunamente eventos de riesgo para la salud de la población, y permita orientar el establecimiento de acciones de prevención, control y mitigación. A través de dicho conjunto de unidades médicas permite realizar diagnósticos de alta calidad, así como facilitar el reporte preciso y oportuno de datos. Este tipo de vigilancia está centrado en la obtención de datos de gran calidad en forma oportuna y sistematizada, mediante métodos de colecta estandarizados que garantizan la compatibilidad y capacidad de intercambio de datos entre las instituciones, entidades federativas y el nivel federal, rector del SINAVE.

Está conformado por los siguientes componentes: Unidad Médica Notificante de primero, segundo y tercer nivel de las diferentes instituciones del sector salud; Unidad Coordinadora implementada en nivel federal, estatal y Jurisdiccional; Unidad de Análisis implementada a nivel estado, jurisdicción o unidad médica y Unidad de Laboratorio

constituida por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), laboratorio estatales de Salud Pública (LESP) y laboratorio locales.

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) constituye una amplia gama de padecimientos causadas por diversos agentes etiológicos, de las cuales es necesario establecer los procedimientos de vigilancia epidemiológica de las que representen mayores riesgos para la salud de la población.

Por tal motivo en el 2010 se establece como actividad complementaria de vigilancia epidemiológica de EDA el Núcleo Trazador de Vigilancia Epidemiológica (NUTRAVE), dadas las características y beneficios de esta estrategia de vigilancia. En este año se realizó una prueba piloto de esta estrategia como parte de la atención al caso de cólera en Novolato, Sinaloa; instalandose en dos jurisdicciones del estado:

En 2010 se acordó la instrumentación de los NUTRAVE como una estrategia Sectorial de la Vigilancia Epidemiológica.

En 2011 los Servicios de Salud de las entidades federativas recibieron financiamiento federal y los lineamientos técnicos para establecer tres NUTRAVES en cada Estado.

El viernes 3 de febrero del 2012 se realizó en la sede de la Dirección General de Epidemiología, un taller con la presencia de los 32 epidemiólogos estatales y los 32 responsables de laboratorios estatales, para dar seguimiento de la implantación de esta estrategia. Hasta el momento 12 entidades federativas ya iniciaron operación de sus NUTREVES.

Enlace con el INSP para la georreferencia en el módulo de dengue

El objetivo es tener el enlace para mejorar la calidad de la información epidemiológica de Dengue, mediante la captura en línea del estudio de caso y la ubicación del mismo por sitio de residencia. Ha permitido homogeneizar la información epidemiológica de las enfermedades transmitidas por vector. El estudio de caso quedará almacenado en plataforma y mejorará la calidad de la información.

Permite a los usuarios ver el análisis actualizado de la información en cualquier momento con el enlace al INSP para obtener los mapas que pueden estar integrados por elementos en diferentes capas de diseño que hablan de clasificación de casos y crea el diseño de clusters bajo criterio homogéneo de ubicación geográfica y ocurrencia en tiempo.

Este enlace se desarrolló al mismo tiempo que el módulo de captura en la plataforma única de información, y entrega además de los mapas-reportes las variables para la base de datos de latitud – longitud que pueden en un momento dado ser extrapolables a otros sistemas de georreferencia automatizados.

Evaluar la calidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

En 2008 y 2009, mediante consultoría al Instituto Nacional de Salud Pública, se realizó la primera evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica y del estatus de recursos informáticos existente, mediante el cual se evidenciaron grandes problemas que había que abordar de manera inmediata como:

Distribución no equitativa del trabajo

Diferente nivel de desarrollo en cada uno de los sistemas de vigilancia epidemiológica

Trabajo en actividades monotemáticas desde la recepción hasta el análisis

Inversión de tiempo oneroso a actividades de recepción y compilación y pobre nivel de análisis y difusión

Vinculación tanto al interior de la institución como al exterior inexistente

Relación no formal y ocasionalmente desfasada del quehacer de los laboratorios de diagnóstico

Durante 2010 y 2011, se ha trabajado en dos líneas de evaluación: preparación para la instrumentación de la Red de Inteligencia Epidemiológica Mexicana (RIEM) y las herramientas que deberán incluirse en el acceso a la información establecido en el plan de medios

Este ejercicio ha consistido en evaluar y realizar la limpieza de las bases de datos para la propuesta de matriz de variables en RIEM y construcción de cubos dinámicos.

Reorganización de las unidades centrales del SINAVE.

En 2010 derivado del Decreto Presidencial que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, que quedó inscrito en el Diario Oficial de la Federación de fecha 02 de Febrero de 2010, se establece la creación de la Dirección General de Epidemiología, la cual quedará conformada por la Dirección General Adjunta de Epidemiología y la Dirección General Adjunta del Instituto

de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, mismas que se separan de la estructura orgánica actual del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) y en su lugar se creará el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, (CENAPRECE).

Para llevar a cabo lo anterior, en 2010 se refrenda el Manual de Organización de la Dirección General Adjunta de Epidemiología y en 2011 se inician los procedimientos administrativos correspondientes para refrendar el Manual de Procedimientos. Ambos documentos se desarrollan en conjunto con la elaboración del documento que define la descripción de Puestos de cada una de las Áreas, tanto de la Dirección General Adjunta de Epidemiología como del InDRE. Estos documentos son indispensables para conformar y oficializar la nueva estructura de la Dirección General de Epidemiología.

Diseño de Manuales.

A continuación se describen los Manuales elaborados por año.

Manual		Concluido	Liberado por el CONAVE	Entregado a los estados
Concluidos y publicados				
1	Manual del Módulo de Dengue en la Plataforma Única de Información	2008	2008	2008
2	Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de Dengue	2008	2008	2009
3	Manual de Enfermedad Febril Exantemática	2009	2009	2010
4	Manual de Rotavirus	2008	2008	2010
5	Manual de Infecciones Bacterianas Invasivas	2009	2008	Replanteado para NUTRAVE
6	Manual de procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica de enfermedad meningocóccica.	2010	2010	2010
7	Manual de procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza	2008	2008	2009

8	Parálisis Flácida	2008	2009	2009
9	Manual del Módulo de PFA en la Plataforma Única de Información	2009	2010	2010
10	Manual de procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica de Rickettsiosis	2009	2009	2009
11	Manual del Módulo de Muertes Maternas en la Plataforma Única de Información	2010	2010	2010
12	Notificación inmediata de Mortalidad Materna	2009	2010	Pendiente al 2011
13	Manual de procedimientos para la NUTRAVE de EDA	2010	2010	2010
14	Manual de procedimientos para la NUTRAVE de infecciones bacterianas de acceso respiratorio	2010	2010	2010
16	Vigilancia Epidemiológica de Tos Ferina y Difteria	2010	Pendiente al 2011	Pendiente al 2011
17	Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales	2010	2010	Pendiente al 2011
18	Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmitidas por Vector	2010	Pendiente	Pendiente
19	Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA	2009	Pendiente	Pendiente
20	Vigilancia Epidemiológica de Tuberculosis y Lepra	2011	Pendiente	Pendiente
21	Vigilancia Epidemiológica de Cáncer en Niños y Adolescentes	2011	Pendiente	Pendiente

Participación en el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS).

La Dirección General de Epidemiología, como instancia responsable de la información epidemiológica de este país, ha participado junto con la Dirección General de Información en Salud en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Información

Estadística en Salud (SINAIS). Durante el periodo 2007-2008 la coordinación se lograba a partir de los trabajos desarrollados en el seno del Grupo Interinstitucional de Información del Sector Salud (GIISS), al cual el representante de la DGE asiste de manera no muy regular a las sesiones bimestrales convocadas por la DGIS, quien lleva la coordinación de dicho Grupo.

Durante estos años, se destaca la colaboración en aspectos relacionados con la definición de poblaciones de responsabilidad institucional; definición de indicadores sectoriales; capacitación; implementación de las cuentas en salud; la definición de clasificaciones y estándares; el uso de la clave única de los establecimientos de salud y del uso del certificado de nacimiento; la interoperabilidad entre expedientes clínicos electrónicos; la georeferenciación de la información; así como el establecimiento de canales para dar respuestas a solicitudes internacionales y por la difusión de la información.

La participación de la DGE se hace más regular, tanto en las reuniones del CTESS como en las reuniones del Centro Mexicano de la Clasificación de Enfermedades (CEMECE), del cual somos miembros permanentes.

Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE)

El Comité es una instancia de coordinación permanente, en el que participan las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud: la Secretaría de Salud como cabeza del Sector, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en sus regímenes ordinario y oportunidades, el Instituto de Seguridad Social al Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR); Petróleos Mexicanos (PEMEX); el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI); siendo su principal objetivo, la unificación y homologación de los criterios, procedimientos y contenidos de la vigilancia epidemiológica para su aplicación en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Durante el periodo del 2006 a enero de 2012, se han realizado 126 reuniones del Grupo Técnico Interinstitucional del CONAVE, se establecieron 274 acuerdos a los que se dio seguimiento y cumplimiento en promedio del 91%.

Asimismo, los grupos de trabajo del CONAVE (Información, Vigilancia Epidemiológica en Enfermedades Transmisibles, Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles y Laboratorio) realizaron de 2 a 3 reuniones por mes.

Indicadores Caminando a la Excelencia

En relación con la Estrategia "Caminando a la Excelencia" y sus evaluaciones en el periodo 2007-2011, se conformaron trimestralmente Boletines con los resultados de las calificaciones correspondientes a los Programas que integraban esta estrategia y se revisaron los indicadores de dichos programas. En el cuadro siguiente se muestra los programas e indicadores revisados por año.

Año	Programas Evaluados	Indicadores Revisados
2007	19	124
2008	23	149
2009	26	148
2010	27	154
2011	27	164

Productos de información relevantes y de calidad para la toma de decisiones.

En ocasión de la Pandemia de Influenza A(H1N1) surge la necesidad de informar sobre la situación que guarda este padecimiento con mayor oportunidad, iniciándose la elaboración de boletines diarios; su contenido incluye el número de casos reportados a la SSA y las demás instituciones a través de la Plataforma Sectorial, incluyendo además los resultados proporcionados por el INDRE. A partir de finales de ese año la periodicidad del reporte se hace semanal.

Es durante el año 2010 que el programa editorial se enriquece considerablemente, como consecuencia de la restructuración de la Dirección de Información, cuyas áreas de análisis y difusión se avocan a elaborar un mayor número de productos de información. En ese sentido las metas alcanzadas superan por mucho a los productos programados originalmente, siendo su desagregación la siguiente:

Se da continuidad a la elaboración del Anuario de Morbilidad 2009 (casos nuevos de notificación semanal), en lo relativo a la versión de tres tomos (aproximadamente 1800 páginas), clasificados como ya se mencionó por entidad federativa, edad y sexo, padecimiento e institución notificante. Se enriquece la versión ejecutiva (un solo tomo), al agregarse a los cuadros tradicionales elementos gráficos (tendencias, canales endémicos, distribuciones,…) acompañados de textos breves descriptivos sobre los 20 principales padecimientos trasmisibles y los 20 principales no transmisibles. En la contraportada de esta publicación se agrega un CD conteniendo la información detallada de los tres tomos de la versión amplia del Anuario de Morbilidad.

Se da inicio a la elaboración de una nueva publicación denominada “Panorama Epidemiológico de la Mortalidad en México”, definiéndola como documento regular de publicación anual. Su fuente la constituye la estadística de Defunciones elaborada por INEGI/SSA. Este primer documento integra la información oficial más reciente disponible: la referente al periodo de 2008.

Se desarrolla un libro (periodicidad única) sobre Enfermedades de Notificación Semanal “Síntesis Epidemiológica 2009”, en el cual se describe cada uno de los 113 padecimientos captados por el Sistema de Notificación Semanal, acompañándose de la tendencia de los últimos diez años, la distribución por entidad federativa, las instituciones, edad y sexo.

Con motivo del bicentenario, se preparó una publicación Histórica (de periodicidad única) sobre de Estadísticas Vitales durante el periodo 1893-2010 con cifras de nivel nacional y para cada entidad federativa (un total de 800 páginas).

Se integra un plan editorial de catorce documentos de carácter monográfico, que conforman la serie de “Perfiles Epidemiológicos”, entre cuyos temas se cuentan los relativos a: Recién Nacido, Infancia, Adolescencia, Adulto Mayor, Salud Bucal, Neoplasias Malignas, Cáncer en Niños y Adolescentes, Influenza A(H1N1) y Adicciones, y Demografía y Salud. Cada uno de dichos documentos integra información proveniente del Sistema Nacional de Información Estadística en Salud, incluyendo en ciertos casos información de Encuestas Nacionales y Censos de Población.

Además de otros temas de carácter más general como:

El Anuario Estadístico de Morbilidad 2009 (versión completa (3 tomos) y versión ejecutiva)

El Panorama Anual de la Mortalidad 2008 (último año disponible de la estadística oficial)

Una Publicación Histórica de Estadísticas Vitales 1893-2010 (Nivel nacional y para cada entidad federativa)

Un Libro sobre Enfermedades de Notificación Semanal “Síntesis Epidemiológica 2009”

Con respecto a la emisión de boletines y reportes periódicos, debe destacarse la emisión semanal de un Boletín y seis Reportes sobre igual número de padecimientos. Lo anterior implicó la emisión de 52 números del “Boletín Epidemiología” y 52 número de cada uno de los Informes semanales de Influenza, Muerte Materna, Dengue, Temperaturas Extremas, Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias, sumando un total de 364 documentos de periodicidad semanal.

Para todos los casos se cuenta con el Registro Oficial del ISBN que le da reconocimiento a las publicaciones mencionadas y le aseguran valor curricular a quienes escriban en ellas. Dichas publicaciones están asimismo en proceso de ser incorporadas a la Página WEB de nuestra institución.

Proyectos de Colaboración México-Estados Unidos De América

Actualmente se mantienen tres proyectos de colaboración con el país vecino del norte:

Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Infecciosas en la Frontera Norte de México

Convenio para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la influenza

Sistema de Alerta Temprana.

Vigilancia Internacional

En febrero de 2009 la Dirección General de Epidemiología fue designada como Unidad Responsable del Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (CNE-RSI) ante la Organización Mundial de Salud.

Desde entonces EL CNE-RSI, ha participado activamente en la notificación internacional de emergencias de Salud Pública de potencial interés Internacional. Uno de los eventos más sobresalientes fue la Pandemia de Influenza del 2009, en la que México fue reconocido por la transparencia, oportunidad y calidad de la Información que compartió con la Organización Mundial de la Salud y la Comunidad Global

Modificación de la NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica

El PROY-NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica ha sido consensuado por las instituciones y dependencias que conforman el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), el Grupo Técnico y las unidades de epidemiología de los Servicios de Salud de las 32 entidades federativas. Este proyecto de norma se acompaña de un Documento Técnico Operativo para la Vigilancia Epidemiológica (DTOVE), en el cual estarán establecidos y descritos los procedimientos específicos para la aplicación de los lineamientos establecidos en el Proyecto de Modificación.

El proyecto de modificación fue presentado en noviembre del 2010 al Comité Consultivo Nacional de Normalización en Prevención y Control de Enfermedades (CCNNPCE), del cual se desprendió la sugerencia de someter el proyecto de modificación hasta concluir con el DTOVE.

El DTOVE se ha elaborado y consensuado en el CONAVE. El 20 de febrero del 2012 se compartirá para conocimiento del CCNNPCE conjuntamente con el Proyecto de Modificación de Impacto Regulatorio, la NOM, ahora titulada PROYECTO de NOM-017-SSA2-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Esta Norma fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de noviembre de 2009 y fue el resultado de 9 reuniones académicas con el grupo de expertos.

Los beneficios obtenidos de la nueva NOM 045 SSA 2005 es que es de observancia obligatoria en todas las instituciones que prestan servicios médicos de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. Propone reducir las tasas de morbilidad y mortalidad ocasionadas por dichos eventos, mediante la modernización de las características y criterios que permitan proteger y promover puntualmente la salud de las personas contra las infecciones adquiridas intrahospitalariamente secundarias a procedimientos invasivos, diagnósticos o terapéuticos y, además, establece los lineamientos tanto para la recolección, análisis, sistematización de la información y toma de decisiones para la aplicación de las medidas de prevención y control pertinentes.

Programa de Residencia en Epidemiología (PRE)

El objetivo principal del PRE es la formación de Lideres Especialistas en Epidemiología con un perfil que responda a las demandas actuales de la salud pública, capaces de definir e implementar las directrices, estrategias e intervenciones para responder a las necesidades de salud de la comunidad y a los futuros cambios sectoriales impulsados por la reforma del sector salud en México. En el 2011 para iniciar el ciclo académico, se actualizo el Plan de Estudios por Competencias Académicas en el ámbito epidemiológico.

Actualmente el programa de residencia cuenta con 29 asignaturas que cursan los residentes en los tres años. El programa se ha diseñado con base en competencias académicas bajo un esquema de consenso, mismas que se están implantando en la generación 2011-2014 siguiendo 8 grandes dimensiones que son: Conocimiento Fundamental, Análisis, Evaluación, Trabajo Comunitario, Comunicación, Administración y Gerencia, Liderazgo y Política Pública en Salud, que contienen 60 competencias.

Los residentes han participado en 33 operativos y atención de brote: en 2007, 18; en 2008, dos; en 2009, tres; en 2010, siete y en 2011, tres:

Investigación Operativa Eidemiológica

La Dirección General Adjunta de Epidemiología desarrolló en el período 2007-agosto 2011, 40 Proyectos de Investigación:

AÑO	TITULO	AUTOR
2007	Análisis comparativo de la vigilancia epidemiológica de la violencia familiar en México 2000-2006, con otros países en América Latina	Dr. Gerardo García Ruiz
2007	Panorama Epidemiológico del cáncer de mama en México, 1998-2006: una perspectiva desde los sistemas de información y vigilancia	Dr. David Alejandro Cabrera Gaytán
2007	Asociación entre el serotipo de dengue virus infectante y el cuadro clínico de los casos de Fiebre Hemorrágica por Dengue, México 1996-2006	Dra. Mónica AlethiaCureñoDiaz
2007	México en el contexto de la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en América Latina del 2000 a 2007: una análisis comparativo	Dr. Williams Muñoz Mendoza

2007	Caracterización de un brote de trastorno conversivo en un internado de adolescentes en Chalco, estado de México, 2007	Dr. Raúl de Jesús Ramírez Contreras
2007	Síndrome de Rubéola Congénita: serie de casos, México 2000-2005	Dra. Flor de María Kruse Madrid
2007	Perspectiva epidemiológica de la reducción de la desnutrición en menores de cinco años en México entre 2000-2005	Dr. Marcelino Esparza Aguilar
2007	Panorama Epidemiológico del tétanos neonatal, México, 2000-2006	Dr. Víctor Hugo Gutiérrez Muñoz
2007	Tendencias de la mortalidad por VIH/SIDA en México en el periodo 1990-2005, como contexto de la evaluación de intervenciones en salud	Dr. Mario Gómez Zepeda
2007	Vacuna contra el Virusdel Papiloma Humano: ¿Es posible prevenir el cáncer cérvico-uterino?	Dr. Alfonso Vallejos Parás
2008	Eventos temporalmente asociados a la vacunación frecuencia, tendencia y distribución en México 2003-2007	Dr. Joel Villanueva Domínguez
2008	Impacto de la vacuna antineumocócica conjugada 7-valente en la morbilidad y mortalidad en menores de cinco años después de su introducción en el año 2006 en 16 entidades federativas de México	Dra. Janett Caro Lozano
2008	Análisis del comportamiento de la morbilidad y mortalidad por enfermedad diarreica aguda en las zonas de impacto de los huracanes "Stan y Wilma" en los estados de Chiapas y Quintana Roo octubre de 2005	Dr. Alejandro Federico Juárez Parres
2008	Asociación entre la vacuna anti-rotavirus humana monovalente e invaginación intestinal en menores de un año en tres hospitales pediátricos del Distrito Federal, México, durante el periodo agosto 2007 julio 2008: Estudios de Casos y controles	Dra. Ilse María Julia Herbas Rocha
2008	Morbilidad por parálisis flácida aguda en México en el periodo 2003-2007	Dra. Nereida Aguiar Aguilar
2008	Situación actual de la tuberculosis farmacorresistente en el estado de Veracruz periodo 2005-2007	Dr. Christian Arturo Zaragoza Jiménez
2008	Alacranismo: enfoque clínico y epidemiológico para el personal de salud	Dr. Iván Renato Zúñiga Carrasco
2009	Situación Epidemiológica de la Morbilidad del Binomio Tuberculosis-Diabetes mellitus en la República Mexicana 2006-2008	Dra. Yesika Arellanos Jacinto
2009	Panorama Epidemiológico de cáncer en personal que labora en la	Dra. Llurely

	CONAMED, México, 2009	Cristina Islas Téllez
2009	Análisis epidemiológico de la morbilidad por cáncer en niños y adolescentes atendidos en las unidades médicas acreditadas de la secretaría de salud, 2005-2008	Dra. Tania Villa Reyes
2009	Relación entre la contaminación atmosférica en la Ciudad de México y la incidencia de enfermedades respiratorias agudas en su población general entre los años 2000 y 2007	Dr. Ángel Alberto Bernal Gutiérrez
2009	El consumo de alcohol, cocaína y marihuana, como causa de mortalidad en colisiones automovilísticas en México, Año 2007	Dr. Mario Alberto Galicia Marín
2009	Factores asociados a la mortalidad en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en las delegaciones Iztapalapa y Coyoacán del Distrito Federal durante el periodo 1998 a 2004	Dra. Yuridia Mujica Vargas
2009	Estimación de las acciones de manejo determinantes en la evolución clínica de pacientes con Fiebre Hemorrágica por Dengue	Dra. María Guadalupe Ramírez Ramírez
2009	Subregistro de casos nuevos de tuberculosis pulmonar en la jurisdicción Cuauhtémoc de México, D. F. de 1998 al 2007, uso del método de captura-recaptura	Dra. Laura Armas Vélez
2009	Evaluación de la prueba rápida ChagasStat-Pak para el diagnóstico serológico de infección por Trypanosomacruzi, en campo, en los estados de Campeche, Chiapas, Puebla y Yucatán en el año 2008	Dr. Gabriel Valle Alvarado
2009	Prevalencia y factores de riesgo asociados a la infección por T. Cruzi, en comunidades rurales con evidencia de dinámica de transmisión en los estados de Campeche, Chiapas, Puebla y Yucatán en el 2008	David Alberto Hernández Arroyo
2009	Panorama Epidemiológico de las infecciones por salmonella en México del año 2000 al 2008	Dr. Jorge Antonio Luna Reyes
2010	Principales serotipos de Salmonella identificados en los servicios de salud de México durante el periodo 2005-2009	Dr. Oscar Martínez
2010	Índice de Positividad y Sensibilidad de Vibrio cholerae y Vibrio Parahaemolyticus.	Dra. Ana Carolina Robles Bustamante
2010	“Susceptibilidad antimicrobiana in vitro de Salmonella spp. en México, 2007-2009”	Patricia C. Bonequi-Alvarado
2010	Análisis epidemiológico-virológico del sistema de información infolabpara el laboratorio de ARBOVIRUS/InDRE.	Diana Carrasco-Alcántara

2010	Shigelosis: una enfermedad olvidada.	Miguel Ángel Xolocotzi Juárez
AÑO	TITULO	AUTOR
2010	Apego a la definición operacional de caso probable de EFE en las muestras enviadas al InDRE en 2009 y 2010.	María del Mar Sánchez Casir
2010	Evolución y tendencia en el diagnóstico serológico de la tripanosomiasis americana en los laboratorios de salud pública y el instituto nacional de diagnóstico y referencia epidemiológica, en México en el período 2001-2010.	Paola Olmos-Rojas
2011	Prevalencia de infecciones asociadas a catéter en diversos servicios del Hospital General de México. de enero a diciembre de 2010.	Diana Patiño Morales, Carlota Cruz Gómez
2011	Tuberculosis. Un Problema de Salud Pública en el Hospital General de México. 2008-2010.	Dra. Ana Carolina Robles Bustamante
2011	Riesgo de neuroinfección asociada al sistema de derivación ventrículoperitoneal en pacientes pediátricos del Hospital General de México"	Patricia C. Bonequi-Alvarado
2011	Prevalencia de neumonía asociada a ventilación mecánica en UCIA de un Hospital de México (HECM).	Gabriela Peregrino-Rodríguez
2011	Diagnóstico de tuberculosis por autopsia en un hospital de concentración, México 2008-2010.	Paola Olmos-Rojas

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)

A fin de renovar y actualizar las tecnologías de información y comunicación de la DGAE, adecuándolas a las necesidades de la inteligencia epidemiológica, como primer paso durante 2009 se realizó un diagnóstico de la infraestructura tecnológica de hardware, software así como de medios y equipos de comunicación interna y externa.

Durante 2009 se gestionó ante la Dirección General de Tecnologías de Información (DGTI), la Integración de la DGAE a la Red Metropolitana en Salud, con el fin de contar con una red tanto de voz y datos a nivel Institución con servicios integrales que ayuden a reducir costos en llamadas, pero a su vez contar con servicios de calidad.

Con el apoyo de la DGTI durante 2011 se llevo a cabo la sustitución del 100% del equipo informático de oficina en lo relativo a: computadoras de escritorio, computadoras portátiles, computadoras especiales para diseño, impresoras y multifuncionales, escáners y no breaks, incluyendo la actualización del software requerido para operar los equipos.

Al mismo tiempo mediante los recursos financieros del AFASPE, a partir de 2009 se han otorgado a los Estados a nivel estatal y jurisdiccional, cantidades etiquetadas específicamente para la adquisición y/o renovación de Equipos de cómputo, Servidores, hardware y software, acceso a internet y otros, como parte fundamental de la modernización del SINAVE.

Sistema Integral de Información de Laboratorios (SIIL)

El Área de Informática de la DGAE realizó el desarrollo del software del Sistema Integral de Información de Laboratorios (SIIL) para ser utilizado por el InDRE y la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP) que operan en cada Estado. El SIIL optimiza la operación del Laboratorio al hacer más eficiente la recepción, captura, envío, recopilación, análisis y procesamiento de datos de las actividades sustantivas del InDRE. El SIIL es una aplicación en línea que proporciona información en tiempo real, que permite dar seguimiento a las muestras desde su registro y hasta la emisión de sus resultados a través del código de barras, apoyando la operación del InDRE y de la RNLSP permitiendo el intercambio de información de acuerdo con:

Marco Analítico Básico

Manual para la Toma, Envío y Recepción de Muestras

Formato para envío de Muestras.

Uno de los principales retos será integrar la información epidemiológica procedente de la red de inteligencia epidemiológica Mexicana (RIEM) con la que provenga de los laboratorios (InDRE + RNLSP), para lo cual se deberá crear la interfase entre el SIIL y la RIEM.

Red de Inteligencia Epidemiológica Mexicana (RIEM)

Consideramos que el proyecto culminante del período 2007-2012, es la Red de Inteligencia Epidemiológica Mexicana (RIEM), cuyo objetivo general es llevar a cabo el diseño, la construcción y la implementación de una nueva Plataforma Informática que

se constituya en el Sistema de Información de la Red de Inteligencia Epidemiológica Mexicana, mediante la cual el SINAVE logre modernizar su infraestructura informática y los procesos de recopilación, procesamiento, análisis, y difusión de la información esencial para la vigilancia epidemiológica del país.

Los objetivos específicos son:

Propiciar una seria revisión de los fundamentos teóricos de la vigilancia epidemiológica actual.

Incorporar críticamente una visión longitudinal y multicausal de los procesos morbosos.

Asegurar la integración intersectorial de múltiples fuentes de información.

Integrar para los diferentes padecimientos con un conjunto homogéneo y actualizado de elementos de apoyo al sistema informático.

Vincular la información con la toma de decisiones para contribuir al diseño y evaluación de intervenciones de salud pública.

La solución estará integrada en un portal único donde se articulen los componentes necesarios para su operación:

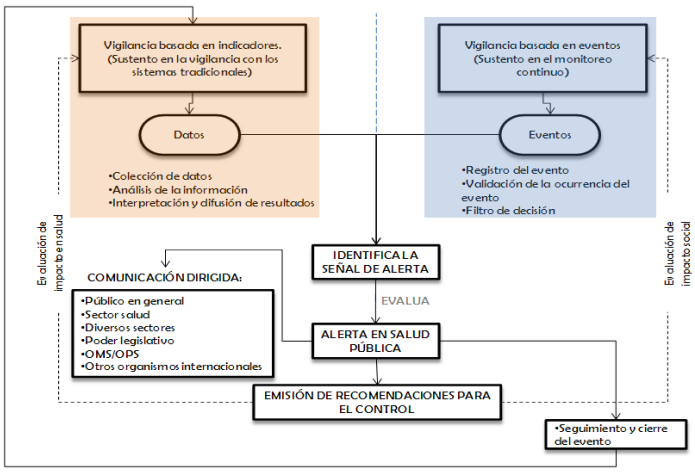
Alerta Temprana

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

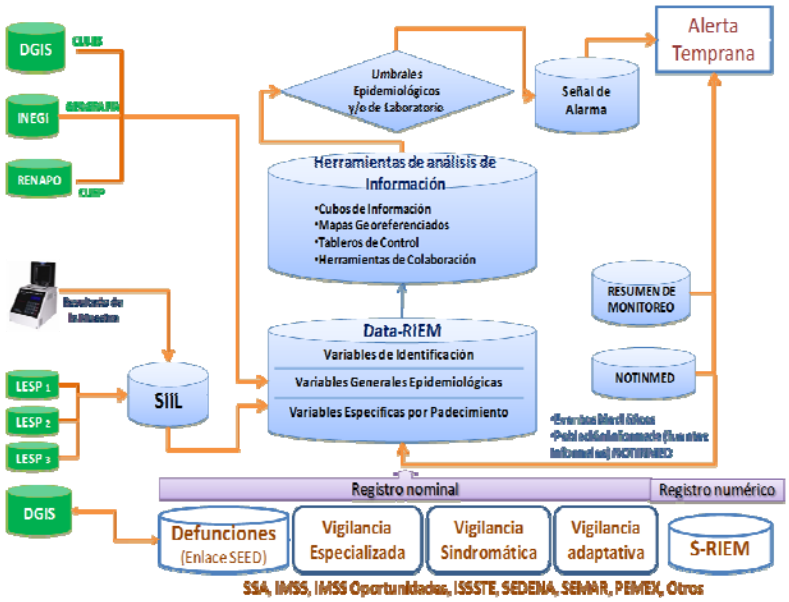
Sistema de Información Integral de Laboratorio (SIIL)

Herramientas de Apoyo y Colaboración, para que todos los componentes interactúen entre sí.

