

Informe de Rendición de Cuentas 2006-2012

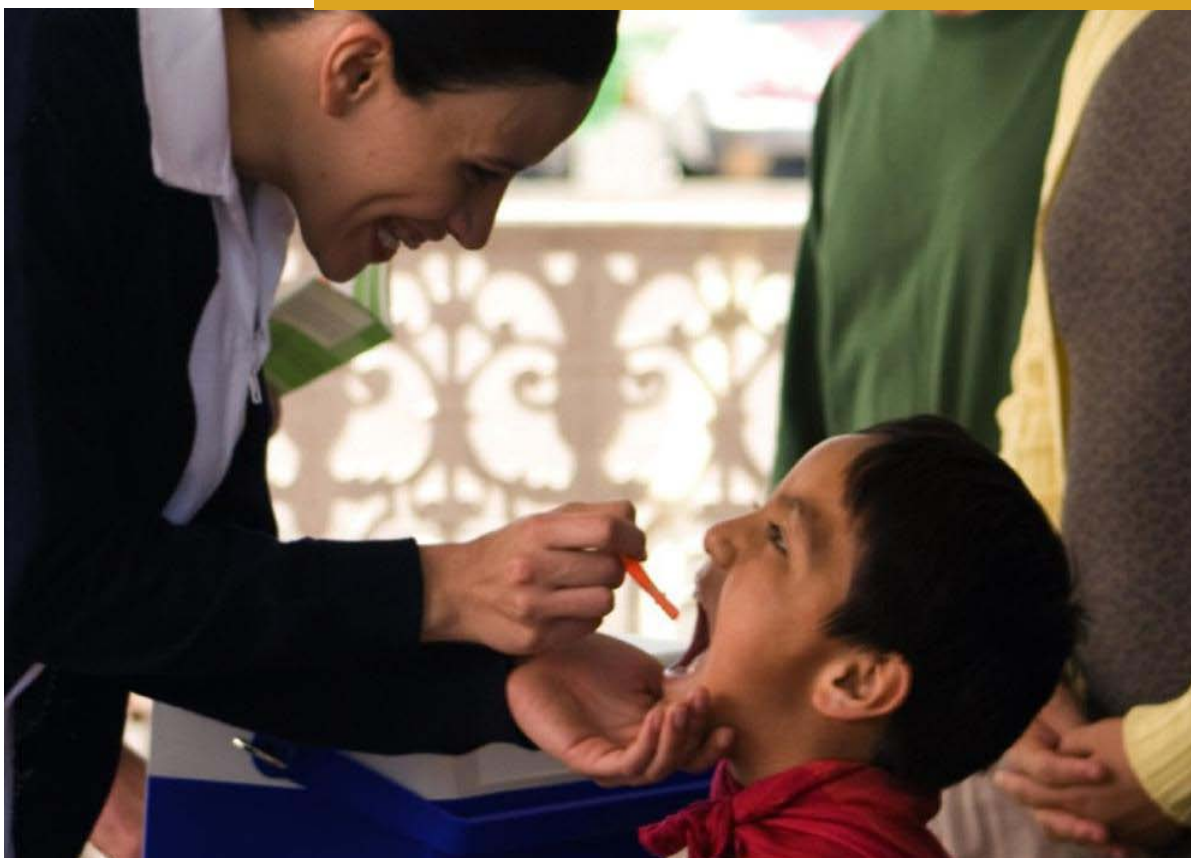


SALUD

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS
PREVENTIVOS Y CONTROL DE
ENFERMEDADES



**GOBIERNO
FEDERAL**



SECRETARÍA DE SALUD

**CENTRO NACIONAL DE
PROGRAMAS PREVENTIVOS Y
CONTROL DE ENFERMEDADES**

**INFORME DE RENDICION DE
CUENTAS
2006 – 2012**

SEGUNDA 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 Enero al 30 de Junio de 2012.

**ATENTAMENTE
DR. MIGUEL ÁNGEL LEZANA FERNÁNDEZ
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE
PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES**

ÍNDICE

12.11.1 Marco Legal.....	Pág. 4
12.11.1 Descripción de los servicios y funciones.....	Pág. 4
12.11.1 Los Objetivos Institucionales y su vinculación con el PND 2007-2012.....	Pág. 4
12.11.2 Marco Jurídico de Actuación.....	Pág. 4
12.11.3 Resumen Ejecutivo de las Acciones y Resultados Relevantes de los Programas del CENAPRECE.....	Pág. 5
12.11.4 Aspectos Financieros y Presupuestarios.....	Pág. 128
12.11.4 Aspectos Financieros y Presupuestarios. Avances en los Programas Sustantivos.....	Pág. 162
12.11.5 Recursos Humanos: Estructura Básica y No Básica.....	Pág. 163
12.11.5 Recursos Humanos: Personal de base, confianza, honorarios y eventuales.....	Pág.165
12.11.5 Recursos Humanos: Condiciones Generales de Trabajo o Contrato Colectivo.....	Pág. 165
12.11.5 Recursos Humanos: Puestos de Libre Designación y Puestos Sujetos a la LSPCAPF o a otro servicio de carrera establecido legalmente.....	Pág. 165
12.11.6 Recursos materiales: Bienes Muebles.....	Pág. 165
12.11.6 Recursos materiales: Bienes Inmuebles.....	Pág. 166
12.11.6 Recursos materiales: Bienes Tecnológicos.....	Pág. 166
12.11.7 PMG. Síntesis de las Acciones y Resultados Relevantes.....	Pág. 167
12.11.8 PNRCTCC: Síntesis de las Acciones y Resultados Relevantes.....	Pág. 167
12.11.9 LFTAIPG: Cumplimiento a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.....	Pág. 174
12.11.10 Observaciones de Auditoría de las instancias de fiscalización en proceso de atención.....	Pág. 175
12.11.11 Procesos de Desincorporación.....	Pág. 177
12.11.12 Resultados relevantes de las bases o convenios de desempeño de administración de resultados.....	Pág. 177
12.11.13 Otros aspectos relevantes relativos a la gestión administrativa.....	Pág. 177
12.11.14 Acciones y Compromisos relevantes en proceso de atención.....	Pág. 177

12.11.1 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 establecen la normatividad y los procedimientos que debe uno considerar para el desarrollo del documento; la información reportada en la Primera Etapa se mantiene sin cambios y vigente para esta Segunda Etapa.

12.11.1 Descripción de los servicios y funciones

Para el desarrollo de sus actividades, la Secretaría de Salud y sus Órganos Desconcentrados, tienen a su cargo servicios y funciones que se reportan vigentes como se señaló en el Informe de la Primera Etapa.

12.11.1 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

La información reportada en la Primera Etapa se mantiene sin cambios para esta Segunda Etapa.

12.11.2 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 el Anexo 1, el cual contiene el Marco Jurídico de Actuación de la Secretaría de Salud, así como el Marco Jurídico de Actuación del CENAPRECE.

INDICE

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

12.11.3 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.

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/ Corte al 30 de junio
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/ Corte al 30 de junio
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 TB P	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 de respuesta al subregistro estimado por la Organización Mundial de la Salud, que en 2006 señaló hasta un 30% de casos subnotificados para el país.

Tasa de mortalidad por tuberculosis (todas las formas)							
Indicador según variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011/ ¹	2012/ Corte al 30 de junio
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							

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.

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/ Corte al 30 de junio
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/ Corte al 30 de junio
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 expofeso. 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.

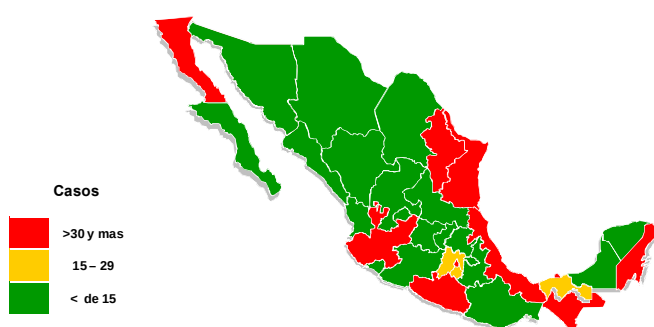
Año	Casos de TB tamizados para VIH	Casos Diagnosticados con Binomio TB/VIH-Sida	%
2007	6,687	652	9.7
2008	6,895	1096	16
2009	5,847	941	16

2010	8,915	1189	13.3
2011	8,163	1,207	14.7
2012*	5,775	552	9.5

Fuente de información: Plataforma y Formato Único de Información

* Corte del 1 de enero al 30 de junio de 2012

Prevalencia TB-SIDA México 2012



México 2012**
N=552

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

Descripción	Cierre anual						
Objetivo estratégico	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/ Corte al 30 de junio
Abasto de insumos	26 (80%)	29 (90%)	32 (100%)	32 (100%)	31(97%)	32(100%)	32(100%)
Casos nuevos de TB pulmonar	13,813	14,550	15,035	14,856	15,384	15,457	7,993
Curación de casos TB Pulmonar	79.7%	82.9%	84%	85.3%	86.1%	86.3%	85.6%
Estados que ofrecen TPI**	N/D	N/D	N/D	32(100%)	32(100%)	32(100%)	32 (100%)
Ingreso a tratamiento con fármacos de segunda línea a casos en situación de multifármacorresistencia (TB-MFR)***	0	0	0	242*	386*	430*	70*
Eventos nacionales de capacitación	2	3	5	4	3	3	2
Visitas de supervisión y asesoría a estados	25	32	40	56	43	35	14

* Los esquemas se compran de acuerdo a las necesidades.

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

*** Tuberculosis Multifármacorresistente

Información al segundo semestre 2012

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, el caso de las personas privadas de la libertad México 2006-2012*

Año	Número de prisiones trabajadas	Número de internos	Sintomáticos respiratorios estudiados	Casos nuevos diagnosticados de TB
2006	169	81,034	13,659	422
2007	217	131,960	18,871	365
2008	134	142,523	23,409	413
2009	193	143,148	19,986	395
2010	142	84,203	13,938	400
2011	382	135,892	19,613	441
2012*	190	68,350	9,350	218

Fuente: Informes de los estados y Plataforma Única de Información

* Corte del 1 de enero al 30 de junio de 2012

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... el caso de las personas con Diabetes Mellitus México 2006-2012*

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
2012*	8,769	3,759	42	1,820	21

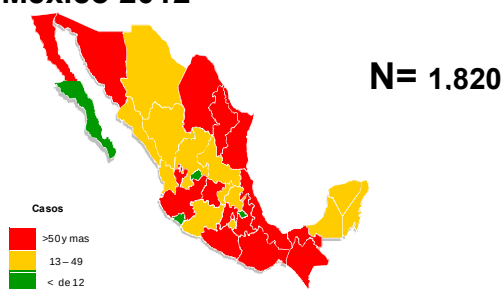
Fuente de información: Plataforma y Formato Único de Información

* Corte del 1 de enero al 30 de junio de 2012

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 2012

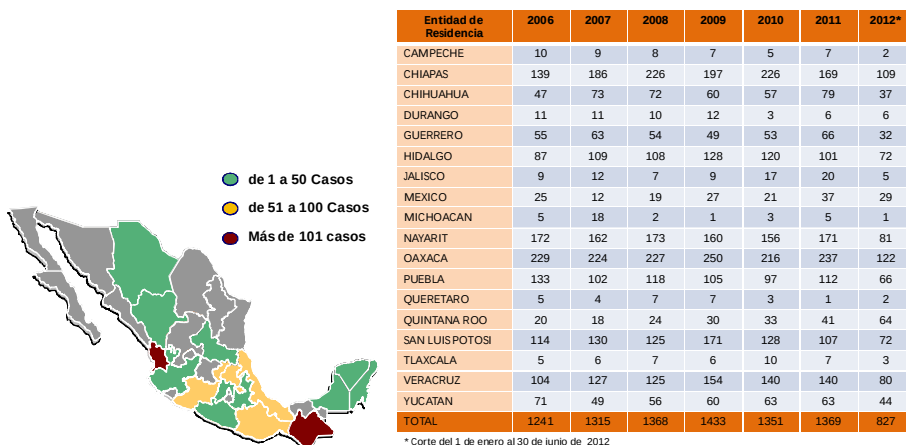


Otro Grupo Vulnerable de prioridad en Tuberculosis lo representan las poblaciones indígenas, donde cada año se realizan operativos intencionados de búsqueda activa en beneficio de la población habitante de estos municipios.

Durante la presente administración, los estados con mayor frecuencia de casos de tuberculosis pulmonar en municipios indígenas se han 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... el caso de las Comunidades indígenas

México 2006-2012*



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.
 - o 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.

- o Curso-taller anual de actualización en Tb fármacorresistente
- o 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 comorbilidades Tuberculosis-VIH y Tuberculosis-Diabetes Mellitus (TB-VIH y TB-DM).
 - o 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:
 - o 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 IMSS 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).
 - o En ACMS 32 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 2012.
- 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 sobre Tuberculosis”

Difusión de material en TB:

Año 2012

- Tarjeta de apoyo de Tuberculosis.
- Formatos de Fármacorresistencia.
- Rotafolio ¿Qué es la Tuberculosis fármacorresistente?
- Folleto Prevención de la Tuberculosis en las unidades de salud.
- Manuales PPD.
- Guía Básica de Adherencia.

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 EN LA 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 Project 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

Lepra.

Introducción:

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 corte del 30 de junio del ejercicio 2012 solo prevalecen 17 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 transmisión 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:

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

Principales avances 2006-2012:

1. Durante la presente administración, la incidencia por lepra ha descendido de manera paulatina al alcanzar 0.100 casos por cada 100 mil habitantes para el primer semestre 2012, 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 2012, el número de municipios prioritarios con tasa mayor a 1 caso por 10 mil habitantes ha pasado de 34 registrados en 2006 a 17 para el primer semestre de 2012, lo que representa una disminución de 50 % para el periodo respecto a la meta establecida para el periodo de 12%.

2. Para mantener el control de la lepra, aun cuando la prevalencia y la incidencia muestran una tendencia hacia la reducción, durante el periodo 2007-2012 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.

INCIDENCIA POR LEPRO EN MÉXICO, 2006-2011							
Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Total de Casos	243	257	224	207	216	215	114
Tasa	0,236	0,236	0,207	0,187	0,189	0,193	0,100

Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de la Lepra * Corte al 30 de junio de 2012

De la misma forma que la incidencia, la prevalencia por lepra también ha mostrado un descenso franco en la tendencia de 1989 al primer semestre 2012 con una reducción de 97% para el periodo, tendencia que se ha mantenido durante la presente administración.

PREVALENCIA POR LEPRO MÉXICO, 2006-2012							
Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Total de Casos	702	684	638	557	437	525	504
Tasa	0,065	0,062	0,058	0,0476	0,039	0,047	0.044

Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, * Corte al 30 de junio de 2012

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

1. 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.
2. 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 Oaxaca, Guerrero y Sinaloa mantienen como prioridad anual.
3. 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 baciloscópicos 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 y se ha capacitado al 2012 a personal para la lectura de baciloscopia a nivel nacional en InDRE de los siguientes estados: de Baja California, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala y Veracruz
4. 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.
5. 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.

6. 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

Primer Semestre 2012* preeliminar							
Objetivo estratégico	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Cursos impartidos a 10 técnicos microscopistas de estados prioritarios	1	1	1	1	1	1	1
Esquema de tratamiento Lepra recibidos vía OPS	293	288	243	264	250	240	0
Realizar un evento de capacitación, en Lepra coordinado por el Programa Federal	2	1	---	1	1	1	1
Visitas de supervisión y asesorías a estados prioritarios	10	10	---	10	10	10	60%
Lograr la curación de los casos ingresados a tratamiento	246	190	211	245	212	212	25%

* Corte al 30 de junio de 2012

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	4,489	4,652	3,939	4,153
	Porcentaje	84,0%	85,0%	45,6%	91,0%	95,5%	98,3%

***2012, sin dato de cierre de la DGE**

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: de los cuales se ha realizado visita a 6 entidades federativas, las

visitas pendientes son a los siguientes estados: Oaxaca, Michoacán, Colima, Yucatán y Nayarit.

Retos a mediano Plazo:

- Consolidar un sistema de información sistematizado en línea con apoyo de la Dirección General de Epidemiología.
- 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 endemidad 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 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:

1. Estrategias orientadas a controlar y curar al 100% de los pacientes en prevalencia actual y vigilancia estrecha de los alcances epidemiológicos.

2. 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.
3. Estudio estricto de 100% de los contactos de los casos prevalentes.
4. Campañas de promoción educativa a la población con énfasis en localidades con presencia de casos
5. Capacitación continúa al personal operativo para mantener fresco el conocimiento sobre la enfermedad y para que vuelvan 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.

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

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.
- Debido al retraso en la entrega y puesta en marcha de estas unidades, la Subsecretaría 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).
- Tres entidades no participaron: Michoacán, Querétaro y Jalisco, este último interesado en integrarse al programa a partir del año 2010.

Unidad(es) administrativa(s) participantes

- La Subsecretaría de Promoción y Prevención a la Salud a través de:
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)
- La Subsecretaría 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 límite así como sobrepeso.

Resultados:

Al primer semestre del año 2012 se encuentran en función 95 unidades que representa el 88.7 % 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, tres entidades federativas, Durango, 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 2008-2012**

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*/Corte al 30 de junio
Programado	NA	NA	51	51	70	90	107
Real	NA	NA	10	45	65	83	95
Porcentaje de avance	NA	NA	19.6	88.2	92.8	92.2	88.7%

Fuente: Catalogo Federal UNEMEs EC/CENAPRECE SS.

*Información al primer semestre del 2012

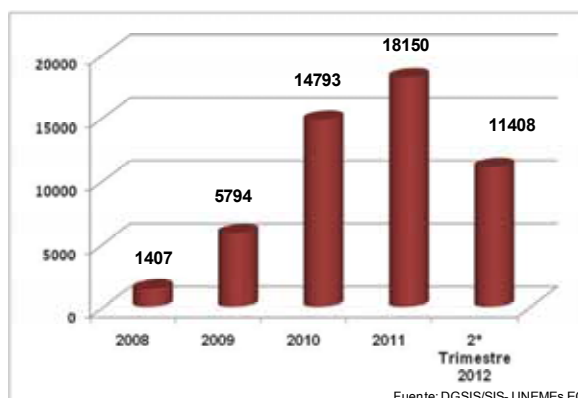
Cuadro No. 2 Distribución de unidades programadas y en función 2008-2012

ENTIDAD	PROGRAMADAS PARA INICIAR ACTIVIDADES	UNEMES EN FUNCIÓN PRIMER SEMESTRE 2012	%
Aguascalientes	2	2	100
Baja California	3	3	100
Baja California Sur	1	1	100
Campeche	2	2	100
Coahuila	6	4	67
Colima	3	3	100
Chiapas	3	2	67
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
Jalisco			
México	9	2	22
Michoacán			
Morelos	2	2	100
Nayarit	2	2	100
Nuevo León	2	2	100
Oaxaca	6	5	83
Puebla	2	2	100
Querétaro			
Quintana Roo	3	3	100
San Luis Potosí	8	8	100
Sinaloa	6	5	83
Sonora	6	6	100
Tabasco	6	6	100
Tamaulipas	3	3	100
Tlaxcala	1	1	100
Veracruz	3	3	100
Yucatan	3	3	100
Zacatecas	4	4	100
Nacional	107	95	89

Fuentes: catalogo federal UNEMEs EC

Al primer semestre del año 2012, han recibido atención integral e interdisciplinaria 51, 552 pacientes. Gráfica No. 1. Los pacientes que ingresan a las UNEMEs EC son pacientes de alto riesgo metabólico 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 2008-2012*



Fuente: Informe trimestral UNEMEs EC/CENAPRECE/SS 2008-2012*

* Sistema de Información en Salud /DGIS. 1ª Semestre 2012.

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.

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.						
INDICADOR : Porcentaje de personas en tratamiento de DM* en UNEMEs EC, en control glucémico. Denominador: Personas con DM tratadas en las UNEMEs						
Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012**
Programado	NA	45%	47%	48%	50%	50%
Real	NA	34%	48%	49%	47%	44%
Pacientes en control	NA	478	2781	7249	7630	4590
Pacientes en tratamiento	NA	1407	5794	14793	16360	10340

Fuente: 2008 -2009 Informe Trimestral UNEMEs EC/CENAPRECE/SS
2010 -2011 Sistema de Información en Salud/DGIS/SS

*Incluye pacientes con síndrome Metabólico

**Corte al 1er semestre 2012

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 1.5 al 2.5%, 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 primer semestre del año 2012 se han formado 145 grupos preventivos con 1905 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 junio de 2012 se encuentran capturados y en monitoreo permanente en el SIVEGAM 3,110 GAM, con un total de 77,750 integrantes, con un promedio de 25 integrantes por GAM. De los cuales han participado en el proceso y logrado la acreditación en diferentes años, 1,766 GAM acumulados en el período.

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 observó 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. Al primer semestre del 2012 se han realizado 47 supervisiones.

SUPERVISIONES 2011

	META	AVANZADO	%
UNEMEs EC	29	31	107
PROGRAMA Y GAM	16	16	100
TOTAL	45	47	104
SUPERVISIONES 2012*			
	META	AVANZADO	%
UNEMEs EC	25	18	72
PROGRAMA Y GAM	12	10	83
TOTAL	37	28	76

*** Información al 1º semestre 2012**

FUENTE: Informes de supervisión del PSAyA/ CENAPRECE.SS/2011-2012*

La estrategia de seguimiento de UNEMEs de enfermedades crónicas se realiza con la misión explícita 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/Corte al 30 de junio
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/Corte al 30 de junio
Programado	39	40	42	44	45	45	50
Real	38.6%	37.3%	38%	38.5%	40.2%	41%	41.3%
V1 (descripción)	210 987	186 459	203 947	213 851	237553	259781	279047
V2 (descripción)	546 408	498 557	536 905	554 708	590534	626424	675900
Porcentaje de avance	38.6%	37.3%	38%	38.5%	40.2%	41%	41.3%

**Solo considera Información de la Secretaría de Salud

De las 10 supervisiones realizadas en 2012 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, el presupuesto federal se envió en el mes de mayo. 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/Corte al 30 de junio
Programado	-	-	-	-	70%	70%	70%
Real	-	-	-	-	121%	145%	59%
V1 (descripción)	-	-	-	-	8,216,137	10,017,758	5,898,386
V2 (descripción)					6,737,795	6,913,052	9,978,948
Porcentaje de avance					121%	145%	59%

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/Corte al 30 de junio
Programado	0*	0*	0*	7%	7%	7%	7%
Real	34	33	121	84.8%	90.4%	99%	24%
V1 (descripción)	33	33	121	506	537	588	135
V2 (descripción)	--	-	-	597	594	594	568
Porcentaje de avance	n/a	n/a	n/a	84.8%	90.4%	99%	24%

*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 se fortaleció la capacitación y se implementó 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 creó 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, 1,766 GAM acumulados en el período con un promedio de 44,150 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/Corte al 30 de junio
Programado	NA	NA	90	90	90	90	90
Real	NA	NA	50 %*	95%*	95%*	86.5%	60 %
V1 (descripción)	NA	NA	703	5504	13257	19611	8995
V2 (descripción)	NA	NA	1407	5794	14007	22678	14979
Porcentaje de avance	NA	NA	50 %*	95%*	95%*	86.5%	60%

*Para UNEMEs EC la información es al corte del semestre.

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 de pies a todo paciente que ingresa a las UNEMEs EC.

Para los GAM, el sistema de información SIVEGAM se creó 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 se inició 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 otorgó 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/Corte al 30 de junio
Programado	NA	NA	60	90	90	90	90
Real	NA	NA	45%*	74%	89%	85.9%	39.8%
V1 (descripción)	NA	NA	633	8701	18889	18717	5970
V2 (descripción)	NA	NA	1407	11744	21108	21777	14979
Porcentaje de avance	NA	NA	45%	74%	89%	85.9%	39.8%

**Para UNEMEs EC la información es al corte del semestre.

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 incorporó 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 está 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/Corte al 30 de junio
Programado	NA	NA	60*	90	90	90	90
Real	NA	NA	10%	70%	80.4%	60%	20.1%
V1 (descripción)	NA	NA	140	12437	22268	18889	4334
V2 (descripción)	NA	NA	1407	17738	27681	31550	21477
Porcentaje de avance	NA	NA	10%	70%	80.4%	60%	20.1%

**Para UNEMEs EC la información es al corte del semestre.

Este indicador no ha logrado la meta establecida, ha tenido fluctuación en el periodo. En el caso de las UNEMEs EC no se ha 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 está dando énfasis en el adecuado registro de los sistemas de información.