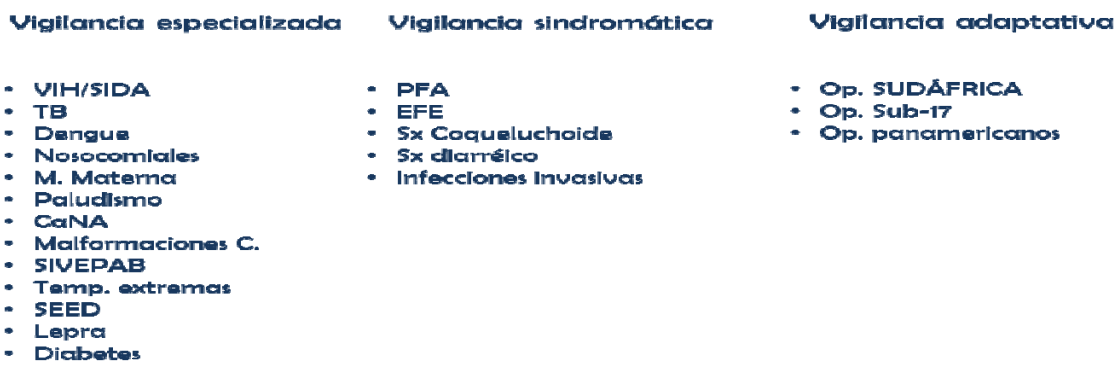
La inteligencia epidemiológica (IE) comprende todas las actividades relacionadas con la identificación temprana de amenazas potenciales a la salud.



Para la RIEM, como en todo sistema, el conocimiento de sus características y funcionalidad, deben ser analizadas a través de las tres fases principales que lo componen: entradas, procesos y salidas que a continuación se describen:



Procesos de entrada. La primera decisión de entrada corresponderá a la puerta que se requiere.



Cada entrada servirá a diferentes estrategias, por ejemplo la fuente que registra Síndrome diarreico, pueden ser: las unidades monitoras de rotavirus, las unidades que hacen vigilancia universal de cólera, la base de datos de la SIIL o las de NUTRAVE.

Para la vigilancia especializada, de acuerdo con la composición de los formularios para estudio epidemiológico de caso correspondientes a los diferentes sistemas, las variables a investigar se pueden clasificar y ubicar en diferentes secciones dependiendo de su naturaleza.

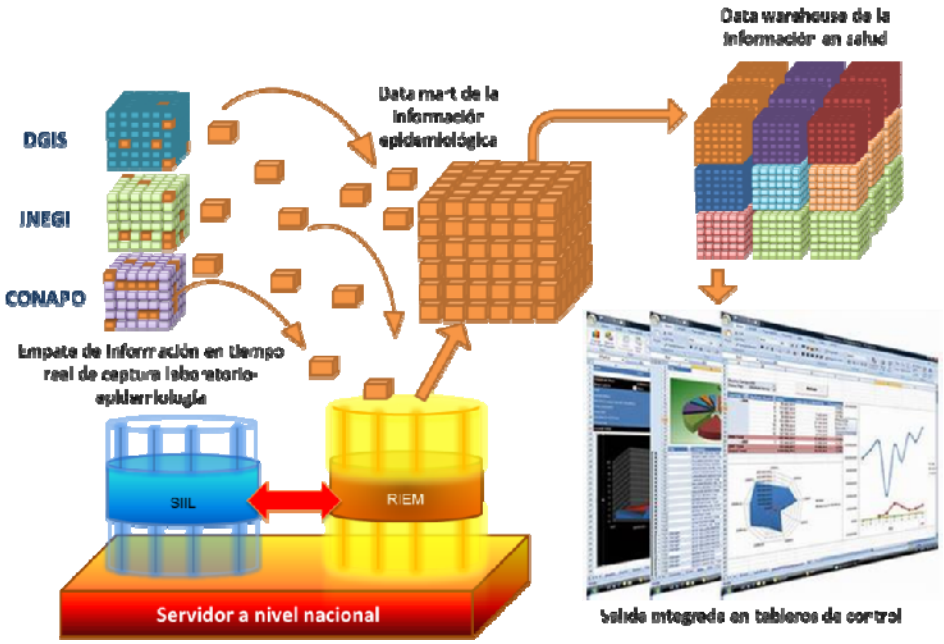
Las secciones de identificación y unidad notificante son las variables llave, ya que a partir de estas: se genera la identificación única que empatará los datos con el componente SIIL y tentativamente con otras dependencias; se establecen las acciones para las que se está facultado dentro de la RIEM; y son comunes a todos los sistemas de vigilancia especializada en RIEM. Una vez abierta la llave, el diagnóstico probable hace la llamada a las variables que son pertinentes para visualizar la captura del formulario exprofeso.

Aunque los componentes que no son nominales difieren en el acceso al no existir variables llave, la conformación de bases se realiza bajo la misma dinámica que en los sistemas especializados: por tablas construidas a partir de variables clasificadas en secciones.

Para la generación de señales de alerta a partir de la RIEM, se establecen umbrales puntuales o de seguimiento que se actualizan a partir de la información ingresada.

Los tableros de control se crean a partir de los datos almacenados y procesados para generar cuadros de salida, gráficas y georreferencia de casos. Todos los elementos finales del proceso se copilan en una pantalla de salida junto con elementos externos como reportes del monitoreo, bases de otras dependencias, resultados de laboratorio.

Esquemas de interacción posibles



Sistemas de evaluación y gestión de calidad

Sistema de aseguramiento y control de calidad

Revisión y seguimiento de indicadores de Desempeño (manual metodológico)

Revisión de productos de información

Mecanismos de mejora

Programa nacional de gestión de Calidad (junto con el INDRE)

Mejora continua de productos, procesos y servicios.

Contenido del Sistema Informático y elementos que le dan sustento.

Si bien el desarrollo informático constituye la parte más visible del sistema de información en tanto que mediante este se realiza el ingreso de los datos a través de su captura y la emisión de los resultados, su operación no sería posible sin la existencia de los otros elementos del sistema como a continuación se describen.

Perspectivas

Se pretende que la RIEM abatirá los problemas actuales al eliminar las múltiples plataformas para los distintos padecimientos enfocándolos en un registro homogéneo, y en algunos casos por sintomatología, apegándose a resultados concretos de laboratorio para la emisión de dictámenes con base en pruebas fidedignas. Sobre el resultado obtenido podrían anexarse de manera dinámica un set de nuevas variables de acuerdo al padecimiento.

- **Programa de Acción Específico: InDRE FORTALECIMIENTO DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS 2007-2012**

El Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) 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 (primario, control de calidad y referencia) investigación y desarrollo tecnológico para la inteligencia epidemiológica.

En este periodo se tienen las siguientes metas:

Cumplir por lo menos con el 90% de la cobertura del servicio en muestras que ingresen al InDRE para diagnóstico de referencia y control de calidad. Una vez lograda la meta se incrementará para 2012 a 95%.

Mejorar la oportunidad de la información de laboratorio para la vigilancia epidemiológica por lo menos el 80%. Para 2012 se incrementará a 85%.

Lograr que por lo menos 60% de los laboratorios estatales de salud pública (LESP) cubran el 90% del marco analítico básico. Se incrementará a 70% para el 2012.

Incrementar en 1% el nivel de desempeño nacional de la red nacional de laboratorios de salud pública año con año.

Sustentar la competencia técnica mediante un sistema de gestión de la calidad para garantizar la confiabilidad de la información. Lograr la certificación en 2012

Construcción del nuevo InDRE e inauguración para 2012

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

MISIÓN

Ofrecer productos y servicios de referencia, investigación, innovación tecnológica y capacitación de recursos humanos, que garanticen la definición de enfermedad, mediante diagnósticos de calidad comprobada, a través de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP) en respuesta a las necesidades de vigilancia

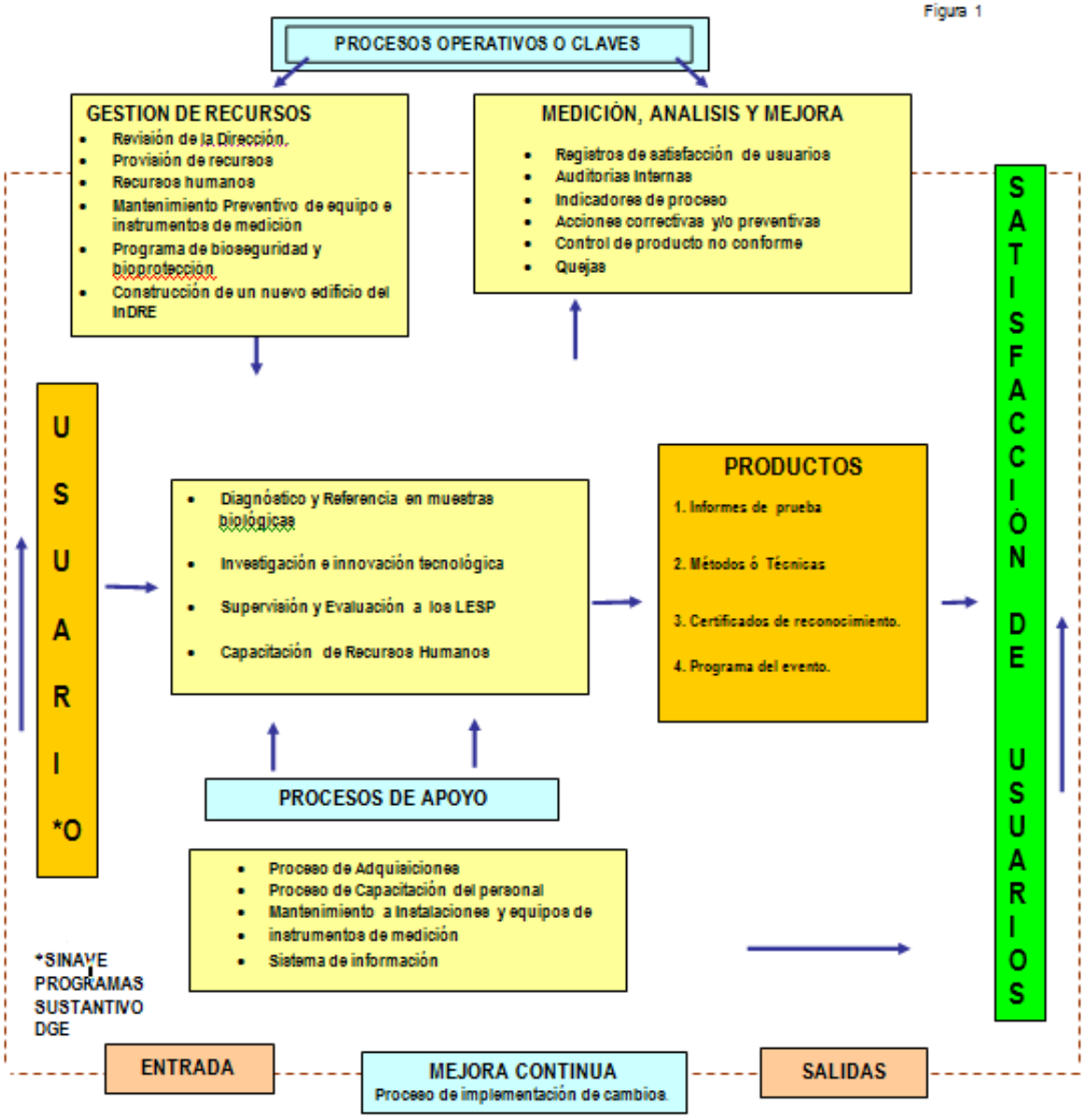
epidemiológica garantizando resultados confiables y oportunos para la toma de decisiones que permitan mejorar los indicadores de morbilidad y mortalidad en las principales enfermedades de importancia en salud pública, así como la alerta temprana ante enfermedades emergentes en el contexto internacional.

VISIÓN

Llegar a ser una Institución de excelencia, respetada en el ámbito de su competencia, líder en el diagnóstico, la referencia, investigación, innovación tecnológica y capacitación de recursos humanos, con respuesta confiable y oportuna ante los retos de salud pública, nacionales e internacionales, a través de un equipo comprometido en un ambiente de trabajo que fomente el desarrollo humano y la satisfacción entre los usuarios y prestadores del servicio.

Mapa de Procesos del InDRE

Figura 1



CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y METAS DEL PROGRAMA

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 y en los cuadros se describen los resultados de 2006 a la fecha:

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

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	Sin datos	Sin datos	90%	90%	90%	90%	95%
Real	Sin datos	Sin datos	92%	92.7%	89.8%	95.1%	

Cumplir con por lo menos 90% de la cobertura del servicio en muestras que ingresen al InDRE para control de calidad.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	Sin datos	Sin datos	90%	90%	90%	90%	95%
Real	Sin datos	Sin datos	96.9%	96.2%	97.5%	99.5%	

Los indicadores de esta meta son de cobertura del servicio en muestras que llegan al InDRE para diagnóstico de referencia y para 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.

META B. Información oportuna

Lograr que al menos el 80% de la información de laboratorio para la vigilancia epidemiológica sea 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.

Se mide tomando en cuenta las siguientes variables:

Número de muestras que ingresan al InDRE para control de calidad

Tiempo establecido para emitir el resultado

En el siguiente cuadro se muestra el comportamiento de esta meta de 2006 a la fecha:

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	Sin datos	Sin datos	80%	80%	80%	80%	85%
Real	Sin datos	Sin datos	69%	83.7%	84.0%	85.73%	

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.

META C. Ampliación de la cobertura de la RNLSP

Lograr que por lo menos el 60% de los laboratorios estatales cubran el 90% del marco analítico básico.

En esta meta, se mide la cobertura diagnóstica de la Red Nacional de Laboratorios Estatales de Salud Pública para garantizar una respuesta ante cualquier situación de vigilancia y alerta epidemiológicas.

Se mide tomando en cuenta las siguientes variables:

Marco analítico básico definido para la RNLSP

Número de laboratorios que cubren el 90% del marco analítico de la RNLSP

Se definió un marco analítico básico de 27 pruebas de diagnóstico que responden a los riesgos prioritarios del país.

El InDRE evalúa el desempeño de la RNLSP cada trimestre mediante el envió de paneles y muestras para control de calidad, los resultados se dan a conocer en el Boletín Caminando a la Excelencia

En los siguientes cuadros se observa la cobertura del marco analítico básico por la RNLSP de 2006 a la fecha.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	Sin datos	35.5%	40%	50%	55%	60%	70%
Real	Sin datos	Sin datos	48.4%	58.1%	71%	70.96%	

Si bien este indicador se mide desde 2001, 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.

Avances en el Marco Analítico de la RNLSP 2001- 2011

Año	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Marco Analítico Básico	23	23	23	27	27	27	27	25	26	27
90% Cobertura	21	21	21	24	24	24	24	23	23	24
Estados con marco analítico > 90%	3	4	5	8	7	11	15	18	22	23
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%	58.1%	71%	71.96%

* 3er. Trimestre 2011

META D Evaluación del desempeño de la RNLSP

Incrementar el 1% del nivel de desempeño nacional 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:

Índice de desempeño de la RNLSP en el año vigente

Índice de desempeño de la RNLSP en el año anterior

Los resultados de esta evaluación se muestran en el siguiente cuadro:

Desempeño de la RNLSP

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	Sin datos	78.8	79.8%	80.8%	81.8%	82.8%	83.8%
Porcentaje de cumplimiento	Sin datos	Sin datos	81.2%	84.7%	86.0%	85.49%	

De las 32 entidades federativas, 31 contaban con instalaciones, pero no todas ellas cubrían las necesidades mínimas; es importante mencionar que algunos laboratorios estatales no dependen directamente del Secretario de Salud del Estado y esto ha ocasionado que no se les brinde todo el apoyo que requieren, situación que mejoró con el presupuesto recibido por AFASPE que de 2009 a la fecha se ha focalizado en las áreas de mayor prioridad para tener un mejor desempeño. Este indicador ha mostrado una mejora notable a partir de 2009 y se mide considerando los tres indicadores del Boletín Caminando a la Excelencia:

Concordancia en el diagnóstico de los paneles enviados por el InDRE a la RNLSP.

Cumplimiento en los tiempos establecidos para el envío de los resultados.

Evaluación del desempeño que se mide mediante el uso de bitácoras en las visitas de supervisión.

Otra actividad que ha fortalecido a este indicador son las visitas de supervisión para evaluar la implementación de las acciones correctivas y preventivas que declara el laboratorio estatal.

Se han hecho muchos esfuerzos para que el D.F. cuente con su propio laboratorios y es en el 2009 cuando se empieza a conformar una red de laboratorios que puedan brindar apoyo a la vigilancia epidemiológica, aunque hasta el momento no se ha concretado del todo.

En el siguiente cuadro se observa la evolución de los LESP de 2001 a la fecha:

Resumen de Índice de desempeño 2001 a 2011 (3er. Trimestre)

Entidad	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Aguascalientes	68.6	61.9	70.7	73.43	68.9	81.7	79.3	76.4	83.1	87.5	89.4
Baja California	58.1	29.7	26.8	32.6	56.5	54.4	67	65.3	71.1	78.9	75.5
Baja California Sur	54	41.1	63.6	58.85	64.7	73.3	66.4	70.7	76.2	82.3	84.1
Campeche	54.6	61.8	74.9	78.58	78.5	85.2	78.8	79.3	88.3	87.8	86.7
Coahuila	63.6	79.8	78.5	71.62	68.9	79.4	76.1	72.8	82.0	80.3	72.0
Colima	73.7	58.5	65.6	81	69	76.7	63.9	73.6	75.6	78.8	80.0
Chiapas	65.6	70.6	80.4	91.63	84.3	89.9	90.8	95.1	95.5	96.5	98.1
Chihuahua	68.5	69	71.5	79.22	81.9	85.2	83.1	78.0	86.8	88.2	89.8
Durango	57.9	59.9	63.4	63.51	66.3	75.1	82	81.0	83.4	83.7	78.4
Guanajuato	61.9	78.4	84.4	89.45	82.7	92.7	88.4	90.2	91.7	90.6	92.6
Guerrero	55.9	65	64.8	74.03	71	84.6	87.6	92.1	93.1	93.8	94.4
Hidalgo	78.2	78.2	81.4	84.48	86	94.1	93.2	94.4	95.5	94.1	94.5
Jalisco	78.2	76	84.5	81.95	86.4	89.5	85.2	92.8	93.2	90.5	93.0
México	69.1	75.1	79.5	75.69	71.5	86.8	75.2	75.6	76.5	74.8	79.9
Michoacán	66.4	80.4	81.2	84.03	78.7	89.1	85.1	87.6	87.9	92.2	88.9
Morelos	42.9	39.3	51.2	66.5	76.2	82.8	88.6	87.0	90.8	92.2	94.3
Nayarit	61	67.7	70.3	77.78	74.9	84.7	83.6	79.8	82.8	84.4	80.0
Nuevo León	62.8	70.1	68.9	67.07	74.1	82	84.5	91.4	90.9	95.4	90.0
Oaxaca	63.6	79.8	83.2	85.8	82.4	87.2	85.7	91.0	90.2	90.6	93.5
Puebla	61.8	88.9	84.8	83.66	82.8	89.8	90.1	93.6	92.1	93.0	95.4
Querétaro	45.3	52.7	57.9	64.31	73.8	75.1	84.5	90.0	91.7	94.3	92.9
Quintana Roo	62.3	70.1	84.5	78.21	84.9	86.3	85.9	87.8	88.9	93.1	95.4
San Luis Potosí	71.2	74.9	73	82.2	75	89.2	88.7	92.4	93.0	95.4	92.9
Sinaloa	76.1	74.2	62.3	76.01	73.9	84.7	69	70.5	83.6	87.3	82.9

Sonora	69.4	62.3	71	70	66	81.6	80	81.3	90.0	89.0	87.2
Tabasco	62.8	78	70.7	76.08	86.5	88.1	85.1	82.4	92.2	94.6	95.5
Tamaulipas	69.8	63.1	71.9	77.64	81.9	86.2	85.6	83.3	88.1	87.9	87.6
Tlaxcala	60.1	69.6	66	77.31	68.7	74.9	80.2	91.6	92.2	91.0	87.7
Veracruz	68.2	77.4	85.6	88.16	87.5	93.3	90	94.4	95.5	92.9	88.0
Yucatán	55.8	52.5	49.3	64.22	75.6	77	71.2	81.0	83.1	85.0	87.8
Zacatecas	49.2	45.1	55.6	64.46	75.2	78.8	82.3	87.8	92.4	91.0	90.3
Nacional	61.9	62.8	67.6	72.05	73.6	80.6	78.8	81.2	84.7	86.0	85.3

Nota: * Tercer trimestre 2011
definitivo

Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos

- Sobresaliente (90.0 a < 100%
- Satisfactorio (70.0 a < 90%)
- Mínimo (50.0 a < 70.0%)

Las mejoras en infraestructura de los LESP fueron notorias, en aquellos que no contaban con instalaciones propias se consolidó la construcción y equipamiento con recursos de AFASPE:

Los Laboratorios de la RNLSP que tienen nuevas instalaciones son:

Yucatán

Colima

Nayarit

Durango

Quintana Roo

Michoacán

Morelos (edificio anexo)

Tlaxcala (en proceso la construcción del nuevo edificio)

Así mismo fue posible remodelar y ampliar los LESP que contaban con instalaciones, pero que requerían más espacios; entre estos se cuentan los siguientes:

Tabasco

Chihuahua

Morelos en proceso de remodelación

En diciembre de 2009 la Agencia de Salud Pública de Canadá envió un panel de control preparado en sus instalaciones para evaluar la concordancia para el diagnóstico en la Red de Influenza en México. Los LESP y los Institutos Nacionales de Salud tuvieron una concordancia del 100%.

Posteriormente el InDRE preparo un panel similar que se envió a toda la RNLSP, este ejercicio se ha repetido periódicamente en 2010 y 2011.

META E. Gestión de Calidad

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.

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 Certificación DE LA PRIMERA ETAPA

Porciento de cumplimiento	-----	-------	100%	100%	97% Auditorias. 75% Evaluación de Pruebas. 100% Evaluación de métodos. 100% Capacitación.	Implementación Ejercicio de Certificación	Certificación y Acreditamiento SEGUNDA Y PRIMERA ETAPA

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 y toma en cuenta:

Etapas del Plan de Calidad realizadas

Etapas del Plan de Calidad programadas

Para dar cumplimiento a esta meta:

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 Riesco 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 (fig. 1) 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 el 2008 se consideró el desarrollo del plan de gestión de calidad con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se inició el entrenamiento de Bioseguridad con CDC, Agencia de Salud Pública de Canadá.

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 y en la capacitación del personal para poder atender esta contingencia nacional. Se continuó con entrenamiento de Bioseguridad con Talleres Internacionales.

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

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. Se continuó con entrenamiento de Bioseguridad.

Para agosto de 2011 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,

inicio de funciones del laboratorio de bioseguridad nivel 3 (BSL3), con desempeño técnico aprobado por CDC y la integración a la Red de Laboratorios de Respuesta de CDC.

protocolos para atender derrames biológicos

procedimientos de investigación y reporte de incidentes y accidentes de trabajo

En 2012 se prevé tener la misma documentación en toda la RNLESP.

En 2012 se ha conseguido la certificación ISO9001:2008 en Diagnóstico, Referencia Control de Calidad; Formación de Recursos Humanos y Evaluación de la Competencia Técnico a la Red Nacional de Laboratorios Estatales de Salud Pública (RNLESP).

Avances del Sistema de Gestión de la Calidad

2007	2008	2009	2010 y 2011	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	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	Se logra la certificación de los principales procesos sustantivos del InDRE en febrero 10 de 2012. Inicia la segunda etapa de certificación y Acreditamiento de por lo menos 5 diagnósticos principales.

2007	2008	2009	2010 y 2011	2012
	envío de paneles de proeficiencia. Mapa de riesgos. Programa de actividades 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.		hrs/19 auditores) a todas las áreas del InDRE. (97% Cumplimiento). Programa de 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.	

Bioseguridad Cursos Nacionales

Curso/taller	Fecha, lugar y apoyo externo	Personal capacitado
Primer Taller de Bioseguridad y Bioprotección 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

Curso/taller	Fecha, lugar y apoyo externo	Personal capacitado
3er 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
1er Taller de Gestión de Bio-Riesgo	23-27 mayo, 2011; México, D.F. OPS, EWIDS	20 personas.- 16 LESP (BC, Son, Chih, Coah, NL, Tams, Jal, Oax, Ver, Zac, …), 4 InDRE

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

Curso/taller	Fecha, lugar y apoyo externo	Personal capacitado
Programa Avanzado de Gestión de Bio-Riesgo	Quito Ecuador, 28 jun a 9 jul 2010	1 persona
(Apoyo como instructor en 2 replicas para INLASA en Bolivia)	La Paz Bolivia 18 a 22 octubre 2011	40 participantes

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

Curso/taller	Fecha, lugar y apoyo externo	Personal capacitado
	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.	

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

Durante muchos años, el InDRE intentó construir un laboratorio de bioseguridad nivel 3 (BSL-3). Es hasta 2010 que con apoyo del Center for Diseases Control de Atlanta (CDC), la Organización Mundial de la Salud (OPS) y los National Institute of Health (NIH) se retoma esta iniciativa y se logra la construcción de este laboratorio que se consolida al ser integrado a la Red Internacional de Laboratorios de Respuesta (LRN) 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, Canadá

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 reemergentes.

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 Internacional de Laboratorios de Respuesta (LRN por sus siglas en inglés) 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 Dr. José Ángel Córdova Villalobos 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 la Red Internacional de Laboratorios de Respuesta (LRN).
Actualmente, en el laboratorio BSL-3 se llevan a cabo actividades relacionadas con tuberculosis multidrogorresistente y Brucella. Y en el 2012 se estarán implementando las técnicas de LRN para identificación de agentes relacionados con bioterrorismo.

Mantenimiento

Año	Logro
2007 y 2008	Mantenimiento preventivo sólo a 3 departamentos
2009	Debido a la contingencia de influenza, no hubo presupuesto
2010	Mantenimiento preventivo, calificación, validación de procesos, calibración para todo el InDRE que tenga equipos en buen estado.

2011	Mantenimiento preventivo, calificación, validación de procesos calibración para todo el InDRE, incluyendo equipo comprado en el 2009

Infraestructura Informática

El Sistema Integral de Información de Laboratorios (SIIL) tendrá las siguientes características:

Sustentado en políticas, normas, definiciones y restricciones en la operación del InDRE.

Información en tiempo real, veraz, oportuno y confiable

Servicio a la RNLSP, acorde con el:

Marco analítico básico

Manual para la toma, envío y recepción de muestras

Formato para envío de muestras

Seguimiento oportuno al registro y emisión de resultados mediante código de barras.

Aseguramiento de Calidad a través del sistema, para evitar sesgos en la información.

Resultados de los Paneles de Calidad en línea.

El sistema estará disponible a través del portal del InDRE.

El equipo que esté destinado para el uso del SIIL deberá contar con:

Acceso a Internet

Internet Explorer 8.0 ó superior

1 GB en RAM

Se proporcionará a los Laboratorios Estatales las claves de acceso para que realicen el registro de sus muestras directamente en el SIIL.

El Servidor de Aplicaciones contará con:

Sistema operativo: Windows Server 2003 R2 Enterprise Edition SP2 x64

16 GB de memoria RAM

300 GB de espacio en disco duro

Servidor de Base de Datos

Sistema operativo Windows Server 2003 R2 Enterprise Edition SP2 x64

32 GB de Memoria RAM

50 GB para Sistema Operativo

300 GB para SQL

300 GB para Log de transacciones

MS SQL Server 2008 Enterprise Edition x64

Equipos con sistema operativo Windows XP o Superior

Lectores e Impresoras de Código de Barras

Para adecuar el SIIL a las necesidades de los LESP será necesario realizar las siguientes actividades:

EVALUACIÓN

Análisis de brechas

Requerimientos adicionales

Con base en el resultado inicial se propondrá:

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

Actividades

Costos

Recursos

Organización

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:

justificación para su autorización

búsqueda del terreno

diseño acorde a las necesidades actuales y futuras

gestión de los recursos para su conclusión y funcionamiento

En el siguiente cuadro se muestran las etapas para la construcción de las nuevas instalaciones del InDRE.

Etapas de la Construcción del nuevo InDRE

2007	2008	2009	2010	2011	2012
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

2007	2008	2009	2010	2011	2012
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
Primeras propuestas fachadas por DGDIF	Anteproyecto del edificio de laboratorios			Adquisición de maquinaria industrial	Commissioning
	Demolición de edificios				Inauguración

Se puede considerar que este es uno de los legados más importantes de esta administración, ya que después de 72 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 de referencia Nacional que contará con estándares internacionales de seguridad y que albergará los laboratorios del InDRE en fecha próxima. 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

Esta meta mide el fortalecimiento de los recursos humanos tanto del InDRE como los de la Red de Laboratorios y se evalúa mensualmente y toma en cuenta:

Programas establecidos

Programas ejecutados

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:

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 o 2012.

En el siguiente cuadro se muestra el cumplimiento del programa de capacitación.

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%	

Como resultado de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad se han tenido otros logros que se reflejan en la mejora en la oportunidad y confiabilidad de la información que se genera. Para lograr un Sistema de Gestión de calidad era indispensable contar con un sistema de información acorde con las exigencias que requiere el país para una adecuada vigilancia epidemiológica; sin embargo, en los 72 años de vida del InDRE se han tenido tres intentos fallidos para la implementación de un sistema informático para el control de las muestras que ingresan y de los informes que se generan y de esta manera mejorar la comunicación con Vigilancia Epidemiológica y la Red de Laboratorios de Salud Pública.

11.4 Aspectos financieros y presupuestarios

Durante esta administración, se aprobaron los presupuestos más importantes que históricamente se venían aprobando, propiciado por la modificación a la Ley General de Salud a partir de enero de 2004, al ponerse en marcha en ese año el Sistema de Protección Social en Salud.

A continuación daremos cuenta del ejercicio del presupuesto autorizado, considerando la información que fue presentada en la Cuentas Públicas de 2007 a 2011, que sirven para integrar la primera etapa de este Informe de Rendición de Cuentas de la Administración 2006-2012.

EJERCICIO PRESUPUESTARIO 2006

					ENERO / DICIEMBRE / 2006		
	ASIGNACION			ASIGNACION	PRESUPUESTO		PRESUPUESTO
CLAVE PRESUPUESTARIA	ORIGINAL	AMPLIACION	REDUCCION	MODIFICADA	COMPROMETIDO	EJERCIDO	POR EJERCER
2 1 01 24 O00 005 R007 1000	232.616.613,00	15.813.487,10	35.562.794,09	212.867.306,01	0,00	212.867.306,01	0,00
2 1 01 24 O00 005 R007 2000	49.263.554,00	17.214.784,49	15.372.111,52	51.106.226,97	0,00	51.102.261,52	3.965,45
2 1 01 24 O00 005 R007 3000	87.803.219,00	31.710.654,22	56.310.379,22	63.203.494,00	0,00	63.203.494,00	0,00
2 1 01 24 O00 005 R007 4000	4.070.000,00	8.367.802,00	1.000.000,00	11.437.802,00	0,00	11.426.715,50	11.086,50
2 1 01 24 O00 005 R007 5000	0,00	9.374.600,00	5.275.422,00	4.099.178,00	0,00	4.099.178,00	0,00
2 1 01 24 O00 005 R007 6000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2 1 02 77 O00 008 R012 1000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2 1 02 77 O00 008 R012 2000	564.000,00	0,00	0,00	564.000,00	0,00	564.000,00	0,00
2 1 02 77 O00 008 R012 3000	2.701.001,00	819.599,50	1.462.923,50	2.057.677,00	0,00	2.057.677,00	0,00

2 1 02 77 O00 008 R012 4000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2 1 02 77 O00 008 R012 5000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2 1 02 77 O00 008 R012 6000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2 1 05 24 O00 020 R007 1000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2 1 05 24 O00 020 R007 2000	0,00	72.449.260,19	22.809.427,88	49.639.832,31	0,00	49.639.832,31	0,00
2 1 05 24 O00 020 R007 3000	0,00	90.237.118,82	50.572.094,96	39.665.023,86	0,00	39.650.993,89	14.029,97
2 1 05 24 O00 020 R007 4000	0,00	25.673.905,00	6.191.915,45	19.481.989,55	0,00	19.481.989,55	0,00
2 1 05 24 O00 020 R007 5000	0,00	17.992.469,78	16.095.569,75	1.896.900,03	0,00	1.895.868,48	1.031,55
2 1 05 24 O00 020 R007 6000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTALES	377.018.387,00	289.653.681,10	210.652.638,37	456.019.429,73	0,00	455.989.316,26	30.113,47

RELACION DE CUOTAS DE RECUPERACION 2006

DEFINITIVO

global

MES	IMPORTE GENERADO	FECHA DE ENTERO
ENERO	149,384.00	febrero
FEBRERO	368,587.00	marzo
MARZO	470,596.00	abril
ABRIL	716,506.00	mayo
MAYO	367,525.00	junio
JUNIO	858,463.00	julio
JULIO	373,988.00	agosto
AGOSTO	395,333.00	septiembre

SEPTIEMBRE	366,548.00	octubre
OCTUBRE	496,788.00	noviembre
NOVIEMBRE	1,570,531.00	diciembre
DICIEMBRE	0.00	enero
TOTAL	**6,134,249.00**	

CONCEPTO	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
GENERADOS	149,384.00	368,587.00	470,596.00	716,506.00	367,525.00	858,463.00
acumulado generados	149,384.00	517,971.00	988,567.00	1,705,073.00	2,072,598.00	2,931,061.00
ENTERADOS A TESOFE	400,729.00	149,384.00	368,587.00	470,596.00	716,506.00	367,525.00
acumulado enterados	400,729.00	550,113.00	918,700.00	1,389,296.00	2,105,802.00	2,473,327.00

CONCEPTO	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
GENERADOS	373,988.00	395,333.00	366,548.00	496,788.00	1,570,531.00	0.00
acumulado generados	3,305,049.00	3,700,382.00	4,066,930.00	4,563,718.00	6,134,249.00	6,134,249.00
ENTERADOS A TESOFE	858,463.00	373,988.00	395,333.00	366,548.00	496,788.00	1,570,531.00
acumulado enterados	3,331,790.00	3,705,778.00	4,101,111.00	4,467,659.00	4,964,447.00	6,534,978.00

EJERCICIO PRESUPUESTARIO 2007

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO			MODIFICADO		EJERCIDO			
						TOTAL	GASTO CORRIENTE	GASTO DE CAPITAL	TOTAL	GASTO CORRIENTE	GASTO DE CAPITAL	TOTAL	GASTO CORRIENTE	GASTO DE CAPITAL
2	1	1	5	R007	Servicios personales.	230,980,309	230,980,309	0	242,942,354.80	242,942,354.80	0	242,942,354.80	242,942,354.80	0
2	1	1	5	A001	Otras actividades	13,886,741	13,886,741	0	13,164,583.86	13,164,583.86	0	13,164,583.86	13,164,583.86	0
2	1	1	5	R007	Desarrollar la prevención y control de enfermedades y atención de urgencias epidemiológicas.	113,841,299	113,841,299	0	301,133,540.48	250,635,763.52	50,497,776.96	301,133,540.48	250,635,763.52	50497776.96
2	1	1	5	R204	Apoyo adicionales para la Acciones de Promocion de la Salud y Prevecion de Enfermedades	88,551,800	88,551,800	0	88,540,284.22	88,540,284.22	0.00	88,540,284.22	88,540,284.22	0.00
2	1	1	5	R012	Impulsar el desarrollo y capacitación del personal directivo, administrativo y técnico operativo de los servicios de salud	2,614,001	2,614,001	0	2,485,790.98	2,485,790.98	0	2,485,790.98	85,790.98	0
SUMA						**449,874,150**	**449,874,150**	**0**	**648,266,554.34**	**597,768,777.38**	**50,497,777**	**648,266,554**	**597,768,777**	**50,497,777**

CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES

RELACION DE CUOTAS DE RECUPERACION 2007

DEFINITIVO

global

MES	IMPORTE GENERADO	FECHA DE ENTERO
ENERO	132,799.00	febrero
FEBRERO	358,695.00	marzo
MARZO	292,517.00	abril
ABRIL	289,938.00	mayo
MAYO	246,661.00	junio
JUNIO	249,688.00	julio
JULIO	434,941.00	agosto
AGOSTO	323,163.00	septiembre
SEPTIEMBRE	389,597.00	octubre
OCTUBRE	403,427.00	noviembre
NOVIEMBRE	688,303.00	diciembre
DICIEMBRE	347,609.00	enero
TOTAL	**4,157,338.00**	

CONCEPTO	enero	febrero	marzo	abril
GENERADOS	132,799.00	358,695.00	292,517.00	289,938.00

acumulado generados	132,799.00	491,494.00	784,011.00	1,073,949.00
ENTERADOS A TESOFE	259,883.00	132,799.00	358,695.00	292,517.00
acumulado enterados	259,883.00	392,682.00	751,377.00	1,043,894.00

CONCEPTO	julio	agosto	septiembre	octubre
GENERADOS	434,941.00	323,163.00	389,597.00	403,427.00
acumulado generados	2,005,239.00	2,328,402.00	2,717,999.00	3,121,426.00
ENTERADOS A TESOFE	249,688.00	434,941.00	323,163.00	389,597.00
acumulado enterados	1,830,181.00	2,265,122.00	2,588,285.00	2,977,882.00

EJERCICIO PRESUPUESTARIO 2008

SECRETARIA DE SALUD

CUENTA PÚBLICA 2008

ANÀLISIS FUNCIONAL PROGRÁMATICO ECONÓMICO

UNIDAD O00 CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES

GLOBAL

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO			MODIFICADO		
						TOTAL	GASTO CORRIENTE	GASTO DE CAPITAL	TOTAL	GASTO CORRIENTE	GASTO DE CAPITAL
2	1	01	002	M001	Actividades de apoyo administrativo	8,433,960	8,433,960		4,958,621.8	4,958,621.8	0
2	1	01	015	E026	Prevención y atención de enfermedades crónico degenerativas	129,938,372	129,938,372		94,053,202.19.	94,053,202.19	0
2	1	01	016	E008	Vigilancia y control epidemiológico	33,657,861	33,657,861		39,839,717.69	39,410,842.6	428,875.09
2	1	01	016	E017	Atención de urgencias epidemiologicas y desastres naturales	8,501,213	8,501,213		7,939,642.51	7,939,642.51	0
2	1	01	016	E028	Prevención y control de enfermedades emergentes	76,385,884	76,385,884		140,809,647.55	140,809,647.55	0
2	1	03	019	E019	Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	260,605,222	260,605,222		239,820,028.27	239,820,028.27	0

2	1	03	020	K311	Proyectos de infraestructura social de salud (Ampliaciones determinadas por la Cámara de Diputados)	95,000,000		95,000,000	0	0	0
2	1	04	002	M001	Actividades de apoyo administrativo	8,249,366	8,249,366		4,517,144.63	4,517,144.63	0
2	1	04	014	O099	Operación del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal Centralizada	757,566	757,566		0	0	0
2	1	05	023	E008	Vigilancia y control epidemiológico	72,530,246	72,530,246		72,530,246	72,530,246	0
2	1	05	023	E026	Prevención y atención de enfermedades crómico degenerativas	303,451,449	303,451,449		303,451,449	303,451,449	0
2	1	05	023	E028	Prevención y acontrol de enfermedades emergentes	292,081,200	292,081,200		292,081,200	292,081,200	0
2	1	05	023	E031	Promoción de la salud y prevención de enfermedades	40,237,747	40,237,747		40,237,747	40,237,747	0
S U M A						**1,329,830,086**	**1,234,830,086**	**95,000,000**	**1,240238646.64**	**1,239,809771.55**	**428,875.09**

El presupuesto autorizado original por $**1,329,830.0** miles de pesos, dado a conocer por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud, mediante oficio No. DGPOP/00349 de fecha 25 de enero del 2008 y DGRH - 194 del 29 enero del 2008, Se modificó a $**1,240,238.6** miles de pesos, de acuerdo a los oficios de autorización números DGPOP-03/975, DGAAOCSP 1185, DGAAOCSP 1347, DGPOP-03/975, DGPOP-03/1700, DGPOP-03/1831, DGPOP-03/1999, DGAAOCSP 2761, DGPOP-03/2906, DGPOP-03/3507, DGPOP-03/3530, DGPOP-03/3530, DGPOP-03/3706, DGPOP-03/4792, DGPOP-03/4858, DGPOP-03/4948, DGPOP-03/5096, DGPOP-03/5511, DGPOP-03/5676, DGPOP-03/6138, DGPOP-03/6287, DGPOP-

03/6571, DGPOP-03/6601, DGPOP-03/6818, DGPOP-03/6830, DGPOP-03/6571, DGPOP-03/6601, DGPOP-03/6601, De los recursos autorizados, se ejercieron $**1,240,238.6** miles de pesos, destacando 71,500.0 miles de pesos para apoyo de los programas sustantivos como Vectores (Dengue) y Urgencias, siendo el 5.8 por ciento del presupuesto modificado. Es importante comentar, que los recursos no ejercidos por $0 miles de pesos, fueron devueltos a DGPOP para apoyo a otras unidades de la Secretaría de Salud.

El presupuesto total ejercido por $**1,240,238.6** miles de pesos, el 99.70 por ciento correspondió a ***gasto corriente*** y el .3 por ciento a ***gasto de capital***, siendo los recursos ejercidos totales 93.0 puntos porcentuales a los originalmente autorizados.

Para ***gasto corriente*** se asignaron originalmente **1,234,830.0** miles de pesos, ejerciéndose un total de **1,239,809.7** miles de pesos, 100.4 y 100.0 por ciento del presupuesto original y modificado respectivamente. La variación del presupuesto ejercido contra el original, se debe básicamente a que se tuvo que _solicitar recurso para atender las emergencias por brotes epidemiológicos, así como a la reducción de recursos fiscales para cumplir con el programa de ahorro implementado en el año 2008. Es importante comentar, que del presupuesto modificado autorizado al 31 de diciembre del 2008, se dejaron de ejercer 0.0 miles de pesos, que como ya fue comentado.

Su comportamiento por capítulo: No limitativo

- *Servicios personales*.- La variación absoluta ejercida de 250,970.6 miles de pesos, 9 por ciento menor al presupuesto original, se refiere principalmente a la transferencia de recursos como apoyo este capítulo de gasto por 25,659.1 miles de pesos, especialmente por incrementos salariales a investigadores, jefes de departamento en área médica, rama médica, paramédica y afines; lo anterior, mediante movimientos presupuestales tramitados por la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaria de Salud y referidos a este Órgano Desconcentrado.
  - Movimientos presupuestales autorizados que en su conjunto suman 26,618.0 miles de pesos: se integran por ampliaciones con oficios DGAAOCSP 1185, DGAAOCSP 1347, DGPOP-03/6818, DGPOP-03/6571, DGPOP-03/5511, DGPOP-03/2761, para cubrir incremento a investigadores, jefes de departamento en unidades médicas, rama médica, paramédica y afines. Reducciones por 52,277.2 miles de pesos, con oficios DGAAOCSP 1185, DGAAOCSP 1347, DGPOP-03/6818, DGPOP-03/6571, DGPOP-03/5511, DGPOP-03/2761 y No. De adas 69, 553, 612, 620, 643, 667, 680, 673, 677 respectivamente.

- El presupuesto ejercido en este capítulo por 250,970.7 miles de pesos, corresponde al pago del personal de base que cuenta este CENAVECE, y todos los datos referente a lo de la plantilla y costos lo tiene la Dirección General de Recursos Humanos a nivel Central.

- *Materiales y suministros.-* Se autorizo un presupuesto original de 144,476.8 miles de pesos, ejerciendo 96,843.3 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de 47,633.5 miles de pesos, La variación absoluta ejercida de 96,843.3 miles de pesos, 32.0 por ciento menor al presupuesto originalmente autorizado y se debe a la reducción de recursos de 5,256.8 miles de pesos, para cumplir con el programa de ahorro 2008, así como transferencias por 42,376.7 miles de pesos, para apoyar los operativos de urgencias epidemiológicas y desastres naturales.
- *Servicios generales.-* Se autorizo un presupuesto original de 89,783.1 miles de pesos, ejerciendo 136,612.8 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de 46,829.7.0 miles de pesos debido al apoyo otorgado para la atención de la emergencia epidemiológica de dengue y la atención de la emergencia por desastres naturales
- El gasto en este capítulo se orientó básicamente para el pago del mantenimiento preventivo y correctivo de equipos médico, administrativo e industrial, así como para el pago de servicios básicos como teléfono, energía eléctrica, agua. etc., a la contratación de servicios de limpieza y vigilancia, aseguramiento de bienes e inmueble del Instituto y al pago de servicios y comisiones bancarias; así también el pago de viáticos y pasajes que se otorgan al personal brigadista que atiende los problemas de dengue y la atención a la población por desastres naturales.

Para ***gasto de capital*** se autorizaron originalmente 95,000.0 miles de pesos, ejerciéndose un total de 428.8 miles de pesos, 99.6 por ciento menor al presupuesto original autorizado y el 100.0 por ciento del modificado. Su comportamiento por capítulo de gasto se menciona a continuación:

- *Bienes Muebles e Inmuebles.-* Durante este ejercicio se le asignaron recursos por 95,000.0 miles de pesos, teniendo durante el transcurso del año que transferir el recurso a la DGDIF, con la finalidad de llevar a cabo la Construcción del nuevo Indre, se alimento el capitulo con una adecuación presupuestal por 428.8 miles de pesos por lo que , 99.6 por ciento es menor al presupuesto originalmente autorizado.
- Ampliaciones autorizadas por 428.8 miles de pesos, los cuales fueron asignados para la adquisición fax, sillas secretariales y ejecutivas para el personal que labora en la Dirección General Adjunta de Epidemiología y el Instituto de Diagnostico y Referencia Epidemiológica.

- *Obra Pública.-* se le transfirió recurso a la DGDIF para la iniciación de la construcción del Nuevo Indre.

CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES

RELACION DE CUOTAS DE RECUPERACION 2008

global

MES	IMPORTE GENERADO	FECHA DE ENTERO
ENERO	155,149.00	febrero
FEBRERO	460,526.00	marzo
MARZO	298,726.00	abril
ABRIL	483,292.00	mayo
MAYO	262,982.00	junio
JUNIO	503,904.00	julio
JULIO	380,162.00	agosto
AGOSTO	202,975.00	septiembre
SEPTIEMBRE	316,123.00	octubre
OCTUBRE	290,494.00	noviembre
NOVIEMBRE	238,371.00	diciembre
DICIEMBRE	249,867.00	enero
TOTAL	**3,842,571.00**	

CONCEPTO	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
GENERADOS	155,149.00	460,526.00	298,726.00	483,292.00	262,982.00	503,904.00
acumulado generados	155,149.00	615,675.00	914,401.00	1,397,693.00	1,660,675.00	2,164,579.00
ENTERADOS A TESOFE	347,609.00	155,149.00	460,526.00	298,726.00	483,292.00	262,982.00
acumulado enterados	347,609.00	502,758.00	963,284.00	1,262,010.00	1,745,302.00	2,008,284.00

CONCEPTO	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
GENERADOS	380,162.00	202,975.00	316,123.00	290,494.00	238,371.00	249,867.00
acumulado generados	2,544,741.00	2,747,716.00	3,063,839.00	3,354,333.00	3,592,704.00	3,842,571.00
ENTERADOS A TESOFE	503,904.00	380,162.00	202,975.00	316,123.00	290,494.00	238,371.00
acumulado enterados	2,512,188.00	2,892,350.00	3,095,325.00	3,411,448.00	3,701,942.00	3,940,313.00

CUOTAS ENTERADAS DICIEMBRE 2007	**347,609.00**

EJERCICIO PRESUPUESTARIO 2009

RECURSOS HUMANOS A NIVEL CENTRAL

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	002	M001	Capitulo 1000 Servicios Personales	33,856,334.0	33,909,483.0	33,909,483.0
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica			
					Capitulo 1000 Servicios Personales	250,481,394.0	248,386,940.2	248,386,940.2
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	312,948.0	.0	.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	5,354,496.0	4,598,893.0	4,598,893.0
					Otros de Corriente	.0	67,272.0	67,272.0
					Total capitulo 1000	290,005,172.0	286,962,588.0	286,962,588.0

INDRE

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica INDRE	35,817,821	25,606,877.0	25,606,877.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	30,048,636.0	19,673,358.0	19,673,358.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	5,769,185.0	5,933,519.0	5,933,519.0
					Corriente	35,817,821	25,606,877.0	25,606,877.0
					Gasto Inversión	0	0	0

El presupuesto autorizado original por 35,817.8 miles de pesos, dado a conocer por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud, mediante oficio No. DGPOP/00217 de fecha 04 de febrero del 2009, Se modificó a 25,606.9 miles de pesos, de acuerdo a los oficios de autorización números 315-A-03117 (07-05-04), CGINS/3410 (08-06-04), DGAPP/0417 (25-06-04), 315-A-05946 (02-08-04), 315-A-08052 (14-10-04), 315-A-008891 (15-12-04) y 315-A-09939 (13-12-04). De los recursos autorizados, se ejercieron 25,606.9 miles de pesos. Es importante comentar, que los recursos no ejercidos por 1,949.7 miles de pesos, fue por concepto de reducción en cumplimiento a las medidas de austeridad, para apoyo a otras unidades de la Secretaría de Salud y 8,279.6 miles de pesos, fueron adecuados para cubrir necesidades contraídas por el Órgano Desconcentrado (CENAVECE).

El presupuesto total ejercido por 25,588.4 miles de pesos, el 100 por ciento correspondió a gasto corriente y el 0.0 por ciento a gasto de capital, siendo los recursos ejercidos totales 72 puntos porcentuales a los originalmente autorizados.

Para gasto corriente se asignaron originalmente 35,817.8 miles de pesos, ejerciéndose un total de 25,606.9 miles de pesos, 100 y 72 por ciento del presupuesto original y modificado respectivamente. La variación del presupuesto ejercido contra el original, se debe básicamente a que se apoyo las diferentes necesidades contraídas, recursos utilizados tanto por InDRE y CENAVECE, así como a la reducción de recursos fiscales para cumplir con el programa de ahorro implementado en el año 2009. Es importante comentar, que del presupuesto modificado autorizado al 31 de diciembre del 2009, se dejaron de ejercer 1,949.7 miles de pesos, que como ya fue comentado.

SINAVE EPIDEMIOLOGIA

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica SINAVE	37,403,250.0	29,349,444.2	26,508,399.90
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	3,503,137.0	4,419,666.8	4,419,666.8
					Capitulo 3000 Servicios Generales	30,030,810.0	22,088,733.0	22,088,733.0

					Otros gasto corriente	69,303.0	85,037.0	85,037.0
					Corriente	33,603,250.0	26,508,399.9	26,508,399.9
					Gasto Inversión	3,800,000.0	2,756,007.3	2,756,007.3

CP01 CAPACITACION SINAVE

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	03	019	E019	Vigilancia epidemiológica SINAVE	1,470,113.0	1,329,372.0	1,329,372.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	483,988.0	384,337.0	384,337.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	986,125.0	945,035.0	945,035.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	1,470,113.0	1,329,372.0	1,329,372.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

VECTORES

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica SINAVE	6,160,466.0	9,687,515.0	9,687,515.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	2,348,235.0	2,119,240.0	2,119,240.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	3,812,231.0	7,568,275.0	7,568,275.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0

					Corriente	6,160,466.0	9,687,515.0	9,687,515.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

ZOONOSIS

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica SINAVE	23,925,411.0	20,149,704.0	20,149,704.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	21,627,975.0	18,177,707.0	18,177,707.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	2,297,436.0	1,971,997.0	1,971,997.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	23,925,411.0	20,149,704.0	20,149,704.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

LEPRA - TUBERCULOSIS

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica SINAVE	2,456,940.0	2,110,129.0	2,110,129.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	496,030.0	257,921.0	257,921.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	1,960,910.0	1,852,207.0	1,852,207.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	2,456,940.0	2,110,129.0	2,110,129.0

					Gasto Inversión	.0	.0	.0

CÓLERA

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica SINAVE	14,841,395.0	10,415,960.0	10,415,960.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	2,233,813.0	1,464,152.0	1,464,152.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	4,687,439.0	4,961,154.0	4,961,154.0
					Otros gasto corriente	7,920,143.0	3,990,654.0	3,990,654.0
					Corriente	14,841,395.0	10,415,960.0	10,415,960.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

URGENCIAS

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica SINAVE	8,917,646.0	47,398,861.0	47,398,861.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	2,609,620.0	1,663,022.0	1,663,022.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	6,308,026.0	45,735,839.0	45,735,839.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	8,917,646.0	47,398,861.0	47,398,861.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

SALUD BUCAL

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica SINAVE	1,802,554.0	1,501,495.0	1,501,495.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	491,116.0	281,801.0	281,801.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	1,311,438.0	1,219,693.0	1,219,693.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	1,802,554.0	1,501,495.0	1,501,495.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

SB01 SERVICIOS

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica SINAVE	2,767,486.0	2,758,978.0	2,758,978.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	.0	.0	.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	2,767,486.0	2,758,978.0	2,758,978.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	2,767,486.0	2,758,978.0	2,758,978.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

SUO1 SUBROGADOS

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica SINAVE	9,092,257.0	6,860,954.0	6,860,954.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	1,092,000.0	500,791.0	500,791.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	8,000,257.0	7,568,275.0	7,568,275.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	9,092,257.0	6,860,954.0	6,860,954.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

ST01 MEDIOS DE COMUNICACION

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica SINAVE	8,689,038.0	1,714,423.0	1,714,423.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	.0	.0	.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	8,689,038.0	1,714,423.0	1,714,423.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	8,689,038.0	1,714,423.0	1,714,423.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

SC01 IMPRESIONES COMUNICACIÓN SOCIAL

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica SINAVE	1,014,279.0	800,310.0	800,310.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	.0	.0	.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	1,014,279.0	800,310.0	800,310.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	1,014,279.0	800,310.0	800,310.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

SD01 MEDIOS DE DIFUSIÓN COMUNICACIÓN SOCIAL

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica SINAVE	4,645,559.0	.0	.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	0	.0	.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	4,645,559.0	.0	.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	4,645,559.0	.0	.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

EE09, EE10, EE11, EE17, EE18, EE19 Y EE02

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
				E039	Vigilancia epidemiológica	640,826,681.0	942,600,221.0	942,600,221.0
2	1	01	016	E039	Otros gasto corriente	0.	233,473,540.0	233,473,540.0
2	1	05	023	E039	Otros gasto corriente	422,826,681	709,126,681.0	709,126,681.0
2	1	05	023	P014	Otros gasto corriente	218,000,000	0.	0.