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

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.

Resultados del 1 de enero al 30 de junio de 2012

Los logros alcanzados se muestran a continuación:

Se han realizado 20.1 millones de detecciones de diabetes mellitus y riesgo cardiovascular.

En el Sistema de Salud se registraron:

PROGRAMA	INGRESOS A TRATAMIENTO	CASOS EN TRATAMIENTO*	CASOS EN CONTROL*
Diabetes	77,920	675,900	279,047
Hipertensión	90,013	789,373	424,224
Obesidad	89,909	418,329	115,116

*Corte realizado al mes de junio/Fuente: DGIS (Sistema CUBOS)

Se ha continuado con las estrategias para la disminución de la aparición del sobrepeso y la obesidad siendo éstas:

Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMEs EC).

La estrategia de unidades médicas de especialidad con enfoque de prevención clínica oferta acciones, preventivas, educativas y de atención específicas para proporcionar prevención y tratamiento oportuno y eficaz a los enfermos con ECNT.

Al primer semestre del año 2012 se encuentran en función 95 unidades que representa el 88.7 % de la meta. Los pacientes que ingresan a las UNEMEs EC son pacientes de alto riesgo cardiometabólico 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.

De manera acumulada, al segundo semestre del 2012, se han atendido a 51, 552 pacientes, a quienes se les estratifica por riesgo implementándose medidas individualizadas.

Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA)

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.

Como parte de las actividades se ha supervisado al personal del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria en:

- Colima, Guerrero, Jalisco, México, Puebla, Querétaro y Tlaxcala

Recorridos por tu Salud

Tiene por objetivo fortalecer las actividades enfocadas a la detección de enfermedades, brindar asesoría sobre la alimentación correcta y la actividad física.

- Se realizaron 420 recorridos en el cual se les ha dado atención a 48,352 personas en todo el país.

Sesiones con el Consejo Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Se llevó a cabo en julio una sesión, con la participación de Secretarías de Estado, el IMSS, ISSSTE, CNPSS, CNS, DGPS, DGAE, COFEPRIS, SEDESOL, SAGARPA, SEP,

SE, STPS, así como Integración y Desarrollo del Sector Salud, Subsecretaría de Administración y Finanzas y los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Proponiéndose como estrategia a seguir para incidir en la ECNT, 5 sub consejos: para la Prevención y Promoción para la Salud alimentaria, Materno Infantil, Enfermedades Pulmonares y Respiratorias, Riesgo Cardiovascular y Cáncer.

Elaboración de documentos normativos:

- Guía de Tratamiento de Hipertensión Arterial
- Manual Práctico de Prevención, Promoción para la Salud y Tratamiento de la Obesidad
- Guía de tratamiento farmacológico de Dislipidemias para el primer nivel de atención

Reuniones intersectoriales:

Se llevaron a cabo dos reuniones en el mes abril y marzo para determinar y consensar las metas para el cumplimiento de los indicadores sectoriales (porcentaje de personas con diabetes que ingresan a tratamiento después de una detección positiva y porcentaje de clínicas de diabetes, hipertensión arterial y riesgo cardiovascular funcionando en unidades de primer nivel de las instituciones de seguridad social) así como seguimiento en el cumplimiento de la metas respectivamente, contando con la participación del IMSS (régimen ordinario y oportunidades), ISSSTE, PEMEX, MARINA y SEDENA.

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 Corte al 30 de junio
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/ ² Corte al 30 de junio
Programado N/A							
Real		52.5	61.1	52.9	70.12	85.03	61.82
V1 (Numero de detecciones realizadas)		17,453,732	20,509,028	19,440,329	25,863,548	31,546,980	20,089,257
V2 (Numero de detecciones programadas)		33,200,068	33,558,824	36,702,768	36,883,070	37,096,861	32,494,302
Porcentaje de avance N/A							
Porcentaje de detecciones realizadas. Fuente de Información, Dirección General de Información en Salud, CUBOS-SIS 2007-2010. 1/ Información para el 2011. **/No se realiza un comparativo con este año ya que se consideraban otras variables. 2/ Información al corte del mes de Julio 2012 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% Fuente: Sistemas de Información en Salud Sectoriales, reportadas al CENAVECE o su equivalente institucional.							
Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 *	
Programado	NA	60%	60%	60%	60%	60%	
Real	NA	48%	71%	70%	68%	67%	
Casos en control	NA	311	1892	4763	5556	2272	
Pacientes en tratamiento	NA	647	2665	6804	8171	3397	
Porcentaje de avance	NA	48%	71%	70%	68%	67%	
Información con corte al 30 de junio de 2012 - 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 registros 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 % (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*	
Programado	NA	60%	60%	60%	60%	60%	
Real	NA	21%	41%	39%	38%	43%	
Casos en control	NA	64	513	2019	1288	1515	
Pacientes en tratamiento	NA	303	1251	5176	3389	3495	
Porcentaje de avance	NA	21%	41%	39%	38%	43%	

• **Información con corte al 30 de junio de 2012.**

- 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 % (OBESIDAD) **Meta 2012:** 30%

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

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 *	
Programado	NA	30%	30%	30%	30%	30%	
Real	NA	48%	55%	45%	38%	35%	
Casos en control	NA	168	793	1657	1288	1283	
Pacientes en tratamiento	NA	350	1442	3682	3389	3618	
Porcentaje de avance	NA	48%	55%	45%	38%	35%	

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

• **Información con corte al 30 de junio de 2012**

- 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.

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 auto cuidado 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 cardio metabólico.

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 auto cuidado 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.

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.

Para las UNEMEs EC:

- 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

- Es necesario fortalecer las redes de atención (1º nivel-UNEMEs EC-Hospital) para el enfermo crónico.
- 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 Acción Específico de Atención al Envejecimiento, 2007-2012.

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.

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 de 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 aquellas instituciones que cuenten con los recursos:
 - o Diabetes, hipertensión y obesidad.
 - o **Vacunación** antiinfluenza, antineumocócica y Td.
 - o Problemas paradontales.
 - o Cáncer de próstata e hiperplasia prostática benigna.
 - o 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/Con corte al 30 de junio
Programado		27	28	29	30	31	32
Real		27	28	29	30	30	31*
V1 (descripción)		27	28	29	30	31	32
V2 (descripción)		27	28	29	30	30	31
Porcentaje de avance		100%	100%	100%	100%	96.8%	96.9%

Fuente de información.- Informes enviados por cada entidad federativa a través de oficio. *En proceso de instalación

Meta de Producto.- Realizar Diez y seis diagnósticos a través de la Encuesta SABE							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/Con corte al 30 de junio
Programado		2	1	1	12	12	0*
Real		2	1	1	8	8	0
V1 (descripción)		2	1	1	8	12	0
V2 (descripción)		2	1	1	12	8	0
Porcentaje de avance		100%	100%	100%	66.6%	66.7%	0

Fuente de información.- Seguimiento de los Proyectos Encuesta SABE. *Sin presupuesto

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/Con corte al 30 de junio
Programado		300	300	400	300	400	400
Real		760	923	680	670	400	60*
V1 (descripción)		300	300	400	300	400	400
V2 (descripción)		760	923	680	670	400	60
Porcentaje de avance		253%	307%	226%	223%	100%	15%*

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/Con corte al 30 de junio
Programado		781,305	817,120	857,771	858,919	890,804	923,615
Real		401,965	634,634	809,473	858,919	890,804	662,569*
V1 (descripción)		781,305	817,120	857,771	858,919	890,804	923,615
V2 (descripción)		401,965	634,634	809,473	858,919	890,804	662,569
Porcentaje de avance		51.4%	77.6%	94.3%	100%	100%	71.3*

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

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/Con corte al 30 de junio
Programado		781,305	817,120	857,771	858,919	890,804	923,615
Real		258,245	447,965	573,120	639,994	780,552	510,282*
V1 (descripción)		781,305	817,120	857,771	858,919	890,804	923,615
V2 (descripción)		258,245	447,965	573,120	639,994	780,552	510,282*
Porcentaje de avance		33%	55.4%	66.8%	74.6%	87.6%	55.2*

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

Meta de Impacto Intermedio.- Cobertura anual del 85% vacunación anti-influenza, en la población ≥ 60 años.							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/Con corte al 30 de junio
Programado		5,909,675	4,110,801	7,002,796	5,051,950	5,051,950	5,051,950*
Real		5,019,952	3,699,721	6,302,517	4,626,316	4,986,275	**
V1 (descripción)		5,909,675	4,110,801	7,002,796	5,051,950	5,051,950	5,051,950
V2 (descripción)		5,019,952	3,699,721	6,302,517	4,626,316	4,986,275	**
Porcentaje de avance		84.9%	90%	90%	91.5%	98.7%	**

Fuente de información.- Sistema de Información en Salud de los años informados.*Preliminar de dosis programadas.**Se realiza SSGG en octubre y dependemos del abasto de la vacuna

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/Con corte al 30 de junio
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	1,279,093	747,384*
V1 (descripción)		2,497,601	2,510,958	2,798,930	2,804,560	2,924,269	3,043,305
V2 (descripción)		728,945	952,044	1,015,212	1,074,916	1,279,093	747,384
Porcentaje de avance		29.1%	37.9%	36.2%	38.6%	43.7%	24.6%*

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

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/Con corte al 30 de junio
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	2,418,532	*
V1 (descripción)		2,273,971	2,401,408	2,521,477	2,576,756	2,672,411	2,770,840
V2 (descripción)		1,691,903	1,805,859	1,888,586	2,324,315	2,418,532	*
Porcentaje de avance		74.4%	75.2%	74.9%	90.2%	90.5%	*

Fuente: informes realizados por las entidades federativas a través de oficio. *SSGG se realiza en octubre

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/Con corte al 30 de junio
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	289.1
V2 (descripción)		293.6	311.6	287.8	*	*	*
Porcentaje de avance		1.5%	-4.6%	2.0%	+	*	*

Fuente. Informe Cubos. *valor preliminar

BASAL	2005	100%	298,0	AVANCE
	2007	99,5%	296,5	293,6
	2008	99,0%	295,0	311,6
	2009	98,5%	293,6	287,8
REDUCCION 3%	2010	98,0%	292,1	**
	2011	97,5%	290,6	**
	2012/con corte al 30 de junio	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.

Problemática a 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

Problemática a Mediano Plazo.- Por atender en el siguiente año 2013

Con el objetivo de dar cumplimiento al Programa Operativo Específico (PAE) a fin de lograr 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 vejez 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-geriátricas equipadas con un equipo multidisciplinario 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-Geriátricas 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 lograr 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 Salud Bucal

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.

Resultados 2007 a 2012

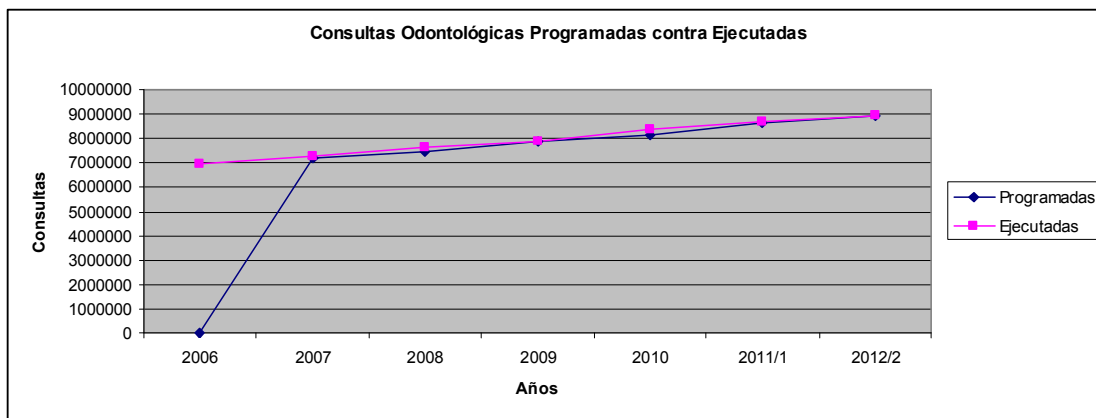
Bajo el enfoque de reducir las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia, el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades estableció en su Programa de Acción Específico de Salud Bucal 2007-2012, una serie de acciones, estrategias y líneas de acción para cumplir con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

El Programa de Salud Bucal llevó a cabo intervenciones que ya quedaron plasmadas en el Informe de la Primera Etapa.

INDICADORES CON CORTE AL 30 DE JUNIO DE 2012

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%

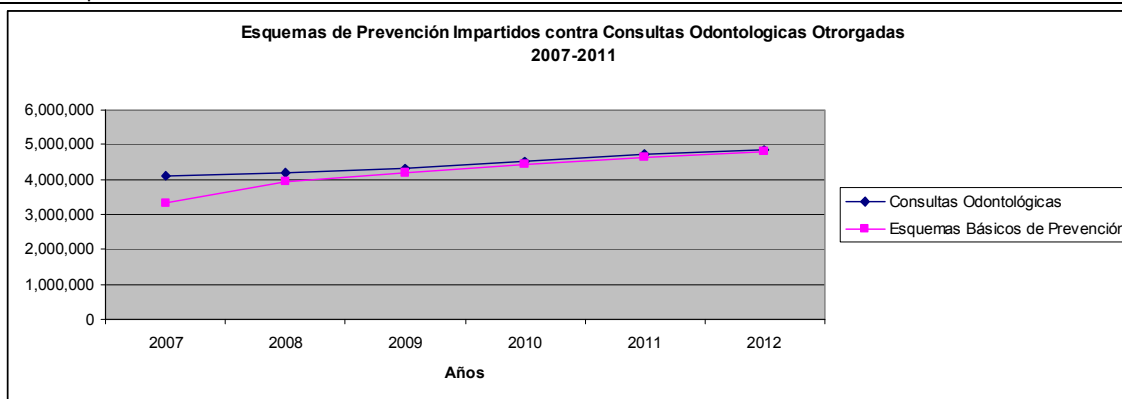
2012/¹ Con corte del 1 de enero al 30 de junio de 2012
Fuente: de Información en Salud 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012.



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%

2011¹ Datos preliminares ene-dic. 2011.
2012² Con corte del 1 de enero al 30 de junio de 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**

Las enfermedades transmitidas por vector son un grupo de padecimientos que afectan a más del la mitad del territorio nacional en donde viven más de 60 millones de habitantes, por ello siguen siendo un problema de salud publica en México, esto asociado con los intenso movimientos migratorios entre la población de áreas libres de algunas enfermedades y las que las registran de manera sistemática, originan que se presenten brotes importantes, así mismo la circulación viral y de parásitos entre la población susceptible dispersan inmediatamente los casos, dichas enfermedades se encuentran principalmente en las regiones costeras del país y en los centros turísticos y de producción más importantes, por ello es importante considerar llevar a cabo acciones de vigilancia epidemiológica, entomológica, de promoción de la salud y de prevención y control con la finalidad de limitar los daños provocados por las ETV, en la actualidad se han logrado avances muy importantes en algunas de ellas, sin embargo para continuar con estos logros es necesario mantener de manera general los programas y acciones encaminadas a reducir las enfermedades a cifras que generen menor daño entre la población en riesgo de México.

DENGUE

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.

Es importante citar que la Secretaría de Desarrollo Social, apoyo de manera importante al programa de Dengue, ya 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 2012.

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. 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 mosquitos y han sido un recurso crítico para el inicio de la vigilancia entomológica en estados del sureste 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.

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

Indicador	Basal 2006
Fiebre por Dengue (FD)	24,661
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	2011	2012*
Programado	15,738	40,558	36,503	32,853	29,568	26,612	23,951
Realizado	24,661	42,936	28,015	44,565	22,352	11,398	5,625
Porcentaje de avance	+56.7%	94.14%	100%	64.36	100%	100%	100%

Fuente: Reportes anuales de cierre 2006-2010. 1 cierre preliminar 2011 y *2012 Corte al 30 de junio.

Durante el año 2006, se registraron brotes en los estados de Veracruz, Oaxaca, Colima y Guerrero y circularon el Veracruz y Colima los cuatro serotipos y en Oaxaca y Guerrero tres de cuatro, que asociado con la falta de oportunidad en las acciones estatales, generaron brotes que comprometieron las metas para dicho año. Para el año 2007 se tuvieron que atender primero las inundaciones de Tabasco y Chiapas y los brotes atípicos de León, Guanajuato y Monterrey, Nuevo León.

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

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Programado	3,976	7,897	7,107	6,397	5,758	5,182	4,663
Realizado	5,175	9,433	7,588	11,396	6,548	4,989	1,875
Porcentaje de avance	+ 30%	80.50%	93.24%	21.86%	89.97%	100%	100%

Fuente: Reportes anuales de cierre 2006-2010.

¹ Cierre preliminar 2011 y *2012 Corte al 30 de junio.

Misma situación provocada por brotes en los años 2006 y 2007, del cuadro anterior. La meta de letalidad se ha sostenido desde 2006 hasta el 2010, sin embargo en 2011 el cumplimiento fué solo del 50%.

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

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ¹	2012*
Programado	-1%	-1%	-1%	-1%	-1%	-1%	-1%
Realizado	0.41	-0.30%	-0.50%	-0.84%	-0.94%	1.00%	-1%
Porcentaje de avance	100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%

Fuente: Reportes anuales de cierre 2006-2010.

¹ cierre preliminar 2011 y *2012 Corte al 30 de junio.

Durante el año 2006, se registraron 21 defunciones, de las cuales afectaron principalmente 10 entidades federativas.

La reducción absoluta de casos para 2011 comparativamente con la basal 2006 fue del 45.07% (de 29,836 casos en 2006 a 16,387 en 2011).

Indicador	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variación 2006-2011
Fiebre por dengue	24,661	42,936 (>43.9%)	28,015 (<34.7%)	44,565 (>59%)	23,608 (<49.8%)	11,398 (<51.7%)	<53.7%
Fiebre hemorrágica por dengue	5,175	9,433 (>82.2%)	7,588 (<19.5%)	11,396 (>50.2%)	6,548 (<44.4%)	4,989 (<23.8%)	<3.59%
Total de casos	29,836	52,369	35,603	55,961	30,156	16,387	<45.07%
Letalidad (%)	0.41	0.3	0.5	0.84	0.94	1	0.59

Es importante mencionar que para el año 2011, la reducción de casos comparativamente con 2010 fue del 45.65% por lo que es factible que al final del periodo, en 2012, se alcance un promedio de reducción anual superior al 10% previsto.

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).

PROBLEMÁTICA A 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 capacitación 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 esperarían a corto plazo un repunte en la transmisión del dengue.

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.

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.

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

Indicador	Basal 2006
Paludismo por <i>Plasmodium vivax</i>	2,498
Paludismo por <i>Plasmodium falciparum</i>	16
Muestras de sangre tomadas a	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. Con respecto a los casos importados del continente africano, se han administrado tratamientos a casos, según los antimaláricos empleados en los países de origen, dichos enfermos fueron connacionales que migraron por cuestiones de trabajo o para brindar apoyos en misiones humanitarias y que regresaron estando enfermos, la mayoría de ellos se detectaron en las unidades hospitalarias del país y fueron notificados oportunamente y se manejaron con la vigilancia y apoyo de los servicios de salud en los estados y con asesoría federal.

Meta: Mantener una reducción de al menos el 5% de localidades positivas comparativamente con respecto al 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. En las entidades que se registraron nuevas localidades positivas principalmente fueron Chiapas en el año 2011, Oaxaca y Chihuahua en 2009 y la región del noroeste en 2011 asociado principalmente a movimientos de etnias que afectaron principalmente Jalisco, Nayarit, Durango, Sinaloa y Chihuahua. Para el año 2012 el programa nacional con las 10 entidades federativas que registran localidades persistentes diseñaron una estrategia de inclusión de fortalecimiento de acciones de vigilancia, prevención y control en aquellas localidades con antecedentes de transmisión y hasta después de haber garantizado la interrupción de los casos se formulará un nuevo planteamiento de abordamiento y cambiar del control a la eliminación.

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).

Indicador	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variación 2006-2011
Casos por <i>P. vivax</i>	2,498	2,357	2,357	2,702	1,126	1,124	-55.0%
Casos por <i>P. falciparum</i>	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 de 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

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**



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 incluyó 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 certificó 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 $^{o}14$ días de cura radical, lo que ha permitido que se controlen de mejor manera los casos y para evitar las recaídas se continúa con seguimiento hasta por año y medio con la ministración del tratamiento TDU $3 \times 3 \times 1^{1/2}$ 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 riesgo 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 más 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 envío o entrega al personal de programa en donde se plasman las acciones de evaluación 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 respecto 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 en las 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 A 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.

Oncocercosis

Situación actual de la enfermedad

Foco Norte de Chiapas: Se suspendió el tratamiento con Mectizan en 2008, al demostrarse que la transmisión estaba interrumpida y entro en la fase de Vigilancia Epidemiológica Post-tratamiento (VEPT) por tres años, en el **Foco Sur de Chiapas** las coberturas de tratamiento con Mectizan fueron superiores a 85% alcanzadas hasta la fecha, además que la tasa de ineffectividad en moscas, descendió, 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, y en el **Foco Oaxaca**, se suspendió el tratamiento con Mectizan en 2009, al demostrarse por evaluaciones que la transmisión interrumpida y entro en la fase de VEPT, en el año 2011 se realizaron las evaluaciones entomológicas y se confirmó que la transmisión continuaba Interrumpida por lo que entro en la categoría de foco con Transmisión Eliminada.

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.

Compromisos con el Programa de Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA)

- Se confirmó la realización de la IACO XXII en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- OEPA refiere seguir apoyando con los recursos necesarios.
- OPS ofreció brindar apoyo con el objeto de vincular al programa con personal de radio y televisión para reproducir los spots del programa. Además material didáctico y asesoría en el tema de la vivienda saludable, y entorno saludable.
- Se dará capacitación para Enfermedad de Chagas por nivel estatal y federal.
- Nivel estatal se compromete a dar gafete o reconocimiento a los promotores voluntarios, para su identificación.
- En la J.S. VII- Tapachula la meta es tener promotores voluntarios en todas sus localidades.
- Se debe de reforzar las supervisiones y acompañamiento por parte de

CENAPRECE, considerando lo establecido en la guía para la detección de una potencial recrudescencia durante el periodo de vigilancia epidemiológica postratamiento (VEPT), elaborada por el comité coordinador del programa (PCC).

- A propuesta de CENAPRECE se aceptó que personal de participación social colaborara con el programa para diseñar una estrategia de comunicación.
- Estructurar el plan de acción conjuntamente con nivel Federal y estatal para presentarlo en la 1ª. Semana de Mayo del 2012.
- Conformar el comité para la integración de la información del Dossier; Este comité esta conformado por 2 integrantes de cada estado, 2 de nivel federal y 2 de OPS, con asesoría de OEPA. Inician las sesiones en la 1ª. Semana de Mayo.
- Se recomienda la preparación de un artículo del foco sur de Chiapas.
- Realizar una reunión para la actualización de la base de portadores, una vez completada el control de calidad de todas las masas sospechosas en la 1ª. Semana de Mayo, con la participación de OEPA, ISECH y CENAPRECE

Tabla 2. Línea basal de indicadores de impacto final, Casos nuevos detectados de Oncocercosis en el Foco Sur de Chiapas, 2006-2012 (Disminución)

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
92	85	32	15	8	1	0

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas. *2012 Corte al 30 de junio.

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.

Para lograr la eliminación del parásito era garantizar el tratamiento con ivermectina (Mectizan), cada seis meses a la población elegible de las comunidades endémicas de oncocercosis, durante un periodo aproximado de 10 a 15 años , con coberturas mayores al 85% cobertura que ha demostrado ser capaz de suprimir la Transmisión.

Se observa que en 23 rondas de tratamiento alcanzo coberturas mayores del 85%, lograndose interrumpir la transmisión en foco sur.