EE03 ENFERMEDADES CANCER DE PRÓSTATA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	04	014	P014	Vigilancia epidemiológica	19,863,335.0	21,603,894.0	21,603,894.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	6,414,493.0	4,703,117.0	4,703,117.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	13,448,842.0	16,900,777.0	16,900,777.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	19,863,335.0	21,603,894.0	21,603,894.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

D927 CÁNCER DE PRÓSTATA

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	04	014	P014	Vigilancia epidemiológica	5,000,000.0	5,000,000.0	5,000,000.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	5,000,000.0	5,000,000.0	5,000,000.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	.0	.0	.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	5,000,000.0	5,000,000.0	5,000,000.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

I008 PROMOCION DE LA SALUD TB Y HIPERTENSIÓN ARTERIAL

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	04	014	P014	Vigilancia epidemiológica SINAVE	31,871,564.0	31,149,744.0	31,149,744.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	19,917,008.0	7,885,652.0	7,885,652.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	5,061,864.0	20,381,442.0	20,381,442.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	6,892,692.0	2,882,649.0	2,882,649.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

EE04 DIABETES

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	04	014	P014	Vigilancia epidemiológica	2,890,293.0	1,980,220.0	1,980,220.0
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	1,050,401.0	209,327.0	209,327.0
					Capitulo 3000 Servicios Generales	1,839,892.0	1,770,893.0	1,770,893.0
					Otros gasto corriente	.0	.0	.0
					Corriente	2,890,293.0	1,980,220.0	1,980,220.0
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES

RELACION DE CUOTAS DE RECUPERACION 2009

global

MES	IMPORTE GENERADO	FECHA DE ENTERO
ENERO	127,339.00	febrero
FEBRERO	201,555.00	marzo
MARZO	216,336.00	abril
ABRIL	141,909.00	mayo
MAYO	204,997.00	junio
JUNIO	239,525.00	julio
JULIO	193,586.00	agosto

AGOSTO	219,411.00	septiembre
SEPTIEMBRE	328,871.00	octubre
OCTUBRE	269,518.00	noviembre
NOVIEMBRE	135,336.00	diciembre
DICIEMBRE	230,799.00	enero
TOTAL	**2,509,182.00**	

CONCEPTO	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
GENERADOS	127,339.00	201,555.00	216,336.00	141,909.00	204,997.00	239,525.00
acumulado generados	127,339.00	328,894.00	545,230.00	687,139.00	892,136.00	1,131,661.00
ENTERADOS A TESOFE	0.00	127,339.00	201,555.00	216,336.00	141,909.00	204,997.00
acumulado enterados	0.00	127,339.00	328,894.00	545,230.00	687,139.00	892,136.00

CONCEPTO	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
GENERADOS	193,586.00	219,411.00	328,871.00	269,518.00	135,336.00	230,799.00
acumulado generados	1,325,247.00	1,544,658.00	1,873,529.00	2,143,047.00	2,278,383.00	2,509,182.00
ENTERADOS A TESOFE	239,525.00	193,586.00	219,411.00	328,871.00	269,518.00	135,336.00
acumulado enterados	1,131,661.00	1,325,247.00	1,544,658.00	1,873,529.00	2,143,047.00	2,278,383.00

EJERCICIO PRESUPUESTARIO 2010

SECRETARIA DE SALUD

PRESUPUESTO CUENTA PÚBLICA 2010

ANÀLISIS FUNCIONAL PROGRÁMATICO ECONÓMICO

UNIDAD O00 CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES

(GLOBAL CENAVECE)

(Pesos)

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	**1**	**01**	**002**	**M001**	**Actividades de apoyo administrativo**	**3,678,577**	3,781,681	3,781,681
					Capitulo 1000 Servicios Personales			
					Gastos de Operación	3,678,577	3,664,357	3,664,357
					Subsidios			
					Otros de Corriente		117,324	117,324
					Total Corriente	3,678,577	3,781,681	3,781,681
					Subsidios			
					Inversión Física			
					Gasto Inversión	0	0	0
2	**1**	**01**	**016**	**E039**	**Vigilancia epidemiológica**	**641,655,483**	**664,332,310**	**664,332,310**
					Capitulo 1000 Servicios Personales	320,253,390	290,311,345	290,311,345
					Gastos de Operación	192,513,220	214,553,096	214,553,096
					Subsidios	102,600,000	148,628,129	148,628,129
					Otros de Corriente	7,920,143	9,328,792	9,328,792
					Total Corriente	623,286,753	662,821,362	662,821,362

					Subsidios			
					Inversión Física	18,368,730	1,510,948	1,510,948
					Gasto Inversión	18,368,730	1,510,948	1,510,948
2	**1**	**01**	**023**	**E039**	**Vigilancia epidemiológica (ampliaciones determinadas por la cámara de diputados)**	**648,666,954**	648,666,954	648,666,954
					Capitulo 1000 Servicios Personales			
					Gastos de Operación			
					Subsidios	648,666,954	648,666,954	648,666,954
					Otros de Corriente			
					Total Corriente	648,666,954	648,666,954	648,666,954
					Subsidios			
					Inversión Física			
					Gasto Inversión	0	0	
2	**1**	**03**	**019**	**E019**	**Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud**	**770,312**	252,088	252,088
					Capitulo 1000 Servicios Personales			
					Gastos de Operación	770,312	252,088	252,088
					Subsidios			
					Otros de Corriente			
					Total Corriente	770,312	252,088	252,088
					Subsidios			
					Inversión Física			
					Gasto Inversión	0	0	
2	**1**	**04**	**014**	**P014**	**Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónico degenerativas y**	**27,068,466**	22,910,198	22,910,198

					transmisibles y lesiones			
					Capitulo 1000 Servicios Personales			
					Gastos de Operación	27,068,466	18,625,894	18,625,894
					Subsidios		4,284,304	4,284,304
					Otros de Corriente			
					Total Corriente	27,068,466	22,910,198	22,910,198
					Subsidios			
					Inversión Física			
					Gasto Inversión	0	0	
2	**1**	**04**	**014**	**P019**	**Prevención contra la obesidad**	**249,843,000**	222,764,912	222,764,912
					Capitulo 1000 Servicios Personales			
					Gastos de Operación	85,143,000	47,540,924	47,540,923
					Subsidios	164,700,000	175,223,988	175,223,988
					Otros de Corriente			
					Total Corriente	249,843,000	222,764,912	222,764,912
					Subsidios			
					Inversión Física			
					Gasto Inversión	0	0	
					Total de la Unidad	**1,571,682,792**	**1,562,708,145**	**1,562,708,145**
					Capitulo 1000 Servicios Personales	320,253,390	290,311,345	290,311,345
					Gastos de Operación	309,173,575	284,636,360	284,636,360
					Subsidios	915,966,954	976,803,376	976,803,376
					Otros de Corriente	7,920,143	9,446,116	9,446,116
					Total Corriente	1,553,314,062	1,561,197,197	1,561,197,197

					Subsidios	0	0	
					Inversión Física	18,368,730	1,510,948	1,510,948
					Gasto Inversión	18,368,730	1,510,948	1,510,948

1. ANÁLISIS DEL GASTO POR CLASIFICACIÓN ECONÓMICA.

- En 2010, el ***presupuesto ejercido*** de la **Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades** (CENAVECE), fue de 1,562,708.1 miles de pesos, cifra inferior en .5 por ciento con relación a la asignación original.

- De los recursos erogados, 1,561,197.1 miles de pesos correspondieron a ***gasto corriente***, monto superior en .5 por ciento con relación a la asignación original, y 976,803.3 miles de pesos fueron ***subsidios***, cantidad mayor en 6.6 por ciento a la del presupuesto original.

  - La disminución del presupuesto ejercido fue resultado del decremento en el capitulo 1000 Servicios Personales, compensado con las disminuciones e incremento en los capítulos 2000 materiales y suministro, 3000 Servicios Generales, 5000 Bienes Inmuebles y 4200 Subsidios a entidades federativas.
  - El aumento de los subsidios ejercidos obedeció fundamentalmente a las mayores erogaciones en el concepto de gasto 4200 subsidios a entidades federativas, son recursos destinados al Sistema de protección Social en Salud, para garantizar que los programas: Emergencias Epidemiológicas, Dengue, Paludismo, Ricketsiosis, Tuberculosis, Lepra, Diabetes, Envejecimiento, Riesgo Cardiovascular, Vigilancia Epidemiológica y Laboratorio en Salud Pública, cumplan con su objetivos y metas establecidas para la protección de la población en salud.

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades								
Gasto Programable Devengado por Clasificación Económica 2010								
Concepto	Presupuesto (pesos)			Variación porcentual		Estructura porcentual		
				Ejerc/Orig	Ejerc/Modif			
	Original	Modificado	Ejercido	Porcentual	Porcentual	Orig	Modif	Ejerc
TOTAL	1,571,682,792	1,562,708,145	1,562,708,145	99.4%	100.0%	100.0%	99.4%	99.4%
GASTO CORRIENTE	1,553,314,062	1,561,197,197	1,561,197,197	100.5%	100.0%	100.0%	100.5%	100.5%
Servicios Personales	320,253,390	290,311,345	290,311,345	90.7%	100.0%	100.0%	90.7%	90.7%
Gasto de Operación	309,173,575	284,636,360	284,636,360	92.1%	100.0%	100.0%	92.1%	92.1%
Materiales y suministros	132,786,871	114,240,598	114,240,598	86.0%	100.0%	100.0%	86.0%	86.0%
Servicios Generales	176,386,704	170,395,762	170,395,762	96.6%	100.0%	100.0%	96.6%	96.6%
Subsidios	915,966,954	976,803,376	976,803,376	106.6%	100.0%	100.0%	106.6%	106.6%
Otros de corriente	7,920,143	9,446,116	9,446,116	119.3%	100.0%	100.0%	119.3%	119.3%
GASTO DE INVERSION	18,368,730	1,510,948	1,510,948	8.2%	100.0%	100.0%	8.2%	8.2%
Inversión Física	18,368,730	1,510,948	1,510,948	8.2%	100.0%	100.0%	8.2%	8.2%
Bienes Mueble e Inmuebles	18,368,730	1,510,948	1,510,948	8.2%	100.0%	100.0%	8.2%	8.2%
Obra Pública	0	0	0	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
Otros de Inversión Física	0	0	0	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
Subsidios	0	0	0	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
Otros de inversión	0	0	0	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%

GASTO CORRIENTE

- ***Gasto Corriente*** observó una variación de .5 por ciento, por encima del presupuesto original aprobado. Su evolución por rubro de gasto se presenta a continuación:
- Para ***gasto corriente*** se asignaron originalmente 1,553,314.0 miles de pesos, ejerciéndose un total de 1,561,197.2 miles de pesos, 100 y 100.5 por ciento del presupuesto original y modificado respectivamente. La variación del presupuesto ejercido contra el original, se debe básicamente a que se tuvo que ampliar en subsidios a entidades federativas, con la finalidad de combatir el problema de dengue que afecta a gran parte de la republica mexicana, así como para la atención de los problemas de diabetes, envejecimiento, riesgo cardiovascular, tuberculosis y lepra.

Su comportamiento por capítulo: No limitativo

- *Servicios personales*.- La variación absoluta ejercida de 290,311.3 miles de pesos, 9.3 por ciento menor **al presupuesto** original, se refiere principalmente a reducciones liquidas aplicadas a unidad.

  - Movimientos presupuestales autorizados que en su conjunto suman 195,118.9 miles de pesos: se integran por ampliaciones con oficios DGAAOCSP/916, DGAAOCSR/1599, DGAAOCSP/2108, DGAAOCSP/3377, DGAAOCSP/4134 y varios s/n de oficio por 80,740.9 miles de pesos respectivamente, para cubrir incremento a rama médica, paramédica y afines. Reducciones por 110,682.9 miles de pesos, con oficios DGAAOCSP/916, DGAAOCSR/1599, DGAAOCSP/2108, DGAAOCSP/3377, DGAAOCSP/4134 y varios s/n de oficio.

  - El presupuesto ejercido en este capítulo por 290,311.3 miles de pesos, corresponde al pago de personal de base, eventuales y mandos medios de la plantilla que integra este Centro.

- *Materiales y suministros.-* Se autorizo un presupuesto original de 132,786.8 miles de pesos, ejerciendo 114.240.6 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de 18.546.2 miles de pesos, La variación absoluta ejercida de menos de 18,542.2 miles de pesos, lo que significa 14 por ciento menor al presupuesto originalmente autorizado y se debe a movimientos presupuestales internos para reforzar otros capítulos de gasto.

- Para este capítulo, el gasto principal se encausó en la adquisición de medicamentos, sustancias químicas, insecticidas, materiales y suministros médicos, alimentos, combustibles y vestuario principalmente, así también, se erogaron recursos para la atención de las emergencias por desastres naturales como son; los huracanes y las constantes lluvias atípicas, así mismo la atención de los brotes epidemiológicos que se presentan como el dengue clásico, dengue hemorrágico, virus del nilo, cólera, paludismo, ricketsiosis, entre otras.

- *Servicios generales.-* Se autorizo un presupuesto original de 176,386.7 miles de pesos, ejerciendo 170,395.7 miles de pesos, registrando un menor ejercicio presupuestal de 5,991.0 miles de pesos, fue para apoyar los recursos que se envían a las entidades federativas en apoyo de los programas específicos 2010.

  - El gasto en este capítulo se orientó básicamente para el pago del mantenimiento preventivo y correctivo de equipos laboratorio, administrativo e industrial, así como para el pago de servicios básicos como teléfono, energía eléctrica, agua. etc., a la contratación de servicios de limpieza y vigilancia, mantenimiento preventivos y correctivo del parque vehicular que atiende las emergencias epidemiológicas y desastres naturales.

- El rubro de ***Subsidios*** observó un mayor ejercicio presupuestario de 6.6 por ciento respecto al presupuesto original, debido principalmente a lo siguiente: Se reforzó el programa de dengue, debido a que se incremento la incidencia de casos a consecuencia de las lluvias atípicas, originando el incremento de creederos del mosco transmisor del dengue (Aedes Aegipty), de igual forma se fortaleció los siguientes programas, diabetes, envejecimiento, riesgo cardiovascular, tuberculosis, lepra, paludismo, ricketsiosis y vigilancia epidemiológica.

GASTO DE INVERSIÓN

- El ***Gasto de Inversión*** fue menor en 92 por ciento con relación al presupuesto original. La situación de los rubros que lo integran se presenta a continuación:
-
- En materia de ***Inversión Física*** el ejercicio presupuestario registró un decremento de 92 por ciento con relación a la asignación original. Al interior de este rubro se

observaron diferentes comportamientos, mismos que a continuación se mencionan:

- *Bienes Muebles e Inmuebles.-* Durante este ejercicio se le redujeron recursos por 16,857.8 miles de pesos, los cuales fueron reorientados para atender las emergencias que se presentaron durante el ejercicio fiscal.

- *Se realizaron todos los pagos a tiempo de los servicios de luz, agua y telefonía convencional, con la finalidad de que todos los programas de este Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades contaran con estos servicios, para el desarrollo de sus actividades y así cumplir con sus metas programadas.*

- *Reporte de las acciones con los recursos ejercidos del programa I800 Servicios personales.- En lo relacionado con servicios personales se maneja a nivel central, por lo que toda la información la integran sus áreas respectivas, igual con las variaciones del presupuesto y todos los movimientos que se realizan durante el ejercicio del presupuesto 2010.*

- ***Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos. De los Programas EE01 Y EE08 Urgencias y Cólera.***

- URGENCIAS Y CÓLERA

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	URGENCIAS Y COLERA	15,955,554.00	55,597,578.70	55,597,578.70
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	5,364,777.00	3,071,018.03	3,071,018.03
					Capitulo 3000 Servicios Generales	2,670,634.00	23,697,768.70	23,697,768.70
					Otros gasto corriente	7,920,143.00	28,828,792.00	28,828,792.00

					Corriente	15,955,554.00	55,597,578.70	55,597,578.70
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

- *Apoyos realizados: 24 operativos de los cuales, 1 en brote Vibrio parahaemolitycus; 15 por desastres y 8 apoyos a brotes por dengue.*
- *Se llevó a cabo Operativo de Seguridad en Salud en el estado de Michoacán en febrero de 2010 por la presencia de lluvias severas, realizando actividades de vigilancia epidemiológica activa en refugios temporales y localidades y colonias afectadas, con apoyo de brigadas de salud, Unidad de Comando para la Seguridad en Salud (UNICOSS) y medicamentos, esta mismas acciones se realizaron en el estado de México (Febrero).*
- *Se realizaron Operativos de Seguridad en Salud en Nuevo León (Junio), Tamaulipas (Junio) y Coahuila (Julio), por afectaciones originadas por el Huracán "Alex", con actividades de vigilancia epidemiológica activa en refugios temporales y localidades afectadas, con apoyo de brigadas de salud UNICOSS y medicamentos en los meses de Junio, .*
- *Se implementaron Operativo de Seguridad en Salud en los estados de Tamaulipas (Julio), Oaxaca (Julio-Agosto) y Tabasco (Agosto), por afectaciones originadas por lluvias severas, realizando actividades de vigilancia epidemiológica activa en refugios temporales y localidades afectadas, con apoyo de brigadas de salud UNICOSS y medicamentos.*
- *Operativos de Seguridad en Salud en el estado de Veracruz en el mes de agosto, en las jurisdicciones de: Coatzacoalcos, Cosamaloapan y San Andrés Tuxtla, por inundaciones originadas por lluvias severas, realizando actividades de vigilancia epidemiológica activa en refugios temporales y localidades afectadas, con apoyo de brigadas de salud, UNICOSS y medicamentos.*
- *Operativo de Seguridad en Salud en el estado de Tamaulipas en el mes de agosto, por inundaciones originadas por lluvias severas, con actividades de vigilancia epidemiológica activa en refugios temporales y localidades afectadas, con apoyo de brigadas de salud, UNICOSS y medicamentos.*
- *Operativo de Seguridad en Salud en la Jurisdicción Sanitaria de Veracruz por inundaciones, originadas por la Tormenta Tropical "Karl" y Huracán "Matthew", implementando acciones de vigilancia epidemiológica activa en refugios temporales y localidades afectadas, con apoyo de brigadas de salud, UNICOSS y medicamentos.*
- *Operativo de Seguridad en Salud en Zona de Ríos en el estado de Tabasco, en los meses de Septiembre y Octubre, debido a inundaciones originadas por lluvias severas, desarrollando actividades de vigilancia epidemiológica activa en refugios temporales y localidades afectadas, con apoyo de brigadas de salud, UNICOSS y medicamentos.*

- *Apoyos para vigilancia epidemiológica activa en los estados de Coahuila, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca (2), Quintana Roo, Tabasco y Veracruz., lo anterior para la obtención de muestras para el diagnóstico, promoción de la salud y capacitación en servicio para el control del mosquito transmisor de del dengue, en las localidades afectadas con brigadas de salud, medicamentos y UNICOSS como áreas de comando operativo.*
- *Se participó en cuatro talleres y ferias regionales organizados por la Coordinación General del FONDEN, con la exposición de "Aplicación del Fondo Revolvente en Salud".*
- *Se validaron y tramitaron todas las solicitudes de medicamentos realizadas por las entidades federativas que fueron afectados por los diferentes desastres, para acceder a los recursos del FONDEN.*
- *Se llevó a cabo la "Reunión Nacional de los programas de Cólera y de Urgencias Epidemiológicas y Desastres" en la Cd. de Acapulco, Gro., con la participación de las 32 entidades federativas, para capacitar y actualizar al personal de salud de los dos programas.*
- *Se participó en sesiones de capacitación y asesoría sobre el programa de Urgencias Epidemiológicas y Desastres, en los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla.*
- *Se participó en sesiones de capacitación y asesoría en las reuniones de la Región Sur-sureste, en los estados de Morelos, Puebla, Campeche y Chiapas. Asimismo, en la Región Norte en Sinaloa y Durango.*
- *Gracias a la acción conjunta de las instancias de salud, encabezadas por la Secretaría de Salud, en los tres niveles de gobierno, para la atención a la población afectada o con riesgos a la salud ante situaciones de emergencias en salud, se evitaron epidemias que dañaran aún más a la población en las zonas afectadas; asimismo, también se evito que hubiera una diseminación de riesgos y enfermedades fuera de las zonas en contingencia sanitaria y se evitaron defunciones al otorgar atención oportuna a la población afectada.*
- *La contención oportuna de riesgos sanitarios y la prevención y control de enfermedades en situaciones de emergencia, permite reducir los tiempos en la atención y por ende, evitar costos mayores, tanto en vidas y financieros necesarios para el control adecuado de las emergencias.*
  - *En el Brote de Vibrio parahaemolitycus, en estado de Nayarit, se realizaron actividades de vigilancia epidemiológica activa, con búsqueda intencionada de casos de diarrea en las localidades afectadas; apoyo con brigadas de salud y medicamentos.*

- ***Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos. De los Programas EE02 Enfermedades por Vector.***

- VECTORES

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	VECTORES	377,008,114.00	471,478,804.27	471,478,804.27
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	3,767,064.00	7,954,972.64	7,954,972.64
					Capitulo 3000 Servicios Generales	7,271,272.00	2,777,618.67	2,777,618.67
					Otros gasto corriente	365,969,778.00	460,746,212.96	460,746,212.96
					Corriente	377,008,114.00	471,478,804.27	471,478,804.27
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

- *Se cuenta con la Nueva Guía de Práctica Clínica de Dengue Grave y no Grave, la cual ha sido difundida y entró en operación en el país.*
- *Se instalaron 17 Comités Intersectoriales de lucha contra el dengue en los estados de Coahuila, Colima, Chiapas, Veracruz, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Tamaulipas, Quintana Roo, Tabasco, Sonora, BCS, Yucatán, Puebla y NL.*
- *Se ha fortalecido la vigilancia entomológica anticipatoria en 17 entidades: Aguascalientes, Colima, BCS, Guerrero, Veracruz, Tamaulipas, Guanajuato, Hidalgo, Sonora, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, N.L., Puebla, Tabasco y Q Roo.*
- *Se capacitó a el personal de 22 entidades sobre el uso de la nueva plataforma de vigilancia entomológica del vector del dengue: Guanajuato, Jalisco, Colima, Quintana Roo, Yucatán, NL, Guerrero, Tamaulipas, Veracruz, Sinaloa, Sonora, Nayarit, BCS, Morelos, Puebla, Hidalgo, Aguascalientes, México, D.F., Michoacán, Oaxaca y Tabasco.*
- *Se efectuó supervisión al programa dengue en 17 entidades federativas: Guerrero, Yucatán, Quintana Roo, NL, Tamaulipas, Oaxaca, Veracruz, Tabasco, Jalisco, Michoacán, Sonora, BCS, Hidalgo, Morelos, Guanajuato, Colima y*

Chiapas y se realizaron operativos para el control del dengue en los primeros 11 estados mencionados.

- *Se llevaron a cabo 4 Reuniones Regionales en el primer y segundo trimestre del año, y una Reunión Nacional en el mes de diciembre, 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 realizaron 13 Reuniones con el Grupo Técnico Nacional de Dengue, conformado por CENAPRECE, DGE, InDRE, DGCES, DGPS, OPS, COFEPRIS, CNS, INSP, IMSS Régimen Ordinario, ISSSTE, IMSS Oportunidades, SEDENA y PEMEX, principalmente.*
- *PALUDISMO.*
- *Se realizaron 5 reuniones regionales (Sur-Sureste, Centro, Noreste, Pacífico y Veracruz), 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.*
- *Participación en la modificación y actualización de la NOM de Vectores, que incluye el componente de paludismo.*
- *En el 2010, se proporcionó asesoría continua durante todo el año para la atención de los brotes de Chiapas y Oaxaca.*
- *Se llevaron a cabo visitas de evaluación a las entidades federativas susceptibles de certificarse como libres de transmisión de paludismo.*
- *Fortalecimiento del Programa Mesoamericano de Vigilancia Epidemiológica con énfasis en paludismo auspiciado por el Plan Puebla Panamá, en la que se incluye a todo el país, mediante la participación en dos reuniones nacionales e internacionales.*
- *Se elabora la propuesta de fortalecimiento en el Plan Maestro para el Sistema Mesoamericano de Salud Pública en el componente de Paludismo.*
- *Elaboración de proyecto para eliminación de la transmisión del paludismo de México que en un plazo de 4 años.*
- *Se impartieron capacitaciones y cursos taller sobre el manejo del paciente malárico, sobre eliminación de criaderos de anofelinos a los estados prioritarios.*
- *Se visitaron los estados de Chihuahua, Campeche, Sinaloa, Tabasco, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo para efectuar evaluaciones asesoría y supervisión de las actividades operativas.*
- *De manera especial se dio asesoría, capacitación y elaboración de programa de actividades y de seguimiento al estado de Chiapas para la distribución de 350 mil pabellones impregnados con insecticida que permitirá reducir de manera importante la endemia en el estado por Paludismo y por otros artrópodos*

- *Participación en tres 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 Valle de Mexicali en Baja California y en el Componente de Rickettsiosis en las áreas de entomología y programación de actividades de control.*
- *Se proporciono apoyo en las comprobaciones para los recursos del AFASPE 2010 del componente dengue.*
- *Coordinación con SEDESOL para lograr apoyos en el Programa de Empleo Temporal para dengue.*
- *Evaluación del programa en la 1ra Reunión Nacional Anual sobre Investigación Operativa de Dengue.*
- *Apoyos a los estados de Baja California, Baja California Sur y Sonora con evaluaciones y asesoría en el componente de Rickettsiosis.*
- *1ra. Reunión Regional sobre Rickettsiosis efectuada en Hermosillo, Sonora con la participación de ponentes internacionales y nacionales con apoyo de la OPS/OMS, en donde participaron los estados de Baja California, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Oaxaca y Nuevo León, y se trataron los siguientes aspectos: Manejo clínico y hospitalario de los casos graves de Fiebre Manchada, Entomología, Vigilancia Epidemiológica, Promoción de la Salud, Técnicas diagnósticas, actividades de control, tanto de vectores como de zoonosis.*

- ***Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos. De los Programas EE05 TUBERCULOSIS - LEPRA.***

- TUEBERCULOSIS LEPRA

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	TUBERCULOSIS LEPRA	59,416,467.00	52,951,287.05	7,739,990.05
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	13,693,233.00	4,301,594.78	4,301,594.78
					Capitulo 3000 Servicios	511,937.00	830,842.14	830,842.14

					Generales			
					Otros gasto corriente	45,211,297.00	47,818,850.13	2,607,553.13
					Corriente	59,416,467.00	52,951,287.05	7,739,990.05
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

- *Participación en la Reunión Internacional de Indígenas y Prisiones en Panamá; Participación en Reunión Regional sobre Farmacorresistencia en Ecuador, Quito; Participación en Reunión de Líderes de Programa de Tuberculosis en El Salvador, CA.*
- *42 Visitas de asesoría y seguimiento del Programa de Tuberculosis a los estados*
- *Curso de Actualización de la Tuberculosis en el niño y el adulto, en el Hospital General de México con la asistencia de 600 personas.*
- *Celebración del Día Mundial de la Tuberculosis, 24 de marzo de 2010, Auditorio del INER, 300 participantes*
- *Curso Nacional de Actualización en el Manejo Clínico de la TB con Resistencia a Fármacos" en coordinación con la UNION y bajo la coordinación del Dr. Caminero Luna se realizó el del 12 al 14 de Julio de 2010 en el D. F., asistieron 59 médicos*

TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE:

- *Se realizaron 4 reuniones con el GANAFAR*
- *4 Reuniones de Dictaminación de casos: GTO, SON, AGS, MOR, COAH, GRO*
- *Una Reunión de Seguimiento a casos XDR: HGO, VER.*
- *Participación en 24 cursos-talleres "Manejo Clínico Operacional de la TB con Resistencia a fármacos" en los estados*
- *4 sesiones Vía Elluminante para el uso de la Macro TB-MFR en marzo, junio, septiembre y diciembre de 2010*
- *Se recibió evaluación externa por asesores internacionales para el componente de TB-MFR por el Comité Luz Verde y USAID*

RED TAES DE ENFERMERÍA:

- *Distribución de 8,000 Manuales de Procedimientos en Tuberculosis para Personal de Enfermería*
- *Coordinación de simposio sobre "Experiencias exitosas de la Red TAES" con la participación de los estados de Chiapas y D. F. y Taller de desarrollo humano.*

- *Asistencia y participación en actividades de capacitación en tuberculosis para personal de los estados de Chiapas, Hidalgo, D. F., Jalisco, Estado de México, Guerrero, Puebla y Zacatecas.*
- *Capacitación en servicio a las responsables de la Red TAES de Enfermería de Campeche y Nuevo León.*
- *Participación en la feria de tuberculosis de Tepecoacuilco y Cocula, Guerrero.*
- *Asistencia al Congreso de Enfermería en S.L.P. y convocatoria a los estados*
- *Realización de 5 reuniones con el Subcomité de la Red TAES de Enfermería.*
- *Participación en el Primer Congreso de Enfermería en el marco del Congreso de Neumología y Cirugía de Tórax en Guadalajara, Jalisco.*
- *Envío de cartel sobre la Redes de Enfermería en TB en el Congreso del Consejo Internacional de Enfermería, a realizarse en Malta en mayo de 2011.*

CONTROL DE INFECCIONES EN TUBERCULOSIS:

- *Tres cursos de capacitación en el tema de Control de Infecciones en Tuberculosis en los estados de Chihuahua, Jalisco y Colima*
- *Presentación de Póster sobre Control de Infecciones en la Conferencia de la Unión con sede en Berlín, Alemania.*
- *Establecimiento de la colaboración con la Universidad de Florida.*

TB/ VIH:

- *Cuatro reuniones de capacitación sobre TB/VIH y TB/DM con sede en Monterrey, Distrito Federal, Acapulco, Michoacán.*
- *Dos reuniones 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.*
- *Curso Taller de capacitación, sobre TB/VIH y TB/DM a líderes de Programa de tuberculosis, diabetes y de VIH/SIDA en HGM*
- *Participación en 9 cursos de capacitación e información sobre TB/VIH y TB/DM a líderes de Programa de tuberculosis, de diabetes, VIH/SIDA.*
- *Reunión en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con los 10 estados del SUR-SURESTE: Chipas, Yucatán, Campeche, Guerrero, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Veracruz.*
- *5 Reuniones de trabajo con otros Organismos e Instituciones.*
- *15 Reuniones en apoyo para capacitación sobre TB/VIH y TB/DM a personal de salud de los estados que involucraron al PNT con apoyo de personal del mismo.*
- *4 reuniones de capacitación a personas afectadas por el VIH en coordinación con Organizaciones de la Sociedad Civil.*

- *Participación en el diseño del cartel "El VIH, el SIDA, la tuberculosis y los derechos de las personas bajo tratamiento por este Binomio".*

♦ ***Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos. De los Programas EE06 SALUD BUCAL.***

♦ SALUD BUCAL

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	SALUD BUCAL	5,179,532.00	4,909,733.70	4,909,733.70
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	566,141.00	381,481.70	381,481.70
					Capitulo 3000 Servicios Generales	4,613,391.00	4,521,252.00	4,521,252.00
					Otros gasto corriente	0.00	.00	.00
					Corriente	5,179,532.00	4,909,733.70	4,909,733.70
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

➢ *Se realizaron dos campañas de salud bucal "Semanas Nacionales de Salud Bucal", con la participación del sector público, social y privado. Se elaboró y difundió material impreso (trípticos) alusivos a los cuidados preventivos promoviendo un cambio de cultura en la población, de acuerdo a los lineamientos del manual de identidad institucional.*

➢ *Se realizaron siete asesorías conjuntamente con la DGEPI en las entidades de (Chiapas, Coahuila, Sonora, Puebla, Nayarit, Tlaxcala y Zacatecas), para orientar y evaluar el desempeño del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, que permitió conocer el índice CPOD de los usuarios de los servicios de salud en las treinta y dos entidades federativas y así mismo conocer las necesidades de atención de los usuarios de los servicios de odontología y a solicitud expresa de los servicios del ISSSTE y PEMEX se capacitaron a odontólogos y epidemiólogos de estas instituciones para incorporar nuevas unidades centinelas al sistema.*