Adicionalmente en el 2003 el programa establecio el esquema de tratamiento de cuatro rondas por año en 49 50 comunidades seleccionadas en base a una alta transmisión de la enfermedad del foco sur de Chiapas, en el 2004 se añadió una comunidad . Al comprobarse el impacto de este esquema de tratamiento en las 50 comunidades se incluyeron, en el 2009 otras 113 comunidades más . Esta estrategia fue seguida con miras a acelerar el proceso para cumplir con la meta de interrupción de la transmisión del parásito para el 2012, establecida en la Resolución CD48. R12 del Consejo Directivo de la OPS (octubre, 2008)

Para las 50 localidades, de 2003 a 2011, con 4 rondas, la cobertura ha sido por arriba del 85%.

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.

Esta información no contiene variación ni cambió alguno, tal y como se presentó en el Informe de la Primera Etapa.

En las evaluaciones entomológicas los resultados de los análisis de RCP resultaron negativos, por lo que se demostró la interrupción de la transmisión y se suspendió el tratamiento con mectizan para en el primer semestre del 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 evaluaciones entomológicas realizadas.

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 analizarán 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.

Leishmaniasis

Enfermedad parasitaria producida por protozoarios del género: *Leishmania*, que se transmite por la picadura de insectos Dípteros (2–3 mm de largo) del género *Lutzomyia* (en América) o *Phlebotomus* (en el Viejo Mundo). Actúan como reservorios; mamíferos silvestres, domésticos y el hombre. En México se presentan dos formas clínicas que son: Cutáneas y Viscerales. Las cutáneas son las más comunes y se presentan en la variedad a) Cutánea Localizada que se caracterizan por úlceras en la piel de áreas descubiertas (en cara, orejas y extremidades superiores); b) Mucocutánea que afectan las mucosas (como tabique nasal y orofaringe) y c) Cutánea Difusa la cual no es curable, apareciendo nódulos o placas en todo el cuerpo (mediante metástasis de la cadena ganglionar). La forma Visceral afecta órganos internos (hígado, bazo y médula espinal) y que puede ser mortal sin tratamiento oportuno.

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	84 %
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 trabajando los indicadores de impacto final. Se capacito a los Jefes de Programa Estatales en las actividades de vigilancia epidemiológica, entomológica y de control del programa, en énfasis en diagnostico y tratamiento.

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	55%	60.5 %	66.6 %	73.2 %	80.5 %	88.5 %	97.4 %
Realizado	55 %	41 %	59 %	60.3 %	41 %	57 %	60 %
Porcentaje de avance	100	67.8 %	88.6 %	82.4 %	51 %	64.4%	100%

Fuente: Reportes anuales de cierre 2006-2011 de SIS. *2012 Corte al 30 de junio.

Durante este periodo se han formado recursos humanos dentro de la red de microscopia para el diagnostico oportuno de la enfermedad mediante la lectura de improntas. Dicho personal se actualiza anualmente mediante evaluaciones a distancia con paneles enviados por el InDRE. A pesar de ello se requiere la capacitación del personal médico y paramédico de las unidades del primer nivel de atención para la toma de impronta y el envío oportuno a la red de microscopia y al laboratorio estatal. La falta de capacitación de este personal propicia que los casos solamente sea por clínica sin la debida confirmación parasitológicos que es una de las metas más importantes que nos propusimos.

Meta: Aumentar el número de casos tratados en 5% en las entidades federativas con casos

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Programado	84%	88.2 %	92.6 %	97.2 %	100 %	100 %	100 %
Realizado	80.2 %	103 %	103 %	120 %	93.7 %	86.9 %	90 %
Porcentaje de avance	95.5%	100%	108%	100%	93.7%	86.9%	100%

Fuente: Reportes anuales de cierre 2006-2011 de SIS. *2012 Corte al 30 de junio.

En general se logro aumentar y mantener el número de casos tratados con antimonio de meglumina y termocirugía, pero en los últimos tres años este bajo debido a la falta de presupuesto de los estados para la compra del medicamento. Se logro en 2012 el financiamiento vía ramo 12 para otras ETVs, para la adquisición del medicamento Glucantime como apoyo extraordinario del nivel federal, mismo que se encuentra en el AFASPE modificadorio.

Meta: Aumentar en 6% los casos curados de Leishmaniasis por año

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Programado	70%	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 avance	sd	109 %	56.4 %	186 %	73 %	45.2 %	100%

Fuente: Reportes anuales de cierre 2006-2011 de SIS. *2012 Corte al 30 de junio.

Aunque se aumento el número de casos tratados es importante seguir al paciente hasta su alta o curación para asegurar que la lesión no siga evolucionando y deje de ser una fuente de infección. Esta actividad muchas veces requiere de personal de campo ya que por la ubicación de los pacientes estos dejan de ir al médico. El programa carece de personal para actividades específicas y de presupuesto para el seguimiento de los pacientes por lo que se dificulta la supervisión del tratamiento hasta su curación. Es necesario insistir en la capacitación de personal para actividades de tratamiento y seguimiento de casos en los estados.

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.

Casos registrados por forma clínica 2006 – 2011

AÑOS	FORMAS CLINICAS				TOTAL
	LV	CUTANEA			
		LMC	CL	LD	
2006	10	1	792		803
2007	10		854		864
2008	7		725		732
2009	8	4	512	2	526
2010	12	6	535	14	567
2011	1		483		484

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	90
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
GUERRERO	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	23
NUEVO LEÓN	0	0	1	0	0
OAXACA	2	1	15	0	4
PUEBLA	1	0	0	0	1
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	153
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	490

Fuente: Boletín Epidemiológico de la DGE.

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 actualizó 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 participó anualmente en cursos estatales de Control y Prevención de las Leishmaniasis.
- Se participó 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 participó 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 organizó junto con la UNAM, la 1ª 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.
- Se planea en el 2012 realizar mapas de riesgos en conjunto con la UNAM con la utilización de nuevos softwares.

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.
- Se logró en 2012 el financiamiento vía ramo 12 para otras ETVs, para la adquisición del medicamento Glucantime como apoyo extraordinario del nivel federal, mismo que se encuentra en el AFASPE modificadorio.

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 alcanzó la meta propuesta se mantiene la capacitación al personal de laboratorio por parte del CENAPRECE e InDRE y supervisión a los estados.

PROBLEMÁTICA A 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. Gestionar el ejercicio del financiamiento vía ramo 12 para otras ETVs, para la adquisición del medicamento antileishmaniásico Glucantime como apoyo extraordinario del nivel federal, en el AFASPE modificadorio.

- 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 se auto proteja.

Mediano Plazo.- Por atender en el siguiente año 2013.

- Supervisar la notificación semanal y obligatoria para evitar el subregistro de casos en algunas entidades federativas.
- Vigilar la disponibilidad del medicamento comprado con el financiamiento vía ramo 12 para otras ETVs, como apoyo extraordinario del nivel federal, en el AFASPE modificadorio.
- 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 y capacitando para la confirmación por laboratorio para el tratamiento adecuado y oportuno así como el seguimiento de los casos hasta su curación.

Enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas (Ech) o tripanosomiasis americana es una enfermedad parasitaria causada por un protozooario hemoflagelado *Trypanosoma cruzi*, que es transmitido al hombre y a otros mamíferos por insectos hematófagos de la subfamilia Triatominae. Los triatominos (chinches besuconas o de Compostela) son los vectores naturales de *T. cruzi*, que pasa al huésped cuando la chinche se alimenta de sangre y excreta heces infectadas por el parásito, permitiendo que *T. cruzi* penetre a través de heridas o mucosas.

Consideraciones epidemiológicas y entomológicas.

En el país existe una amplia variedad de escenarios con características propias del vector, ambiente físico, biológico y marco socioeconómico y cultural. Los vectores implicados son especies autóctonas controlables en el hábitat humano, pero no eliminables. Sin embargo, la insuficiente investigación epidemiológica y entomológica no permite aún conocer los patrones de transmisión de cada especie, así como su dimensión.

Consideraciones para el control del vector y tratamiento de casos.

Con base en la participación comunitaria y el análisis de prioridades en estos aspectos, es necesario contar con los elementos necesarios para el desarrollo de esquemas integrados de control vectorial. Así mismo, se considera indispensable contar con medicamento suficiente para hacer frente a las necesidades de tratamiento etiológico.

Consideraciones para el control de la transmisión hombre-hombre.

Es necesario el tamizaje universal obligatorio en bancos de sangre para reducir el riesgo de transmisión transfusional y en mujeres embarazadas de áreas endémicas

para la detección y tratamiento oportuno de casos congénitos. Otro aspecto que requiere abordaje es el riesgo de transmisión por trasplantes de órganos y tejidos.

Cumplimiento de objetivos PAE 2007-2012

Durante el periodo 2007-2011 se registraron 2998 casos que representan un aumento de 74.8%, comparado con el periodo de los siete años anteriores (1,715 casos). Se ha incrementado número de entidades federativas que registran casos debido probablemente a la obligatoriedad de tamizaje de anticuerpos para detectar el agente causal en los bancos de sangre. Los estados que registran 56.9% del total durante el periodo son: Veracruz con 17.4% (521 casos); Oaxaca 16.3% (488 casos); Chiapas, 10.6% (318 casos) y Yucatán, 12.7% (380 casos).

No se alcanzó la meta esperada, quedando en el 2011 con un 21% por debajo, y esto se debió a la baja disponibilidad de medicamentos antichagásicos en el país, ya que el Nifurtimox solo se obtiene por donación a través de la Organización Panamericana de la Salud y el Benznidazol no existe producción, ni venta en México.

Cumplimiento de líneas estratégicas PAE 2007-2012

Generar conocimiento en personal operativo, médico, paramédico y población en general de la enfermedad y sus vectores: Durante el año 2007, se llevó a cabo en el Instituto de Salud Pública la Enfermedad de Chagas y Triatomas.- 13 al 24 de agosto 2007.

Cumplimiento de líneas estratégicas PAE 2007-2012

Difusión de la enfermedad al personal de salud de primer nivel en estados prioritarios.

A fin de mantener actualizado al personal de salud, mediante las siguientes líneas de acción:

Conformar un grupo de expertos.

Durante el 2009 en México se realizó el Congreso “Centenario del descubrimiento de la Enfermedad de Chagas” del 6-9 de octubre, 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 Noviembre se llevó 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.

Actualizar la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002 para las enfermedades transmitidas por vector.

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.

Se participo en diversas reuniones de enfermedades desatendidas con acompañamiento de OPS, Chiapas y CENAPRECE

Elaboración de manual de chagásico.

Se encuentra en proceso de revisión

Realizar talleres regionales de actualización.

Se realizaron Talleres de actualización en el estado de México, Chiapas y Jalisco

Manejo integrado de la enfermedad de Chagas.

Para mantener un control epidemiológico y entomológico del padecimiento, mediante las siguientes líneas de acción:

Mejorar vigilancia epidemiológica en clínicas de febriles y Plataforma Única para la detección oportuna de casos.

Vigilancia entomológica y control del vector.

A través de los Laboratorios Estatales e Indre se realiza el diagnostico entomológico, de los triatominos, dado que el personal es escaso en las entidad esta actividad no se puede realizar.

Delimitar áreas de riesgo por medio de sistemas de información geográfica.

Mejorar el seguimiento de pacientes tratados. Consiste en asegurar el tratamiento completo y evitar complicaciones, mediante las siguientes líneas de acción:

- **Gestión para mantener la donación de medicamento antichagásico.**
- **Gestionar financiamiento para incluir la atención médica del paciente chagásico en el Seguro Popular.**

Implementación del tratamiento supervisado.

Las entidades solicitan su medicamento, la cuales se comprometen a dar seguimiento puntal, dado que este no se debe suspender ningún solo día la ministración, a finales de que tenga un mayor impacto.

Supervisión del seguimiento de pacientes tratados.

Serán la entidad y sus jurisdicciones las responsables de realizar supervisión y seguimiento a los pacientes positivos y con tratamiento.

Capacitar a médicos para la atención hospitalaria.

Mejorar la detección de serorreactores en donadores de sangre y de órganos.

Tiene el propósito de evitar la transmisión urbana del padecimiento, mediante la siguiente línea de acción: Coordinación con el Centro Nacional de Trasplantes, Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea e Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez” para vigilar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Establecer el tamizaje universal para Chagas en mujeres embarazadas.

Con el propósito de evitar la transmisión congénita, mediante las siguientes líneas de acción:

Elaborar la guía de manejo de mujer embarazada chagásica.

Pendiente

Gestión y coordinación intersectorial para inclusión de pruebas tamiz para embarazadas en todas las unidades del sector salud.

Pendiente

PROBLEMÁTICA

Corto plazo.-.

- El programa se sustenta fundamentalmente en la disponibilidad del medicamento Nifurtimox el cual es de importación. La gestión administrativa dificulta su adquisición.
- Financiamiento para incluir la atención médica del paciente chagásico, así como exámenes de laboratorio y gabinete
- Capacitación del personal médico y paramédico
- Supervisión de actividades del programa de enfermedad de Chagas.

Mediano Plazo.- Por atender en el siguiente año 2013.

- Disponibilidad del medicamento Nifurtimox solo se obtiene por donación a través de la Organización Panamericana de la Salud
- Financiamiento para incluir la atención médica del paciente chagásico, así como exámenes de laboratorio y gabinete
- Capacitación sobre la enfermedad de Chagas al personal médico y paramédico
- Supervisión de actividades al programa de Enfermedad de Chagas

Problemática de largo plazo.

- Disponibilidad del medicamento Nifurtimox solo se obtiene por donación a través de la Organización Panamericana.
- Financiamiento para incluir la atención médica del paciente chagásico, así como exámenes de laboratorio y gabinete
- Capacitación sobre la enfermedad de Chagas al personal médico y paramédico
- Supervisión de actividades al programa de Enf. De Chagas

Intoxicación por Picadura de Alacrán

Actualmente el programa de Intoxicación de Picadura por Alacrán cuenta con la NORMA Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán, la Guía de Práctica Clínica de IPPA y un manual de procedimientos. Aunque aun se registra un elevado número de casos, las defunciones por esta causa muestran una clara tendencia a la baja.

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.

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).

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).

Defunciones por IPPA 2006 – 2012*

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 Corte al 30 de junio
50	35	33	18	17	30	26

Fuente: Servicios de salud estados prioritarios

- Estimación de defunciones 2012

Durante el año 2011 los estados que registraron el mayor número de defunciones fueron, Guerrero 26% (8), Nayarit 20% (6) y Jalisco 20% (6) los demás estado el 34 % restante.

En el año 2011 existió un incremento del 76% con respecto al año anterior probablemente por desabasto nacional por parte de los únicos dos productores del antídoto en el país. Tiempo durante el cual unidades de salud de 1er y 2do nivel de atención no contaron en el faboterápico.

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:

1. **Reducir el número de accidentes por picadura de alacrán.**
2. **Propiciar la participación de la comunidad en el saneamiento y mejoramiento de la vivienda.**
3. **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	2009	2010	2011	2012 Corte al 30 de junio
Casos 2006: 282,598	265,642	249,703	234,721	220,638	207,399	194,956
Defunciones 2006: 50	40	32	26	21	17	13

* Fuente: SSA/DGE 2006

Ajustado a disminución de 6% anual

Meta de impacto

- **Reducir en 20% las defunciones por IPPA**

Meta de resultado

- Reducir en 6% la incidencia anual de casos

Meta: Reducir la incidencia de IPPA en un 6 % anual comparativamente con el año previo

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	2012* Corte al 30 de junio
Programado	265,642	249,703	234,721	220,638	207,399	194,956
Alcanzado	271,440	271,976	287,666	280,160	287,852	281,046
% de avance	2.14%	-8.91%	-22.55%	-26.97%	-38.79%	-44.15

Fuente: SSA/DGAE

Como se observa, las metas programadas en cuanto reducir el número de casos, no se cumplieron, atribuyéndose a la situación creciente de extrema pobreza en el país y condiciones de marginalidad, tanto en áreas rurales como urbanas.

Del periodo 2009 al 2011 se incrementó la notificación de casos de IPPA, dado el refuerzo de la vigilancia epidemiológica, mejorando la notificación; los resultados de igual forma reflejan la necesidad de incrementar la promoción de la salud y la participación comunitaria, con la finalidad de promover el autocuidado de la salud y mejoramiento de las viviendas.

Meta: Reducir defunciones por IPPA en un 20 % anual comparativamente con el año previo

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	2012 Corte al 30 de junio
Programado	40	32	26	21	17	13

Alcanzado	35	33	18	8	30	26
Porcentaje de avance	87.5%	96 %	144 %	262 %	56%	50%

Fuente: DGE/ Servicios de salud estatales

Porcentaje de avance con relación a la meta porcentual para el periodo.

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 14.3 %, frente a lo planteado para el período.

Del periodo 2007 - 2010, se obtuvo una reducción en el número de defunciones dentro de lo esperado, sin embargo para el año 2011 se presentó un desabasto en el antídoto, lo cual se reflejó un incremento en las cifras de defunciones por IPPA; por lo que es necesario garantizar el abasto oportuno y suficiente para evitar casos fatales.

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 logros:

- Publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2002, para la Vigilancia, Prevención y Control de la Intoxicación por Picadura de Alacrán, el 8 de 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.
- 14 talleres de capacitación (regionales norte, centro y sur. En municipios con menor índice de desarrollo humano y otros), realizados por el Programa de Intoxicación por Picadura de Alacrán (IPPA), con un total de 632 personas capacitadas.

Casos de intoxicación por picadura de alacrán en entidades prioritarias México 2007-2012*

Estado	2007	2008	2009	2010	2011	2012 Corte al 30 de junio
--------	------	------	------	------	------	---------------------------

Aguascalientes	1,933	1,986	1,912	2,079	2,088	2,098
Colima	9,874	10,361	10,182	10,708	445	10,230
Durango	6,536	6,254	5,896	6,965	1,964	5,913
Guanajuato	32,288	28,632	26,346	29,250	30,548	30,471
Guerrero	38,672	40,141	48,159	47,723	49,292	39,939
Jalisco	55,886	54,177	56,780	52,248	52,116	56,542
México	6,435	8,119	9,260	8,279	9,781	7,352
Michoacán	27,581	30,701	33,751	31,945	32,061	32,507
Morelos	32,353	30,720	33,415	30,942	36,431	34,835
Nayarit	15,908	15,128	15,485	13,639	13,251	15,980
Oaxaca	5,517	5,847	5,775	5,493	5,386	5,342
Puebla	14,893	15,443	15,719	15,949	15,199	16,874
Querétaro	3,668	4,228	4,018	4,837	5,603	4,750
Sinaloa	7,903	8,487	9,159	8,816	9,483	8,960
Sonora	4,809	4,248	4,483	4,242	5,579	6,348
Zacatecas	3,878	4,017	3,738	3,754	3,696	3,678
TOTAL	268,134	268,489	284,078	276,869	272,923	281,820

Fuente: Boletín epidemiológico SSA/DGE

Actualmente son las entidades de Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Puebla y Querétaro, 16 entidades federativas las que aportan el 80 % del total de casos registrados; ya que en estas se encuentran el mayor número de especies de alta toxicidad y las de mayor densidad de población.

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. Por parte de CENAVECE/CENAPRECE, 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 Ponzofiosos. 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 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.

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 especímenes 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 A 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 Salud 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 Salud 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 niveles 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.

➤ **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 a 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.

En el primer semestre de 2012, se realizaron apoyos a 4 Estados (mapa), en donde se desarrollaron operativos preventivos y como el de la visita del Jefe del estado Vaticano, Benedicto XVI, en Guanajuato y la Reunión Cumbre de Líderes G-20 en Los Cabos, Baja California Sur. Otros dos apoyos de prevención y control se realizaron en Chihuahua por sequía en la zona serrana y por afectaciones originadas por el huracán Carlotta en el estado



de Oaxaca. Con las acciones realizadas, se previeron brotes y afectaciones mayores en la población afectada, en el caso de la atención del huracán.

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*	2012/ Con corte al 30 de junio
31	31	32	28	22	30	18	32
Avances al 2012: 18 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 (Faltan entidades de capturar su información en el sistema; 2012 al 1er. semestre).							

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*	2012/ Con corte al 30 de junio
NA	0%	0%	95.4%	90.3%	111%	18%	90%
Avances al 2012: Se ha logrado, en los años anteriores, mantener una revisión de más del 90% de los refugios programados, y para 2012, con los registros disponibles un 18%, esperando se incremente con la captura de avances.							
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 sanitarios antes de ser ocupados.							
*Preliminar (Faltan entidades de capturar su información en el sistema; 2012 al 1er. semestre).							

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 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/ Con corte al 30 de junio
NA	0	1	1	1	1	1	1
Avances al 2012: 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	2012/ Con corte al 30 de junio
NA	0 (0%)	0 (0%)	32 (100%)	32 (100%)	32 (100%)	32 (100%)	32 (100%)
Avances al 2012: 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	2012/ Con corte al 30 de junio
NA	3 (50%)	3 (50%)	1 (16.6%)	5 (83.3%)	8 (133%)	3 (50%)	6 (100%)
Avances al 2012: 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 y 2010, 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. + 1 Nivel federal)							
Fuente:							
Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2012/ Con corte al 30 de junio
NA-	1 (3%)	1 (3%)	33 (100%)	33 (100%)	33 (100%)	10 (100%)	33 (100%)
Avances al 2012: Se mantiene la disponibilidad de las reservas estratégicas para la respuesta inmediata.							
- 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 googles entre otros). - Normalmente, la compra de insumos para la conformación de las reservas se realiza normalmente en el segundo semestre.							
*Preliminar (Faltan entidades de capturar su información en el sistema; 2012 al 1er. semestre).							

Resultados e Informes:

Al cierre del 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 por parte de los Estados.

Al primer semestre del 2012:

- Se mantienen las reuniones trimestrales del CESS en las entidades federativas.
- Las emergencias y eventos de alto impacto han sido atendidos con oportunidad, sin brotes y afectaciones mayores a la población en riesgo y/o afectada.
- Se avanza en la implementación del Programa Regional Norte para la Atención de Emergencias en Salud.
- Con los recursos de Ramo 12 aportados por la federación, los servicios estatales de salud, cuentan con una mejor capacidad de respuesta y operación para la detección oportuna de emergencias y riesgos, y para su atención inmediata.
- 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 trabaja en el ejercicio presupuestal 2013, así como en propuestas de mejoras y oportunidades para el programa ante la nueva administración federal.

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 mantener 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 con recursos y personal, 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, así como responder ante los riesgos a la salud en el ámbito internacional.

Programa 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 la enfermedad se encuentra en control epidemiológico. Sin embargo, en nuestro país persisten los riesgos para su reemergencia, determinantes para la introducción de la cepa actualmente circulante en el Caribe (Haití, República Dominicana y Cuba); así como determinantes en salud que son propicios para la transmisión de la enfermedad, 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 para integrar la evaluación de la estrategia “Caminando a la Excelencia”

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.

Actualización al segundo trimestre 2012.

- Desde el año 2006, se mantiene la meta de cero defunciones anuales por cólera en las 32 entidades federativas del país; destacando que se tienen cero defunciones en el avance al segundo trimestre del 2012.

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/ Con corte al 30 de junio
-	-	-	1.86%	1.89%	1.90%	2.0%	1.9%

Avances al segundo semestre 2012: 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 monitoreo de diarreas como componente de la vigilancia de la búsqueda intencionada del 2% es debida ante 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, 2011 y 2012 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/ Con corte al 30 de junio
-	-	-	2	2	5	2	2

Avances al segundo trimestre 2012: Se han realizado 2 operativos preventivos de diarrea, Visita de su Santidad Benedicto XVI en el estado de Guanajuato y la Peregrinación a Pie de Neblinas, Querétaro a la Basílica del Tepeyac en el Distrito Federal.

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/ Con corte al 30 de junio
-	-	-	0	8	8	8	5
Avances al segundo trimestre del 2012: Se han realizado visitas de supervisión/asesoría a cinco entidades federativas. Puebla, Veracruz, Estado de México, Hidalgo y Nayarit en dichas entidades federativas se realizó el pilotaje del instrumento de supervisión de cólera.							

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/ Con corte al 30 de junio
-	-	-	4	4	4	4	3
Avances al segundo trimestre del 2012: Se han efectuado tres reuniones intersectoriales por el grupo de trabajo intersectorial de Prevención y Control del Cólera.							

Resultados e Informes:

- Al cierre del segundo trimestre del 2012, sólo se tiene un hallazgo un vibrio ogawa toxigénico en el estado de Sinaloa en una paciente femenina de 1 año con 8 meses de edad del municipio de Culiacán.
- 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. Hasta el cierre con la elaboración de primer y segundo trimestre 2012.
- En las 32 entidades federativas, sesiona el Grupo de Trabajo Intersectorial de Prevención y Control del Cólera.
- 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.

➤ Programa de Prevención y Control de Rabia y Otras Zoonosis

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.

Autorización Presupuestaria por año, 2006-2012

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	2012/ Corte al 30 de junio
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	\$12,257,517.80
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	\$704,582.00
Difusión semanas nacional y de reforzamiento	\$439,360.00	\$536,355.00	\$218,647.86	\$204,411.00	\$206,190.00	\$341,910.00	\$202,130.00
Total	\$25,292,895	\$20,750,428.50	\$20,977,062.34	\$17,970,322.93	\$28,158,220.28	\$21,143,036.68	\$13,164,229.80

En el CAUSES del Seguro Popular se incorporó la intervención No. 27 “Otras acciones de promoción a la salud y prevención de riesgos” (Esterilización y vacunación de animales de compañía), y la ya autorizada 159 “Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos” (biológicos antirrábicos humanos), cuyos insumos aprobados en el PRORESPO una parte se adquiere localmente, con presupuesto de este Centro Nacional transferido al Anexo IV del Seguro Popular.

Transferencia de recursos a las entidades federativas

Para fortalecer el desarrollo del programa de rabia durante el periodo 2006-2012 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	2012/ Corte al 30 de junio
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	123,635
Impresos NOM y Guías	-----	-----	-----	5,000	7,500	-----	22,935
Impresos carteles	30,000	30,000	30,000	45,000	45,000	45,000	-----

Mismos que permitieron en 2012:

- A. Alcanzar la meta de animales de compañía esterilizados como lo establece el PAT.
- B. 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).
- C. Difusión local a la población de las Semanas Nacional y de Reforzamiento de vacunación antirrábica canina mediante de spot de radio y cápsula de perifoneo.

El seguimiento de la utilización de los recursos aportados se ha realizado con las siguientes acciones para 2012:

- 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 adquiridos por los SESA con presupuesto transferido al Anexo IV, 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 2012 (enero-junio)

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	2012/corte al 30 de junio
Programados	0	0	0	0	0	0	0
Registrados	0	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	2012/corte al 30 de junio
Programados	0	0	0	0	0	0	0
Registrados	1	4	3	4	4	3	0

Los casos de rabia en humanos transmitidos por animales silvestres a la fecha se mantiene en cero, que de continuar así sería un año histórico porque es la primera vez que ello ocurre en México y representa un reto mantenerlo así.

ENTIDAD	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/corte al 30 de junio
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	

Los SESA que históricamente registran casos, han intensificado la información a la población de este riesgo al igual que asegurar el biológico antirrábico humano, dando como resultado que el país se encuentre sin casos de rabia humana a la fecha.

Meta: Casos de rabia canina							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/corte al 30 de junio
Programados	152	87	36	23	14	10	7
Registrados	80	42	31	12	23	23	8

Se han presentado ocho casos en perros confirmados por laboratorio, dos en el Estado de México, dos en Chiapas, uno en Querétaro y tres en Yucatán.

Entidades	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/corte al 30 de junio
Baja California Sur					1		
Chiapas		1	2		1	2	2
Chihuahua				1			
Distrito Federal	4					1	
Guerrero	1			1			

Hidalgo	1	6	9	1			
Jalisco						1	
México	51	15	9	6	19	18	2
Nuevo León					1	1	
Oaxaca	4	4	1				
Puebla	9	5	5		1		
Querétaro							1
Sonora		2					
Sinaloa			1				
Veracruz	1	1					
Yucatán	9	8	4	2			3

De los virus aislados de estos perros su origen por anticuerpos monoclonales correspondió a la variante hospedero perro.

Meta: Personas agredidas por animal sospechoso de rabia							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/corte al 30 de junio
Programados	110,691	103,151	110,764	106,790	103,351	101,904	100,251
Registrado	88,651	90,446	87,013	79,740	77,545	79,958	44,118
Porcentaje	-19.9%	-12.3%	-21.5%	-25.3%	-25.0%	-21.7%	44.0%

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	2012/corte al 30 de junio
Registrado personas agredidas	88,651	90,446	87,013	79,740	77,545	79,817	44,118
Registrado se indica vacunar	24,500	30,004	25,794	22,740	20,901	27,120	11,757
Porcentaje	27.9%	33.2%	29.6%	28.5%	26.9%	33.9%	26.6%

El comportamiento del porcentaje del inicio de tratamiento está próximo al valor promedio esperado (28.1%).

Meta: Perros y gatos vacunados (millones)							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/corte al 30 de junio
Programado	17.8	17.9	17.6	17.6	17.4	17.4	17.5
Alcanzado	16.9	16.9	17.3	17.0	16.9	17.6	13.6
Porcentaje	95%	94%	98%	97%	97%	101%	77.7

Ya se alcanza el 77.7% de la meta anual, como resultado de la ejecución de la semana nacional de vacunación antirrábica canina y felina.

ENTIDAD	DOSIS EN MILES
MEXICO	2,364,026
DISTRITO FEDERAL	920,855
PUEBLA	917,202
VERACRUZ	914,384
GUANAJUATO	900,814
JALISCO	874,482
HIDALGO	647,041
MICHOACAN	645,924
SAN LUIS POTOSI	523,872
NUEVO LEON	358,385
OAXACA	352,101
COAHUILA	300,808
CHIAPAS	279,920
ZACATECAS	276,612
TAMAULIPAS	271,833
SONORA	260,890

ENTIDAD	DOSIS EN MILES
TLAXCALA	260,799
TABASCO	257,089
BAJA CALIFORNIA	243,348
MORELOS	240,517
GUERRERO	238,676
CHIHUAHUA	226,086
SINALOA	219,698
QUERETARO	203,457
YUCATAN	194,017
QUINTANA ROO	134,484
DURANGO	130,822
AGUASCALIENTES	111,524
BAJA CALIFORNIA SUR	97,755
CAMPECHE	88,000
COLIMA	79,877
NAYARIT	76,663

Meta: Animales de compañía esterilizados							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/corte al 30 de junio
Programado	153,850	180,406	189,398	201,579	213,054	229,423	236,466
Alcanzado	171,609	209,155	209,562	222,889	281,508	328,363	179,545
Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%	100%	75.9%

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.

A la fecha se acumulan 179 mil animales de compañía esterilizados que corresponden a 75.9% de la meta programada.

ENTIDAD	DOSIS EN MILES	PORCENTAJE
MEXICO	41664	23.2
PUEBLA	21432	11.9
DISTRITO FEDERAL	15365	8.6
GUANAJUATO	12709	7.1
JALISCO	12577	7.0
HIDALGO	9844	5.5
CHIAPAS	9661	5.4
BAJA CALIFORNIA	5686	3.2
CHIHUAHUA	5257	2.9
OAXACA	4638	2.6
NUEVO LEON	4269	2.4
SAN LUIS POTOSI	4269	2.4
TLAXCALA	4257	2.4
VERACRUZ	4088	2.3
QUINTANA ROO	3553	2.0
BAJA CALIFORNIA SUR	3327	1.9

ENTIDAD	DOSIS EN MILES	PORCENTAJE
SONORA	2417	1.3
MICHOACAN	1721	1.0
TABASCO	1530	0.9
DURANGO	1365	0.8
SINALOA	1356	0.8
ZACATECAS	1095	0.6
GUERRERO	1044	0.6
QUERETARO	1026	0.6
COAHUILA	809	0.5
NAYARIT	798	0.4
COLIMA	789	0.4
MORELOS	776	0.4
TAMAULIPAS	760	0.4
YUCATAN	708	0.4
CAMPECHE	522	0.3
AGUASCALIENTES	233	0.1

OTRAS ZONOSIS

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-SSA2-2012, 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 a la fecha por el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) en el boletín de epidemiología son 1,749 enfermos en el país, ocupando los primeros lugares con tasas por 100 mil habitantes los estados de: Guanajuato, Sinaloa, Zacatecas, San Luis Potosí y Tlaxcala.

ENTIDAD	TASA POR 100 MIL HABITANTES
GUANAJUATO	7.39
SINALOA	6.37
ZACATECAS	4.80
SAN LUIS POTOSI	4.50
TLAXCALA	4.30
COLIMA	4.06
NUEVO LEON	2.72
MORELOS	2.23
NAYARIT	2.22
JALISCO	1.98
TAMAULIPAS	1.78
DURANGO	1.77
COAHUILA	1.53
MICHOACAN	1.49
QUINTANA ROO	1.40
PUEBLA	1.26

ENTIDAD	TASA POR 100 MIL HABITANTES
TABASCO	1.12
SONORA	1.06
BAJA CALIFORNIA	0.88
CHIHUAHUA	0.76
OAXACA	0.73
VERACRUZ	0.66
CAMPECHE	0.58
CHIAPAS	0.52
BAJA CALIFORNIA SUR	0.51
GUERRERO	0.36
QUERETARO	0.28
HIDALGO	0.20
YUCATAN	0.20
MEXICO	0.18
AGUASCALIENTES	0.17
DISTRITO FEDERAL	0.14

Por otra parte los casos notificados en la Secretaría de Salud en las entidades durante este periodo observan una tendencia ascendente y suman 992 (56.7% del total).

Casos de brucelosis notificados en el país							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/corte al 30 de junio
Registrado SUIVE	1,870	1,874	1,956	2,218	2,730	2,976	1,749
Registrado SUIVE/Salud	1,049	1,016	1,146	1,365	1,615	1,611	992
Porcentaje	56.1%	54.2%	58.6%	61.5%	59.2%	54.1%	56.7%

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	2012/corte al 30 de junio
SUIVE	1,049	1,016	1,146	1,365	1,615	1,611	992

SIS (Rosa de Bengala)	735	986	979	1,207	1,403	974	450
Porcentaje	70.1%	97.1%	85.4%	88.4%	86.9%	60.5%	45.4%

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:

Actualización y publicación en el diario Oficial de la Federación el 11 de julio de 2012, NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención de la brucelosis en el ser humano.

Leptospirosis

El SUIVE para este período acumulo 165 casos en el país.

Casos registrados de leptospirosis							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/corte al 30 de junio
Casos	122	223	121	106	483	423	165
Tasa por 100 mil habitantes	0.11	0.21	0.11	0.10	0.43	0.38	0.15

Las entidades que reportan el mayor número de casos son: Tabasco, Sinaloa, Chiapas, Puebla y Veracruz, sumando el 73.9% del total, ello coincide en aquellos lugares donde se han presentado fenómenos hidrometeorológicos.

ENTIDAD	CASOS
TABASCO	60
SINALOA	25
CHIAPAS	14
PUEBLA	12
VERACRUZ	11
HIDALGO	8
MORELOS	7
BAJA CALIFORNIA	5
COLIMA	4
SONORA	4
MEXICO	3
GUANAJUATO	2
JALISCO	2
OAXACA	2
TAMAULIPAS	2
YUCATAN	2

ENTIDAD	CASOS
GUERRERO	1
QUINTANA ROO	1
AGUASCALIENTES	0
BAJA CALIFORNIA SUR	0
CAMPECHE	0
COAHUILA	0
CHIHUAHUA	0
DISTRITO FEDERAL	0
DURANGO	0
MICHOACAN	0
NAYARIT	0
NUEVO LEON	0
QUERETARO	0
SAN LUIS POTOSI	0
TLAXCALA	0
ZACATECAS	0

Teniasis - Cisticercosis

Teniasis

El SUIVE para este período registra 222 casos en el país.

Las entidades que reportan el mayor número de casos son: Guanajuato, Veracruz, Coahuila, Chiapas y México; sumando el 54.1% del total.

ENTIDAD	CASOS
GUANAJUATO	29
VERACRUZ	27
COAHUILA	22
CHIAPAS	22
MÉXICO	20
JALISCO	19
MICHOACÁN	16
GUERRERO	15
OAXACA	14
TABASCO	11
PUEBLA	5
SINALOA	4
BAJA CALIFORNIA SUR	2
CHIHUAHUA	2
MORELOS	2
NUEVO LEÓN	2

ENTIDAD	CASOS
SAN LUIS POTOSÍ	2
ZACATECAS	2
AGUASCALIENTES	1
BAJA CALIFORNIA	1
DISTRITO FEDERAL	1
NAYARIT	1
QUERÉTARO	1
YUCATÁN	1
CAMPECHE	0
COLIMA	0
DURANGO	0
HIDALGO	0
QUINTANA ROO	0
SONORA	0
TAMAULIPAS	0
TLAXCALA	0

Por otra parte los casos notificados en la Secretaría de Salud en las entidades durante el primer semestre de 2012 suman 120 (54.1% del total).

Casos de teniasis notificados en el país							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/corte al 30 de junio
Registrado SUIVE	383	302	341	236	302	652	222
Registrado SUIVE/Salud	211	151	177	112	130	128	120
Porcentaje	55.1%	50.0%	51.9%	47.5%	43.0%	19.6%	54.1%

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 130 casos en el país.

Por otra parte los casos notificados en la Secretaría de Salud en las entidades durante el primer semestre de 2012 suman 37 (28.5% del total).

Las entidades que reportan el mayor número de casos son: Jalisco, Distrito Federal e Hidalgo, sumando el 35.4% del total.

ENTIDAD	CASOS
JALISCO	23
DISTRITO FEDERAL	13
HIDALGO	10
GUANAJUATO	9
SAN LUIS POTOSI	9
CHIHUAHUA	7
MEXICO	7
SINALOA	7
MICHOACAN	6
VERACRUZ	6
MORELOS	5
TAMAULIPAS	5
OAXACA	4
PUEBLA	4
QUERETARO	4
ZACATECAS	3

ENTIDAD	CASOS
BAJA CALIFORNIA SUR	2
NAYARIT	2
CHIAPAS	1
DURANGO	1
GUERRERO	1
NUEVO LEON	1
AGUASCALIENTES	0
BAJA CALIFORNIA	0
CAMPECHE	0
COAHUILA	0
COLIMA	0
QUINTANA ROO	0
SONORA	0
TABASCO	0
TLAXCALA	0
YUCATAN	0

Casos de Cisticercosis notificados en el país							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/corte al 30 de junio
Registrado SUIVE	325	313	257	222	215	204	130
Registrado SUIVE/Salud	118	167	138	135	103	84	37
Porcentaje	36.3%	53.4%	53.7%	60.8%	47.9%	41.2%	28.5%

➤ **Programa de Acción Específico: SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 2007-2012**

Se coordinó la **actualización de la Norma Oficial Mexicana** PROY-NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.

Se inició la elaboración y actualización de los Manuales de Procedimientos de:

- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Tuberculosis y Lepra.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza.
- Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Cólera.
- Elaboración e implementación de Lineamientos para la Vigilancia Epidemiológica de mediante NuTraVE.

- h) Elaboración e implementación de los Lineamientos para la emisión de alertas epidemiológicas en los diferentes niveles administrativos.
- i) Elaboración e implementación de los Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de los juegos Panamericanos efectuados en el estado de Jalisco.
- j) Elaboración e implementación de los Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de la visita del Papa Benedicto XVI.
- k) Elaboración de Lineamiento de Vigilancia Epidemiológica del Operativo de Retorno Olimpiadas en Londres, Inglaterra.

Actualización del personal en nuevas herramientas y estrategias:

- a) Evaluación de la estrategia de Núcleo Trazador de Vigilancia Epidemiológica realizado en Ciudad de México.
- b) Asistencia al curso de Bioterrorismo impartido por el Federal Bureau of Investigation en el Centro de Investigación y Seguridad Nacional.

Fortalecimiento de la vinculación interinstitucional e intersectorial mediante:

- a) Participación en las reuniones regionales del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) efectuadas en Querétaro y Yucatán.
- b) Asistencia a la reunión de informe de la Situación de la Eliminación del Sarampión y Rubéola en México, efectuada en Washington, D.C., E.U.A.
- c) Se participó en una reunión de la Organización Panamericana de la Salud para el Fortalecimiento de programas y Servicios Integrales de VIH y Salud Sexual/Reproductiva para la eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la sífilis congénita, que se realizó en San Salvador, El Salvador.
- d) Participación en la evaluación del sistema de vigilancia de dengue por parte de la Organización Panamericana de la Salud.
- e) Participación en el Grupo de Expertos de Dengue para la vacuna contra dengue.

Participación conjunta con los programas de prevención y control:

- a) Se elaboró el Informe Nacional de la Situación Epidemiológica de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y SRC en México.
- b) Participación en el Grupo Externo para la pre-certificación de Nuevo León como estados libres de transmisión de rabia.
Evaluación del impacto de las acciones de vigilancia, promoción, prevención y control de dengue en Tapachula, Chiapas, Villahermosa, Tabasco, Veracruz, Veracruz y Mérida, Yuc.

Elaboración y coordinación de operativos especiales de:

- a) Operativo Especial de Vigilancia Epidemiológica de Juegos Panamericanos.
- b) Operativo Especial de Vigilancia Epidemiológica de Visita del Papa Benedicto XVI al estado de Guanajuato.

- c) Operativo Especial de Vigilancia Epidemiológica de Retorno de Juegos Olímpicos y Paralímpicos 2012.

Elaboración y envío de avisos y alertas epidemiológicos a todas las unidades de vigilancia de:

- a) Alerta epidemiológica por variante nueva de virus de influenza.
- b) Aviso epidemiológico de Cólera ante la confirmación de un caso positivo a *Vibrio cholerae*01 Ogawa toxigénico del estado de Sinaloa.
- c) Aviso epidemiológico de situación de tos ferina en México.
- d) Aviso epidemiológico de incremento de caso de dengue en la región sur del país.

Diplomación de 13 médicos residentes del programa de Residencia en Epidemiología de la Dirección General de Epidemiología

Se realizaron actividades de coordinación y participación en grupos inter e intrasectoriales a fin de consolidar acuerdos que permitan la integración de la información necesaria para tener un panorama integral, con la finalidad de generar información útil para la toma de decisiones en Salud pública. Destacamos participación en los siguientes grupos:

Internas:

- a) Cuatro reuniones con el área de informática para modernización informática de sistemas en línea.
- b) Asistencia a siete reuniones de Gabinete de la Dirección General Adjunta de Epidemiología para establecer políticas en vigilancia epidemiológica.

Nacionales:

- c) Se organizó una reunión con responsables estatales del Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED), celebrada el 27 de junio de 2012, en coordinación con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), con el objetivo de fortalecer los procedimientos tanto del área de planeación como del área epidemiológica en la confirmación de las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica. Para tal efecto se convocó a responsables de estadística de 30 estados (No se convocó al DF y Chiapas que habían sido capacitado previamente) sin contar con representantes de Sonora, Estado de México, Tlaxcala y Quintana Roo.
- d) Se organizaron dos Reuniones Regionales con los temas: Mortalidad Materna, Cierre de información 2011, Necesidades del SEED, Proyectos de modernización informática.

Externas:

- e) Se participó en cuatro reuniones con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) a fin de acordar los lineamientos de Mortalidad Materna.

- f) Se asistió a tres reuniones con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) a fin de alinear los lineamientos del SEED.
- g) Se participó en dos reuniones con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia con el propósito de revisar del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes.
- h) Se realizaron dos reuniones con la Sociedad Mexicana de Oncología (SMEO) para establecer el diseño del Registro Nacional de Cáncer.
- i) Se realizaron tres reuniones con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) para realizar la confronta de defunciones de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica encaminada al cierre 2011.
- j) Se asistió a dos reuniones del Comité Nacional de Mortalidad en DGIS.
- k) Se organizó una reunión de trabajo con la OPS para el intercambio de información sobre Parálisis Flácida Aguda (PFA).

Acciones para la modernización informática:

- a) Revisión y diseño de mejoras para los sistemas: SEED, SUAVE, Registro Nacional de Cáncer, Influenza
- b) Atención y derivación o corrección de incidencias en los sistemas de información en línea con un promedio de cinco solicitudes por semana.
- c) Se realizaron pruebas de funcionamiento y evaluación a la Red de Inteligencia Epidemiológica de México (RIEM).
- d) Se revisó y evaluó la funcionalidad en el Sistema SUAVE.

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

- a) Se propuso la creación y utilización de carpetas compartidas FTP, para el envío de información del SEED de los estados a la DIE.
- b) Se han llevado a cabo 120 monitoreos del sistema de notificación semanal de manera diaria, a dos tiempos por día, para la verificación de captura y validación de información en tiempo y forma, acorde al manual correspondiente.
- c) Se han impartido 20 asesorías a los responsables de la notificación semanal, vía telefónica y presencial sobre captura y actualización de catálogos, así como sobre el uso de la herramienta de explotación de información, tales como el cubo y reportes de plataforma SUAVE Web.
- d) Se atendieron los requerimientos operativos y de soporte de los diferentes sistemas solicitados por los estados, de la siguiente manera:
 - Muerte materna 30 requerimientos
 - Notificación semanal 94 requerimientos
 - Parálisis Flácida Aguda 50 requerimientos
 - Tuberculosis 16 requerimientos

- Dengue 10 requerimientos
- Cáncer en niños y adolescentes 10 requerimientos
- Influenza 10 requerimientos
- SIVEPAB 10 requerimientos
- e) Se depuró el catálogo de unidades dentro de la plataforma de influenza.
- f) Se depuró el catálogo de unidades denominadas “Unidad de Salud Monitora de Influenza” (USMI’s) dentro del sistema de vigilancia especial de influenza.
- g) Se realizaron cinco comunicaciones semanales promedio a las entidades federativas, con la finalidad de garantizar calidad en la información de parálisis flácida.
- h) Se definieron 5 variables del laboratorio de poliovirus, en la plataforma única, módulo de parálisis flácida aguda, para la captura de las mismas por parte del InDRE.
- i) Se recibieron 4,518 reportes de muerte sujetos a vigilancia epidemiológica, con validación, codificación e integración a la base de datos.
- j) Se integró la base final 2011 de defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica con INEGI.
- k) Se conformaron las bases de datos para el procesamiento de boletines, informes, etc. De esto se tiene los siguientes procesos:
 - Aseguramiento de la información y envío de las bases de datos al área de procesamiento de los siguientes sistemas:
 - o Notificación semanal 32 bases de datos
 - o Mortalidad materna 32 bases de datos
 - o Temperaturas extremas 32 bases de datos
 - o Paludismo 32 tablas resumen enviadas al programa
 - Conformación de las bases de dato de cierre de los siguientes sistemas de vigilancia epidemiológica a cargo de la Dirección de Información Epidemiológica:
 - o Notificación semanal
 - o Influenza
 - o Muerte Materna
 - o Cáncer en niños y adolescentes
 - o Tuberculosis
 - o Diabetes Mellitus II
 - o Dengue
 - o Parálisis flácida aguda
 - o SEED – componente epidemiológico para confronta con INEGI.
 - o Defectos del tubo neural
 - o Lepra
 - o Temperaturas extremas
 - o Paludismo

- Verificación de la información capturada en plataforma única a partir de la notificación inmediata (NOTINMED). De este proceso se verificaron 640 casos y se solicitaron 40 casos a las entidades para su captura.