- *Se elaboro e imprimió la publicación Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2009, y se actualizó la información de Odontogeriatría en la Guía de Consulta para el Médico y Odontólogo de Primer Nivel de Atención, así mismo se elaboró el material odontológico para el Diplomado en Geronto-Geriatría para el primer nivel de atención, conjuntamente con el Programa del Adulto y el Anciano.*
- *Se realizaron 6 supervisiones sobre el desarrollo de las estrategias del programa en Michoacán, Baja California Sur, Colima (2), Nayarit y Tlaxcala.*
- *Se realizaron 8 asesorías y capacitaciones sobre las estrategias del programa en los estados de Oaxaca, Veracruz, Colima, Michoacán, Yucatán, Coahuila, Sonora y Baja California*
- *Se capacitó a cirujanos dentistas en la aplicación del Tratamiento Restaurativo Atraumatico en los estados de Tampico, Zacatecas, Puebla.*
- *Se dió seguimiento en la aplicación del Tratamiento Restaurativo Atraumatico en los en los municipios de menor índice de desarrollo humano en los estados de Puebla, Durango, Guerrero, Nayarit y Chiapas.*
- *Se asesoró a los 32 responsables estatales del programa para integrar el Programa Operativo Anual de Trabajo (POA) 2011.*
- *Se evaluó el desempeño del programa en las 32 entidades federativas del 4to trimestre 2009 y 1er, 2do y 3er trimestre de 2010.*
- *Se realizaron 8 asesorías en los estados de Oaxaca, Veracruz, Colima, Michoacán, Yucatán, Coahuila, Sonora y Baja California para implementar el proyecto Niñas y Niños Libres de Caries en México.*

♦ ***Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos. De los Programas EE07 ZOONOSIS.***

ZOONOSIS

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	ZOONOSIS	37,408,570.00	24,299,786.59	24,299,786.59
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	37,072,051.00	23,812,591.23	23,812,591.23

					Capitulo 3000 Servicios Generales	336,519.00	487,195.36	487,195.36
					Otros gasto corriente	0.00	2,607,553.13	2,607,553.13
					Corriente	37,408,570.00	24,299,786.59	24,299,786.59
					Gasto Inversión	.0	.0	.0

- *Fortalecer la atención médica y antirrábica a personas agredidas de forma gratuita y oportuna, con los más altos estándares de calidad, en 74.1 mil personas agredidas por animales sospechosos de rabia (información preliminar al 28 de enero 2011 en el SIS); mediante la inversión para una reserva estratégica de biológicos antirrábicos humanos, vacunas (64,671 dosis) e inmunoglobulina antirrábica humana (17,769 frascos) para ministrarse en tratamientos antirrábicos a 20,489 personas (información preliminar al 28 de enero 2011 en el SIS), con un inicio de tratamiento del 26.6% en los treinta y dos Servicios Estatales de Salud (SESA).*
- *Se registraron 4 casos de rabia en humano transmitida por otras especies en los estados de Guerrero (1), Nayarit (1) y Michoacán (2).*
- *Apoyar a los 32 SESA con materiales para realizar 50,204 esterilizaciones, para fomentar en la población propietaria de perros comportamientos responsables.*
- *Coordinar las acciones de vacunación antirrábica canina y felina en las 32 entidades federativas mediante la aplicación de 16.8 millones de dosis en las Semanas Nacional, de Reforzamiento y permanente, que corresponden al 96.5% de la meta anual.*
- *Se notificaron 23 casos de rabia canina, focalizados en 8 Jurisdicciones Sanitarias en cinco entidades federativas (Baja California Sur, Chiapas, México, Puebla y Nuevo León). El CENAPRECE gestionó con SEDESOL la contratación de 150 vacunadores para llevar a cabo operativos de control mediante barridos casa a casa en 3 Jurisdicciones Sanitarias del estado de Baja California Sur.*
- *Elaboración y validación conjunta de los resultados con los SESA de 4 boletines trimestrales de Caminando a la Excelencia.*
- *Se realizaron 6 talleres de asesoraría en 6 SESA's (Baja California, Durango, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León y San Luis Potosí) sobre la aplicación del procedimiento de pre-certificación como área geográfica que ha logrado la eliminación de la transmisión de la rabia canina.*
- *Se participó en tres talleres para la difusión y aplicación de la NOM-042-SSA2-2006, Especificaciones Sanitarias para los centros de atención canina en SESA México, invitando a los responsables del programa en los estados de Guanajuato y Tlaxcala).*

- *Se participó en un taller para la revisión de la "Guía para la atención médica y antirrábica de la persona expuesta al virus de la rabia" en el Estado de Hidalgo.*
- *Participación en la XXI Reunión Internacional de Rabia en las Américas, llevada a cabo en la ciudad de Guadalajara, Jalisco.*
- *Se llevó a cabo la elaboración del protocolo de estudio para la "Inmunocontracepción en perros con GONACÓN" a ejecutarse en el estado de Hidalgo.*
- *Celebración del Día Mundial de la Rabia, el 28 de septiembre con SESA Tlaxcala.*

Comentar las acciones realizadas a cada uno de los programas EE20 SINAVE.

SINAVE

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	SINAVE	311,132,510.00	235,625,079.30	235,625,079.30
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	3,539,942.00	5,007,370.73	5,007,370.73
					Capitulo 3000 Servicios Generales	34,767,975.00	56,347,332.27	56,347,332.27
					Otros gasto corriente	254,455,863.00	172,759,428.30	172,759,428.30
					Corriente	292,763,780.00	234,114,131.30	234,114,131.30
					Gasto Inversión	18,368,730.0	1,510,948.00	.0

METAS PROGRAMADAS	LOGRO
Reestructura de la Información en el modelo de trabajo de organización por procesos para eficientar la cadena de valor de generación de inteligencia epidemiológica.	Se reestructuró la Dirección de Información para optimizar los procesos de: recopilación, análisis y difusión de información epidemiológica, con la reubicación de los Sistemas Especiales de Enfermedades no Transmisibles y el SEED.

Renovación del 67% de la tecnología informática de la Dirección General Adjunta de Epidemiología y gestión para la renovación de tecnología informática en las entidades federativas.	♦ Se compraron en diciembre 2010 las licencias a Microsoft para cubrir al 100% el software DGAE. ♦ 100% de avance en el desarrollo e implementación de los módulos de: PFA, Muertes Maternas y VIH-SIDA en la plataforma única del SINAVE. ♦ Se establecieron mecanismos de publicación en línea de seis informes semanales de monitoreo epidemiológico de: influenza, mortalidad materna, dengue, diarreas, infecciones respiratorias y daños por temperaturas extremas, dirigidos a los mandos superiores de la Secretaría de Salud. ♦ No se logro el arrendamiento de equipo informático para la DGAE porque la DGTI canceló la Licitación Pública de esta y otras Unidades de la SSA. ♦

- ***Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos. De los Programas EE21 INDRE.***
- EE21 INDRE

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	INDRE	140,564,032.00	152,701,677.61	152,701,677.61
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	41,877,769.00	40,882,784.59	40,882,784.59
					Capitulo 3000 Servicios Generales	13,056,247.00	15,348,301.29	15,348,301.29
					Otros gasto corriente	85,630,016.00	96,470,575.73	96,470,575.73
					Corriente	140,564,032.00	152,701,677.61	152,701,677.61
					Gasto Inversión	0.0	0.00	.0

El presupuesto autorizado original por **140,564** miles de pesos, dado a conocer por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud. De los recursos autorizados, se modifico a **152,701.68** se ejercieron **152,670.68** miles de pesos, destacando **95,970.59** miles de pesos para apoyo del programa de **Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Red de Laboratorios**, asi como los programas sustantivos como **Reforzar la Vigilancia Epidemiológica a Través del Análisis y Diagnóstico de 56,700.08** Es importante comentar, que los recursos no ejercidos por **31** miles de pesos, fueron devueltos a DGPOP para apoyo a otras unidades de la Secretaría de Salud.

El presupuesto total ejercido por **152,670.68** miles de pesos correspondió a ***gasto corriente 56,700.08, subsidios por 95,970.59, de los cuales se realizaron las transferencias a los Estados y por consiguiente se consideran como presupuesto ejercido, encontrándose aún las comprobaciones en proceso de revisión y recuperación por parte de la administración de esta Dirección General Adjunta del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos,*** siendo los recursos ejercidos totales 100 puntos porcentuales a los originalmente autorizados.

Su comportamiento por capítulo:

- *Servicios personales*.- Es importante mencionar que la Dirección General Adjunta del InDRE, adscrita al Órgano Desconcentrado Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, contó con un presupuesto autorizado para este capítulo de gasto en el centro de responsabilidad O00 como una sola unidad, por lo que no es posible determinar por esta Sub-Unidad su presupuesto original.
- La plantilla de personal al mes de diciembre del 2010 consta de 492 plazas, integrada por 439 de personal de base, 21 de confianza, 11 de Mando, 21 eventuales (1202), que en relación a las 474 plazas del año anterior, presenta un aumento de 18 plazas.

- Con relación al 2010, la plantilla del personal aumento en 18 plazas de base, con el objeto de cubrir necesidades indispensables en este Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.

- Asimismo se suprimieron 11 plazas para crear 9 de base de acuerdo a las necesidades de las áreas adscritas a esta Dirección General Adjunta del InDRE en el ejercicio 2010.

- *Materiales y suministros.-* Se autorizó un presupuesto original de **41,877.77** miles de pesos, ejerciendo **40,882.78** miles de pesos, teniendo una variación absoluta de **994.99** miles de pesos. La variación absoluta ejercida de menos de **994.99** miles de pesos, se debe a que se realizaron adecuaciones por presiones de gasto en el rubro de Servicios Generales.
  - Para este capítulo, el gasto principal se encausó en la adquisición de materias primas de producción, productos químicos farmacéuticos y de laboratorio, al ser el órgano de referencia en materia de diagnóstico, investigación y desarrollo tecnológico para la vigilancia epidemiológica del país. Así mismo para la operación del instituto el gasto principal fue de materiales y útiles de oficina, materiales y útiles para el procesamiento en equipo y bienes informáticos, refacciones y accesorios para equipos de cómputo, combustibles y vestuario principalmente.

- *Servicios generales.-* Se autorizó un presupuesto original de **13,056.25** miles de pesos, ejerciendo **15,317.30** miles de pesos, la diferencia con base en el presupuesto original es de **2,261.05** miles de pesos. Siendo el presupuesto modificado de **15,348.30.** La variación de debe a que se realizaron transferencias

presupuestales del capitulo 2000 así como a las ampliaciones presupuestales autorizadas por la SHCP derivadas de ingresos excedentes por Cuotas de Recuperación.

- El gasto en este capítulo se orientó básicamente para el pago Servicios básicos como luz, teléfono, energía eléctrica, servicios de seguridad, limpieza y recolección de residuos generados en el Instituto y mantenimiento a equipo de laboratorio, principalmente.

Adicionalmente se adecuo presupuesto de **500** miles de pesos para la contratación de apoyo a voluntarios que participan en diversos programas federales, con el objeto de apoyar el proyecto de la encuesta de seroprevalencia del virus de Influenza A-H1N y así reforzar las áreas de mayor carga en el procesamiento de muestras y captura de resultados. Por lo anterior se contrato a 12 personas incluyendo 3 laboratoristas y 3 auxiliares de laboratorio y 6 capturitas.

CAPACITACIÓN

2	**1**	**03**	**019**	**E019**	**Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud**	**770,312**	252,088	252,088
					Capitulo 1000 Servicios Personales			
					Gastos de Operación	770,312	252,088	252,088
					Subsidios			
					Otros de Corriente			
					Total Corriente	770,312	252,088	252,088
					Subsidios			
					Inversión Física			
					Gasto Inversión	0	0	

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos. De los Programas CP01 CAPACITACIÓN.

- Operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Capacitar al Personal Administrativo-Técnico y Directivo.
- Reunión Nacional del SINAVE 2009 (Importantes acuerdos en materia de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y los Laboratorios de Salud Pública para fortalecerlos en las vertientes de capacitación, tecnología informática para la interconectividad y fortalecimiento de la supervisión, mediante la aplicación de recursos federales de AFASPE).
- Vigilancia y Supervisión de dengue a los Estados.
- Diplomado de Gerencia en Salud Pública.

Programa de Residencia en Epidemiología.

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos. De los Programas P014 Y OB01 CRONICO DEGENERATIVAS Y OBESIDAD.

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	014	P014	OBESIDAD CRÓNICO	276,911,466.00	245,675,110.98	245,675,110.98
				OB01	Capitulo 1000 Servicios Personales	0	0	0
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	25,446,135.00	27,995,467.83	27,995,467.83
					Capitulo 3000 Servicios Generales	86,765,331.00	38,171,350.75	38,171,350.75
					Otros gasto corriente	164,700,000.00	179,508,292.40	179,508,292.40
					Corriente	276,911,466.00	245,675,110.98	245,675,110.98
					Gasto Inversión	0.0	0.00	.0

- Las acciones encaminadas a disminuir el sobrepeso y la obesidad en la población menor de 19 años, se hacen en conjunto con la Dirección General de Promoción a la Salud y Centro Nacional de Salud de la Infancia y la Adolescencia. La modificación de los estilos de vida son factores que reflejan sus beneficios a largo plazo. Es por ello que se considera un buen avance con el porcentaje obtenido. Las acciones que se realizaron para llegar a la meta fueron, la contratación de nutriólogos y activadores físicos, implementar 5 pasos por tu salud en las escuelas, la aplicación de los lineamientos del acuerdo de salud alimentaria, la vinculación con la Secretaria de Educación Pública.

- La eficacia de este indicador radica en que reducir el sobrepeso y la obesidad, es que las enfermedades crónicas no trasmisibles, no se presenten en edades tempranas y las complicaciones de éstas se retrasen o no se presenten.

- Los beneficios se observarán, en un mejor control metabólico en la población con enfermedad ya presente, el retraso de la aparición de ésta y la prevención de las enfermedades crónicas.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador.

- Nivel Propósito: El sobrepeso y la obesidad en la población en general así como el riesgo de padecer enfermedades relacionadas están disminuidos.
- Los efectos socioeconómicos del alcance de la meta de este indicador se ven reflejados en que la disminución del sobrepeso y la obesidad en la población menor de 19 años, permite obtener una población adulta con una disminución de la aparición de padecimientos crónicos como la diabetes, la hipertensión arterial y las dislipidemias y sus complicaciones, con la consecuente disminución de los gastos de atención y tratamiento de estas enfermedades crónicas no trasmisibles, así como de sus complicaciones tanto a nivel nacional como para las personas en general. Lo que a largo plazo permitirá un mayor desarrollo social y económico para la población que le permitirá contar con una mejor calidad de vida.

- Para tal efecto se contó con la contratación de médicos del deporte y nutriólogos a nivel estatal, así como a activadores físicos y nutriólogos jurisdiccionales, quienes siguiendo la estrategia de los 5 pasos y en el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, capacitan tanto a profesionales de la salud como a la población para mejorar los hábitos alimenticios y reducir el sedentarismo. También se realizaron talleres de capacitación en 5 pasos con los que se logró una cobertura de 24 entidades federativas y se capacitaron 535 personas.

Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano. Programas de Diabetes e Hipertensión Arterial

- Para avanzar en la meta sectorial de reducir 15% la mortalidad por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años y disminuir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes, durante el 2010 periodo se registraron 20.479.431 de pruebas negativas de detección de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias; en la Secretaría de Salud se identificaron 614.498 detecciones positivas de hipertensión arterial, 1.035.856 detecciones positivas de diabetes mellitus y 1.939.168 de detecciones de personas con obesidad. El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades notificó de manera sectorial 496, 755 casos nuevos de hipertensión arterial, 405,055 casos de diabetes mellitus y 1,939,168 de personas con obesidad. Estas acciones fortalecen la adherencia de la población a las estrategias de prevención y control del riesgo cardiovascular y diabetes mellitus del sector salud, así como el registro y la evaluación de las intervenciones.
- Durante el 2010 a la fecha se han realizado 7 diplomados de Prevención Clínica para profesionales de la salud, en conjunto con el Instituto Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición y el de Cardiología, en los cuales se capacitaron a más de 7,084 profesionales de la salud.
- Se han capacitado a 2378 profesionales de la salud en Enfermedades Crónicas con los diplomados virtuales y los talleres de talleres de detección de microalbuminuria y de hemoglobina glucosilada dirigidos al personal operativo de las entidades federativas.
- La Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua es la base de la educación, control metabólico y adherencia terapéutica de personas con enfermedades crónicas que se atienden en las unidades de salud, esta red está integrada actualmente por 8525 Grupos de Ayuda Mutua con un total de 222 270 integrantes. En el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM) se lleva a cabo el seguimiento y evaluación de los grupos, donde los responsables de las entidades federativas han registrado 3 598 grupos con 54,690 integrantes; así mismo se cuenta con el registro de 475 grupos Acreditados que han cumplido sus metas de tratamiento que son los criterios establecidos para esta evaluación.
- Sectorialmente, se avanzó en la publicación de la actualización de la norma oficial de diabetes para la prevención, tratamiento y control de la diabetes tipo 2 y se actualizó la norma oficial de dislipidemias quedando pendiente su publicación en el DOF, con aval de las sociedades médicas e instituciones de salud. También se han realizado reuniones con los grupos de expertos para elaborar

las guías de tratamiento para las enfermedades crónicas que acompañarán a las normas oficiales

- 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 plazo que el gobierno federal propuso para coadyuvar a modificar la evolución natural de las ECNT fue el desarrollo e implementación de Unidades de Especialidad Médica en Enfermedades Crónicas (UNEMEs EC), estas unidades representan un modelo de prevención clínica, interdisciplinario, basado en evidencia científica, diseñado para atender a pacientes con sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus.
- Al cierre del año 2010, se encuentran en operación 66 unidades, las cuales fueron capacitadas sobre el modelo de prevención clínica. Como resultado de las actividades de mayor relevancia en los pacientes que reciben atención en estas unidades se ha logrado el control de presión arterial en pacientes con hipertensión arterial, 42% de pérdida de peso en pacientes con Obesidad, 42% de control en pacientes con Dislipidemias. A todo paciente que ingresa a tratamiento sistemáticamente se le diseña un plan de alimentación y un plan de actividad física acorde a sus necesidades, se realiza exploración de pies, toma de estudios como medición de micro albuminuria entre otros parámetros.
- Se firmó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad el 25 de enero de 2010, fue publicado el 11 de febrero del mismo año y en él se estableció la creación del Consejo Nacional de Enfermedades Crónicas, que constituye la base de las acciones de fortalecimiento para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. El Consejo presentó su sesión de instalación el 12 de mayo del 2010 y se establecieron los 14 vocales representados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Pública; la Secretaría de Desarrollo Social; la Secretaría de Economía; la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; la Secretaría de Educación Pública; la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; el Instituto Mexicano del Seguro Social; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud; y la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud.
- Para la realización de las acciones del Acuerdo Nacional, se gestionó la contratación de 269 nutriólogos, 237 activadores físicos jurisdiccionales y 32 médicos del deporte, quienes fueron capacitados en el mes de marzo para llevar a cabo sus funciones según lo establecido por el Acuerdo. Se implementa dentro de las actividades relacionadas con el Acuerdo, el programa 5 Pasos por tu Salud, Para Vivir Mejor, instrumento orientado a revertir las tendencias del problema epidemiológico y encaminar al país a la adopción de un estilo de vida saludable.

- Con la finalidad de promover la prevención y detección de enfermedades crónicas en la población y en el marco del Acuerdo Nacional se capacitaron 535 personas en 24 estados de la República en 5 Pasos por tu Salud, Para Vivir Mejor.

SERVICIOS PERSONALES

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	RECURSOS HUMANOS	326,249,867.00	296,277,397.33	296,277,397.33
					Capitulo 1000 Servicios Personales	320,253,390.00	290,311,345.05	290,311,345.05
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	312,948.00	0.00	0.00
					Capitulo 3000 Servicios Generales	5,683,529.00	5,848,728.28	5,848,728.28
					Otros gasto corriente	0.00	117,324.20	117,324.20
					Corriente	326,249,867.00	296,277,397.33	296,277,397.33
					Gasto Inversión	0.0	0.00	.0

SUBROGADOS Y SERVICIOS

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	016	E039	SUBROGADOS Y SERVICIOS	320,253,390.00	22,939,601.27	22,939,601.27
					Capitulo 1000 Servicios Personales	0.00	0.00	0.00
					Capitulo 2000 Materiales y Suministros	884,304.00	692,751.42	692,751.42
					Capitulo 3000 Servicios Generales	21,086,386.000	22,246,849.85	22,246,849.85

					Otros gasto corriente	0.00	0.00	0.00
					Corriente	21,086,386.00	22,939,601.27	22,939,601.27
					Gasto Inversión	0.0	0.00	.0

CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES

RELACION DE CUOTAS DE RECUPERACION 2010

global

MES	IMPORTE GENERADO	FECHA DE ENTERO
ENERO	207,764.00	febrero
FEBRERO	339,181.00	marzo
MARZO	474,559.00	abril
ABRIL	187,968.00	mayo
MAYO	380,373.00	junio
JUNIO	392,282.00	julio
JULIO	451,874.00	agosto
AGOSTO	196,955.00	septiembre
SEPTIEMBRE	462,998.00	octubre
OCTUBRE	332,365.00	noviembre
NOVIEMBRE	328,297.00	diciembre
DICIEMBRE	177,578.00	enero
TOTAL	**3,932,194.00**	

CONCEPTO	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
GENERADOS	207,764.00	339,181.00	474,559.00	187,968.00	380,373.00	392,282.00
acumulado generados	207,764.00	546,945.00	1,021,504.00	1,209,472.00	1,589,845.00	1,982,127.00
ENTERADOS A TESOFE	0.00	207,764.00	339,181.00	474,559.00	187,968.00	380,373.00
acumulado enterados	0.00	207,764.00	546,945.00	1,021,504.00	1,209,472.00	1,589,845.00

CONCEPTO	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
GENERADOS	451,874.00	196,955.00	462,998.00	332,365.00	328,297.00	177,578.00
acumulado generados	2,434,001.00	2,630,956.00	3,093,954.00	3,426,319.00	3,754,616.00	3,932,194.00
ENTERADOS A TESOFE	392,282.00	451,874.00	196,955.00	462,998.00	332,365.00	328,297.00
acumulado enterados	1,982,127.00	2,434,001.00	2,630,956.00	3,093,954.00	3,426,319.00	3,754,616.00

EJERCICIO PRESUPUESTARIO 2011

SECRETARIA DE SALUD
CUENTA PÚBLICA 2011
ANÀLISIS FUNCIONAL PROGRÁMATICO ECONÓMICO
UNIDAD O00 CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES
(Pesos)

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO		
						AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	01	002	M001	Servicios de apoyo administrativo	2,736,789	7,538,784	7,538,784
					Capitulo 1000 Servicios Personales			
					Gastos de Operación	2,736,789	7,538,784	7,538,784
					Subsidios			
					Otros de Corriente			
					Total Corriente	2,736,789	7,538,784	7,538,784
					Inversión Física			
					Subsidios			
					Gasto Inversión	0	0	
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica	847,210,837	856,110,497	856,110,497
					Capitulo 1000 Servicios Personales	323,968,291	318,999,390	318,999,390
					Gastos de Operación	378,172,805	224,462,368	224,462,368
					Subsidios	142,069,741	292,875,614	292,875,614
					Otros de Corriente	3,000,000	4,758,412	4,758,412
					Total Corriente	847,210,837	841,095,783	841,095,783
					Inversión Física		15,014,714	15,014,714
					Subsidios			
					Gasto Inversión	0	15,014,714	15,014,714
2	1	01	016	E039	Vigilancia epidemiológica (ampliaciones determinadas por la cámara de diputados)	140,000,000	140,000,000	140,000,000
					Capitulo 1000 Servicios Personales			
					Gastos de Operación			
					Subsidios	140,000,000	140,000,000	140,000,000
					Otros de Corriente			
					Total Corriente	140,000,000	140,000,000	140,000,000
					Inversión Física			
					Subsidios			
					Gasto Inversión	0	0	
2	1	01	023	E039	Vigilancia epidemiológica (ampliaciones determinadas por la cámara de diputados)	179,506,574	179,506,574	179,506,574
					Capitulo 1000 Servicios Personales			
					Gastos de Operación			
					Subsidios	179,506,574	179,506,574	179,506,574
					Otros de Corriente			
					Total Corriente	179,506,574	179,506,574	179,506,574
					Inversión Física			
					Subsidios			
					Gasto Inversión	0	0	
2	1	03	019	E019	Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	201,137	33,442	33,442
					Capitulo 1000 Servicios Personales			
					Gastos de Operación	201,137	33,442	33,442
					Subsidios			
					Otros de Corriente			
					Total Corriente	201,137	33,442	33,442
					Inversión Física			
					Subsidios			
					Gasto Inversión	0	0	
2	1	04	014	P019	Promoción de la Salud, prevención y control de enfermedades crónico degenerativas y transmisibles y lesiones	27,068,466	10,277,180	10,277,180
					Capitulo 1000 Servicios Personales			
					Gastos de Operación	27,068,466	10,277,180	10,277,180
					Subsidios			
					Otros de Corriente			
					Total Corriente	27,068,466	10,277,180	10,277,180
					Inversión Física			
					Subsidios			
					Gasto Inversión	0	0	
2	1	04	014	P014	Prevención contra la obesidad	259,843,000	231,452,812	231,452,812
					Capitulo 1000 Servicios Personales			
					Gastos de Operación	75,143,000	41,332,812	41,332,812
					Subsidios	184,700,000	190,120,000	190,120,000
					Otros de Corriente			
					Total Corriente	259,843,000	231,452,812	231,452,812
					Inversión Física			
					Subsidios			
					Gasto Inversión	0	0	
					Total de la Unidad	1,456,566,803	1,424,919,290	1,424,919,290
					Capitulo 1000 Servicios Personales	323,968,291	318,999,390	
					Gastos de Operación	483,322,197	283,644,586	242,311,774
					Subsidios	646,276,315	802,502,188	802,502,188
					Otros de Corriente	3,000,000	4,758,412	4,758,412
					Total Corriente	1,456,566,803	1,409,904,576	1,409,904,576
					Inversión Física	0	15,014,714	15,014,714
					Subsidios	0	0	1,044,813,962
					Gasto Inversión	0	15,014,714	15,014,714

1. ANÁLISIS DEL GASTO POR CLASIFICACIÓN ECONÓMICA.

En 2011, el presupuesto ejercido del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAPRECE), fue de 1,424,795.8 miles de pesos, cifra inferior en 2.6 por ciento con relación a la asignación original. Este comportamiento, se debió principalmente al menor ejercicio presupuestario en los rubros de Gastos de Operación 58.0 por ciento.

De los recursos erogados, 1,409,781.1 miles de pesos correspondieron a gasto directo, monto inferior en 3.6 por ciento con relación a la asignación original y 802,502.2 miles de pesos fueron subsidios, cantidad mayor en 24.2 por ciento a la del presupuesto original.

La disminución del presupuesto ejercido fue resultado del decremento en el capitulo 1000 Servicios Personales, compensado con las disminuciones e incremento en los capítulos 2000 materiales y suministro, 3000 Servicios Generales, 5000 Bienes Inmuebles y 4300 Subsidios a entidades federativas.

El aumento de los subsidios ejercidos obedeció fundamentalmente a las mayores erogaciones en el concepto de gasto 4300 subsidios a entidades federativas, son recursos destinados al Sistema de protección Social en Salud, para garantizar que los programas: Emergencias Epidemiológicas, Dengue, Tuberculosis, Diabetes, Envejecimiento, Riesgo Cardiovascular, Vigilancia Epidemiológica y Laboratorio en Salud Pública, cumplan con su objetivos y metas establecidas para la protección de la población en salud

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades								
Gasto Programable Devengado por Clasificación Económica 2011								
Concepto	Presupuesto (Pesos)			Variación Porcentual		Estructura Porcentual		
				Ejerc / Orig	Ejerc / Modif			
	Original.	Modificado	Ejercido	Porcentual	Porcentual	Orig	Modif.	Ejerc.
TOTAL	**1 456 566 803**	**1 424 919 290**	**1 424 919 290**	**-2.2**	**0.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
GASTO CORRIENTE	**1 456 566 803**	**1 409 904 576**	**1 409 904 576**	**-3.2**	**0.0**	**100.0**	**98.9**	**98.9**
Servicios Personales	323 968 291	318 999 390	318 999 390	-1.5	0.0	22.2	22.4	22.4
Gasto de Operación	483 322 197	283 644 586	283 644 586					
-Materiales y Suministros	244 446 251	113 019 399	113 019 399	-53.8	0.0	16.8	7.9	7.9
-Servicios Generales	238 875 946	170 625 187	170 625 187	-28.6	0.0	16.4	12.0	12.0
Subsidios	646 276 315	802 502 188	802 502 188	24.2	0.0	44.4	56.3	56.3
Otros de Corriente	3 000 000	4 758 412	4 758 412					
GASTO DEINVERSIÓN		**15 014 714**	**15 014 714**	**#¡DIV/0!**	**0.0**	**0.0**	**1.1**	**1.1**
Inversión física		15 014 714	15 014 714	#¡DIV/0!	0.0	0.0	1.1	1.1
- Bienes Muebles e Inmuebles		15 014 714	15 014 714	#¡DIV/0!	0.0	0.0	1.1	1.1
- Obra Pública				#¡DIV/0!	#¡DIV/0!			
- Otros de Inversión Física				#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0.0	0.0	0.0
Subsidios					#¡DIV/0!	0.0	0.0	0.0
Otros de Inversión								

GASTO CORRIENTE

Gasto Corriente observó una variación de 3.2 por ciento, por debajo del presupuesto original aprobado. Su evolución por rubro de gasto se presenta a continuación:

Para gasto corriente se asignaron originalmente 1,456,566.8 miles de pesos, ejerciéndose un total de 1,409,781.1 miles de pesos, -3.2 y 0.0 por ciento del presupuesto original y modificado respectivamente. La variación del presupuesto ejercido contra el original, se debe básicamente a que se tuvo reducciones en el rubro de servicios personales, así mismo la transferencia de recursos a la Dirección General de Servicios Materiales para cubrir los subrogados de este Órgano Desconcentrado como son: Los seguros de bienes patrimoniales, vigilancia, limpieza, así mismo el recurso que se envió a la Dirección de Promoción de la Salud para fortalecer el programa de Obesidad y disminuir el índice de personas obesas en el país..