Acciones para el procesamiento y análisis de la información:

- a) Se generó información semanal para la publicación del boletín epidemiología.
- b) Se generó información semanal para la publicación del boletín de muertes maternas.
- c) Se generó información trimestral para los indicadores del primer trimestre de muertes maternas.
- d) Se generó información anual para los indicadores de muertes maternas del 2011.
- e) Se generó información semanal para la publicación del boletín de influenza AH1N1.
- f) Se generó información semanal para la publicación del boletín de temperaturas extremas.
- g) Se generó información semanal para la publicación del boletín de Eda's en menores de 5 años.
- h) Se generó información semanal para la publicación del boletín de Ira's.
- i) Se generó información para la construcción del indicador anual de Parálisis Flácida Aguda.
- j) Se generó información semanal de Parálisis Flácida Aguda para la publicación en el Boletín Semanal Epidemiología.
- k) Se generó información mensual para la construcción de indicadores de Parálisis Flácida Aguda, que se integran en el Boletín Semanal Epidemiología.
- l) Se generó información anual de morbilidad seleccionada para integrarse en el compendio estadístico del INEGI.
- m) Se generó información diaria para elaborar informes actualizados del panorama de influenza AH1N1.
- n) Se procesaron semanalmente los canales endémicos de Iras, Neumonías y Bronconeumonías e Influenza nacionales y estatales.
- o) Se procesaron semanalmente los canales endémicos de Fiebre por Dengue estatal para actualizar el panorama nacional de Dengue.
- p) Se procesó información semanal de morbilidad de vectores para el programa de vectores con desglose municipal.
- q) Se procesó información trimestral para el programa de SIDA.
- r) Se procesó información mensual de enfermedades crónico degenerativas para el programa del Adulto y el Anciano.
- s) Se procesó información mensual de morbilidad seleccionada para el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes.
- t) Se procesó información mensual de la morbilidad de los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) para la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

- u) Se procesó trimestralmente la información de los 125 municipios con menor índice de IDH para el programa de Vectores.
- v) Se procesó semanalmente la información para el programa de Zoonosis.
- w) Se procesó información mensual para la construcción de los indicadores del programa de la Notificación Semanal (Cobertura Oportuna y ajustada de las más de 19 000 unidades médicas que conforman el Sistema Nacional de Salud, así como Consistencia, y Cumplimiento) para Caminado a la Excelencia.
- x) Se elaboró respuesta a 48 solicitudes de información del IFAI.
- y) Se revisó en el sistema de notificación inmediata la comunicación de los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica y se entregó el impreso a los responsables.
- z) Se elaboró semanalmente el informe de los brotes de Dengue y se entregó a la Subdirección de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica.
- aa) Se generó información para construir informes de mortalidad por Eda's e Ira's en menores de 5 años.

Procesamiento de la información extraordinaria:

- a) Se generó información diaria para el panorama de influenza durante la temporada 2011-2012 que incluyó 20 reportes semanales y 140 diarios.
- b) Se generó información para responder a tres cortes de Informe de Gobierno.
- c) La DIE atendió el 80% de los requerimientos que hizo la Auditoría Superior de la Federación (ASF) en 2012 que solicitó a la Dirección General Adjunta de Epidemiología.
- d) Se atendieron 202 solicitudes de información de usuarios externos, de instituciones del sector y públicas.

Acciones de evaluación

Indicadores Operativos Rutinarios

- a) Se elaboraron los indicadores operativos mensuales, trimestrales y anuales correspondientes a los sistemas:
 - Defectos de Tubo Neural
 - Diabetes
 - SUAVE
 - PFA
 - Dengue
 - Influenza
- b) Se recibieron del área de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles (VEET) los indicadores mensuales y trimestrales de los sistemas para su publicación en el Boletín Epidemiología:
 - EFE
 - VIH/SIDA

Indicadores en el Programa Caminando a la Excelencia.

- a) Se realizó la compilación de numeradores y denominadores, tabulación y procesamiento de los indicadores por programa y entidad federativa para su publicación trimestral y un informe anual.
- b) Se realizó el cierre Caminando a la Excelencia con la revisión de 164 indicadores de los 27 programas a nacionales de las treinta y dos entidades federativas

Acciones para la difusión de información

- a) Corrección de estilo y seguimiento al proceso de impresión de 10 productos monográficos, seis números de gacetas y 10 números de Epidemiología en breve.
- b) Integración y publicaciones de 32 boletines epidemiológicos de emisión semanal en la página web de la Dirección General Adjunta de Epidemiología.
- c) Elaboración de publicaciones en línea de los siguientes padecimientos:
 - Informes semanales de influenza, dengue, muertes maternas, EDA, IRA, Temperaturas extremas
 - Panorama semanal de dengue
 - Anuario extendido de morbilidad 2011

Consolidación del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CoNaVE)

- a) Para garantizar el adecuado desempeño del Comité se cuenta con un Grupo Técnico Interinstitucional (GTI), el cual sesiona de manera permanente desde su creación el segundo martes de cada mes; lo preside el Director General Adjunto de Epidemiología como Secretario Técnico del CoNaVE y la función operativa recae a partir de octubre del 2010 en la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles a través de la Coordinación del CoNaVE. En cada una de las reuniones se revisan y analizan las necesidades de vigilancia epidemiológica en el territorio nacional. Las reuniones del GTI se han celebrado ininterrumpidamente hasta el mes de agosto del 2012, dentro de las cuales se han establecido 732 acuerdos a los que se ha dado seguimiento y cumplimiento.
- b) Durante el periodo de enero - julio 2012, se realizaron 7 reuniones del Grupo Técnico Interinstitucional del CoNaVE, se establecieron 16 acuerdos los que se ha dado seguimiento y cumplimiento en el 62.5%.
- c) Como parte de las prioridades del GTI del CoNaVE, destacó el seguimiento que se realiza a los Comités Estatales de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) de manera mensual, durante el período comprendido entre enero – julio 2012, el 96.8% de los CEVE enviaron su programa anual de trabajo para el 2012; respecto a su funcionamiento con base en el envío del programa de trabajo, envío de minutas y acuerdos, el 46.8% se encuentran con buen funcionamiento, el 18.7% con regular y el 34.3% con mal funcionamiento.

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

En las reuniones del GTI del CoNaVE se ha revisado lo referente a:

- Reforma del CoNaVE;
- Actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica, problemática del Sistema de Notificación Semanal;
- Medidas de Promoción de la Salud y Acciones Epidemiológica en Cólera;
- Vigilancia Epidemiológica de Dengue;
- Vigilancia Epidemiológica de Influenza e Influenza Aviar;
- Vigilancia Epidemiológica de Tos ferina;
- Programa de eliminación del sarampión, rubéola y rubéola congénita en las Américas;
- Operativo de Vigilancia Epidemiológica con motivo de los Juegos Olímpicos y Paralímpicos en Londres, Inglaterra;
- Núcleo Trazador de Vigilancia Epidemiológica (NuTraVE);
- Lineamientos de mortalidad materna y
- Cierre de los diferentes sistemas de información para la vigilancia epidemiológica.

Apego al Reglamento Sanitario Internacional (RSI), Centro Nacional de Enlace (CNE):

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

- a) Notificación de eventos de salud pública de importancia internacional
- b) Consolidación de capacidades básicas
 - Legislación Nacional y Políticas (Implementada)

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

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

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

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

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

Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES):

- a) Manejo de la plataforma del GHSI, donde se monitorean eventos para detectar amenazas a la salud pública, realizando la evaluación de riesgos para activar la alerta temprana y seguimiento de dichos eventos. Esto en colaboración de los países miembros, realizando ejercicios de comunicación y teleconferencia para apoyo técnico. Para el desarrollo de nuevos enfoques de vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud pública.
- b) Los eventos de interés en salud pública no deben limitarse a las entidades nosológicas. Se han incluido al análisis de las condiciones en que estos se presentan, tanto las sociales, geográficas, o las relacionadas con el clima y otros componentes del ambiente.
- c) Desarrollo de una metodología de evolución rápida del riesgo para la salud pública, para dar un valor a los eventos detectados en el monitoreo continuo que se realiza en la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES).

- d) Elaboración y actualización de los Procedimientos de Operación Estandarizados (POE) de las actividades de monitoreo que se realiza en la UIES.
- e) Integración de un grupo de médicos especialistas en salud pública y epidemiología que coordinan técnica y operativamente las actividades de la UIES. Así como análisis e integración de información con datos provenientes de otros sectores, enfocándose a los determinantes potenciales amenazas para la salud pública nacional.
- f) Vinculación constante con otros sectores, para articular esfuerzos tendientes a la mejora de la salud poblacional.
- g) Creación de la Oficina de Vinculación Interinstitucional para crear los enlaces con los actores claves de otras dependencias del sector salud y de otras Secretarías de Estado y dependencias públicas.
- h) Búsqueda intencionada de eventos de importancia epidemiológica en medios masivos de comunicación de libre acceso.
- i) Aplicación de protocolos de priorización para eventos detectados.
- j) Elaboración de informes de “Evaluación Rápida de Riesgos a la Salud Pública”.
- k) Emisión de informes diarios rutinarios.
- l) Emisión de informes en casos especiales.
- m) Comunicación 24/7 con la OMS para asuntos del Reglamento Sanitario Internacional.
- n) Ejercicios mensuales de comunicación trilateral de América del Norte.

Reuniones Regionales de Epidemiólogos:

- a) Realización de dos reuniones operativas regionales, seguimiento de compromisos y establecimiento de acuerdos.
 - o Región Centro-Sur (Telchac, Yucatán)
 - o Región Centro-Norte (Querétaro, Querétaro)
- b) Reunión intersectorial semanal “Pulso Epidemiológico”
 - o Se lleva a cabo todos los miércoles a las 9:00 Hrs. , donde se revisan y analizan diversos temas de interés epidemiológico nacional e internacional para tomar decisiones y emitir recomendaciones
- c) Reunión Nacional Operativa SINAVE 2012, se reprogramó por necesidades de Salud Pública al mes de octubre con sede en la Ciudad de México

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

- a) Llamadas telefónicas
- b) Visitas
- c) Correos electrónicos

Bases o convenios de desempeño y convenios de administración por resultados

Convenios con DGIS para el intercambio mensual de información del SEED.

Convenio de colaboración para el servicio de geo-referencia de dengue con el INSP.

Acuerdo para el trabajo conjunto de mortalidad materna con el CNEGySR y la DGIS.

Acuerdo para el enlace informático automático entre plataformas de mortalidad materna COFEPRIS-DGAE.

Acuerdo para la transferencia de información de influenza en línea a partir de las plataformas de IMSS e ISSSTE a DGAE.

Proyecto de alerta temprana en enfermedades infecciosas (segunda fase)

- Plataforma de análisis de información epidemiológica para la alerta temprana en enfermedades transmisibles actualmente analizando datos de dengue; se está trabajando para adecuar los datos de vigilancia epidemiológica de influenza.
- Se está tramitando la exención de impuestos por parte de la Dirección, para que el equipo adquirido a través de este proyecto sea importado sin dificultad ni pago de impuestos de importación.
- La instalación del equipo [servidores] se realizará en el Site de la Dirección General de Epidemiología.

Proyecto de mantenimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de influenza.

- Actualmente se está en espera de la aprobación de un siguiente presupuesto.
- Se trabaja en la elaboración del reporte técnico del proyecto.

Proyecto binacional de vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas.

- Actualmente se está elaborando un plan de trabajo relacionado con el tema de Brucelosis y Turismo Médico.

Acciones y compromisos relevantes en proceso de atención

Conclusión de la actualización y publicación de los Manuales de Vigilancia Epidemiológica en Enfermedades Transmisibles.

Dar seguimiento a las observaciones derivadas de la publicación del PROY-NOM-017-SSA2-2012, Para la Vigilancia Epidemiológica.

Atender las observaciones de la OPS en torno a la información requerida para la certificación de la eliminación del Sarampión, Rubéola y SRC.

Consolidar funcionamiento de Núcleos Trazadores de Vigilancia Epidemiológica.

Continuar proceso de implementación de vacuna de dengue.

Seguimiento del Operativo Especial de Vigilancia Epidemiológica de Retorno de Juegos Olímpicos y Paralímpicos 2012.

Continuar con el programa de supervisión integral a las entidades federativas.

Implementar Operativo de Seguimiento de acciones de vigilancia, promoción y control de dengue en el estado de Oaxaca.

Revisión, actualización y publicación de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM 017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.

- Consolidar el Servicio Mexicano de Inteligencia Epidemiológica (IEMX)
- Incrementar el personal adscrito al IEMX
Reunión Nacional Operativa SINAVE 2012
- Realización de la Reunión Nacional Operativa
o Ciudad de México (Octubre, 2012)
Acciones de fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de enfermedades crónicas no transmisibles
- Asignación de responsables de las diferentes enfermedades crónicas no transmisibles
- Desarrollar proyectos de vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles
- Consolidar el Registro Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

➤ **Programa de Acción Específico: InDRE FORTALECIMIENTO DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS 2007-2012**

La Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP) está conformada por 31 laboratorios de las 32 Entidades Federativas del país, cuyo órgano rector en el área de Vigilancia Epidemiológica es el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE). Su fundamento legal lo sustenta la NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica en su apartado 10. La RNLSP depende de la Secretaría de Salud (SSA) que a su vez proporciona los apoyos necesarios para cubrir los requerimientos técnico-administrativos que establece el órgano normativo.

Para este periodo se plantearon las siguientes metas:

- A. Cumplir 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 en 5% para 2011 y 2012.
- B. Mejorar la oportunidad de la información de los laboratorios para la vigilancia epidemiológica hasta alcanzar el 80%. En 2011 se incrementó a 85% y para 2012 se incrementará a 90%.
- C. Lograr que por lo menos 60% de los Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP) cubran el 90% del marco analítico básico. Para 2012 se incrementará a 70%.
- D. Incrementar 1% el nivel de desempeño nacional de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública año con año.
- E. Sustentar la competencia técnica mediante un sistema de gestión de la calidad para garantizar la confiabilidad de la información.
- F. Construir las nuevas instalaciones para un nuevo InDRE que será inaugurado en 2012.
- G. Cumplir con el programa de capacitación para fortalecer la competencia técnica de la RNLSP en el periodo considerado.

En el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) se genera información de calidad de orden nacional, mediante la coordinación y siendo referencia

de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP) en materia de diagnóstico investigación y desarrollo tecnológico, con el compromiso de:

- Contar con un sistema de gestión de la calidad.
- Generar información confiable y oportuna para la toma de decisiones en apoyo a la Vigilancia Epidemiológica, Programas Nacionales de Salud; Urgencias y Emergencias cumpliendo con la normativa vigente, las buenas prácticas de laboratorio y medidas de seguridad y bioseguridad.
- La mejora en la satisfacción de sus usuarios.
- Impulsar el desarrollo de la competencia técnica del personal.
- Fomentar la cultura de calidad como forma de trabajo.
- Garantizar la bioseguridad y mantenimiento preventivo y correctivo de los dispositivos médicos (equipos e instrumentos).
- Mejorar los sistemas informáticos.
- Fortalecer la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.

En el InDRE se siguen las directrices del sistema de gestión de la calidad, en cumplimiento con la norma nacional e internacional NMX-EC-15189:2008 (ISO15189:2006) "Laboratorios clínicos - Requisitos particulares para la calidad y la competencia" y la NMX-CC-9001:2008 (ISO 9001:2008) "Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos".

EJERCICIO FISCAL 2006-2012

El presupuesto del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), está contenido en el presupuesto asignado al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), antes Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), por lo que en la información financiera aquí presentada sólo se menciona el presupuesto ejercido por el InDRE, el cual refleja la información con que cuenta, siendo el CENAPRECE responsable de la información final.

EJERCICIO FISCAL 2006-2012

Año	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las Variaciones
2006	1000	NO APLICA				
	2000	5,416,833.00	7,216,722.00	7,216,722.00		
	3000	10,892,941.00	10,825,084.00	10,825,084.00		
	5000	0	0	0		
	6000	0	0	0		
TOTAL		16,309,774.00	18,041,806.00	18,041,806.00		
2007	1000	NO APLICA				
	2000	7,926,500.00	3,799,508.08	3,799,508.08		

	3000	8,383,274.00	8,383,274.00	8,383,274.00		
	5000	0	0	0		
	6000	0	0	0		
TOTAL		16,309,774.00	12,182,782.08	12,182,782.08		
2008	1000	NO APLICA				
	2000	7,847,232.00	7,336,100.00	7,336,100.00		
	3000	7,481,410.00	7,460,700.00	7,460,700.00		
	5000	0	179,912.00	179,912.00		
	6000	0	0	0		
TOTAL		15,328,642.00	14,976,712.00	14,976,712.00		
2009	1000	NO APLICA				
	2000	30,048,636.00	19,654,893.00	19,654,893.00		
	3000	5,769,185.00	5,933,519.00	5,933,519.00		
	5000	0	0	0		
	6000	0	0	0		
TOTAL		35,817,821.00	25,588,412.00	25,588,412.00		
2010	1000	NO APLICA				
	2000	41,877,769.00	40,882,780.00	40,882,780.00		
	3000	13,056,247.00	15,348,300.00	15,317,300.00	31,000.00	Retención DGPOP apoyo a otras unidades.
	5000	0	0	0		
	6000	0	0	0		
TOTAL		54,934,016.00	56,231,080.00	56,200,080.00	31,000.00	
2011	1000	NO APLICA				
	2000	40,165,192.00	24,610,356.00	24,610,356.00		
	3000	3,182,400.00	1,734,172.00	1,734,172.00		
	5000	0	15,014,714.00	15,014,714.00		
	6000	0	0	0		
TOTAL		43,347,592.00	41,359,242.00	41,359,242.00		
AL 30 DE JUNIO 2012	1000	NO APLICA				
	2000	0	995,423.72	940,631.46		
	3000	0	5,268,287.66	3,701,188.03		
	4000	74,889,352.00	0	0	218,200	Reducción 4% del EE21 43401
	5000	0	0	0		

	6000	0	0	0		
TOTAL		74,889,352.00	6,263,711.38	4,641,819.49	218,200	
TOTAL GENERAL 2006-2012	1000	NO APLICA				
	2000	133,282,162.00	104,495,782.80	104,440,990.54		
	3000	48,765,457.00	54,953,336.66	53,355,237.03	249,200.00	Retención DGPOP y reducción 4%.
	4000	74,889,352.00	0.00			
	5000	0	15,194,626.00	15,194,626.00		
	6000	0	0	0		
SUMAS		256,936,971.00	174,643,745.46	172,990,853.57	249,200.00	

EJERCICIO AL 30 DE JUNIO DE 2012

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

Por lo anterior, en marzo de 2012 se efectuaron múltiples adecuaciones, con objeto de cubrir el gasto de operación del InDRE para el ejercicio 2012. En virtud de que el presupuesto fue asignado a finales del primer trimestre, durante este periodo no se efectuaron procedimiento de contratación de bienes y servicios y solo efectuaron pagos de adeudos de servicios básicos, los cuales abarcaron el último bimestre del ejercicio anterior y el primer bimestre de este año.

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

El 13 de marzo de 2012 se autorizó para el gasto de operación, la adecuación identificada con el No. 726, correspondiente al programa EE21 “Reforzar la Vigilancia Epidemiológica a través del Análisis y Diagnóstico de Referencia”, donde se programaron, de abril a diciembre, 36 partidas de gasto específico: (21101, 21401, 21601, 22104, 22201, 24401, 24601, 24801, 24901, 25301, 26105, 27101, 27201, 29101, 29601, 31101, 31301, 31401, 31701, 31801, 32301, 32701, 33401, 33801, 33903, 34701, 35201, 35301, 35501, 35701, 35801, 37104, 37106, 37201, 37504 y 37602).

Con la adecuación 786, del 13 de marzo, se desagregaron las partidas que afectaban el calendario de febrero y marzo evitando el corte trimestral por parte de la SHCP.

Con la adecuación 1019, del 26 de marzo, se abrió únicamente la partida 22201. Finalmente la adecuación 1064 incluyó las partidas del concepto 2500 y otras, dando como resultado un total de \$45'175,327.00 del programa EE21.

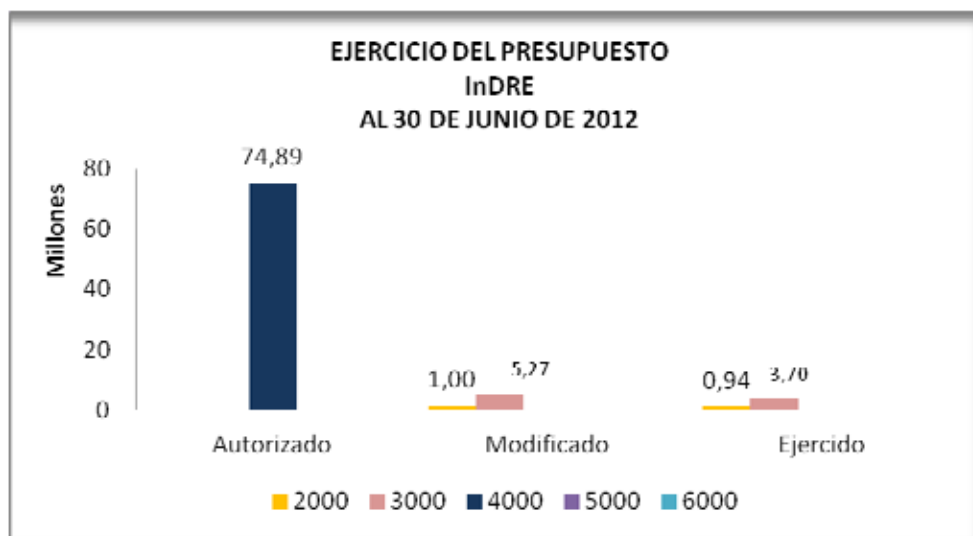
Con la finalidad de cumplir con lo establecido en el numeral 31 del Programa Nacional del Gasto Público, con fecha 27 de marzo se realizó la reducción directa del 4% del gasto de operación de partidas indirectas para transferir recursos al ramo 23, afectando la partida 43401 subsidios a la prestación de servicios públicos, por la cantidad de \$218,200.00.

En relación al rubro de subrogados se autorizó un presupuesto de \$9,979,995.00, de los cuales el 05 de marzo se aprobó la primera adecuación, número 614, en la que se destinó la cantidad de \$2,206,482.97 para partidas específicas como servicios básicos; \$1,310,146.00 para limpieza y recolección de residuos sólidos, peligrosos y supervisión, y \$5,767,478.00 para servicios de telecomunicaciones con un total de \$9,284,107.00. Posteriormente, el 30 de marzo, mediante la adecuación 1064, se autorizó la diferencia de \$695,888.03 para las partidas faltantes (34501 y la 37101).

El ejercicio del presupuesto del mes enero a junio de 2012, con el órgano desconcentrado CENAPRECE representó la cantidad de \$ \$4,641,819.49 para el gasto de operación, quedando un recurso disponible por la cantidad de \$ \$1,621,891.89, para cubrir principalmente servicios básicos.

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

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



12.11.4 Aspectos financieros y presupuestarios

A continuación daremos cuenta del ejercicio del presupuesto autorizado 2012, que comprende el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2012, considerando la información que fue presentada en la Cuentas Públicas de 2007 a 2011, que se mantiene sin cambios, tal y como se reportó en el informe de la Primera Etapa.

EJERCICIO PRESUPUESTARIO 2012

SECRETARÍA DE SALUD						Cuenta Pública 2012			
ANÁLISIS FUNCIONAL PROGRAMÁTICO ECONÓMICO						UNIDAD 000 CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES			
(Pesos)						PRESUPUESTO			
GF	FN	SF	AI	PP	DENOMINACIÓN	AUTORIZADO	MODIFICADO	EJERCIDO	
2	3	01	002	M 001	Servicios de apoyo administrativo	11,215,135	11,165,135	0	
					Capítulo 100 Servicios Personales	7,482,512	7,482,512	0	
					Gastos de Operación	3,732,623	3,682,623	0	
					Subsidios				
					Otros de Corriente				
					Total Corriente	11,215,135	11,165,135	0	
					Inversión Física				
					Subsidios				
					Gasto Inversión	0	0	0	
2	3	01	016	U009	Vigilancia epidemiológica	787,647,244	593,203,283	307,673,598	
					Capítulo 100 Servicios Personales	345,776,877	338,739,991	157,221,005	
					Gastos de Operación	0	97,367,270	317,038,894	
					Subsidios	441,870,367	155,496,835	117,886,830	
					Otros de Corriente	0	1,599,367	859,869	
					Total Corriente	787,647,244	593,203,283	307,673,598	
					Inversión Física		0	0	
					Subsidios				
					Gasto Inversión	0	0	0	
2	3	01	015	U008	Prevención contra la Obesidad	289,843,000	289,843,000	164,042,530	
					Capítulo 100 Servicios Personales	0	0	0	
					Gastos de Operación	0	99,723,000	0	
					Subsidios	289,843,000	190,120,000	164,042,530	
					Otros de Corriente				
					Total Corriente	289,843,000	289,843,000	164,042,530	
					Inversión Física				
					Subsidios				
					Gasto Inversión	0	0	0	
2	3	04	014	P 014	Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas degenerativas y transmisibles y lesiones	73,186,646	72,722,246	23,864,518	
					Capítulo 100 Servicios Personales				
					Gastos de Operación	73,186,646	54,658,816	5,801,088	
					Subsidios	0	18,063,430	18,063,430	
					Otros de Corriente				
					Total Corriente	73,186,646	72,722,246	23,864,518	
					Inversión Física				
					Subsidios				
					Gasto Inversión	0	0	0	
2	3	04	023	P 014	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad con recursos financieros suficientes	0	184,990,000	170,428,922	
					Capítulo 100 Servicios Personales				
					Gastos de Operación	0	0	0	
					Subsidios	0	184,990,000	170,428,922	
					Otros de Corriente				
					Total Corriente	0	184,990,000	170,428,922	
					Inversión Física				
					Subsidios	0	0	0	
					Gasto Inversión	0	0	0	
					Total de la Unidad	1,161,892,025	1,151,923,664	666,009,568	
					Capítulo 100 Servicios Personales	353,259,389	346,222,503	157,221,005	
					Gastos de Operación	76,919,269	255,431,709	37,504,982	
					Subsidios	731,713,367	548,670,265	470,423,712	
					Otros de Corriente	0	1,599,367	859,869	
					Total Corriente	1,161,892,025	1,151,923,664	666,009,568	
					Inversión Física	0	0	0	
					Subsidios	0	0	0	
					Gasto Inversión	0	0	0	

1. ANÁLISIS DEL GASTO POR CLASIFICACIÓN ECONÓMICA.

- En 2011, el **presupuesto ejercido** del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAPRECE) al 30 de junio, fue de 666,009.6 miles de pesos, cifra inferior en 42.7 por ciento con relación a la asignación original. Este comportamiento, se debe principalmente a que corresponde al primer semestre del año y varios contratos y servicios están programados pagar en el segundo semestre.