Su comportamiento por capítulo: No limitativo

Servicios personales.- La variación absoluta ejercida de 318,999.4 miles de pesos, 1.5 por ciento menor al presupuesto original, se refiere principalmente a reducciones liquidas aplicadas a esta unidad.

Movimientos presupuestales autorizados que en su conjunto suman 62,069.9 miles de pesos: se integran por ampliaciones con comunicados AF-DG-12-0236, AF-DG-12-02949, AF-DG-12-03431, AF-DG-12-03455, AF-DG-12-03454, AF-DG-12-03429, AF-DG-12-03023, AF-DG-12-03415, AF-DG-12-03631 y AF-DG-12-03838 por 28,488.7 para cubrir el incremento a la rama médica, paramédica y administrativa y afines. Reducciones por 33,581.2 miles de pesos, con oficios AF-DG-12-01296, AF-DG-12-01898, AF-DG-12-01931, AF-DG-12-02245, AF-DG-12-02150, AF-DG-12-03023, AF-DG-12-03420, AF-DG-12-03492, AF-DG-12-03399, AF-DG-12-03415, AF-DG-12-03538, AF-DG-12-03760 y AF-DG-12-03826, para transferir recuro a otros programas para cubrir el incremento salarial. El presupuesto ejercido en este capítulo por 318,875.9 miles de pesos, corresponde al pago de personal que se encuentra en la plantilla del personal de este Órgano Desconcentrado.

Materiales y suministros.- Se autorizo un presupuesto original de 244,446.2 miles de pesos, ejerciendo 113,019.4 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de 131,426.8 miles de pesos. La variación absoluta ejercida de menos de 131,426.8 miles de pesos, 53.8 por ciento menor al presupuesto originalmente autorizado y se debe a las reducciones de recursos de 131,426.8 miles de pesos, parte del recurso se destino

para cubrir la presión de gasto en la atención y disminución del Dengue Clásico y Dengue Hemorrágico, así como el fortalecimiento de los programas de Riesgo Cardio vascular, Diabetes y Envejecimiento en las entidades federativas mediante el convenio Afaspe.

Servicios generales.- Se autorizo un presupuesto original de 238,875.9 miles de pesos, ejerciendo 170,625.2 miles de pesos, registrando un menor ejercicio presupuestal de 68,250.7 miles de pesos, parte del recurso fue para cubrir los servicios de vigilancia, limpieza, seguros patrimoniales y que se realiza el pago a través de la Dirección General de Servicios Generales de la Secretaria de Salud, por lo que se realizo una adecuación para transferirle el recurso y estar en posibilidades de pagar, así mismo se transfirió recurso a promoción de la Salud, para fortalecer el programa de Obesidad.

El gasto en este capítulo se orientó básicamente para el pago del mantenimiento preventivo y correctivo de equipos médico, administrativo e industrial, así como para el pago de servicios básicos como teléfono, energía eléctrica, agua. etc., a la contratación de servicios de limpieza y vigilancia.

El rubro de Subsidios no aplica

GASTO DE INVERSIÓN

El Gasto de Inversión fue mayor en 100.0 por ciento con relación al presupuesto original. La situación de los rubros que lo integran se presenta a continuación:

En materia de Inversión Física el ejercicio presupuestario registró un incremento de 100.0 por ciento con relación a la asignación original. Al interior de este rubro se observaron diferentes comportamientos, mismos que a continuación se mencionan:

Bienes Muebles e Inmuebles.- Durante este ejercicio se le asignaron recursos por 0.0 miles de pesos, teniendo durante el transcurso del año un apoyo por 15,014.7 miles de pesos, 100.0 por ciento observo mayor ejercicio presupuestario al originalmente autorizado, los movimientos presupuestales durante el ejercicio, referidos a:

Ampliaciones autorizadas por 15,014.7 miles de pesos, los cuales fueron asignados para la adquisición equipo medico y de laboratorio del Instituto de Diagnostico y Referencia Epidemiológicas, con la finalidad de contar con los equipos necesarios para atender las emergencias que se presentan por lo diferentes brotes epidemiológicos y los virus peligrosos que se presentan. Con la finalidad de dar respuesta inmediata a las emergencia para mantener protegida la salud de la población.

3	"Riesgo de neuroinfección asociada al sistema de derivación ventrículoperitoneal en pacientes pediátricos del Hospital General de México"	Patricia C. Bonequi-Alvarado
4	Prevalencia de neumonía asociada a ventilación mecánica en UCIA de un Hospital de México (HECM).	Gabriela Peregrino-Rodríguez
5	Diagnóstico de tuberculosis por autopsia en un hospital de concentración, México 2008-2010.	Paola Olmos-Rojas

Prevalencia de infecciones asociadas a catéter en diversos servicios del Hospital General de México. de enero a diciembre de 2010. Diana Patiño Morales, Carlota Cruz Gómez.

Las infecciones relacionadas con los dispositivos médicos, como los catéteres son en la actualidad las de mayor frecuencia entre las infecciones nosocomiales, por producir complicaciones que van desde infecciones a nivel del sitio de inserción hasta bacteremias, ocasionando una prolongación importante de la estancia hospitalaria y tasas elevadas de mortalidad. Existe la obligación de conocer la prevalencia de infección asociada a catéter debido a la alta frecuencia de uso de estos dispositivos, con el fin de prevenir complicaciones asociadas. Objetivo: conocer la prevalencia de infecciones asociadas a catéter en pacientes hospitalizados en diversos servicios. Metodología: Se realizó un estudio observacional, descritivo, transversal, retrospectivo de enero a diciembre de 2010 en el Hospital General de México. La información se obtuvo de la base de datos RHOVE del Departamento de Vigilancia Epidemiológica y el anuario estadístico. De 41,927 egresos, se presentaron 117 casos de infección asociada a catéter. Fueron excluidas las infecciones de nosocomiales de otro tipo. Resultados: se estudiaron 117 pacientes hospitalizados con infección asociada a catéter durante el periodo mencionado, encontrándose mayor incidencia en el servicio de Nefrología (29%),Medicina Interna(18%) y Cirugía (11%). El sitio de inserción (39%) y la bacteremia (38%) son las infecciones más frecuentes. El germen aislado con mayor frecuencia fue el Staphilococcusaureus. Conclusión. La infección asociada a catéter fue de 31% de las infecciones nosocomiales.

Tuberculosis. Un Problema de Salud Pública en el Hospital General de México. 2008-2010. Dra. Ana Carolina Robles Bustamante.

Introducción. La tuberculosis es un problema de salud pública en México. El diagnóstico se realiza principalmente en las unidades de primer nivel de atención, pero el 24% de

los casos son diagnosticas en unidades de segundo y tercer nivel de atención (2008). Objetivo. Caracterizar la prevalencia de los casos de tuberculosis diagnosticas en un hospital general de la ciudad de México durante 2008-2010 y la co-morbilidad asociada. Material y método: Estudio transversal con base al reporte de vigilancia epidemiológica de tuberculosis de la unidad hospitalaria. Resultados. Se registraron un total de 860 casos, con una distribución por sexo de 66.4% masculinos y 35.6% femeninos, el 68.1% en mayores de 20 años, comorbilidad asociada: VIH 14.3%, DM 4.8%, en cuanto a métodos diagnósticos: Radiografía 36.3%, Cuadro Clínico 39.2%, Baciloscopía 19.5%. Las formas más frecuentes son: Pulmonar 40.3%, Diseminada 13.7%, Meníngea 12.7%. Se registraron un total de 150 defunciones. Conclusión. Tuberculosis sin diagnosticar en unidades de primer nivel de atención representa un problema de salud pública para unidades especializadas dado que derivan recursos a diagnóstico y tratamiento y seguimiento de control.

“Riesgo de neuroinfección asociada al sistema de derivación ventrículoperitoneal en pacientes pediátricos del Hospital General de México” Patricia C. Bonequi-Alvarado1.

Introducción. La neuroinfección es la complicación más frecuente y grave de los sistemas de derivación ventrículo peritoneal (SDVP). En el Hospital General de México, se ha reportado una tasa de neuroinfección anual de 36.2 por cada 100 procedimientos en pacientes pediátricos; sin embargo no se cuenta con información sólida. Se evalúan los factores asociados a la infección secundaria del SDVP en pacientes del HGM. Material y métodos. Cohorte con base a expedientes de 32 pacientes pediátricos con hidrocefalia sometidos a colocación de SDVP en el 2010. Se estimó el riesgo relativo de factores asociados a la infección. Resultados. La tasa de infección encontrada fue 56.25%, 7 veces mayor a la esperada; de los SDVP infectados se aislaron S. epidermidis, S. aureus, E. coli y E. faecalis. Se encontró un riesgo cuatro veces mayor de infectarse en niños hospitalizados 2 o más días antes de la cirugía la SDVP en comparación con los que se internaron en menor tiempo (RR=4.19, IC95%: 1.17-15.04). Conclusiones. Este tipo de cirugías deben ser quirúrgicamente limpias, por el tipo de microorganismos reportados en el estudio es posible que la potencial fuente de infección sea contaminación del SDVP, el instrumental quirúrgico o mala técnica de asepsia quirúrgica del personal médico y paramédico.

Prevalencia de neumonía asociada a ventilación mecánica en UCIA de un Hospital de México (HECM). Gabriela Peregrino-Rodríguez .

Introducción. En México se ha estimado en 4 a 48% la prevalencia de infecciones nosocomiales y 20% de neumonías nosocomiales, el antecedente de intubación y los cuidados de la misma son factor asociado al desarrollo de neumonías nosocomiales asociadas al uso de ventilador NAV (11 a 74%). Objetivo. Establecer la prevalencia de (NAV) en unidades de cuidados intensivos para adultos (UCIA) de un HECM. Material y métodos. Estudio transversal que identificó las NAV, de acuerdo con el criterio de la NOM-EM-002-SSA2-2003, en las UCIA en el período del 25-30 de abril del 2011. Resultados. En el período de estudio se registraron 27 pacientes internados en 6 UCIA. El antecedente de intubación o estarlo al momento del estudio fue 42%(11). La prevalencia de NAV en estos pacientes fue 54%(6) y 66% fueron post-extubación. La principal patología de internamiento fue choque séptico 66%. La mediana de días entre internamiento en UCIA y diagnóstico de NAV fue de 12 días, la mediana de días de intubación fue de 11. El 10 % de las NAV fueron tempranas y el 90% tardías. Conclusiones. La prevalencia de NAV estimada en el periodo de estudio se encuentra en el rango de datos reportados. Una prevalencia elevada de NAV es un proxy de manejo inadecuado de la intubación. Las estancias prolongadas incrementan las NAV y, por tanto los costos de atención. La NOM referida contiene lineamientos básicos para el cuidado de la intubación para prevenir NAV, es necesario incrementar su difusión en las áreas clínicas.

Diagnóstico de tuberculosis por autopsia en un hospital de concentración, México 2008-2010. Paola Olmos-Rojas.

Introducción: En el año 2010, México registró una incidencia de tuberculosis en todas sus formas de 16.8 por 100,000 habitantes (18,884 casos) y una mortalidad de 2.0 por 100,000 habitantes (2,222 defunciones), predominando la forma pulmonar. Una proporción de casos se identifican en autopsias. El objetivo es estimar la prevalencia de infección de tuberculosis en las autopsias en un hospital de concentración de la Ciudad de México. Material y método: Estudio transversal basado en los reportes de autopsia de una unidad hospitalaria de la Ciudad de México en el periodo 2008-2010. Resultados: En 1,977 reportes de autopsia se identificaron 61 con diagnóstico de tuberculosis (3.1%). De ellos, 49.2% fueron diseminadas, 37.7% pulmonar, 4.9% miliar y 8.0% de otras formas. La distribución por sexo fue de 62.3% en hombres y 37.7% en mujeres. La mediana de edad fue 59 años (min.: 17; máx.: 88). La mediana de hospitalización fue de 4 días (min.:0 días; máx.: 368 días) tras su ingreso. De los reportes de tuberculosis por hallazgo en la autopsia el 32.8% (20) tenían confirmación in vivo El principal motivo de hospitalización fue la diabetes mellitus (17, 21.4%), de

estos el 52.9% (9) se le diagnosticó tuberculosis in vivo (RMP: 2.3; IC95: 1.3- 3.9). Conclusión. México es un país de incidencia intermedia de tuberculosis, mucha de ella se enmascara con otras morbilidades. Se requiere fortalecer el entrenamiento clínico en las unidades de atención para que se incorpore en el estudio del paciente el diagnóstico de tuberculosis.

Producir investigación operativa epidemiológica que contribuya a la resolución de problemas prioritarios de salud.

La investigación operativa que se desarrolla en la Dirección General de Epidemiología esta dirigida a colaborar en la búsqueda de respuestas a interrogantes de los diversos programas que se desarrollan en Salud. De aquí se tienen las siguientes líneas de investigación de donde se derivan proyectos específicos: enfermedades trasmitidas por vector, sistemas de vigilancia epidemiológica, enfermedades no trasmisibles y accidentes y violencias. De estas se derivan proyectos de investigación específicos:

Para el año 2011 se tienen los siguientes 13 protocolos de investigación:

Seroprevalencia de Rickettsiosis en Mexicali, Baja California, 2011

Prevalencia de tracoma y factores asociados en la comunidad de Tenango, mpio. Ocosingo, Chiapas 2011.

Factores asociados a tracoma folicular en niños de uno a 14 años en cinco municipios de los Altos de Chiapas: estudio de casos y controles.

Factores de riesgo asociados escaldadura en menores de 5 años en un Hospital del Distrito Federal 2011

Seroprevalencia de Rickettsiosis, grupos de las fiebres manchadas y factores asociados en la localidad de Navojoa, Sonora en el año 2011

Mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor y algunos factores asociados en el Distrito Federal, 1997- 2009.

Uso de condón en la primera relación sexual en estudiantes adolescentes de la ciudad de México en 2011.

Efectos en la salud en rociadores de piretroides como plaguicida para el control de vectores

Validar y estandarizar las técnicas de serología y PCR para el diagnóstico de Bordetellapertussis en México

Síndrome de Burnout relacionado con mobbing, factores psicosociales y estrés laboral en una muestra de trabajadores del Sector Salud. Distrito Federal.

Morbilidad materna extrema aguda (near-miss) por trastornos hipertensivos, estado de México.

Caracterización de la mortalidad por homicidios en México durante el período de 1998 a 2009.

Lupus eritematoso discoide en pacientes de un hospital de concentración. México.

Otras las líneas de investigación son:

“Evaluación de la vigilancia epidemiológica de un brote de dengue en Veracruz”. 2004.

“Asociación entre el serotipo de dengue virus infectante y el cuadro clínico de los casos de Fiebre Hemorrágica por Dengue”. México, 1996-2006.

“Estimación de las acciones de manejo determinantes en la evolución clínica del paciente con Fiebre Hemorrágica por Dengue”. 2009.

“Clasificación clínica del Dengue Hemorrágico, evaluación basada en dos definiciones operacionales”. México, 2000-2004.

“Estudios de brote de Meningoencefalitis Viral en el estado de Morelos”. 2004.

“Caracterización del paciente con Dengue Hemorrágico en México”. 1995-2003.

“Descripción del manejo médico que recibieron los casos probables de Dengue Hemorrágico que fallecieron en México durante el periodo 2003-2004”. 2004.

INFRAESTRUCTURA DE REDES

La Dirección General de Tecnologías de la Información a partir de agosto 2010 realizó la integración de dichas necesidades, con la colaboración de las diferentes unidades administrativas y órganos desconcentrados involucradas; contratando una solución compleja que cuenta con los servicios de: equipo de cómputo, impresión, respaldo de energía, digitalización, servidores, Mesa de Ayuda especializada y soporte técnico de

los servicios administrados bajo las mejores prácticas sugeridas en ITIL ver 3; servicios a contratar de mayo 2011 a abril de 2014.

La DGAE y el InDRE se sumaron a este proceso de integración, solicitando la actualización de su infraestructura de Servidores y Equipo de Cómputo consistiendo en:

13 servidores con diferentes capacidades de procesamiento.

Espacio de almacenamiento y servicios de respaldo.

Remplazo del 100% del equipo de oficina en lo relativo a: computadoras de escritorio, computadoras portátiles, computadoras de diseño de escritorio y portátiles, impresoras y multifuncionales, escáners y no breaks.

LICENCIAMIENTO DE USO DE SOFTWARE

La DGAE en coordinación con la DGTI se integren los requerimientos que esta tiene en cuanto al licenciamiento de productos Microsoft.

Adicional al licenciamiento Microsoft, en la Dirección General de Epidemiología y en el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, se utiliza software tan variado y tan especializado, que se requería también para este contar con los derechos de uso, con el fin de evitar violaciones legales; por lo que en abril de 2011 se solicita y obtiene el Dictamen Favorable emitido por la Dirección General de Tecnologías de la Información para su adquisición.

SOPORTE A LA OPERACIÓN DE SISTEMAS ESPECIALES

Para operar durante 2011, se requiere consideran actividades que permitan que los Sistemas de la DGAE puedan continuar con su operación hasta la implementación del RIEM. Lo anterior significaba que no se generará funcionalidad adicional para los mismos ya que los requerimientos funcionales deberán ser incluidos dentro de la nueva plataforma, sin embargo, se requería del apoyo necesario para dar continuidad al servicio y generación de información, de tal forma que se puedan cubrir las necesidades en tiempo y forma respecto a los informes generados por dichos sistemas.

Dadas estas nuevas necesidades, se requirio de suscribir un contrato de servicio con la Universidad Autónoma de Coahuila, para conformar un equipo de trabajo y dar mantenimiento a las siguientes aplicaciones:

Notificación Inmediata

Módulo de Enfermedades Diarreicas Agudas

Cáncer en Niños y Adolescentes

Limpieza de Datos de Bases Productivas

Generación de Consultas Dinámicas (Cubos)

INFRAESTRUCTURA DE REDES

La DGAE se suma al contrato mediante la DGTI obtiene los servicios integrales de telecomunicaciones, contando actualmente con 475 nodos repartidos en los diferentes pisos de la DGAE y en el edificio de la UIES.

Las redes inalámbricas permiten implementar el concepto de red metropolitana, al facilitarle al personal de mando que al trasladarse a otra Unidad Administrativa se conecte con la red inalámbrica configurada en el equipo portátil, sin necesidad de ingresar una nueva clave, manteniendo a los usuarios con mayor cobertura de comunicación.

Ser parte de la Red Metropolitana trae como beneficio contar con una distribución correcta del cableado estructurado, diseñada en base a las necesidades de los usuarios, de tal forma que puedan tener el servicio de Internet, así como de una red de voz innovadora, donde llamar a un teléfono en otro sitio ubicado físicamente a kilómetros pueda realizarlo como si se encontrara dentro de la misma organización, pero sin descuidar el aspecto de la calidad de voz, ésta tecnología se le conoce como VoIP (Voz sobre IP).

Como parte del contrato para contar con los servicios a la Red Metropolitana, se cuenta con una Mesa de Servicio que atiende los reportes referentes a la red integral, así como con el mantenimiento preventivo y correctivo, disminuyendo los riesgos de falla en los equipos.

La migración de la telefonía convencional conmutada a telefonía VoIP, permite:

Un mejor control de los gastos derivados de la red de voz.

Estandarizar los modelos de los teléfonos identificando de manera más sencilla las fallas y configuraciones; la extensión reside en el teléfono y no en el nodo (puerto de

tarjeta) como en el caso de la telefonía conmutada, esto quiere decir, que cuando un usuario deba ser reubicado será más sencillo trasladarse con su teléfono y con él llevar el número telefónico.

INFRAESTRUCTURA PARA SERVIDORES

Como resultado de la gestión ante la Dirección General de Tecnologías, para integrar los requerimientos de la DGAE, en la contratación de los servicios de: Servidores, Mesa de Ayuda especializada y soporte técnico de los servicios administrados bajo las mejores prácticas sugeridas en ITIL ver 3 - servicios a recibir de mayo 2011 a abril de 2014 -; la DGAE actualmente cuenta con 13 servidores que están alojados en instalaciones especiales que la Secretaria de Salud contrato como data center, instalaciones que cuentan con todas las características necesaria para que estos servidores estén disponibles los 365 días del año las 24 hrs.

Cantidad	Servicio	Descripción	Especificaciones
4	UPB	Unidad de Procesamiento Básica	2 procesadores quad-core, Intel Xeon E5630 a 2.53 Ghz y 12MB cache L3, 16 GB RAM, 73 GB RAID 1 en DD, 2 puertos RJ45 10/100/1000, 2 tarjetas FC de 8 Gbps
3	UPM	Unidad de Procesamiento Media	2 procesadores quad-core, Intel Xeon E5640 a 2.66 Ghz y 12MB cache L3, 32 GB RAM, 73 GB RAID 1 en DD, 2 puertos RJ45 10/100/1000, 2 tarjetas FC de 8 Gbps
3	UPV	Unidad de Procesamiento para Virtualización	2 procesadores quad-core, Intel Xeon X5650 a 2.66 Ghz y 12MB cache L3, 64 GB RAM, 73 GB RAID 1 en DD, 2 puertos RJ45 10/100/1000, 2 tarjetas FC de 8 Gbps
3	UPA	Unidad de Procesamiento Avanzada	4 procesadores six-core, Intel Xeon E7540 a 2.0 Ghz y 18MB cache L3, 32 GB RAM, 73 GB RAID 1 en DD, 2 puertos RJ45 10/100/1000, 2 tarjetas FC de 8 Gbps
5	UA-FC	Unidad de Almacenamiento	Espacio de almacenamiento en SAN tipo FC por 1TB
10	UA-SAS	Unidad de Almacenamiento	Espacio de almacenamiento en SAN tipo SAS por 1TB

1	UR	Unidad de Respaldo	Unidad de respaldo con 2 unidades LTO-5 y 48 bahías para cinta

Mejoras en la Infraestructura Alojada en las Oficinas de la DGAE

Se verificaron las capacidades de los equipos que se detectaron apagados y sin utilizar, esto con la finalidad de asignarlos a proyectos donde se necesitaban y lograr aprovecharlos.

Se preparó el servidor IBM para instalar Windows server 2008 Enterprise R2 para ponerlo a producción como controlador de dominio.

Se migró el Servidor de Dominio DGEPI de un sistema operativo Windows Server 2003 a Windows Server 2008 (servidor IBM).

Se corrigió el servicio montado en el servidor de dominio ya que existían zonas registradas con inconsistencias.

Se migraron las Aplicaciones de Influenza y de NotInmed a nueva Infraestructura, así como las respectivas Bases de Datos.

Se habilitó un Servidor para poner en producción la Aplicación utilizada durante el Mundial Sub-17.

Se habilitó un Servidor para desarrollo de aplicación de Examen Cólera.

Se preparó el Servidor para respaldos colocando en el edificio de la UIES.

Se implementó un sistema para control de solicitudes y requerimientos como herramienta de apoyo, para la generación de una mesa de servicio de la Coordinación de Proyectos en Innovación Tecnológicas.

Se habilitó un servidor para operar el Sistema de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS).

Se realizó la migración del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) a nuestra infraestructura.

Se documentaron los servicios almacenados en cada servidor así como sus características y su ubicación.

Se generó el esquemas de seguridad y opciones de filtrado de contenido como apoyo a la Jurisdicción de Epidemiología en Tamaulipas.

Se generó el Plan de respaldo para las Bases de Datos productivas.

Se habilitó un servidor para el control de versiones de software para los distintos desarrollos y administración de proyectos - con Windows Server 2008 con Microsoft TeamFoundation Server y Sql Server 2008 - .

Se preparó la imagen a ser instalada en los nuevos equipos de cómputo en arrendamiento, para facilitar y controlar su implementación.

Se creó el Directorio Activo para el registro y control de usuarios de los nuevos equipos de cómputo en arrendamiento.

Se crearon las políticas para determinar el software a instalar y los privilegios que tendrán los usuarios para no permitirles instalar software diferente al institucional.

Se generaron las políticas y procedimientos en la administración de infraestructura de tecnologías de la información.

INFRAESTRUCTURA DE EQUIPO DE CÓMPUTO

Como resultado de la gestión ante la Dirección General de Tecnologías, para integrar los requerimientos de la DGAE, en la contratación de los servicios de: equipo de cómputo, impresión, respaldo de energía, digitalización, Mesa de Ayuda especializada y soporte técnico de los servicios administrados bajo las mejores prácticas sugeridas en ITIL ver 3 - servicios a recibir de mayo 2011 a abril de 2014 -; la DGAE pudo reemplazar el 100% de su equipo de oficina, garantizando con estos una operación segura y eficiente de los procesos informáticos:

EQUIPO	DGAE
Computadora de Escritorio	220
Computadora Portátil	83
Computadora de Diseño de Escritorio	4
Computadora de Diseño Portátil	2

Impresora	65
Escáner	5
Plotter	
No Breack	200

En junio de 2011, se hizo la entrega e implementación del equipo nuevo arrendado con características suficientes para la realización de labores de los usuarios de la DGE, asegurando que cada uno de los usuarios tenga acceso a nuevas herramientas como lo son impresoras grupales e individuales, multifuncionales y escáners.

El servicio que ofrece la empresa arrendadora, como es el cambio de equipo cuando éste falle, nos garantiza brindar un mejor servicio al reducir el tiempo de respuesta cuando se presenta un reporte de falla.

Al tener una estandarización en los equipos adquiridos, podemos mencionar que se facilita la administración del mismo y también se facilita la interacción de información entre los usuarios.

LICENCIAMIENTO DE USO DE SOFTWARE

En agosto 2011 se lleva a cabo el proceso de Licitación Pública Nacional Presencial No. 12002001-010-11 “Adquisición de Licencias y Contratación de Patentes, Regalías y Otros”, a partir de la que se obtiene el licenciamiento requerido para cubrir las necesidades operativas de la DGAE, adquiriendo lo siguiente:

LICENCIA DE SOFTWARE	DGAE	InDRE
Licencia de ARCGIS Arcinfo v10 con extensión a análisis espacial de ESRI		1
Licencia de ARC View Single User ver 9.3.1, con mantenimiento por un año	3	
Licencia de IBM SPSS Statistics Básico	3	
Licencia de SPSS Statistics Premium		1
Licencia de STATA/MP (4 core)		1

Licencia de STATA/SE, para Windows	36	4
Licencia de STATA/SE, para Mac	1	3
Licencia de Stat/Transfer, para Windows	11	4
Licencia Stat/Transfer, para Mac	1	3
Suscripción Anual al StataJournal	1	1
Licencia de Creative Suite Master Collection v5, para Windows	1	3
Licencia de Creative Suite Master Collection v5, para Mac	2	2
Licencia de Adobe Illustrator, para Mac	5	
Licencia de Adobe Phoshop, para Mac	5	
Licencia de Adobe InDesign, para Mac	5	
Licencia de CorelDRAW Graphics Suite X5, para Windows		2
Licencia de FlipViewer, Enterprise Software Suite Solution Premium	1	
Licencia de Adobe Acrobat X Pro, para Windows		16
Licencia de Office Mac HomeBusMultiPK 2011	7	4
Licencias de Norton Internet Security, para Mac	7	2
EndNote X5, para Windows		4
EndNote X4, para Mac	1	1
Licencia de SW SEQ SCAPE V2.X con 3 usuarios adicionales de AppliedBiosystems		1
Licenciaanual de EP Evaluator Professional Single-User		9
Licencia de Chromas PRO		9
Licencia de EZ Rules 3 QC Design Software		9
Licencia de CLC MainWorkbench (maneja análisis de: proteínas, RNA y DNA), incluya 2 actualizaciones en el primer año		9
SAS Analitics Pro	1	
Camtasia Studio 7	1	

El software estadístico de INEGI, fue adquirido a través de una compra directa:

LICENCIA DE SOFTWARE	DGAE	InDRE
Licencia de IRIS 4, software estadístico del INEGI	1	
IRIS-SCINCE (Cartografía de las 32 entidades federativas), conteniendo el proyecto de Conteo de Población y Vivienda 2005 y 2010	1	

PÁGINA WEB DE LA DGAE

Actualmente la página web se encuentra actualizada y bajo los lineamientos que establece SIP, el cual se apega a estándares, estilos y Templates unificados bajo el mismo criterio cuidando que las tres partes (CENAVECE, InDRE y DGAE) que conforman el sitio www.cenavece.salud.gob.mx tengan las mismas estructura en diseño.

También cada lunes se sigue publicando el Panorama Dengue y los Boletines de epidemiología puntualmente así como los Informes epidemiológicos, este se publica los jueves de cada semana.

SOPORTE A SISTEMAS ESPECIALES - 2011

De acuerdo a las necesidades de la Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGAE), y al con la, se da soporte a la operación para los siguientes módulos:

Dado que la Dirección General Adjunta de Epidemiología y el InDRE requieren de seguir operando sus sistemas actuales, hasta la implementación del RIEM y con apoyo de la Universidad Autónoma de Coahuila bajo el contrato suscrito durante 2011; se está apoyando la operación para dar continuidad al servicio y generación de información, de tal forma que se puedan cubrir las necesidades en tiempo y forma respecto a los informes generados por los siguientes sistemas:

Notificación Inmediata

A este sistema se le han incluido requerimientos funcionales derivados de las observaciones que han hechos los Epidemiólogos Estatales en las reuniones regionales.