De los recursos erogados, 195,585.9 miles de pesos correspondieron **a gasto directo**, monto inferior en 46.0 por ciento con relación a la asignación original y

470,423.7 miles de pesos fueron **subsídios**, cantidad menor en 35.7 por ciento a la del presupuesto original.

- La disminución del presupuesto modificado fue resultado del decremento en el capítulo 1000 Servicios Personales, compensado con las disminuciones e incremento en los capítulos 2000 materiales y suministro, 3000 Servicios Generales, y 4300 Subsidios a entidades federativas.

El decremento de los subsidios en el modificado con relación al original obedeció fundamentalmente a las adecuaciones realizadas para trasladar el recurso a partida específica, debido a que Hacienda autorizó el presupuesto de operación en subsidios, por lo que se vio en la necesidad de adecuar el presupuesto autorizado es este Órgano Desconcentrado y esta en condiciones de atender la operación de los programas prioritarios de este Centro y los Servicios y Subrogados.

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades								
Gasto Programable Devengado por Clasificación Económica 2012								
Concepto	Presupuesto (Pesos)			Variación Porcentual		Estructura Porcentual		
	Original.	Modificado	Ejercido	Ejerc / Orig	Ejerc / Modif	Orig	Modif.	Ejerc.
				Porcentual	Porcentual			
TOTAL	1 161 892 025	1 151 923 664	666 009 568	-42,7	-42,2	100,0	100,0	100,0
GASTO CORRIENTE	1 161 892 025	1 151 923 664	666 009 568	-42,7	-42,2	100,0	100,0	100,0
Servicios Personales	353 259 389	346 222 503	157 221 005	-55,5	-54,6	30,4	30,1	23,6
Gasto de Operación	76 919 269	255 431 709	37 504 982					
-Materiales y Suministros	61 047 555	110 273 940	2 046 448	-96,6	-98,1	5,3	9,6	0,3
-Servicios Generales	15 871 714	145 157 769	35 458 534	123,4	-75,6	1,4	12,6	5,3
Subsidios	731 713 367	548 670 265	470 423 712	-35,7	-14,3	63,0	47,6	70,6
Otros de Corriente		1 599 187	859 869					
GASTO DE INVERSIÓN				#DIV/0!	#DIV/0!	0,0	0,0	0,0
Inversión física				#DIV/0!	#DIV/0!	0,0	0,0	0,0
- Bienes Muebles e Inmuebles				#DIV/0!	#DIV/0!	0,0	0,0	0,0
- 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 42.7 por ciento, por debajo del presupuesto original aprobado, debido a que se presenta el avance del primer

semestre del ejercicio presupuestal. Su evolución por rubro de gasto se presenta a continuación:

- Para **gasto corriente** se asignaron originalmente 1,161,892.0 miles de pesos, ejerciéndose un total al primer semestre del año de 666,009.6 miles de pesos, -32.7 y -32.2 por ciento del presupuesto original y modificado respectivamente. La variación del presupuesto ejercido contra el original, se debe básicamente a que todavía no se concluye el ejercicio fiscal y nadamas se esta tomando en cuenta el primer semestre.

Su comportamiento por capítulo: No limitativo

- ♦ *Servicios personales.*- La variación del presupuesto Original entre el Modificado es de -7,36.9 se debe a adecuaciones realizadas al presupuesto por la Dirección General de Recursos Humanos y que afectan a esta unidad.
 - Movimientos presupuestales autorizados que en su conjunto suman 61,044.2 miles de pesos: se integran por ampliaciones con comunicados 2012-12-513-489-2012-12-513-602-2012-12-513-569-2012-12-513-704-2012-12-513-668-2012-12-513-718-2012-12-513-1038-2012-12-513-1101-2012-12-513-1146-2012-12-513-1230-2012-12-513-1283-2012-12-513-1408-2012-12-513-1598-2012-12-513-1562-2012-12-513-1725-2012-12-513-1813-2012-12-513-1783-2012-12-513-1950-2012-12-513-2078-2012-12-513-1946 por 26,987.1 para cubrir el incremento a la rama médica, paramédica y administrativa y afines. Reducciones por 34,024.0 miles de pesos, con oficios 2012-12-513-489-2012-12-513-602-2012-12-513-569-2012-12-513-704-2012-12-513-668-2012-12-513-718-2012-12-513-1038-2012-12-513-1101-2012-12-513-1146-2012-12-513-1230-2012-12-513-1283-2012-12-513-1408-2012-12-513-1598-2012-12-513-1562-2012-12-513-1725-2012-12-513-1813-2012-12-513-1783-2012-12-513-1950-2012-12-513-2078-2012-12-513-1946, 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 61,047.6 miles de pesos, ejerciendo 2,046.4 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de 59,001.2 miles de pesos. La variación absoluta ejercida de menos de 59,001.2 miles de pesos, 96.6 por ciento menor al presupuesto originalmente autorizado y se debe a que se esta informando el primer semestre del ejercicio y la mayoría del presupuesto esta en el segundo semestre del año para estar en posibilidades de cubrir todos los contratos formalizados de las licitaciones realizadas.

- ♦ **Servicios generales.**- Se autorizó un presupuesto original de 15,871.7 miles de pesos, ejerciendo 35,458.5 miles de pesos, registrando un mayor ejercicio presupuestal de 19,586.8 miles de pesos, por otra parte se tiene un modificado de \$145,457.8 debido a que el gasto de operación de este Órgano Desconcentrado la SHCP autorizó el recurso en subsidios, teniendo que adecuar el presupuesto para estar en posibilidades de cubrir todos los gastos de operación de los programas y de este Centro.
- ♦
 - 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, viáticos, pasajes, mantenimiento de vehículos entre otros.
 - El rubro de **Subsidios** no aplica

GASTO DE INVERSIÓN

- El **Gasto de Inversión** A la fecha no se cuenta con ninguna ampliación presupuestal:

- ♦ **Bienes Muebles e Inmuebles.**- Durante este ejercicio se le asignaron recursos por 0.0 miles de pesos.

Acciones realizadas a cada uno de los programas.

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.

Adulto y el Anciano

Sobre Peso y Obesidad

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
U008	Prevención y control de la obesidad	289,843,000.00	9,843,000.00	164,042,530.39	84.2	100.0

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
M001	Supervisar y asesorar en la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes, Riesgo	2,447,481.00	2,397,481.00	0.00	84.2	100.0

	Cadrdio Vascular y Dislipidemias).					
--	------------------------------------	--	--	--	--	--

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
P014	Supervisar y asesorar en la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes, Riesgo Cadrdio Vascular y Dislipidemias).	24,620,985.00	6,072,098.28	4,574,560.38	84.2	100.0

Entre las principales enfermedades que prevalecen en este segmento de la población se distinguen: la diabetes mellitus, la obesidad y la hipertensión arterial. En este sentido, se intensificaron las acciones de prevención, detección, tratamiento y control, así como en la promoción de cambios de estilo de vida, como una forma de retardar su aparición.

Se han realizado de enero a junio del 2012, las siguientes acciones:

17.3 millones de detecciones de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias de las cuales 15.0 millones resultaron negativas.

- ♦ Se detectaron 370,373 casos positivos de hipertensión arterial, 702,334 de diabetes mellitus y 1,100,457 de personas con obesidad, a través de la Secretaria de Salud.
- ♦ Se registraron 275,197 casos nuevos de hipertensión arterial, 218,700 de diabetes mellitus y 1,100,457 personas con obesidad por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.

Enfermedades Transmitidas por Vector

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
J009	Realizar operativos de apoyo para la prevención y control de enfermedades por vector, zoonosis, e intoxicación por picadura de alacrán".	173,558,252.00	8,653,054.00	113,626,857.07	84.2	100.0

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.

P014	Realizar operativos de apoyo para la prevención y control de enfermedades por vector, zoonosis, e intoxicación por picadura de alacrán".	0.00	30,000,000.00	29,927,905.00	84.2	100.0
------	--	------	---------------	---------------	------	-------

Enfermedades Transmitidas por Vector Dengue

- ♦ Supervisión, capacitación y seguimiento a las actividades del programa en la Jurisdicción Sanitaria VII Tapachula, Estado de Chiapas.
- ♦ Supervisión, capacitación y seguimiento a las actividades del programa en la Jurisdicción Sanitaria VI Tamazunchale, Estado de San Luis Potosí.
- ♦ Se han realizado 4 reuniones regionales de Vectores, dos en el mes de Abril (Yucatán y Baja California Sur) y dos en el mes de Agosto en los estados de Quintana Roo y Baja California, en ellas se contó con la participación de las 32 entidades federativas.
- ♦ Se han realizado cursos de capacitación al personal del programa de vectores en los temas de vigilancia entomológica con ovitrampas, uso de la plataforma de vigilancia entomológica y control integral del vector a los estados de Chihuahua, Sonora, Sinaloa, Durango, Nayarit y Jalisco, en Puebla además de los temas anteriores se capacitó en el área clínica, esto se realizó en los meses de Julio y Agosto respectivamente.
- ♦ Se han realizado visitas de supervisión operativa a los estados de: Baja California, Distrito Federal, Jalisco y Nuevo León; en atención a brotes a los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz y Yucatán; por operativos de vigilancia por el desarrollo de eventos de concentración poblacional a los estados de: Baja California Sur y Guanajuato.

Paludismo

- ♦ Capacitación a la red de microscopia en el fortalecimiento del diagnóstico y manejo de esquemas de tratamiento en el "Curso Nacional de Actualización de la red Microscopia y Laboratorios Estatales" impartido por el InDRE.
- ♦ Asesoría, capacitación en servicio y evaluación al programa en los estados de Chiapas (3 visitas), Oaxaca (3 visitas).
- ♦ Supervisión, asesoría y seguimiento a las actividades de control del brote de Paludismo en localidades de Nayarit.
- ♦ Supervisión, asesoría y seguimiento a las actividades de control del brote de Paludismo en localidades de Chihuahua.
- ♦ Curso de manejo distribución, uso y plan de seguimiento en la implementación de la herramienta o uso de Mallas o pabellones impregnados con insecticidas,

para los estados de la región noroeste (Chihuahua, Durango, Jalisco, Nayarit, Sinaloa y Sonora).

- ♦ Supervisión, asesoría y evaluación al programa de paludismo en localidades de Oaxaca y seguimiento al brote en Tila, Chiapas.
- ♦ Participación en la Reunión del Grupo Técnico Internacional de Malaria OPS/OMS en Oaxaca.
- ♦ Atender contingencia epidemiológica provocada por el Huracán Carlotta en las costas de Oaxaca.
- ♦ Asesoría, Supervisión y Evaluación de las actividades que realizan para el proceso de Certificación de Áreas libres de Paludismo en el estado de Morelos
- ♦ Evaluación de unidades médicas y hospitales en Tlaxcala para validar el proceso de Certificación de Áreas Libres de Paludismo en el estado.
- ♦ En participación con el estado de Oaxaca (La Costa) se acudió para unificar criterios de variables que serán incluidas en la Plataforma Única de Información de ETV mediante la revisión y recolección de los formatos primarios de información que se utilizan para las Enfermedades transmitidas por Vector
- ♦ Participación en Tabasco, para control y supervisión durante el brote de Dengue en los Municipios del Centro, Huimanguillo y Macuspana, orientando y supervisando las acciones de control de padecimiento.

Oncocercosis

- ♦ 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.
- ♦ Se dejó de emplearse el Mectizan a partir del enero del presente año.
- ♦ Se tiene el compromiso de elaboración y entrega final del Dossier de Oaxaca y Chiapas financiado por la OPS/OMS México.
- ♦ Se llevara a cabo la XXII Conferencia Interamericana sobre Oncocercosis (IACO 2012).

Enfermedad de Chagas:

- ♦ Se asistió al taller sobre Estimación de necesidades de medicamentos Antichagásicos para países de la Región de las Américas del 25 y 26 de Julio 2012 en Brasilia, Brasil.
- ♦ Se distribuyeron 706 casos de Nifurtimox para el tratamiento de 176 casos
- ♦ Se gestiono la donación de 1400 frascos de Nifurtimox para el año 2012

Leishmaniasis:

- ♦ Se logro en 2012 el financiamiento vía ramo 12 para otras ETV, para la adquisición del medicamento Glucantime como apoyo extraordinario del nivel federal, mismo que se encuentra en el AFASPE modificadorio.
- ♦ Capacitación a la red de microscopia en el fortalecimiento del diagnóstico en el “Curso Nacional de Actualización de la red Microscopia y Laboratorios Estatales” impartido por el InDRE

Alacrán

- ♦ Se asistirá al 2do simposio de actualización en el diagnostico y tratamiento de envenenamiento por alacranes, arañas y serpientes 31 de agosto Jalisco.

Tracoma

- ♦ Se asistió a Ginebra, para la elaboración del Plan de Acción 2014 – 2019 para la Eliminación de la Ceguera por Tracoma, Oncocercosis y Otros”, en Ginebra, Suiza.
- ♦ Participación en la elaboración del Plan Continental de Lucha contra el Tracoma con sede en Washington.
- ♦ Se instalo el 1 de agosto el Comité para la Certificación Nacional de la Certificación de la Eliminación del Tracoma como problema de Salud Pública en México.
- ♦ Revisión del catalogo del PRORESPO

Rickettsiosis

- ♦ Supervisión, capacitación y seguimiento a las actividades del programa en el Estado de Baja California Sur.
- ♦ Coordinación, Capacitación y asesoría sobre las actividades de control de garrapata encaminadas a la reunión G20 en Baja California Sur.
- ♦ Reunión con funcionarios de USDA/APHIS y los servicios de salud del Estado de Baja California Sur para la revisión de resultados del proyecto de eliminación de garrapatas en localidades de La Paz, Baja California Sur.

Zoonosis

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
M001	Rabia y otras Zoonosis "Supervisar, capacitar, normar, asesorar y evaluar en la prevención y control de enfermedades transmitidas por zoonosis.	45,822.00	45,822.00	0.00	84.2	100.0

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
P014	Rabia y otras Zoonosis "Supervisar, capacitar, normar, asesorar y evaluar en la prevención y control de enfermedades transmitidas por zoonosis.	31,637,904.00	5,822,904.00	2,074,199.40	84.2	100.0

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
U009	Rabia Comunicación social impresiones.	480,856.00	230,856.00	0.00	84.2	100.0

- ♦ Se atendió a 44,118 personas agredidas por animales sospechosos de rabia.
- ♦ El 100% de la adquisición de los biológicos antirrábicos humanos (vacuna e inmunoglobulina antirrábicas humanas) la llevan a cabo los SESA a través del Anexo IV, Seguro Popular, las cantidades registradas en la plataforma SIAFFASPE 2012 corresponden a 96,934 dosis de vacuna antirrábica humana y 32,059 frascos de inmunoglobulina antirrábica humana, de los cuales 20 estados ya lo han adquirido.
- ♦ A la fecha no se han presentado casos de rabia humana en el país, en contraste sí en perros confirmados por laboratorio sumando en el período ocho casos, dos en el Estado de México, dos en Chiapas, uno en Querétaro y tres en Yucatán.
- ♦ Se han aplicado 13.6 millones de dosis de vacunas antirrábica canina y felina durante la Semana Nacional y en la campaña permanente.
- ♦ Se han entregado materiales e insumos que aporta la Federación a tres entidades federativas para realizar 5,575 esterilizaciones de animales de compañía, dado que ya comprobaron la utilización de lo aportado el año pasado.
- ♦ Se aprobaron proyectos del Programa de Empleo Temporal (PET) en 24 municipios de nueve entidades federativas, de las cuales siete informan utilizan este recurso en la estrategia de barridos de casa en casa para mejorar las coberturas de vacunación antirrábica canina y uno en operativos de control de foco rábico por registrar casos.

- ♦ Se pre-certificaron como libres de transmisión de la rabia canina, tres jurisdicciones sanitarias del estado de Nuevo León, así mismo se celebraron seis talleres para otorgar el reconocimiento a municipios que apoyan a la jurisdicción sanitaria en la eliminación de la rabia canina, con el estado de México (3) y Tlaxcala-Puebla (3).

Tuberculosis - Lepra

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
M001	Tuberculosis-Lepra "Supervisar, capacitar, normar, asesorar y evaluar en la prevención y control de las micobacteriosis.	116,211.00	116,211.00	0.00	84.2	100.0

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
P014	Tuberculosis-Lepra "Supervisar, capacitar, normar, asesorar y evaluar en la prevención y control de las micobacteriosis.	12,871,334.00	2,871,334.00	789,898.36	84.2	100.0

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
J009	Tuberculosis – Lepra Comunicación social impresiones.	302,132.00	302,132.00	749.24	84.2	100.0

- ♦ En 2011, se proporcionó capacitación y asesoría técnica a los 32 Servicios Estatales de Salud y al personal de laboratorio del Instituto Nacional de Referencia Epidemiológico (InDRE).
- ♦ Se realizó la conmemoración del Día Mundial de la Tuberculosis y se replicó en los 32 Servicios Estatales de Salud.
- ♦ En 2011, se distribuyeron 144 esquemas de medicamentos e insumos para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis fármacorresistente.
- ♦ En el marco del Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades federativas se contrató a 61 profesionales en salud, para la intensificación de acciones de detección y cuidado personalizado de los pacientes en riesgo de abandono del tratamiento.

Gerenciales:

- ♦ Se realizaron 35 visitas de supervisión y seguimiento del Programa de Tuberculosis a los SESA's.
- ♦ Se efectuó el XV Curso de Actualización de la Tuberculosis en el niño y el adulto, con sede en el Hospital General de México y con la asistencia de 503 personas.
- ♦ Por la importancia de la TB con Resistencia a Fármacos se realizó el “Curso Nacional de Actualización en el Manejo Clínico de la TB Farmacorresistente”; dirigido a coordinadores estatales y líderes clínicos.
- ♦ Para conocer los resultados de la operación del programa se realizó la “Reunión Nacional de Evaluación” con la participación de los 32 SESA, con sede en Toluca Estado de México.
Tuberculosis Farmacorresistente:
 - ♦ Se realizaron 5 reuniones técnicas con el Grupo Asesor Nacional de Farmacorresistencia (GANAFAR).
 - ♦ Se Participó en 15 cursos de actualización en 10 estados.
 - ♦ Se efectuó un curso en Sistema de Información Macro TB-MFR (Tuberculosis multifarmacoresistente) con los 32 Responsables Estatales.
 - ♦ Para medir los avances del programa se recibieron 10 evaluaciones externas por asesores internacionales.
 - ♦ Se realizaron 10 reuniones con los Comités Estatales de Farmacorresistencia (COEFAR).
 - ♦ Se presentó un póster sobre “Diagnóstico situacional en unidades de salud en México para la implementación de tratamiento antituberculosis con Fármacos de Segunda Línea” en la 42nd. Union World Conference on Lung Health del 26 al 30 de Octubre de 2011, en Lille Francia.Red TAES de Enfermería:
 - ♦ En el 2011, se instrumentaron 5 capacitaciones sobre los Procesos de Atención Enfermeros (PAE); con la participación de las Entidades de Morelos, Hidalgo, México, D.F., y San Luís Potosí. Así mismo, se realizaron 9 Visitas de seguimiento de estas capacitaciones.Prevención de la Transmisión de Tuberculosis en establecimientos de Salud:
 - ♦ 3 cursos de capacitación en el tema de Control de Infecciones en Tuberculosis en los estados de Nayarit, Baja California y Morelos.
 - ♦ Se presentó el Póster sobre “Control de Infecciones” en la Conferencia de la Unión, con sede en Vancouver, Canadá.
 - ♦ México fue sede del II Curso Regional de Control de Infecciones en TB para países prioritarios, organizado por la OPS/OMS, donde se involucraron 5 proyectos adicionales para México: DF, Veracruz, Guerrero y Ciudad Juárez.
 - ♦ Se diseño, imprimió y difundió el “Manual para la Prevención de la Transmisión de la TB en Establecimientos de Salud”.

- ♦ Se implementó la variable “trabajador de la salud” en la Plataforma Única de Información, a fin de identificar los casos nuevos de TB entre trabajadores de los servicios de salud.

TB/ VIH

- ♦ En 2011, se realizaron 17 reuniones de capacitación sobre TB/VIH y TB/DM (Diabetes Mellitus) en las Entidades Federativas de: Chiapas, Coahuila, Distrito Federal, Guanajuato, Hidalgo, México, Michoacán, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- ♦ Para implementar el trabajo con las personas que viven con tuberculosis y VIH/SIDA y de las personas con tuberculosis y diabetes mellitus, se participó en tres reuniones con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, con un proyecto coordinado con Organizaciones Internacionales.
- ♦ Como parte de la reunión SUR-SURESTE se realizó el Taller sobre TB-VIH, con la participación de los estados de: Chiapas, Yucatán, Campeche, Guerrero, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Veracruz.

Lepra:

- ♦ En 2011, se imprimió y difundió el “Manual de Procedimientos Operativos de Lepra”.
- ♦ Se proporcionó capacitación y asesoría técnica a 7 entidades federativas y al personal del Laboratorio del Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (InDRE).
- ♦ En el periodo se llevaron a cabo supervisiones operativas a 7 Entidades Federativas que presentan mayor número de casos.
- ♦ Se organizó la conmemoración del “Día Mundial de la Lepra” y se replicó en los 32 Servicios Estatales de Salud.
- ♦ Se proporcionó medicamentos e insumos para el diagnóstico y tratamiento del 100% de casos nuevos.

Salud Bucal

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
M001	Supervisar, capacitar, normar, asesorar y evaluar en salud bucal.	1,123,109.00	1,123,109.00	0.00	84.2	100.0

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
P014	Supervisar, capacitar, normar, asesorar y evaluar en salud bucal.	4,056,423.00	4,556,423.00	11,438,272.00	84.2	100.0

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
J009	Supervisar, capacitar, normar, asesorar y evaluar en salud bucal.	302,132.00	302,132.00	0.00	84.2	100.0

- ♦ A efecto de disminuir la prevalencia de enfermedades bucales, la Dependencia, en coordinación con los Sistemas Estatales de Salud intensificaron las acciones de prevención y atención odontológica. En el período comprendido de enero a junio del 2012 entre los servicios otorgados se resalta: el tratamiento restaurativo atraumático en 28 municipios de menor índice de desarrollo humano; otorgamiento de 4,532,938 millones de consultas, y el suministro de 2,378,753 millones de esquemas básicos de prevención. Cabe destacar que en la prestación de dichos servicios, se incrementó en casi 0.9 puntos porcentuales el indicador de Calidad en la Atención.
- ♦ Asimismo, en el Programa Permanente de Salud Bucal se realizaron 83,622,184 actividades. Del total, 63.0% correspondieron a escolares, 32.9% a curativo asistenciales y 4.1% a preescolares.
- ♦ Por su parte, el ISSSTE otorgó 803,645 consultas y realizó 3,816,156 acciones preventivas, entre las que se encuentran: detección y control de placa dento-bacteriana, profilaxis, odontoxesis, aplicación tópica de flúor y selladores de fosetas y fisuras, revisión de tejidos bucales, instrucción de higiene de prótesis y de auto examen de cavidad bucal.
- ♦ de los usuarios se les aplicara el Esquema Básico de

INDICADOR PARA RESULTADOS DEL PROGRAMA CONSULTA BUCAL

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 2		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
Secretaría de Salud	Consulta	74.9	75.6	100.9
Consultas odontológicas otorgadas por cada 1 000 derechohabientes.				
ISSSTE	Consulta	71.4	67	93.8
Consultas odontológicas otorgadas por cada 1 000 derechohabientes.				