Descarga de Base de Datos

Para el análisis puntual por parte de los responsables de dar seguimiento a las notificaciones.

Validaciones para el seguimiento

Se incluyeron algunos criterios para la funcionalidad de seguimiento y de esta manera presentar más detalle para el análisis de información.

Diferenciar información proveniente del IMSS

EDAS

La funcionalidad incluida es la siguiente:

Integración de Usuarios para NUTRAVES

Se incluye el esquema de vigilancia a través de las NUTRAVES con las especificaciones definidas para el seguimiento de las muestras de laboratorio por los LESP y el InDRE.

Descarga de Base de Datos

Para el análisis puntual por parte de los responsables de dar seguimiento a las notificaciones.

Validaciones adicionales

Para mejorar el proceso de captura se incluyeron algunas validaciones en el registro de acuerdo a la Definición Operacional de Caso.

Cáncer en Niños y Adolescentes

Se trabajó en el proceso de actualización de información de seguimiento y validaciones adicionales sobre el sistema en producción.

Generación de Consultas Dinámicas (Cubos)

Una de las principales necesidades detectadas es la explotación de información registrada dentro de la plataforma, que permita identificar el comportamiento de un padecimiento a lo largo del tiempo. Es por ello que la creación de estas consultas es una cuestión imperante en el tema del análisis de información.

GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO		
						AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO
2	1	03	019	E019	Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	201,137	33,442	33,442
					Capitulo 1000 Servicios Personales			
					Gastos de Operación	201,137	33,442	33,442
					Subsidios			
					Otros de Corriente			
					Total Corriente	201,137	33,442	33,442
					Inversión Física			
					Subsidios			
					Gasto Inversión	0	0	

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos. De los Programas CP01 CAPACITACIÓN.

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
Clave	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
E039	SERVICIOS PERSONALES	330,230,837.00	329,881,288.92	329,881,288.92	99.0	100

Operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Capacitar al Personal Administrativo-Técnico y Directivo.

Vigilancia y Supervisión de dengue a los Estados.

Diplomado de Gerencia en Salud Pública.

Programa de Residencia en Epidemiología.

CAS-003-1

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
Clave	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
E039	SUBROGADOS Y SERVICIOS	0.00	79,014,836.70	79,014,836.70	99.0	100

CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES

RELACION DE CUOTAS DE RECUPERACION 2011

global

MES	IMPORTE GENERADO	FECHA DE ENTERO
ENERO	169,206.00	febrero
FEBRERO	291,707.00	marzo
MARZO	251,127.00	abril
ABRIL	111,574.00	mayo
MAYO	547,854.00	junio
JUNIO	207,269.00	julio
JULIO	121,605.00	agosto
AGOSTO	222,538.00	septiembre
SEPTIEMBRE	215,811.00	octubre
OCTUBRE	235,278.00	noviembre
NOVIEMBRE	132,186.00	diciembre
DICIEMBRE	99,209.00	enero

TOTAL	**2,605,364.00**	

CONCEPTO	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
GENERADOS	169,206.00	291,707.00	251,127.00	111,574.00	547,854.00	207,269.00
acumulado generados	169,206.00	460,913.00	712,040.00	823,614.00	1,371,468.00	1,578,737.00
ENTERADOS A TESOFE	0.00	169,206.00	291,707.00	251,127.00	111,574.00	547,854.00
acumulado enterados	0.00	169,206.00	460,913.00	712,040.00	823,614.00	1,371,468.00

CONCEPTO	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
GENERADOS	121,605.00	222,538.00	215,811.00	235,278.00	132,186.00	99,209.00
acumulado generados	1,700,342.00	1,922,880.00	2,138,691.00	2,373,969.00	2,506,155.00	2,605,364.00
ENTERADOS A TESOFE	207,269.00	121,605.00	222,538.00	215,811.00	235,278.00	132,186.00
acumulado enterados	1,578,737.00	1,700,342.00	1,922,880.00	2,138,691.00	2,373,969.00	2,506,155.00

11.4 ASPECTOS FINANCIEROS Y PRESUPUESTARIOS. AVANCES EN LOS PROGRAMAS SUSTANTIVOS

Los avances en los programas sustantivos se mencionaron en el punto **11.3** Resumen ejecutivo de las acciones y resultados relevantes.

11.5 RECURSOS HUMANOS: ESTRUCTURA BÁSICA Y NO BÁSICA

En anexo se integra la plantilla del personal que labora en este Centro Nacional.

En relación a los recursos humanos, se incluye la información actualizada al 31 de diciembre de 2011 de: la estructura básica y no básica; las plantillas desglosadas en personal de base y de confianza, y personal de carácter eventual, y asimismo se informa que este órgano desconcentrado no cuenta con personal contratado por honorarios; así como un ejemplar de las Condiciones Generales de Trabajo.

Se incluye una relación de los puestos sujetos a la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.

.- Estructura Básica y No Básica.

.- Personal de Base, Confianza, y Eventual.

.- Puestos Sujetos a la LSPCAPF.

Durante el período de 2007 a 2011, la Secretaría de Salud, para cumplir con sus obligaciones llevó a cabo en su origen un análisis que permitió readecuar la estructura que se contaba a la entrega correspondiente a 2006. A partir de esa, se llevaron a cabo diferentes ajustes que se mencionaran a continuación:

Información actualizada de la estructura básica y no básica

La Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, se convirtió en un órgano desconcentrado el 6 de agosto de 1997 de conformidad con el decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, contando con un Director General, así como con recursos humanos, presupuestales y la transferencia de funciones de las extintas Dirección General de Medicina Preventiva y Dirección General de Epidemiología.

El 15 de septiembre de 2000, se publica en el Diario Oficial de la Federación la modificación al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Con base el Artículo 2, inciso C de dicho Reglamento, cambia la denominación de “Coordinación de Vigilancia Epidemiológica” por el de “Centro de Vigilancia Epidemiológica”, así como sus atribuciones, de conformidad con la actualización del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado el 5 de julio de 2001 en el Diario Oficial de la Federación, se modifica la denominación anterior por la de Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Durante el 2003, con el propósito de reformar y obtener un mejor Sistema Nacional de Salud, se llevan a cabo varias modificaciones en la Estructura Orgánica Básica de la Secretaría de Salud, por lo que este Centro Nacional realiza algunos cambios al interior de su estructura, tales como: el cambio de denominación de Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica por Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.

Durante el ejercicio 2006 el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, contaba con 1128 empleados, al finalizar el ejercicio 2011 tenia 153 más que en el 2006, principalmente derivado de que durante el ejercicio 2009, con autorización de la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaria de Salud el personal eventual fue recontratado en plazas de estructura del mismo nivel que tenían como eventuales.

Finalmente en el ejercicio 2010 el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades cambia su denominación por la de Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades en virtud de la publicación en el Diario Oficial de la Federación de las modificaciones al Reglamento Interior de la Secretaria de Salud.

El personal de éste órgano desconcentrado, que incluye a las Direcciones Generales Adjuntas adscritas al mismo, se señala a continuación:

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011
I Ocupación Permanente						
CONFIANZA Mandos Superiores	4	4	4	4	4	4
Mandos Medios	58	58	58	53	58	58
Confianza Operativos (Administrativos, Médicos)	64	62	63	243	107	91
BASE y/o SINDICALIZADOS	892	888	856	804	1039	1021
II Ocupación Temporal						

Eventuales	110	153	113	105	128	89
Otros (Médicos Residentes)	24	29	34	40	35	32
TOTAL	1152	1194	1128	1067	1371	1294

11.5 RECURSOS HUMANOS: PERSONAL DE BASE, CONFIANZA, HONORARIOS Y EVENTUALES.

En el cuadro siguiente, se relaciona la integración de las plazas de base, confianza, eventuales y otros.

Personal de base, confianza, eventual y otros.

PLAZAS	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BASE	892	888	856	804	1039	1021
CONFIANZA	126	124	125	118	169	150
EVENTUALES	110	153	113	105	128	91
OTROS(MÉDICOS RESIDENTES)	24	29	34	40	35	32
TOTAL	1152	1194	1128	1067	1371	1294

Nota: En éste órgano desconcentrado no se cuenta con personal por honorarios.

Cuadro que muestra el total de plazas adscritas al Órgano Desconcentrado al 31 de Diciembre de 2011

RELACION DE PLAZAS 2011

2011 [redacted]

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

BASE	320
CONFIANZA	75

EVENTUALES	64

HONORARIOS	NO APLICA

2011 [redacted]

DIRECCION GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGIA

BASE	247
CONFIANZA	35

EVENTUALES	4

HONORARIOS	NO APLICA

2011 [redacted]

INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS

BASE	446
CONFIANZA	22

EVENTUALES	20

HONORARIOS	NO APLICA

11.5 RECURSOS HUMANOS: CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO O CONTRATO COLECTIVO

En anexo se adjuntan las Condiciones Generales de Trabajo.

11.5 RECURSOS HUMANOS: PUESTOS DE LIBRE DESIGNACIÓN Y PUESTOS SUJETOS A LA LSPCAPF O A OTRO SERVICIO DE CARRERA ESTABLECIDO LEGALMENTE.

La Secretaría de Salud, implementó el Servicio Profesional de Carrera de acuerdo a lo establecido en la Ley que lo regula, coordinando sus acciones con la Secretaría de la Función Pública, quién tiene a su cargo la rectoría del mismo, y bajo su control la implementación en la Administración Pública Federal.

La Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, establece requisitos para el ingreso, permanencia y promoción en el servicio, por medio de evaluaciones objetivas que aseguren el respeto a la igualdad de oportunidades. De manera expresa, se prohíbe cualquier acto de discriminación en razón de género, edad, capacidades diferentes, preferencias, condiciones de salud, estado civil, religión, origen étnico o condición social. Los procedimientos que conforman el Sistema, tienen como respaldo una formación continúa, donde el desempeño es apoyado por la capacidad permanente que permitirá la actualización, simplificación y modernización de la Administración Central, así como la transparencia de sus actividades.

La ley estableció, que los órganos desconcentrados se responsabilicen de la implantación del SPC, es por ello que se presentan los avances del mismo. Aún así, el Titular del Ramo, estableció que independientemente del cumplimiento que deban dar a lo establecido en la normatividad del SPC, se deberán coordinar para cumplir de manera adecuada, siendo la Dirección General de Recursos Humanos, quién funje como coordinador de las actividades que permitan hacer del conocimiento del personal sujeto al SPC las acciones que se deban implementar en los tiempos que se establezcan.

La Secretaría de Salud, a través de las Direcciones Generales de Recursos Humanos y de Programación Organización y Presupuestos, se dieron a la tarea de cumplir con los compromisos establecidos por la LSPC, y los lineamientos que emite la Secretaría de la Función Pública. El seguimiento al cumplimiento de la normatividad, lo ha llevado a cabo el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud.

Con objeto de dar seguimiento puntual a los compromisos que define la LSPC, se establecieron siete subsistemas:

Subsistemas del Servicio Profesional de Carrera	
1	Planeación de los Recursos Humanos
2	De Ingreso
3	Desarrollo Profesional
4	Capacitación y Certificación de Capacidades
5	Evaluación del Desempeño
6	Control y evaluación
7	Separación

A continuación nos referimos a los principales avances al término de 2011:

.- Se llevaron a cabo 4 procesos de refrendos y 3 modificaciones de estructura (reducciones del 5, 3 y 1.5%) en este Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE).

.- En junio de 2006, se autorizó, por el Comité Técnico de Profesionalización del CENAVECE, la descripción, perfil y valuación de la totalidad de puestos de estructura de éste Órgano Desconcentrado.

.- Se integró la información de los servidores públicos de la Secretaría en el Registro Único de Servidores Públicos RUSP, contando con un 86% (471) de servidores públicos registrados.

.- Al mes de diciembre de 2011, el CENAVECE registró 50 servidores públicos de carrera que ingresaron por concurso público y abierto bajo los términos normativos

establecidos por la Ley y Reglamento del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.

.- Se consolidaron los Subsistemas de Planeación de Recursos Humanos, de Ingreso, de Capacitación y Certificación de Capacidades, de Evaluación del Desempeño, de Separación y, el de Control y Evaluación.

.- Se promovió la participación de los servidores públicos sujetos al Servicio Profesional de Carrera en las pruebas piloto para las evaluaciones de certificación de capacidades, para posteriormente aplicar éstas de forma oficial y con efectos para obtener el nombramiento como Servidores Públicos de Carrera.

.- Se desarrollaron dos capacidades técnicas específicas para el CENAVECE, las cuales fueron registradas en la Unidad de Recursos Humanos y Profesionalización de la APF (URHyP).

.- En el Programa Operativo Anual (POA) del SPC en el CENAVECE, se cumplió con un 95% en promedio, cubriendo la mayoría de las acciones comprometidas.

.- Se operó el Programa Anual de Capacitación (PAC) cumpliendo con su registro y envío de los cuatro reportes trimestrales de seguimiento. El 55% de los servidores públicos cumplió con el mínimo de horas de capacitación requeridas por la normatividad.

.- Se llevaron a cabo cursos en línea a través del mecanismo de @ campus para capacitar a los servidores públicos sujetos al Servicio Profesional de Carrera en las capacidades gerenciales requeridas (liderazgo, negociación, trabajo en equipo, orientación a resultados y visión estratégica).

.- Se ha realizado la evaluación de desempeño con base en normatividad establecida.

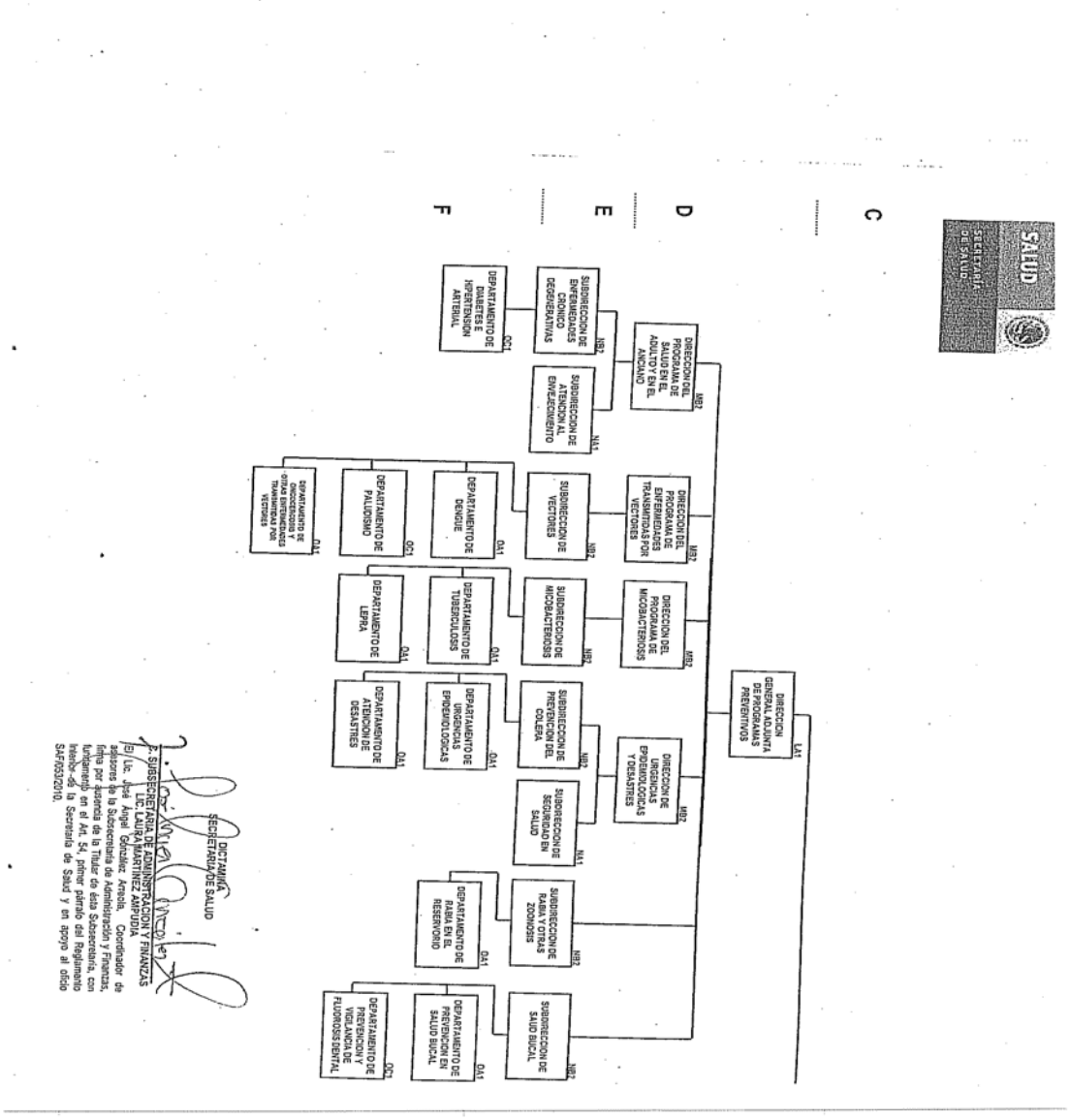
.- Se desarrollaron y registraron ante la URHyP, 3 procesos y procedimientos para la operación de los subsistemas de ingreso, capacitación y certificación de capacidades y, el de separación.

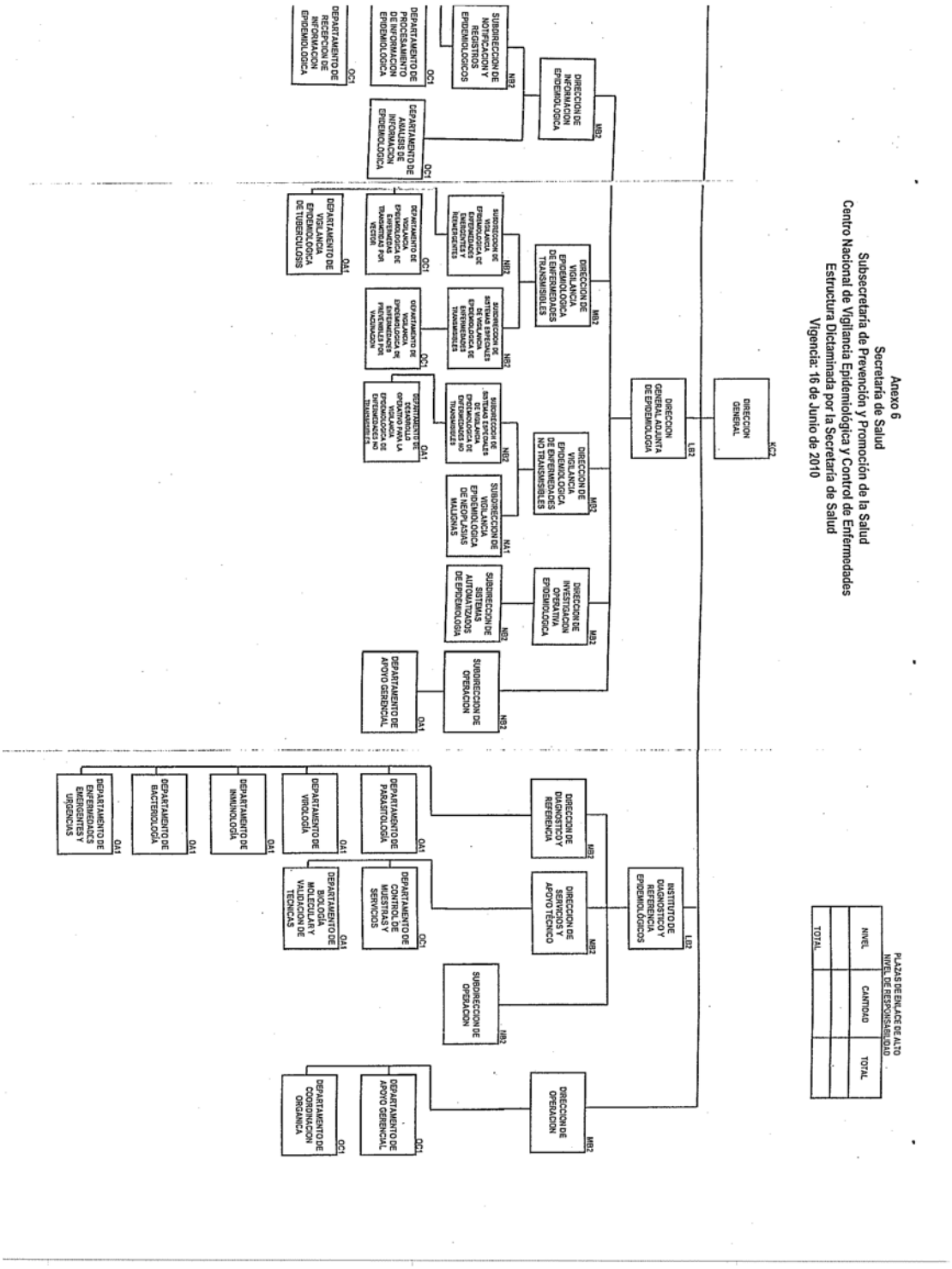
.- Se realizaron diferentes acciones de difusión sobre el Servicio Profesional de Carrera con alcance del 100% de los servidores públicos de carrera adscritos al CENAVECE.

Estatus de plazas adscritas al Servicio Profesional de Carrera, al cierre del 2011.

Total de Plazas adscritas al CENAVECE	Ocupadas	Vacantes
58	47	11 (5 vacantes y 6 ocupadas por art.34)

A continuación se presenta la estructura organizacional del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades al 31 de Diciembre del 2011.


SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
C
D
E
F
DIRECCION GENERAL ADJUNTA DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
LA1
DIRECCION DEL PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO Y DEL ANCIANO
MB1
DIRECCION DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
MB1
DIRECCION DEL PROGRAMA DE MICOBACTERIOSIS
MB1
DIRECCION DE URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS Y DESASTRES
MB2
SUBDIRECCION DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS
NB1
SUBDIRECCION DE ATENCION AL ENVEJECIMIENTO
NA1
SUBDIRECCION DE VECTORES
NB1
SUBDIRECCION DE MICOBACTERIOSIS
NB1
SUBDIRECCION DE PREVENCION DEL COLERA
NB2
SUBDIRECCION DE SEGURIDAD EN SALUD
NA1
SUBDIRECCION DE RABIA Y OTRAS ZOONOSIS
NB1
SUBDIRECCION DE SALUD BUCAL
NB2
DEPARTAMENTO DE DIABETES E HIPERTENSION ARTERIAL
OC1
DEPARTAMENTO DE ONCOCERCOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
OA1
DEPARTAMENTO DE PALUDISMO
OC1
DEPARTAMENTO DE DENGUE
OA1
DEPARTAMENTO DE LEPRA
OA1
DEPARTAMENTO DE TUBERCULOSIS
OA1
DEPARTAMENTO DE ATENCION DE DESASTRES
OA1
DEPARTAMENTO DE URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS
OA1
DEPARTAMENTO DE RABIA EN RESERVORIO
OA1
DEPARTAMENTO DE PREVENCION EN SALUD BUCAL
OA1
DEPARTAMENTO DE PREVENCION Y VIGILANCIA DE FLUOROSIS DENTAL
OC1
DICTAMINÓ
SECRETARÍA DE SALUD
P. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
LIC. LAURA MARTÍNEZ ARTEAGA
El Lic. José Angel González Arreola, Coordinador de asesores de la Subsecretaría de Administración y Finanzas, firma por ausencia de la Titular de esta Subsecretaría, con fundamento en el Art. 54, primer párrafo del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y en apoyo al oficio SAF/0533/2010.


Anexo 6
Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
Estructura Dictaminada por la Secretaría de Salud
Vigencia: 16 de Junio de 2010
PLAZAS DE ENLACE DE ALTO NIVEL DE RESPONSABILIDAD
NIVEL
CANTIDAD
TOTAL
TOTAL
DIRECCION GENERAL
DIRECCION GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGIA
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLOGICOS
DIRECCION DE INFORMACION EPIDEMIOLOGICA
SUBDIRECCION DE NOTIFICACION Y REGISTROS EPIDEMIOLOGICOS
DEPARTAMENTO DE PROCESAMIENTO DE INFORMACION EPIDEMIOLOGICA
DEPARTAMENTO DE ANALISIS DE INFORMACION EPIDEMIOLOGICA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y REGULACION DE INFORMACION EPIDEMIOLOGICA
DIRECCION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES DIARREICAS Y RESPIRATORIAS
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE TUBERCULOSIS
SUBDIRECCION DE SISTEMAS ESPECIALES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
DIRECCION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
SUBDIRECCION DE SISTEMAS ESPECIALES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS
DIRECCION DE INVESTIGACION OPERATIVA EPIDEMIOLOGICA
SUBDIRECCION DE SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE EPIDEMIOLOGIA
SUBDIRECCION DE OPERACION
DEPARTAMENTO DE APOYO GERENCIAL
DIRECCION DE DIAGNOSTICO Y REFERENCIA
DEPARTAMENTO DE PARASITOLOGIA
DEPARTAMENTO DE VIROLOGIA
DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA
DEPARTAMENTO DE BACTERIOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES EMERGENTES Y URGENCIAS
DIRECCION DE SERVICIOS Y APOYO TECNICO
DEPARTAMENTO DE CONTROL DE MUESTRAS Y SERVICIOS
DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA MOLECULAR Y VALIDACION DE TECNICAS
SUBDIRECCION DE OPERACION
DIRECCION DE OPERACION
DEPARTAMENTO DE APOYO GERENCIAL
DEPARTAMENTO DE COORDINACION ORGANICA

11.6 RECURSOS MATERIALES: BIENES MUEBLES

En anexo se adjunta la relación de bienes muebles al 31 de Diciembre de 2011

11.6 RECURSOS MATERIALES: BIENES INMUEBLES

Se anexa relación de bienes inmuebles al 31 de diciembre de 2011

Ubicación del inmueble	Metros cuadrados de construcción	Unidad administrativa que ocupa el inmueble	Tipo de inmueble		
			Propiedad	Arrendado	Comodato
BENJAMÍN FRANKLIN No. 132 COL. ESCANDÓN DEL. MIGUEL HIDALGO C.P. 11800	4,793.70	CENAPRECE OFICINAS		CCX	
PROGRESO No. 127 COL. ESCANDÓN DEL. MIGUEL HIDALGO C.P. 11800	589.88	CENAPRECE ESTACIONAMIENTO		CCX	
GUADALUPE No. 164 COL. PANTITLÁN UNO Y RÍO CHURUBUSCO DEL. IZTACALCO C.P. 08100	5,135.06	CENAPRECE ALMACÉN		CCX	
QUINTA CERRADA DEL CHIQUIHUITE No. 20 COL. STA. MARÍA TICOMÁN DEL. GUSTAVO A. MADERO	1,735	CENAPRECE ESTACIONAMIENTO			SCO
PROLONGACIÓN DE CARPIO NO. 470, COL. SANTO TOMAS DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO, MÉXICO, D.F. C.P. 11340	7,500	INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS	CE		
FLORA NO. 8, 1ER PISO. COL. ROMA DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC C.P. 06700, MÉXICO, D.F.	140.14	UNIDAD INDRE FLORA			CCOX
FRANCISCO DE P. MIRANDA 177, COL. LOMAS DE PLATEROS, DELEGACIÓN ÁLVARO OBREGÓN, MÉXICO, D.F., C.P. 01480	485,175	DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA			CCOX

Nota.- identificar:

Propiedad.- CE = Se cuenta con escritura SE= No se tiene escritura

Arrendamiento.- CCX= Con Contrato y año de vencimiento del contrato(x).

Comodato.- CCOX= Con Contrato de comodato y año de vencimiento del comodato SCO= Sin contrato de Comodato

Relatoría de los inmuebles

Se tienen ocupados 4 inmuebles por las unidades administrativas, que son propiedad de la Secretaría de Salud. Respecto a los inmuebles arrendados, estos representan un monto mensual de arrendamiento por $952,193.50 (MÁS IVA).

Ubicación de inmuebles arrendados	Metros cuadrados de construcción	Unidad administrativa que ocupa el inmueble	Fecha de vencimiento del arrendamiento			Monto mensual de arrendamiento
			día	mes	año	
BENJAMÍN FRANKLIN No. 132 COL. ESCANDÓN DEL. MIGUEL HIDALGO C.P. 11800	4,793.70	CENAPRECE OFICINAS	31	12	12	$695,086.50 (MÁS IVA)
PROGRESO No. 127 COL. ESCANDÓN DEL. MIGUEL HIDALGO C.P. 11800	589.88	CENAPRECE ESTACIONAMIENTO	31	12	12	$15,400.00 (MÁS IVA)
GUADALUPE No. 164 COL. PANTITLÁN UNO Y RÍO CHURUBUSCO DEL. IZTACALCO C.P. 08100	5,135.06	CENAPRECE ALMACÉN	31	12	12	$241,707.00 (MÁS IVA)

En relación a los inmuebles en comodato, estos se ocupan de acuerdo a lo establecido en convenios para la regularización del uso de inmuebles, bajo el entendido que le corresponde a la Secretaría de Salud la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, lo anterior con fundamento en el artículo 39 fracción III de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ubicación de inmuebles en comodato	Metros cuadrados de construcción	Unidad administrativa que ocupa el inmueble	Comodante
QUINTA CERRADA DEL CHIQUIHUITE No. 20 COL. STA. MARÍA TICOMÁN DEL. GUSTAVO A. MADERO	1,735	CENAPRECE ESTACIONAMIENTO	ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA
FLORA NO. 8, 1ER PISO. COL. ROMA DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC C.P. 06700, MÉXICO, D.F.	140.14	UNIDAD INDRE FLORA	ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA
FRANCISCO DE P. MIRANDA 177, COL. LOMAS DE PLATEROS, DELEGACIÓN ÁLVARO OBREGÓN, MÉXICO, D.F., C.P. 01480	485,175	DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA	ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

11.6 RECUSOS MATERIALES: BIENES TECNOLÓGICOS

En anexo se adjunta la relación de bienes muebles al 31 de Diciembre de 2011

11.7. PMG. SÍNTESIS DE LAS ACCIONES Y RESULTADOS RELEVANTES

PROGRAMA ESPECIAL DE MEJORA DE LA GESTIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL 2008-2012											
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES											
No	NOMBRE DEL PROYECTO	AREAS RESPONSABLES	FECHAS		PERIODO DE DESARROLLO						PRODUCTO
			INICIO	TERMINO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
1	Validaciones Técnicas por Evaluación de productos, pruebas, reactivos y equipos, en el ámbito del diagnóstico de laboratorio de agentes infecciosos de importancia en salud pública.	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE).	23/12/2010					X	X	X	Trámites y servicios inscritos en el Inventario de Trámites y Servicios del Gobierno Federal.