FUENTE: FUENTE SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD,DGIS/SECRETARIA DE SALUD ENERO A JUNIO 2012/
SISTEMA DE INFORMACIÓN ISSSTE, ENERO A JUNIO 2012.

Urgencias y Cólera

INDICADOR PARA RESULTADOS: Comités Estatales para la Seguridad en Salud Activos (Programa de

Urgencias Epidemiológicas y Desastres)				
Nivel: Propósito	Proteger la salud de la población de los riesgos y daños originados por una urgencia epidemiológica o un desastre, a través de la toma de medidas preventivas y de control, así como integrar la activación social y la atención coordinada, oportuna e integral.			
Tipo del indicador	Gestión			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	Número de entidades federativas con Comité Estatal para la Seguridad en Salud activo / Total de Entidades Federativas X 100			
Unidad de medida	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Original	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Original	Alcanzada/Modificada
100	---	56.3	56.3*	---
Unidad Responsable: 000 Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades				

Urgencias

Vinculación:

- **Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3.-** Igualdad de Oportunidades; **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 1.-** Mejorar las condiciones de salud de la población.

*Preliminar (información al día 29 de agosto del 2012).

Urgencias Epidemiológicas y Desastres

Para 2012, se mantienen funcionando los Comités Estatales para la Seguridad en Salud, lo que ha permitido disponer de la capacidad de respuesta adecuada y oportuna para atender a la población ante diversas emergencias en salud (brotes de

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
U009	Urgencias Epidemiológicas y Desastres	62,317,362.00	60,926,564.30	5,301,583.03	143.8	100

enfermedades y desastres). Se verificó el funcionamiento de los mismos a través de reportes trimestrales. Durante el periodo, se dio atención a las Urgencias Epidemiológicas y Desastres, así como el desarrollo de operativos preventivos ante reuniones de gran impacto. Salud. En el primer semestre de 2012, se realizaron apoyos a 4 Estados, en donde se desarrollaron operativos preventivos y como el de la visita del Jefe del Estado Vaticano, Benedicto XVI en Guanajuato, y la Reunión Cumbre de Líderes G-20 en Los Cabos, Baja California Sur. Otros dos apoyos de prevención y control se realizaron en Chihuahua por desastre por sequía en la zona serrana y por afectaciones originadas por el huracán Carlotta en el estado de Oaxaca. Con las

acciones realizadas, se previeron brotes y afectaciones mayores en la población afectada, sobre todo en el caso de la atención a consecuencia del huracán referido.

Indicador: Gestión, “Comités Estatales para la Seguridad en Salud Activos (Programa de Urgencias Epidemiológicas y Desastres)”, dimensión: **eficacia**, meta alcanzada del 56.3 por ciento

Número de entidades federativas con Comité Estatal para la Seguridad en Salud activo / Total de Entidades Federativas X 100

Causas de las variaciones entre la meta alcanzada y la meta original del indicador.

Este Comité permanece como la instancia donde se organizan y coordinan los diversos programas e instancias de salud y otros sectores para garantizar un adecuado nivel de preparación y respuesta ante las Urgencias Epidemiológicas y Desastres (Emergencias en salud), lo que permite atender a la población afectada por riesgos o daños a la salud originados por cualquier emergencia, otorgando servicios de prevención y control de enfermedades para evitar brotes y epidemias. El indicador nos muestra al total de entidades federativas, que a la fecha, han registrado la realización de las reuniones trimestrales del Comité, lo que representa un porcentaje del 56.3%; esta cifra es preliminar y se incrementará conforme se capture la información correspondiente. Los resultados alcanzados del indicador pueden explicar por las siguientes causas:

- ♦ Falta de captura oportuna de los avances en cuanto a las reuniones realizadas.
- ♦ Falta de envío oportuno de la información de los Responsables Estatales a la Federación.
- ♦ Debido a los cambios de responsables estatales del programa y como consecuencia el desconocimiento de los procedimientos de gestión para el registro de los reportes trimestrales.
- ♦ En otros casos donde no se llegue a realizar la reunión, implicaría falta de disposición de la autoridad estatal para convocar al Comité.

Para el logro de lo señalado se realizaron las siguientes acciones:

- ♦ Se realizó la capacitación y asesoría sobre el Programa de Urgencias Epidemiológicas y Desastres en los Estados de Baja California, México y Oaxaca, en donde se hace énfasis en la importancia y el mantener en funciones al Comité. Además de lo referente al trabajo del Comité, se abordan los temas del sistema de información, planeación y ejecución de acciones en caso de emergencia.
- ♦ Se realizan notificaciones vía correo electrónico a los responsables del Programa para dar seguimiento a la realización de las reuniones y el registro de avances en el sistema de información.

- ♦ En los 4 operativos realizados participaron Brigadas de Salud (1 médico, 1 enfermera, 2 promotores en salud por brigada) con medicamentos para enfermedades diarreicas y febriles que se proporcionaron a la población (antibióticos, antipiréticos y suero vida oral y plata coloidal para la desinfección del agua para consumo humano).

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

- Los efectos socioeconómicos del alcance de la meta de este indicador, se manifiestan al haberse realizado con oportunidad y eficacia la atención a la población afectada o con riesgos a la salud ante situaciones de emergencia, lo que evitaron mayores daños a la salud de las personas y se evitaron epidemias en las zonas afectadas. Estas acciones son realizadas en forma coordinada entre las instancias del sector salud, encabezadas por la Secretaría de Salud y en los tres niveles de gobierno.
- Se evitó 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 pérdidas humanas y mayores costos financieros necesarios para el control adecuado de las emergencias.

Cólera.

- **Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3.- Igualdad de Oportunidades;**
 - OEPP 4.** Mejorar las condiciones de salud de la población.
 - OEPP 5.** Brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente.
 - OEPP 6.** Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
 - OEPP 8.** Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano del país.
- **Programa Sectorial: 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**
 - Línea de acción 2.16** Atender los efectos de los desastres y las urgencias epidemiológicas. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Realizar búsqueda intencionada de <i>Vibrio cholerae</i> en al menos el 2% de los casos de diarrea atendidos en las unidades médicas de las instituciones del sector salud.	
Nivel: Propósito	Identificar y atender de manera oportuna los casos sospechosos de cólera
Tipo del indicador	Estratégico
Dimensión a medir	Eficacia

Fórmula		Total de casos de diarrea con muestras de hisopo rectal/ Total de casos de diarrea reportados en SUIVE X 100		
Unidad de medida		Porcentaje		
VALOR DE LA META ANUAL (porcentaje) 2012			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%) al primer semestre	
Original	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Original	Alcanzada/Modificada
2%	-----	1.85%	1.85%*	-----
Unidad Responsable: 000 Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades				

*La meta se cuantifica trimestralmente y no es acumulable.

Cólera

Durante el primer semestre del 2012, se identificaron 22,319 casos sospechosos a cólera, cifra inferior respecto al esperado para el periodo (2% -25,844). Se identificó como hallazgo un caso de *Vibrio Cholerae*. O1 toxigénico en Sinaloa, se llevaron a cabo acciones de vigilancia epidemiológica y control, protección contra riesgos sanitarios, promoción a la salud y actividades de comunicación social. No se reportaron casos asociados. Se realizaron un operativo preventivo de diarreas: Benedicto XVI en Guanajuato.

Existe riesgo de introducción de las cepas de la bacteria que se encuentran en Haití, República Dominicana y Cuba, además por el reciente caso en Sinaloa. Se ha mantenido informado a los estados sobre la situación epidemiológica del cólera en las Américas y en el país, a través de alertas y avisos, manteniendo una comunicación permanente ante cualquier eventualidad.

Indicador: Estratégico, “Porcentaje de casos de diarrea que acuden a unidades de salud con muestras de hisopo rectal, para la búsqueda intencionada de *Vibrio cholerae*.”, dimensión: eficacia, meta alcanzada al primer semestre 1.85 por ciento.

Total de casos de diarrea con muestras de hisopo rectal/ Total de casos de diarrea reportados en SUIVE X 100

Causas de las variaciones entre la meta alcanzada y la meta modificada del indicador

La búsqueda de *vibrio cholerae* en el 2% de las EDAs tiene como objetivo realizar un monitoreo integral de casos, no todas las instituciones (IMSS, ISSSTE, etc.) del sector salud participan de manera equitativa en esta actividad lo que repercute para alcanzar la meta. Además la falta de continuidad de responsables estatales del programa genera desconocimiento de los procedimientos de gestión para el registro de los reportes trimestrales.

Para el logro de lo señalado se realizaron las siguientes acciones:

- ♦ 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. Hasta el cierre con la elaboración de primer y segundo trimestre 2012.

- ♦ Se realiza la capacitación al personal de los SESA en Oaxaca, Estado de México y Baja California.
- ♦ Se reforzaron las medidas de control, a través de acciones de búsqueda intencionada, monitoreo ambiental y cloración de fuentes de abastecimiento formal de agua.
- ♦ En las 32 entidades federativas, sesiona el Grupo de Trabajo Intersectorial de Prevención y Control del Cólera.
- ♦ 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.
- ♦ Al cierre del segundo trimestre del 2012, sólo se tiene un hallazgo un vibrio ogawa toxigénico en el estado de Sinaloa en una paciente femenina de 1 año con 8 meses de edad del municipio de Culiacán.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

- ♦ El Cólera es una enfermedad que perturba de manera importante el desarrollo económico de los países que se ven afectados por el, en especial el sector turístico sufre importantes pérdidas.
- ♦ El alcance de la meta de este indicador, se manifiestan en la atención oportuna de estos eventos epidemiológicos y el control eficaz de los daños y riesgos ante situaciones de emergencia, lo que evita daños a la salud de las personas, pérdidas humanas, mayores costos financieros y sociales.
- ♦ Estas acciones son realizadas en forma coordinada entre las instancias del sector salud, encabezadas por la Secretaría de Salud y en los tres niveles de gobierno.

ACCIONES INDRE

CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y METAS DEL PROGRAMA

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
J009	Reforzar la Vigilancia Epidemiológica a través del análisis y diagnóstico de referencia.	64,909,357.00	64,973,357.41	2,380,110.67	84.2	100.0

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
P014	Reforzar la Vigilancia Epidemiológica a través del análisis y diagnóstico de referencia.	0.00	92,495,000.00	86,495,000.00	84.2	100.0

PROGRAMA PRESUPUESTARIO:	U009 Reforzar la inteligencia epidemiológica a través del análisis y diagnóstico de referencia.	Vinculación			
		Plan Nacional de Desarrollo	Programa Sectorial		
		Eje 3	Objetivo 4	Número 39	Objetivo 1

INDICADOR PARA RESULTADOS: Descentralizar actividades de Diagnóstico e incrementar las de referencia				
Nivel: Propósito	Cumplir con por lo menos el 95% de la cobertura del servicio en muestras que ingresan al InDRE para Diagnóstico de Control de Calidad.			
Tipo del indicador	Gestión			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	Muestras reportadas para control de calidad/muestras recibidas para control de calidad X 100			
Unidad de medida	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Original	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Original	Alcanzada/Modificada
90	95	100	111	105.15
Unidad Responsable: 001 Dirección General Adjunta del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE)				

INDICADOR PARA RESULTADOS: Descentralizar actividades de Diagnóstico e incrementar las de referencia				
Nivel: Propósito	Cumplir con por lo menos el 95% de la cobertura del servicio en muestras que ingresan al InDRE para Diagnóstico de referencia.			
Tipo del indicador	Gestión			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	Muestras reportadas para referencia/muestras recibidas para referencia X 100			
Unidad de medida	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Original	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Original	Alcanzada/Modificada
90	95	99.9	111	105.15
Unidad Responsable: 001 Dirección General Adjunta del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE)				

Causas de las variaciones entre la meta alcanzada y la meta original del indicador.

- ♦ **Indicador de Gestión, Descentralizar actividades de Diagnóstico e incrementar las de referencia. Referencia 111%.**
- ♦ Inicia en la semana 49 de 2011 en los estados de Puebla y Tlaxcala extendiéndose a todo el país un brote de influenza (H1N1) ocurriendo su pico máximo dentro del primer trimestre de 2012 y más específicamente en la semana cuatro del 2012, el cual ha ido disminuyendo de manera paulatina, además durante este trimestre se dio un brote en la región Sur Sureste del país y en el estado de Yucatán de manera importante.
- ♦ **Indicador de Gestión, Descentralizar actividades de Diagnóstico e incrementar las de referencia. Control de Calidad 111 %.**
- ♦ Derivado del incremento de los diagnósticos incorporados en el marco analítico básico de la Red de laboratorios estatales de salud pública.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador.

- 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 emergencia en salud, se evitaron epidemias que dañaran a la población en las zonas afectadas; asimismo se evitó que la diseminación de los mismos en zonas en contingencia sanitaria y así evitar defunciones al otorgar atención oportuna a la población afectada.

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos.

- Referencia.
 - o Se programaron 7363 y se alcanzaron 7356.
- Control de Calidad
 - o Se programaron 11896 muestras y se alcanzaron 11896

PROGRAMA PRESUPUESTARIO:	E039 Reforzar la inteligencia epidemiológica a Través del análisis y diagnóstico de referencia.	Vinculación	
		Plan Nacional de Desarrollo	Programa Sectorial
		Eje 3	Objetivo 4
		Número 39	Objetivo 1

INDICADOR PARA RESULTADOS: Descentralizar actividades de Diagnóstico e incrementar las de referencia	
Nivel: Propósito	Mejorar la oportunidad de la información de laboratorios para la vigilancia epidemiológica en por lo menos el 80%
Tipo del indicador	Gestión
Dimensión a medir	Eficacia
Fórmula	Muestras reportadas en tiempo estándar/muestras recibidas por diagnóstico X 100

Unidad de medida		Porcentaje		
VALOR DE LA META ANUAL (porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Original	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Original	Alcanzada/Modificada
80	90	92.95	116.18	103.27
Unidad Responsable: 001 Dirección General Adjunta del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE)				

Causas de las variaciones entre la meta alcanzada y la meta original del indicador.

- ♦ **Indicador de Gestión, Descentralizar actividades de Diagnóstico e incrementar las de referencia. 116.18%.**
- ♦ Los diferentes laboratorios que realizan los diagnósticos en el Instituto incrementaron la oportunidad en la entrega de información, contribuyendo así a la vigilancia epidemiológica del país.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador.

- Gracias a la oportunidad en la entrega de resultados y envío de información de los diferentes diagnósticos sujetos a la vigilancia epidemiológica se ha contribuido a la contención y prevención de enfermedades con importancia en salud pública.

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos.

- Se programo una oportunidad del 90% y lo alcanzado por los diferentes departamentos del InDRE fue:
 - o Bacteriología 87.15 %.
 - o Enfermedades emergentes y Urgencias 97.75 %
 - o Virología 95.5 %
 - o Parasitología 87.4.%

PROGRAMA PRESUPUESTARIO:	E039 Reforzar la inteligencia epidemiológica a través del análisis y diagnóstico de referencia.	Vinculación			
		Plan Nacional de Desarrollo	Programa Sectorial	Número	Objetivo
		Eje 3	Objetivo 4	39	1

INDICADOR PARA RESULTADOS: Demostrar la competencia Técnica	
Nivel: Propósito	Contar con cinco diagnósticos validados
Tipo del indicador	Estratégico
Dimensión a medir	Eficacia
Fórmula	Cinco de veintiséis diagnósticos
Unidad de medida	Porcentaje
VALOR DE LA META ANUAL (porcentaje)	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	

Original	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Original	Alcanzada/Modificada
5	10	10	200	100
Unidad Responsable: O01 Dirección General Adjunta del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE)				

Causas de las variaciones entre la meta alcanzada y la meta original del indicador.

- ♦ **Indicador de Gestión, Descentralizar actividades de Diagnóstico e incrementar las de referencia.**
- ♦ Se cumplió con la meta.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador.

- Gracias a la validación de los métodos de examen se obtiene información objetiva que permite proporcionar a los pacientes y usuarios un alto grado de confianza y seguridad de los resultados informados.

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos.

- Se programo la validación de cinco diagnósticos y se alcanzó la meta; los diagnósticos validados son:
 - El InDRE certifico ante el Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C. la evaluación de los siguientes diagnósticos.
 - 1. Influenza, 2.-Rabia, 3.- Rotavirus, 4.- Tuberculosis, 5.- Cólera, 6.-Chagas, 7.- Paludismo, 8.-Leishmania, 9.-Toxoplasmosis, 10.-VIH

PROGRAMA PRESUPUESTARIO:	E039 Reforzar la inteligencia epidemiológica a través del análisis y diagnóstico de referencia.	Vinculación			
		Plan Nacional de Desarrollo	Programa Sectorial	Número	Objetivo
		Eje 3	Objetivo 4	39	1

INDICADOR PARA RESULTADOS: Realizar capacitación del personal de salud para la atención de problemas específicos.				
Nivel: Propósito	Cumplir con el 100% de lo programado			
Tipo del indicador	Estratégico			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	(Cursos impartidos / Cursos programados) X 100			
Unidad de medida	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Original	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Original	Alcanzada/Modificada
17		17	100	100
Unidad Responsable: O01 Dirección General Adjunta del Instituto de Diagnóstico y				

Referencia Epidemiológicos (InDRE)

Causas de las variaciones entre la meta alcanzada y la meta original del indicador.

- ♦ **Indicador de Gestión, Descentralizar actividades de Diagnóstico e incrementar las de referencia.**
- ♦ Se cumplió con la meta.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador.

- Gracias a la formación de recursos humanos de la red de Laboratorios de Salud Pública, se han mejorado en las capacidades técnicas de algunos diagnósticos.

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos.

- Se cubrieron las expectativas de los LESP.

PROGRAMA PRESUPUESTARIO:	E039 Reforzar la inteligencia epidemiológica a través del análisis y diagnóstico de referencia.	Vinculación			
		Plan Nacional de Desarrollo	Programa Sectorial		
		Eje 3	Objetivo 4	Número 39	Objetivo 1

INDICADOR PARA RESULTADOS: Apoyar al fortalecimiento de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (LESP)				
Nivel: Propósito	Lograr que por lo menos el 60% de los Laboratorios Estatales cubran el 90% del marco analítico básico.			
Tipo del indicador	Estratégico			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	$(\text{Laboratorios Estatales que cumplen con el 90\% de Marco Analítico básico} / \text{Total de Laboratorios Estatales}) \times 100$			
Unidad de medida	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Original	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Original	Alcanzada/Modificada
19	22	22	115.79	100
Unidad Responsable: O01 Dirección General Adjunta del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE)				

Causas de las variaciones entre la meta alcanzada y la meta original del indicador.

- ♦ **Indicador de Gestión, Apoyar al fortalecimiento de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (LESP). 115.79%**
- ♦ Debido al apoyo a los Laboratorios Estatales de Salud Pública con el recurso AFASPE, se ha visto un incremento en los diagnósticos incorporados en su marco analítico básico.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador.

- El que los laboratorios Estatales de Salud Pública cuenten con un marco analítico más completo en sus respectivas entidades federativas, permite ofertar un mejor servicio y poder atender a la población con oportunidad.

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos.

PROGRAMA PRESUPUESTARIO:	E039 Reforzar la inteligencia epidemiológica a través del análisis y diagnóstico de referencia.	Vinculación			
		Plan Nacional de Desarrollo	Programa Sectorial		
		Eje 3	Objetivo 4	Número 39	Objetivo 1

INDICADOR PARA RESULTADOS: Apoyar al fortalecimiento de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (LESP)				
Nivel: Propósito	Incrementar en 1% el nivel de desempeño nacional de la RNLS.			
Tipo del indicador	Estratégico			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	(% de desempeño nacional alcanzado por la RNLS / % de desempeño nacional actual de la RNLS) X 100			
Unidad de medida	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Original	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Original	Alcanzada/Modificada
1		3.32	332	
Unidad Responsable: O01 Dirección General Adjunta del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE)				

Causas de las variaciones entre la meta alcanzada y la meta original del indicador.

- Indicador de Gestión, Apoyar al fortalecimiento de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (LESP). 332%
- El presupuesto AFASPE ha permitido subsanar las áreas de oportunidad en los diagnósticos logrando un porcentaje superior a los esperados.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador.

- Se limita el presupuesto AFASPE a la inversión.

Reporte de las acciones realizadas con los recursos ejercidos.

- Ampliación del marco analítico básico de la Red de Laboratorios.
- Mejora o mantenimiento de desempeño diagnóstico de la Red de Laboratorios.
- Implementación del Plan de Gestión de Biorriesgo y Bioprotección.
- Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

➤ Vigilancia epidemiológica

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
J009	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica "Operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)"	75,913,719.00	7,137,005.47	9,651,604.04	84.2	100.0

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
P014	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica "Operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)"	0.00	67,495,000.00	59,006.017.00	84.2	100.0

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-017-SSA2-2012

- Se coordinó la **actualización de la Norma Oficial Mexicana** PROY-NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
- Se inició la elaboración y actualización de los Manuales de Procedimientos de:
 - Manual para la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.
 - Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Tuberculosis y Lepra.
 - Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector.
 - Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.
 - Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza.
 - Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Cólera.
 - Elaboración e implementación de Lineamientos para la Vigilancia Epidemiológica de mediante NuTraVE.
 - Elaboración e implementación de los Lineamientos para la emisión de alertas epidemiológicas en los diferentes niveles administrativos.
 - Elaboración e implementación de los Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de los juegos Panamericanos efectuados en el estado de Jalisco.
 - Elaboración e implementación de los Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de la visita del Papa Benedicto XVI.

- Elaboración de Lineamiento de Vigilancia Epidemiológica del Operativo de Retorno Olimpiadas en Londres, Inglaterra

Actualización del personal en nuevas herramientas y estrategias:

- Participación en las reuniones regionales del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) efectuadas en Querétaro y Yucatán.
- Asistencia a la reunión de informe de la Situación de la Eliminación del Sarampión y Rubéola en México, efectuada en Washington, D.C., E.U.A.
- Se participó en una reunión de la Organización Panamericana de la Salud para el Fortalecimiento de programas y Servicios Integrales de VIH y Salud Sexual/Reproductiva para la eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la sífilis congénita, que se realizó en San Salvador, El Salvador.
- Participación en la evaluación del sistema de vigilancia de dengue por parte de la Organización Panamericana de la Salud.
- Participación en el Grupo de Expertos de Dengue para la vacuna contra dengue.

Indicador de Proceso

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		2 0 1 1 Original	Alcanzada	
Número de cursos a personal involucrado en la Vigilancia Epidemiológica	curso	11	6	54.5

Indicador de Proceso

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		2 0 1 1 Original	Alcanzada	
Personal de Salud capacitados en el Estado y la Jurisdicción	porcentaje	95%	xxx	xxxxx

•

Participación conjunta con los programas de prevención y control:

- Se elaboró el Informe Nacional de la Situación Epidemiológica de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y SRC en México.
- Participación en el Grupo Externo para la pre-certificación de Nuevo León como estados libres de transmisión de rabia.

Evaluación del impacto de las acciones de vigilancia, promoción, prevención y control de dengue en Tapachula, Chiapas, Villahermosa, Tabasco, Veracruz, Veracruz y Mérida, Yuc.