Nota: Los trámites inscritos por el InDRE ante la Secretaria de la Función Pública considerando la última modificación son los siguientes:

1.- Actividades de Diagnóstico y Referencia

2.- Venta de cepas microbianas

3.- Consulta Dermatológica

4.- Cursos de Capacitación

5.- Productos para el diagnóstico

6.- Evaluación de productos, pruebas, reactivos y equipo.

Beneficio: Ofrecer servicios de diagnóstico a la población, que garanticen la definición de la enfermedad mediante diagnósticos de calidad comprobada, a través de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP), en respuesta a las necesidades de inteligencia epidemiológica. Con ello generar resultados confiables y oportunos para la toma de decisiones, que permitan mejorar los indicadores de morbilidad y mortalidad de las enfermedades prioritarias para la salud pública, así como la alerta temprana ante enfermedades emergentes en el contexto internacional.

11.8 PNRCTCC: SÍNTESIS DE LAS ACCIONES Y RESULTADOS RELEVANTES.

El Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008–2012, es un programa de carácter especial y de observancia obligatoria para la Administración Pública Federal, para generar una cultura social de rendición de cuentas, combate a la corrupción y apego a la legalidad, a partir de la transformación de procesos del propio gobierno federal y de la redefinición de las relaciones entre el Estado y la sociedad.

Este Programa, impulsa acciones en materia de participación ciudadana, transparencia, rendición de cuentas y legalidad que coadyuven para establecer valores y principios que guíen y orienten la actuación de los servidores públicos y de la sociedad en el combate a la corrupción.

La implementación de este Programa permite fortalecer las prácticas y valores dentro de la función pública con un enfoque de gestión más abierto a la participación de la sociedad, honesto, transparente y con una nueva vocación para rendir cuentas sobre las acciones y compromisos que se generen con la ciudadanía. Asimismo, se persigue una mejor coordinación entre las instancias responsables del combate a la corrupción, particularmente en aquellas que están encargadas de la seguridad pública.

Antecedentes

La Secretaría de la Función Pública a través de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Intersecretarial para la Transparencia y el Combate la Corrupción (SECITCC) dio a conocer el Programa de Transparencia y Rendición de Cuentas en el año 2007 con 13 temas, los cuales durante los siguientes años sufrieron modificaciones y ajustes, por la implementación del Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008-2012, como se muestra a continuación:

2007	2008	2009	2010	2011
Transparencia Focalizada	X	X	X	X
Blindaje electoral	X	X	X	X
10 Instituciones con Trámites, Procesos y Servicios Críticos	X	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
Participación Ciudadana	X	X	X	X
Convenciones Internacionales	Convenciones Internacionales	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
Convenios contra la Discriminación	Cultura de la Legalidad A. Ética y responsabilidad pública B. No discriminación y equidad de género C. Vigilancia y cumplimiento	Cultura Institucional	X	X
Mejora de la Página Web de las Instituciones de la APF	Ordenar la imagen de la APF ante el ciudadano A. Mejorar los sitios Web de las instituciones de la APF B. Imagen de las instituciones de la APF	Mejorar los sitios Web de las instituciones de la APF	X	Mejora de los Sitios Web Institucionales
Abatimiento del rezago en educación	Abatimiento del rezago educativo de los servidores públicos	Rezago Educativo: El buen Juez por su casa empieza	X	Se eliminó

Programa Cero observaciones	**Control de la Gestión Pública:** **A) Programa Cero Observaciones**	**Programa Cero Observaciones**	**X**	**X**
Extinción y Regulación de Fideicomisos	**B) Extinción y Regulación de Fideicomisos**	**Se eliminó**	**Se eliminó**	**Se eliminó**
2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Normas Generales de Control Interno	C) Normas Generales de Control Interno	Control Interno Institucional	X	X
	Compras Claras	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
	Programa de Mejora de Gestión	Paso a ser un programa aparte	Paso a ser un programa aparte	Paso a ser un programa aparte
Bitácora electrónica de obra pública	X	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
Reducción de riesgos de corrupción y análisis de índices	Acciones para prevenir la corrupción y análisis de índices	Se eliminó	Se elimino	Se eliminó
	Promoción de la cultura física y el deporte en los servidores públicos de la APF	5 pasos	X	X
		Programas Sectoriales	X	X

Para el 11 de diciembre de 2008, se emite el DECRETO por el que se aprueba el Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008-2012, por parte de la Secretaria de la Función Pública. Como resultado de la aplicación del Programa Nacional la Secretaría de Salud ejecuta acciones en los temas de Transparencia Focalizada

Blindaje electoral, Participación Ciudadana, Cultura Institucional, Mejorar los sitios Web de las instituciones de la APF, Rezago Educativo: El buen Juez por su casa empieza, Programa Cero Observaciones; Control Interno Institucional, Programas Sectoriales.

Reporte 2007 - 2011

Durante el año 2008 se atendieron 9 de los 14 temas, los tres que no fueron aplicables a la Secretaría de Salud: TEMA 2: “Blindaje Electoral”, TEMA 9A: Control de la Gestión Pública, “Programa Cero Observaciones”, TEMA 10 “Compras Claras”.

Durante el 2008, se dio continuidad a las actividades del Programa de Transparencia y Rendición de Cuentas TEMA 1: “Transparencia Focalizada”., TEMA 4: “Participación Ciudadana”,TEMA 6A: Cultura de la Legalidad, “Ética y Responsabilidad Pública”, TEMA 6B: Cultura de la Legalidad, “No discriminación y Equidad de Género”, TEMA 7A: Ordenar la imagen de la APF ante el Ciudadano, “Mejora de los sitios web de las instituciones de la Administración Pública Federal”., TEMA 8: “Abatimiento al rezago en la educación de los servidores públicos”.

TEMA 9B: Normas Generales de Control Interno, TEMA 13: “Acciones para prevenir la corrupción y análisis de índices”. TEMA 14: “Promoción de la Cultura Física y el Deporte entre los Servidores Públicos de la APF”.

Transparencia Focalizada

El Programa tuvo como su principal objetivo la identificación de temas, trámites y servicios de mayor utilidad y recurrencia entre los usuarios de los portales de internet; a esta información se le llamó “Información socialmente útil o focalizada” con el propósito de concentrarla en un espacio específico de la página web denominado “Transparencia Focalizada”, en el cual se podrá localizar de forma rápida y sencilla.

En el 2009 se aplicó una encuesta para la identificación de temas, trámites y servicios de mayor utilidad y recurrencia entre los usuarios, a la cual se le denominará “Información socialmente útil o focalizada” y se ubicará en un espacio específico en la Página Web del Centro Nacional. El área sustantiva de Dengue revisó y actualizó la información de la página transparencia focalizada, colocando la fecha de actualización de la información.

Para el 2010 se realizaron las siguientes acciones:

Se publicaron 3 baners, uno correspondiente a cada Dirección General Adjunta que conforma el Centro Nacional, en un baner se publicó información del programa de vectores, en otro los boletines epidemiológicos y en el tercero los servicios del Indre.

En el 2011, Se eliminó del menú “Transparencia” y del submenú “Transparencia Focalizada” la información que no esté considerada en el reactivo C2 “Transparencia” de los reactivos 2011, emitidos por el Sistema Internet Presidencia.

Blindaje Electoral

Este programa inicia en 2007, con el objetivo principal de evitar que en los procesos electorales que se desarrollan en todo el país, los recursos públicos sean utilizados en favor o en contra de algún candidato o partido político y que los servidores públicos federales se conduzcan en estricto apego a la legalidad en el ejercicio de sus respectivas funciones.

En el año 2007 no aplicó al Centro Nacional el Programa de Blindaje Electoral

En el año 2008 no aplicó al Centro Nacional el Programa de Blindaje Electoral.

En el año 2009 que incluyó indicadores de seguimiento, un cuestionario de evaluación, mismos que se remitieron a la Secretaria de Salud.

Se realizó difusión en el mes de junio de 2009, destacando la Guía de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, y el desarrollo del curso ABC de los Servidores Públicos.

En el 2010 y 2011 no aplicó al Centro Nacional el Programa de Blindaje Electoral.

Participación Ciudadana

En 2008, Se difundió a los servidores públicos el material de sensibilización “Participación Ciudadana”, elaboración de Documento de Información Básica.

En 2009, Se realizaron reuniones para la actualización de la NOM 032-SSA2-2002 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades trasmitidas por vector, para quedar como Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-032-SSA2-2009. Con los actores sociales, Los cuales opinaron, concluyendo con un documento definitivo.

En 2010 y 2011, Se colocó en la página web del Centro Nacional, dentro del apartado Transparencia y Rendición de Cuentas, la frase “Consulta a la sociedad Civil Organizada para la Rendición de Cuentas del Gobierno del Federal 2011”. Y la liga solicitada direccionarla a: http://www.programaanticorrupcion.gob.mx/2011/PC_CONSULTA%20A%20LA%20SOCIEDAD%20CIV

IL%202011.pdf, Se realizó la invitación a los actores sociales para participar en la Consulta a la sociedad Civil Organizada.

A. Ética y Responsabilidad Pública

Se cumplieron las acciones en materia de información, sensibilización, promoción, difusión para la cultura legalidad, transparencia, combate de la corrupción y acciones en materia de capacitación y formación en materia de ética y responsabilidad pública.

B. No discriminación y equidad de género, Se difundieron mensajes de Equidad de Género y Antidiscriminación, se elaboró un Informe General de Resultados del "Cuestionario de Cultura Institucional con Perspectiva de Género".

Como parte de las acciones en materia de No discriminación y equidad de género, se aplicó por primera ves el cuestionario sobre equidad de género, que permitió conocer la percepción de los trabajadores del Centro.

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

Para el 2009, se renombra el tema a **"Cultura Institucional",** promoviendo la no discriminación y la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, por lo que a través del Programa de Cultura Institucional se promueven 9 objetivos, estrategias y líneas de acción destacando entre ellos la homologación salarial, promoción de mujeres en puestos de toma de decisiones, corresponsabilidad entre la vida laboral, familiar y personal, y eliminación de prácticas de hostigamiento sexual, entre otras. Se diseñó y elaboró el plan de trabajo con las acciones comprometidas por el Centro Nacional, de los nueve objetivos que contempla el Programa de Cultura Institucional.

Se elaboró el Plan de Acción de Cultura Institucional, se definieron acciones especificas metas, indicadores y periodos de realización, de acuerdo a las áreas de oportunidad identificadas.

- Se realizaron las acciones correspondientes al plan de acción, de los factores I, II, y VII.

FACTOR 1 Política Nacional y Deberes Institucionales

FACTOR 4. Selección de personal.

FACTOR 8. Corresponsabilidad entre la vida laboral, familiar, personal e institucional.

En el 2010 Se cumplió con la entrega de las cédulas de registro de avances del plan de acción, y avances comprometidos del mismo referente a los factores II III y VII.

- Se realizaron y concluyeron las acciones correspondientes al plan de acción, de los factores II, III, IV, VII y IX.

FACTOR. II Clima Laboral.

FACTOR. III Comunicación Inclusiva.

FACTOR IV. Selección de personal. 2009

FACTOR. VII Capacitación y Formación Profesional.

FACTOR. IX Hostigamiento y Acoso Sexual (seguimiento).

En el 201I Se llevaron a cabo las acciones comprometidas del plan de acción, y avances comprometidos del mismo plan de los factores V, VI, Y IX.

FACTOR. V Salarios y Prestaciones.

FACTOR. VI Promoción Vertical y Horizontal.

FACTOR. IX Hostigamiento y Acoso Sexual.

Por primera vez, a Nivel Central se llevo a cabo la creación del "Comité de Atención y Seguimiento a Casos de Hostigamiento y Acoso Sexual". y se aplicó al personal del Centro Nacional el 2º Cuestionario de Cultura Institucional.

Mejora de la Página Web le las Instituciones de la Administración Pública Federal

Para 2008 El Centro Nacional, no se encontraba reconocido por presidencia motivo por el cual la calificación la emitió la DGTI.

En el 2009, se realizaron mejoras en la página Web en los rubros de arquitectura y tecnología de la información, imagen institucional, calidad en el servicio y contenidos, así como experiencia del usuario.

Desde el inicio de 2010, se realizan cambios a las plantillas utilizadas en las páginas Web con el fin de conmemorar el Centenario de la Revolución y el Bicentenario de la Independencia.

En el 2011, se llevaron a cabo satisfactoriamente las modificaciones a nuestro sitio web.

Abatimiento del Rezago Educativo

En 2008 Se promovió a todos los servidores públicos de base y confianza para que concluyeran su educación básica (primaria y secundaria).

En 2010 del análisis realizado a este Centro, se determinó que el 100% del personal, cuenta con educación básica (primaria). Se consideró que no es necesaria la implementación del programa, en el Centro Nacional, Se envió el "Concentrado de los Servidores Públicos en Rezago Educativo". conteniendo la información de las 3 personas de la DGAE, que se integraron al programa denominado "Programa de Capacitación en tu Trabajo", para cursar secundaria; Este programa se concluyó en el 2010.

Programa Cero Observaciones, no aplica.

Normas Generales de Control Interno

En 2006, las 53 acciones de mejora comprometidas se integran por 24 de la encuesta de 2006 más 29 de 2007, a la fecha de corte al 30 de septiembre de 2008. Las 31 acciones de mejora atendidas corresponden a 11 de la encuesta 2006 y 20 del 2007.

En el 2007, las acciones se orientaron a cumplir con el acuerdo publicado en el diario oficial del 27 de septiembre de 2006.

- Se dieron a conocer las normas generales de control interno que deberán observar los titulares de las dependencias, órganos desconcentrados y entidades de la administración pública federal, a fin de coadyuvar al cumplimiento de sus metas y objetivos, y prevenir los riesgos que puedan afectar el logro de estos y daños al erario federal, así como propiciar el adecuado cumplimiento de la obligación de rendir cuentas y transparentar el ejercicio de la función pública. Y poner en práctica el nuevo esquema de control interno institucional propuesto.

- A través de los Comités de Control de Auditoria y de manera permanente con el órgano Interno de Control y la Coordinación de Asesores del Secretario de Salud, nos oriento en el desarrollo de las respuestas a los 122 reactivos de las cinco normas presentadas.

Se lleno la encuesta para la auto-evaluación del control interno enero-junio del 2007 de CENAVECE,

- Se llevó a cabo una doble evaluación de los reactivos, la segunda considerando la documentación soporte presentada por las diferentes áreas, de la unidad.

- Derivado de las acciones que no se cumplieron, se desarrollo un programa institucional, con el objeto de realizar acciones transversales y específicas, que permitan tener una operación homogénea para acciones homogéneas.

- se identificaron 22 áreas de oportunidad del Centro Nacional. Que se ubican en los apartados, compromisos la alta dirección, estructura organizacional, manuales de organización y procedimientos, administración de recursos humanos, integridad y valores éticos, administración de riesgos, políticas y procedimientos, segregación de funciones y responsabilidades, apropiada documentación de las transacciones y salvaguarda de la información.

- Se incorporaron compromisos para el 31 de diciembre de 2007 y 2008,

- Se incorporaron al Sistema los avances con corte al 30 de noviembre de 2007, según lo establecido.

- Derivado de los análisis en juntas de trabajo con los diferentes actores, se observa que en el 2008 debemos replantear el programa con la participación de las áreas, para lo cual solicitamos nos permitan acceder al sistema en el momento que se tenga el replanteamiento.

En el 2008, como resultado de la aplicación de la Encuesta al Control Interno Institucional 2008, me permito informar que se identificaron un total de 35 áreas de oportunidad para la aplicación de los elementos de las Normas Generales de Control Interno, para dichas áreas de oportunidad, se definieron 35 acciones de mejora a desarrollar, mismas que tienen el propósito de atender las debilidades del control interno y mejorar la eficiencia en la gestión.

Las 53 acciones de mejora comprometidas se integran por 24 de la encuesta de 2006 más 29 de 2007, a la fecha de corte al 30 de septiembre de 2008. Las 31 acciones de mejora atendidas corresponden a 11 de la encuesta 2006 y 20 del 2007,

En relación a las Normas Generales de la Encuesta para la Evaluación del Control Interno Institucional 2008, para el Cuarto Trimestre, el estatus es el siguiente: en proceso son 22 elementos 2008 y 2009, para 2007 son 6 y 1 elementos de 2006, correspondientes a la Encuesta Global.

En el 2009, En complemento a las acciones previstas, se incorporó la encuesta del programa o proceso sustantivo “Dengue” con 42 reactivos, así, se reforzará el control

interno en esta área específica. Esto contribuirá tanto para el nivel central, como en cada uno de los órganos desconcentrados de la Secretaria de Salud y permitirá; ampliar la posibilidad de la mejora del control interno institucional, atenuar la disminución de los riesgos en la operación, focalizar los esfuerzos en la identificación de los riesgos y un seguimiento en la aplicación permanente para cada uno de los reactivos de la encuesta e involucrar al personal especifico que opera en estas actividades. Se fortalecerá la cultura del control interno como un proceso de transparencia y rendición de cuentas entre los servidores públicos que participan en el desarrollo de las actividades de esta institución.

En el Proceso Sustantivo “Dengue” 5 elementos en proceso, para 2008 Y 2009

EN EL 2010, Para la aplicación de la Encuesta de Autoevaluación de Control Interno Institucional 2010 con corte al 30 de abril de 2011, participaron en este órgano desconcentrado un total de 12 servidores públicos, distribuidos en los 3 (tres) niveles de control y con un complemento referido a tecnologías de la información distribuidos de la siguiente manera, 1 estratégico, 2 directivos, 8 operativos, y 1 apoyo de TIC´s, obteniéndose los siguientes resultados:

Aspectos relevantes derivados de la aplicación de la encuesta

De los 6 grados y 49 reactivos divididos en los 3 niveles mencionados, se obtuvo lo siguiente:

a) Porcentaje de cumplimiento general, por nivel del Sistema de Control Interno Institucional y por Norma General.

Porcentaje de cumplimiento General	**46.8%**
Nivel de Control Estratégico	**51.1%**
Nivel de Control Directivo	**55.3%**
Nivel de Control Operativo	**52.4%**

Norma General Primera	**44.3%**
Norma General Segunda	**60.0%**
Norma General Tercera	**43.8%**
Norma General Cuarta	**55.9%**
Norma general Quinta	**51.3%**

Se obtuvo un 46.8% de cumplimiento general, con lo cual establece que en la institución están operando los controles y existe evidencia documental de su cumplimiento.

Producto de las respuestas que dieron los funcionarios en sus diferentes niveles, se observa desconocimiento de algunos de ellos, ya que a pesar de que existen controles y formas de medirlos, respondida por otro grupo de servidores públicos, se manifiesta desconocimiento de su existencia, por lo que hace necesario avanzar en la difusión de estos, así como en la insistencia del conocimiento de lo que es y significa el Control Interno Institucional, el cual aplican.

b) Elementos de Control Interno con mayor grado de cumplimiento, identificados por Norma general y nivel del Sistema de Control Interno Institucional.

Por nivel del Sistema de Control Interno		
Del Nivel de Control Estratégico	1 de 18 Elementos de control (1.3.b)	**100.0%**
Del Nivel de Control Directivo	2 de 16 Elementos de control (2.3.c, 2.4.d)	**71.7%**
Del Nivel de Control Operativo	1 de 15 Elementos de control (3.4.a)	**61.1%**

Los elementos en los que se tuvo mayor grado de cumplimiento por nivel jerárquico de control interno fueron:

Destacando el análisis y seguimiento a los temas relevantes relacionados con el logro de objetivos y metas institucionales del COCODI, los indicadores que miden los avances y resultados del cumplimiento de los objetivos, el seguimiento y control de acuerdos de los comités institucionales, COCODI, y la información que se genera es veraz, oportuna, pertinente, suficiente y confiable.

En el 2011, los avances al Programa de Control interno Institucional, periodo julio – diciembre 2011, Resumen, de 111 acciones, se encuentran atendidas 85 y 26 en proceso.

Al respecto del Programa de Administración de Riesgos Institucionales: se realiza el control del mismo mediante 4 documentos que soportan las acciones realizadas

a) Matriz de Riesgos Institucionales (validada y actualizada).
b) Mapa de Riesgos (actualizado)

c) PTAR Institucional (actualizado)

d) Reporte de avances Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (actualizado).

e) Reporte anual de comportamiento de riesgos. Falta de enviar

Compras claras. No aplica

Bitácora electrónica de obra pública, no aplica

Reducción de riesgos de corrupción y análisis de índices, no aplica

Calificaciones del periodo 2007 -2011

CALIFICACIONES										
TEMA		Resultado del periodo	TEMA		Resultado del periodo	TEMA	Resultado del periodo	TEMA	Resultado del periodo	TEMA	Resultado del periodo
2007			2008			2009		2010		2011	
1	Transparencia Focalizada	-	1	Transparencia Focalizada	10	Transparencia Focalizada	10	Transparencia Focalizada	N/A		5.9
2	Blindaje electoral	-	2	Blindaje electoral	N/A	Blindaje electoral	8.1	Blindaje electoral	N/A		-
3	10 Instituciones con Trámites, Procesos y Servicios Críticos	N/A	3	10 Instituciones con Trámites, Procesos y Servicios Críticos	N/A	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-
4	Participación	-	4	Participación	10	Participación	8	Participación	10	Participa	10

CALIFICACIONES										
TEMA		Resultado del periodo	TEMA		Resultado del periodo	TEMA		Resultado del periodo	TEMA	Resultado del periodo	TEMA	Resultado del periodo
2007			2008			2009			2010		2011	
	Ciudadana			Ciudadana		Ciudadana			Ciudadana		ción Ciudadana	
5	Convenciones Internacionales	-	5	Cumplimiento a Convenciones Internacionales	-	Se eliminó el tema	-		Se eliminó el tema	-	l tema	-
			6	Cultura de la Legalidad								
6	Convenios contra la Discriminación	-	6.a	Ética y Responsabilidad Pública	9.3	Cultura Institucional	10		Cultura Institucional	10	Cultura Institucional	9
				No discriminación y equidad de genero	10	Se eliminó el tema	-		Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-
				Política de igualdad	-	Se eliminó el tema	-		Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-

CALIFICACIONES											
TEMA		**Resultado del periodo**	**TEMA**		**Resultado del periodo**	**TEMA**		**Resultado del periodo**	**TEMA**	**Resultado del periodo**	**TEMA**	**Resultado del periodo**
2007			**2008**			**2009**			**2010**		**2011**	
			7	Ordenar la imagen de la APF ante el ciudadano								
7	Mejora de la Página Web de las Instituciones de la APF	-	7a	Mejora de la Página Web de las Instituciones de la APF	2.8	Mejora de la Página Web de las Instituciones de la APF	5.48	Mejora de los Sitios Web Institucionales	9.2	Mejora de los Sitios Web Institucionales	9.8
			7b	Imagen de las instituciones	-	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-
8	Abatimiento del rezago en educación	-		Abatimiento del rezago educativo de los servidores públicos	10	No se calificó sin embargo la SS dio seguimiento	-	Solo seguimiento	7	-	-
			9	Control de la Gestión Pública							
9	Programa Cero observa	-	9a	Programa Cero observaciones	N/A	Programa Cero observaciones	-	Programa Cero observaciones	-	Programa Cero obse	-

CALIFICACIONES											
TEMA		**Resultado del periodo**	**TEMA**		**Resultado del periodo**	**TEMA**	**Resultado del periodo**	**TEMA**	**Resultado del periodo**	**TEMA**	**Resultado del periodo**
2007			**2008**			**2009**		**2010**		**2011**	
	ciones									rvaciones	
10	Extinción y Regulación de Fideicomisos	-	9b	Extinción y Regulación de Fideicomisos	N/A	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-
11	Normas Generales de Control Interno	-	9c	Normas de Control Interno	5.8	No se emite calificación	-	No se emite calificación	-	No se emite calificación	-
			10	Compras claras	8		-		-		-
			11	Programa de mejora de la gestión	N/A						
12	Bitácora electrónica de obra pública	-	12	Bitácora electrónica de obra pública	N/A	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-
13	Reducción de	-	13	Acciones para	8.8	Se eliminó el	-	Se eliminó el	-	Se elimi	-

CALIFICACIONES										
TEMA		**Resultado del periodo**	**TEMA**		**Resultado del periodo**	**TEMA**	**Resultado del periodo**	**TEMA**	**Resultado del periodo**	
2007			**2008**			**2009**		**2010**		**2011**	
	riesgos de corrupción y análisis de índices			prevenir la corrupción y análisis de índices		tema		tema		nó el tema	
			14	Promoción de la cultura física y el deporte entre los servidores públicos de la APF	5.5	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-
						Programas Sectoriales	N/A		N/A		N/A
RESULTADO EL PERIODO			**9.6**		**9.8**		**9.9**				

11.9 LFTAIPG: CUMPLIMIENTO A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.

Se muestra cuadro informativo con las solicitudes de información recibidas y atendidas en todas las áreas de éste Órgano Desconcentrado, conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMILÓGICOS

SOLICITUD DE INFORMACIÓN CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA

Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL 2006-2012

Ejercicio	Recibidas	Atendidas
2008	8	8
2009	24	24
2010	16	16
2011	34	34
2012	10	10
TOTAL	92	92

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE PROGRAMAS PREVENTIVOS

SOLICITUD DE INFORMACIÓN CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA

Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL 2006-2012

Ejercicio	Recibidas	Atendidas
2006	13	13

2007	39	39
2008	48	48
2009	54	54
2010	22	22
2011	76	76
2012	2	2
TOTAL	254	254

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA

SOLICITUD DE INFORMACIÓN CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA

Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL 2006-2012

Ejercicio	Recibidas	Atendidas
2010	132	132
2011	277	277
2012	27	27
TOTAL	436	436

Cabe destacar que los temas que tienen mayor recurrencia en las solicitudes de información, y que han variado de acuerdo a la situación que ha estado viviendo el país, son las siguientes:

1.- FONDEN

2.- Brotes de Dengue

3.- Cólera

4.- Rabia

5.- Influenza

6.- Tratamientos contra Tuberculosis.

11.10 Observaciones de Auditoría de las instancias de fiscalización en proceso de atención.

OBSERVACIONES DE AUDITORIA (PETICIÓN DE INFORMACIÓN)

Informes y seguimiento de las observaciones determinadas por el Ente Fiscalizador

RESUMEN								
Área operativa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
7.6.1 Órgano Interno de Control	-	-	10	7	2	6		
7.6.2 Auditoria Superior de la Federación				7	-	-		
7.6.3 Auditoria Gubernamental SFP	-	-	-	-	-	-		
7.6.5 Otros (describir)	-	-	-	-	-	-		
Suma	-	-	10	7	2	6		
Solventadas	-	-	10	14	1	4		
Por solventar	-	-	0	0	1	2		
Generaron responsabilidades	-	-	3	0	0	0		

NOTA: De la Cuenta Pública 2009, se derivaron 19 PRAS, que se encuentran en el OIC sin que a la fecha se tenga la resolución definitiva.

Informes y seguimiento de las observaciones determinadas por el Órgano Interno de Control

RESUMEN							
Área operativa	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**Total**
Adquisiciones	-	7	10	1	3		
Recursos Financieros	-	2	3	-	2		
Manuales	-	1	1	1	1		
Otras.- (describir)	-	-	-	-	-		
Suma	-	-	-	-	-		
Solventadas	-	10	14	1	4		
Por solventar	-	0	0	1	2		
Generaron responsabilidades	-	3	0	0	0		

Informe y seguimiento a las observaciones del Auditoria Superior de la Federación

RESUMEN							
Área operativa	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**Total**
Adquisiciones	-	-	6	-	-		
Recursos Financieros	-	-	-	-	-		
Manuales	-	-	1	-	-		
Otras.- (describir)	-	-	-	-	-		
Suma	-	-	7	-	-		
Solventadas	-	-	7	-	-		
Por solventar	-	-	-	-	-		
Generaron responsabilidades							

11.11 PROCESOS DE DESINCORPORACIÓN

Este rubro no aplica para este Centro Nacional.

11.12 RESULTADOS RELEVANTES DE LAS BASES O CONVENIOS DE DESEMPEÑO O DE ADMINISTRACIÓN DE RESULTADOS

Este rubro no aplica para este Centro Nacional.

11.13 OTROS ASPECTOS RELEVANTES RELATIVOS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Este rubro no aplica para este Centro Nacional.

11.14 ACCIONES Y COMPROMISOS RELEVANTES EN PROCESO DE ATENCIÓN AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011 CON SU CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL 1° DE ENERO AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2012-07-04

Consultar apartado donde se encuentra el formato de Acciones y Compromisos.