Elaboración y coordinación de operativos especiales de:

- d) Operativo Especial de Vigilancia Epidemiológica de Juegos Panamericanos.
- e) Operativo Especial de Vigilancia Epidemiológica de Visita del Papa Benedicto XVI al estado de Guanajuato.
- f) Operativo Especial de Vigilancia Epidemiológica de Retorno de Juegos Olímpicos y Paralímpicos 2012.

Elaboración y envío de avisos y alertas epidemiológicos a todas las unidades de vigilancia de:

- Alerta epidemiológica por variante nueva de virus de influenza.
- Aviso epidemiológico de Cólera ante la confirmación de un caso positivo a *Vibrio cholerae*01 Ogawa toxigénico del estado de Sinaloa.
- Aviso epidemiológico de situación de tos ferina en México.
- Aviso epidemiológico de incremento de caso de dengue en la región sur del país.

Indicador de Proceso

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 1		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
Porcentaje de reportes con estudio epidemiológico completo	estudio	Aumentar 1% anual	97%	100%
Durante el período que comprende el informe se recibieron 1347 casos de los cuales 1300 estuvieron completos				
Diplomación de 13 médicos residentes del programa de Residencia en Epidemiología de la Dirección General de Epidemiología				

Indicador de Proceso

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 1		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
Número de proyectos de investigación gestionados	Proyectos	4	4	100%
Evaluación de Unidades de especialidad médicas de detección y diagnóstico de cáncer de mama (UNEME-DEDICAM) Validez y confiabilidad del "Nuevo Algoritmo para diagnóstico por laboratorio de fiebre por dengue y fiebre hemorrágica por dengue" Factores asociados a infecciones nosocomiales en un Hospital General de Tercer Nivel. Evaluación del Sistema de Vigilancia de Muertes Maternas en el Distrito Federal 2010.				

Se realizaron **actividades de coordinación y participación en grupos inter e intrasectoriales** a fin de consolidar acuerdos que permitan la integración de la información necesaria para tener un panorama integral, con la finalidad de generar información útil para la toma de decisiones en Salud pública. Destacamos participación en los siguientes grupos:

Nacionales:

- Se organizó una reunión con responsables estatales del Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED), celebrada el 27 de junio de 2012, en coordinación con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), con el objetivo de fortalecer los procedimientos tanto del área de planeación como del área epidemiológica en la confirmación de las defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica. Para tal efecto se convocó a responsables de estadística de 30 estados (No se convocó al DF y Chiapas que habían sido capacitado previamente) sin contar con representantes de Sonora, Estado de México, Tlaxcala y Quintana Roo.
- Se organizaron dos Reuniones Regionales con los temas: Mortalidad Materna, Cierre de información 2011, Necesidades del SEED, Proyectos de modernización informática.

Externas:

- Se participó en cuatro reuniones con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), el Centro Nacional de Equidad de Género y

Salud Reproductiva (CNEGySR) a fin de acordar los lineamientos de Mortalidad Materna.

- Se asistió a tres reuniones con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) a fin de alinear los lineamientos del SEED.
- Se participó en dos reuniones con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia con el propósito de revisar del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes.
- Se realizaron dos reuniones con la Sociedad Mexicana de Oncología (SMEO) para establecer el diseño del Registro Nacional de Cáncer.
- Se realizaron tres reuniones con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) para realizar la confronta de defunciones de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica encaminada al cierre 2011.
- Se asistió a dos reuniones del Comité Nacional de Mortalidad en DGIS.
- Se organizó una reunión de trabajo con la OPS para el intercambio de información sobre Parálisis Flácida Aguda (PFA).

Acciones para la recepción de información.

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

- l) Se propuso la creación y utilización de carpetas compartidas FTP, para el envío de información del SEED de los estados a la DIE.
- m) Se han llevado a cabo 120 monitoreos del sistema de notificación semanal de manera diaria, a dos tiempos por día, para la verificación de captura y validación de información en tiempo y forma, acorde al manual correspondiente.
- n) Se han impartido 20 asesorías a los responsables de la notificación semanal, vía telefónica y presencial sobre captura y actualización de catálogos, así como sobre el uso de la herramienta de explotación de información, tales como el cubo y reportes de plataforma SUAVE Web.
- o) Se atendieron los requerimientos operativos y de soporte de los diferentes sistemas solicitados por los estados, de la siguiente manera:

➤ Muerte materna	30 requerimientos
➤ Notificación semanal	94 requerimientos
➤ Parálisis Flácida Aguda	50 requerimientos
➤ Tuberculosis	16 requerimientos
➤ Dengue	10 requerimientos
➤ Cáncer en niños y adolescentes	10 requerimientos
➤ Influenza	10 requerimientos
➤ SIVEPAB	10 requerimientos
- p) Se depuró el catálogo de unidades dentro de la plataforma de influenza.
- q) Se depuró el catálogo de unidades denominadas "Unidad de Salud Monitora de Influenza" (USMI's) dentro del sistema de vigilancia especial de influenza.
- r) Se realizaron cinco comunicaciones semanales promedio a las entidades federativas, con la finalidad de garantizar calidad en la información de parálisis flácida.
- s) Se definieron 5 variables del laboratorio de poliovirus, en la plataforma única, módulo de parálisis flácida aguda, para la captura de las mismas por parte del INDRE.
- t) Se recibieron 4,518 reportes de muerte sujetos a vigilancia epidemiológica, con validación, codificación e integración a la base de datos.
- u) Se integró la base final 2011 de defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica con INEGI.
- v) Se conformaron las bases de datos para el procesamiento de boletines, informes, etc. De esto se tiene los siguientes procesos:

- Aseguramiento de la información y envío de las bases de datos al área de procesamiento de los siguientes sistemas:
 - o Notificación semanal 32 bases de datos
 - o Mortalidad materna 32 bases de datos
 - o Temperaturas extremas 32 bases de datos
 - o Paludismo 32 tablas resumen enviadas al programa
- Conformación de las bases de dato de cierre de los siguientes sistemas de vigilancia epidemiológica a cargo de la Dirección de Información Epidemiológica:
 - o Notificación semanal
 - o Influenza
 - o Muerte Materna
 - o Cáncer en niños y adolescentes
 - o Tuberculosis
 - o Diabetes Mellitus II
 - o Dengue
 - o Parálisis flácida aguda
 - o SEED – componente epidemiológico para confronta con INEGI.
 - o Defectos del tubo neural
 - o Lepra
 - o Temperaturas extremas
 - o Paludismo
- Verificación dela información capturada en plataforma única a partir de la notificación inmediata (NOTINMED). De este proceso se verificaron 640 casos y se solicitaron 40 casos a las entidades para su captura.

Indicador de Proceso

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 1		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
SS Número de Sistemas con Módulos Integrados a la Plataforma Unica del SINAVE.	Modulo	2	2	100%
Acciones para el procesamiento y análisis de la información:				
bb) Se generó información semanal para la publicación del boletín epidemiologia.				
cc) Se generó información semanal para la publicación del boletín de muertes maternas.				
dd) Se generó información trimestral para los indicadores del primer trimestre de muertes maternas.				
ee) Se generó información anual para los indicadores de muertes maternas del 2011.				
ff) Se generó información semanal para la publicación del boletín de influenza AH1N1.				
gg) Se generó información semanal para la publicación del boletín de temperaturas extremas.				
hh) Se generó información semanal para la publicación del boletín de Eda´s en menores de 5 años.				
ii) Se generó información semanal para la publicación del boletín de Ira´s.				
jj) Se generó información para la construcción del indicador anual de Parálisis Flácida Aguda.				

- kk) Se generó información semanal de Parálisis Flácida Aguda para la publicación en el Boletín Semanal Epidemiología.
- ll) Se generó información mensual para la construcción de indicadores de Parálisis Flácida Aguda, que se integran en el Boletín Semanal Epidemiología.
- mm) Se generó información anual de morbilidad seleccionada para integrarse en el compendio estadístico del INEGI.
- nn) Se generó información diaria para elaborar informes actualizados del panorama de influenza AH1N1.
- oo) Se procesaron semanalmente los canales endémicos de Iras, Neumonías y Bronconeumonías e Influenza nacionales y estatales.
- pp) Se procesaron semanalmente los canales endémicos de Fiebre por Dengue estatal para actualizar el panorama nacional de Dengue.
- qq) Se procesó información semanal de morbilidad de vectores para el programa de vectores con desglose municipal.
- rr) Se procesó información trimestral para el programa de SIDA.
- ss) Se procesó información mensual de enfermedades crónico degenerativas para el programa del Adulto y el Anciano.
- tt) Se procesó información mensual de morbilidad seleccionada para el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes.
- uu) Se procesó información mensual de la morbilidad de los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) para la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- vv) Se procesó trimestralmente la información de los 125 municipios con menor índice de IDH para el programa de Vectores.
- ww) Se procesó semanalmente la información para el programa de Zoonosis.
- xx) Se procesó información mensual para la construcción de los indicadores del programa de la Notificación Semanal (Cobertura Oportuna y ajustada de las más de 19 000 unidades médicas que conforman el Sistema Nacional de Salud, así como Consistencia, y Cumplimiento) para Caminado a la Excelencia.
- yy) Se elaboró respuesta a 48 solicitudes de información del IFAI.
- zz) Se revisó en el sistema de notificación inmediata la comunicación de los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica y se entregó el impreso a los responsables.
- aaa) Se elaboró semanalmente el informe de los brotes de Dengue y se entregó a la Subdirección de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica.
- bbb) Se generó información para construir informes de mortalidad por Eda's e Ira's en menores de 5 años.

Procesamiento de la información extraordinaria:

- e) Se generó información diaria para el panorama de influenza durante la temporada 2011-2012 que incluyó 20 reportes semanales y 140 diarios.
- f) Se generó información para responder a tres cortes de Informe de Gobierno.
- g) La DIE atendió el 80% de los requerimientos que hizo la Auditoría Superior de la Federación (ASF) en 2012 que solicitó a la Dirección General Adjunta de Epidemiología.
- h) Se atendieron 202 solicitudes de información de usuarios externos, de instituciones del sector y públicas.

Acciones de evaluación

Indicadores Operativos Rutinarios

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

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

d) Se recibieron del área de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles (VEET) los indicadores mensuales y trimestrales de los sistemas para su publicación en el Boletín Epidemiología:

- EFE
- VIH/SIDA

Indicadores en el Programa Caminando a la Excelencia.

c) Se realizó la compilación de numeradores y denominadores, tabulación y procesamiento de los indicadores por programa y entidad federativa para su publicación trimestral y un informe anual.

d) Se realizó el cierre Caminando a la Excelencia con la revisión de 164 indicadores de los 27 programas a nacionales de las treinta y dos entidades federativas

Acciones para la difusión de información

d) Corrección de estilo y seguimiento al proceso de impresión de 10 productos monográficos, seis números de gacetas y 10 números de Epidemiología en breve.

e) Integración y publicaciones de 32 boletines epidemiológicos de emisión semanal en la página web de la Dirección General Adjunta de Epidemiología.

f) Elaboración de publicaciones en línea de los siguientes padecimientos:

- Informes semanales de influenza, dengue, muertes maternas, EDA, IRA, Temperaturas extremas
- Panorama semanal de dengue
- Anuario extendido de morbilidad 2011

INDICADOR DE PROCESO

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 1		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
Número de boletines de Caminando a la Excelencia con indicadores revisados	número	4	2	50

Consolidación del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CoNaVE)

e) Para garantizar el adecuado desempeño del Comité se cuenta con un Grupo Técnico Interinstitucional (GTI), el cual sesiona de manera permanente desde su creación el segundo martes de cada mes; lo preside el Director General Adjunto de Epidemiología como Secretario Técnico del CoNaVE y la función operativa recae a partir de octubre del 2010 en la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles a través de la Coordinación del CoNaVE. En cada una de las reuniones se revisan y analizan las necesidades de vigilancia epidemiológica en el territorio nacional. Las reuniones del GTI se han celebrado ininterrumpidamente hasta el mes de agosto del 2012, dentro de las cuales se han establecido 732 acuerdos a los que se ha dado seguimiento y cumplimiento.

f) Durante el periodo de enero - julio 2012, se realizaron 7 reuniones del Grupo Técnico Interinstitucional del CoNaVE, se

establecieron 16 acuerdos los que se ha dado seguimiento y cumplimiento en el 62.5%.

- g) Como parte de las prioridades del GTI del CoNaVE, destacó el seguimiento que se realiza a los Comités Estatales de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) de manera mensual, durante el período comprendido entre enero – julio 2012, el 96.8% de los CEVE enviaron su programa anual de trabajo para el 2012; respecto a su funcionamiento con base en el envío del programa de trabajo, envío de minutas y acuerdos, el 46.8% se encuentran con buen funcionamiento, el 18.7% con regular y el 34.3% con mal funcionamiento.
- h) Durante el periodo enero - julio 2012, el Grupo de Vigilancia Epidemiológica en Enfermedades Transmisibles se ha dedicado a atender diferentes situaciones y necesidades que involucran la vigilancia epidemiológica. Cabe destacar que en este grupo de trabajo se revisan y analizan las necesidades de los sistemas de vigilancia epidemiológica, se elaboran y discuten manuales, formatos, programas informáticos de apoyo a los sistemas de vigilancia, se discute la pertinencia de emitir alertas y avisos epidemiológicos y se efectúa el análisis y seguimiento de problemas epidemiológicos locales, regionales y por supuesto nacionales e internacionales que potencialmente pudieran afectar a México; los productos de estos grupos se revisan y avalan por el GTI del CoNaVE, para su instrumentación en las entidades federativas e instituciones participantes. Los Grupos de Trabajo de Información Epidemiológica y de Laboratorio, sesionarán de acuerdo a lo establecido ante alguna situación que así lo amerite.

En las reuniones del GTI del CoNaVE se ha revisado lo referente a:

- Reforma del CoNaVE;
- Actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica, problemática del Sistema de Notificación Semanal;
- Medidas de Promoción de la Salud y Acciones Epidemiológica en Cólera;
- Vigilancia Epidemiológica de Dengue;
- Vigilancia Epidemiológica de Influenza e Influenza Aviar;
- Vigilancia Epidemiológica de Tos ferina;
- Programa de eliminación del sarampión, rubéola y rubéola congénita en las Américas;
- Operativo de Vigilancia Epidemiológica con motivo de los Juegos Olímpicos y Paralímpicos en Londres, Inglaterra;
- Núcleo Trazador de Vigilancia Epidemiológica (NuTraVE);
- Lineamientos de mortalidad materna y
- Cierre de los diferentes sistemas de información para la vigilancia epidemiológica.
-

Apego al Reglamento Sanitario Internacional (RSI), Centro Nacional de Enlace (CNE):

- c) Comunicación estrecha con el punto focal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el RSI, la oficina de operaciones y Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, DC, EEUU.
- d) Notificación de eventos de salud pública de importancia internacional
- e) Consolidación de capacidades básicas
- Legislación Nacional y Políticas (Implementada)
 - Coordinación y comunicaciones del CNE-RSI (En proceso de implementación)
 - Vigilancia basada en indicadores incluye la función de alerta temprana (Implementada)
 - Capacidad de Respuesta rápida (En proceso de implementación)
 - Preparación y respuesta ante emergencias de Salud Pública (Implementada)
 - Comunicación de riesgos (En proceso de implementación)
 - Recursos Humanos para la implementación de los requerimientos de las capacidades básicas del RSI (Implementado)
 - Laboratorio mecanismos de coordinación de servicios (Implementado)

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

- Redacción de las guías de colaboración binacional en materia de Salud Pública.
- Conjunción de un equipo binacional con elementos de laboratorio y epidemiología.
- Participación en la Iniciativa de Seguridad Global en Salud (GHSI)

Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES):

- o) Manejo de la plataforma del GHSI, donde se monitorean eventos para detectar amenazas a la salud pública, realizando la

evaluación de riesgos para activar la alerta temprana y seguimiento de dichos eventos. Esto en colaboración de los países miembros, realizando ejercicios de comunicación y teleconferencia para apoyo técnico. Para el desarrollo de nuevos enfoques de vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud pública.

- p) Los eventos de interés en salud pública no deben limitarse a las entidades nosológicas. Se han incluido al análisis de las condiciones en que estos se presentan, tanto las sociales, geográficas, o las relacionadas con el clima y otros componentes del ambiente.
- q) Desarrollo de una metodología de evolución rápida del riesgo para la salud pública, para dar un valor a los eventos detectados en el monitoreo continuo que se realiza en la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES).
- r) Elaboración y actualización de los Procedimientos de Operación Estandarizados (POE) de las actividades de monitoreo que se realiza en la UIES.
- s) Integración de un grupo de médicos especialistas en salud pública y epidemiología que coordinan técnica y operativamente las actividades de la UIES. Así como análisis e integración de información con datos provenientes de otros sectores, enfocándose a los determinantes potenciales amenazas para la salud pública nacional.
- t) Vinculación constante con otros sectores, para articular esfuerzos tendientes a la mejora de la salud poblacional.
- u) Creación de la Oficina de Vinculación Interinstitucional para crear los enlaces con los actores claves de otras dependencias del sector salud y de otras Secretarías de Estado y dependencias públicas.
- v) Búsqueda intencionada de eventos de importancia epidemiológica en medios masivos de comunicación de libre acceso.
- w) Aplicación de protocolos de priorización para eventos detectados.

Programa Presupuestario	Presupuestos (Pesos)	Porcentaje del ejercicio
-------------------------	----------------------	--------------------------

- y) Emisión de informes diarios rutinarios.
- z) Emisión de informes en casos especiales.
- aa) Comunicación 24/7 con la OMS para asuntos del Reglamento Sanitario Internacional.
- bb) Ejercicios mensuales de comunicación trilateral de América del Norte.

Reuniones Regionales de Epidemiólogos:

- d) Realización de dos reuniones operativas regionales, seguimiento de compromisos y establecimiento de acuerdos.
 - o Región Centro-Sur (Telchac, Yucatán)
 - o Región Centro-Norte (Querétaro, Querétaro)
- e) Reunión intersectorial semanal "Pulso Epidemiológico"
 - o Se lleva a cabo todos los miércoles a las 9:00 Hrs. , donde se revisan y analizan diversos temas de interés epidemiológico nacional e internacional para tomar decisiones y emitir recomendaciones
- f) Reunión Nacional Operativa SINAVE 2012, se reprogramó por necesidades de Salud Pública al mes de octubre con sede en la Ciudad de México

SUBROGADOS Y SERVICIOS

	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
E039	SUBROGADOS Y SERVICIOS	63,533,315.00	38,795,742.81	17,589,957.08	99.0	100

SERVICIOS PERSONALES

Programa Presupuestario		Presupuestos (Pesos)		Porcentaje del ejercicio		
	Denominación	Original	Modificado	Ejercido	Ejer./Ori.	Ejer./Modif.
E039	SERVICIOS PERSONALES	353,812,633.00	348,764,439.93	159,110,324.85	99.0	100

TABLA DE INGRESOS EXCEDENTES CORTE 30 DE JUNIO 2012

	2012	GLOBAL DE INGRESOS EXCEDENTES 2012												
	12													
	2													
		Ingresos												Total Anual
Clave de entero	Concepto	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
		128.333	132.251	165.577	113.349	345.528	139.342							1.024.380

12.11.4 ASPECTOS FINANCIEROS Y PRESUPUESTARIOS. AVANCES EN LOS PROGRAMAS SUSTANTIVOS

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.

En el Anexo 2 se encuentra la tabla de presentación del ejercicio del presupuesto al 30 de junio 2012.

En el siguiente cuadro se presenta el recurso transferido a la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales, para cubrir el pago de los servicios y subrogados:

SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

RECURSO TRANSFERIDO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES, PARA CUBRIR EL PAGO DE LOS SERVICIOS Y SUBROGADOS DE LA 000 CENAPRECE-INDRE Y EPIDEMIOLOGIA

SERVICIOS Y SUBROGADOS	CENAPRECE	INDRE	EPIDEMIOLOGIA	TOTAL
SERVICIO DE VIGILANCIA	0,00	1.250.805,00	2.878.590,00	4.129.395,00
SEGUROS PATRIMONIALES	3.011.567,45	664.656,00	439.980,00	4.116.203,45
LIMPIEZA	1.890.672,00	1.788.782,05	1.316.704,00	4.996.158,05
	4.902.239,45	3.704.243,05	4.635.274,00	13.241.756,50

Los avances en los programas sustantivos se mencionaron en el punto **12.11.3** Resumen ejecutivo de las acciones y resultados relevantes.

12.11.5 RECURSOS HUMANOS: ESTRUCTURA BÁSICA Y NO BÁSICA

En relación a los recursos humanos, se incluye la información actualizada al 30 de Junio de 2012 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.

A continuación se presenta un cuadro especificando la cantidad de mandos medios que tiene éste Centro Nacional.

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS DEL 1 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 2012

	NIVEL JERARQUICO		2012/CORTE AL 30 DE JUNIO
NO BASICA	I	OFICIAL MAYOR	0
	J	JEFE DE UNIDAD	0
	K	DIRECTOR GENERAL	1
	L	DIRECTOR GENERAL ADJUNTO	3
	M	DIRECTOR DE AREA	10
	N	SUBDIRECTOR DE AREA	13
	O	JEFATURA DE DEPARTAMENTO	26
	P	ENLACE DE ALTA RESPONSABILIDAD	2
	TOTAL		55

Durante el período de 2007 a 2012, 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 tenía 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 Secretaría 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 Secretaría de Salud.

12.11.5 RECURSOS HUMANOS: PERSONAL DE BASE, CONFIANZA, HONORARIOS Y EVENTUALES.

En anexo 3 se integra la plantilla del personal que labora en este Centro Nacional.

12.11.5 RECURSOS HUMANOS: CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO O CONTRATO COLECTIVO

Se adjuntan en anexo 4.

12.11.5 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 información reportada en la primera etapa, se mantiene sin cambios para esta Segunda Etapa.

12.11.6 RECURSOS MATERIALES: BIENES MUEBLES

Los saldos aquí mencionados forman parte del patrimonio institucional, y corresponden a los bienes que están bajo la custodia de este órgano desconcentrado, así como algunos bienes que se encuentran en comodato en las entidades federativas y que está en proceso de regularización su transferencia.

NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE	MONTO
12201	MOBILIARIO Y EQUIPO	65,223,293.66
12202	VEHICULOS TERRESTRES,	107,444,414.95

	MARIT. Y AEREOS	
12203	MAQUINARIA, HERRAMIENTAS Y APARATOS	258,807,787.50
TOTAL		431,475,496.11

En el Anexo 5, se adjunta la relación de bienes muebles de manera contable, con corte al 30 de junio de 2012

12.11.6 RECURSOS MATERIALES: BIENES INMUEBLES

La información reportada en el informe de la Primera etapa, se mantiene sin cambios para esta Segunda Etapa.

12.11.6 RECUSOS MATERIALES: BIENES TECNOLÓGICOS

La Dirección General de Tecnologías de la Información, es la encargada de establecer las políticas para el uso y resguardo de los bienes tecnológicos, referidos a sistemas, software, licencias y patentes, así como apoyo para Internet e Intranet. Este Centro Nacional tiene un responsable de informática que se coordina con la DGTI para plantear y atender la problemática específica. A continuación presentamos un cuadro que muestra la situación del inventario de los bienes tecnológicos:

LICENCIAMIENTO DE MICROSOFT	4860
LICENCIAMIENTO DE OTROS PROGRAMAS	73
COMPUTADORAS DE ESCRITORIO	248
COMPUTADORAS PORTÁTILES	69
IMPRESORAS DE INYECCIÓN DE TINTA	40
IMPRESORA LASER BLANCO Y NEGRO	70
IMPRESORA LASER DE COLOR	42
MULTIFUNCIONAL BLANCO Y NEGRO	14
MULTIFUNCIONAL DE COLOR	1
IMPRESORAS DE CHECADOR	2
PLOTTERS	7
NOBREAKES	180
REGULADORES	13
ESCANER	19
PROYECTADORES	26

En el Anexo 6, se adjunta la relación de bienes muebles al 30 de junio de 2012

12.11.7. PMG. SÍNTESIS DE LAS ACCIONES Y RESULTADOS RELEVANTES

La información reportada en el Informe de la Primera Etapa, se mantiene sin cambios para esta Segunda Etapa.

12.11.8 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.

En el 2012, (periodo del 1 de enero al 30 de junio), se realizaron diversos cambios en el menú de “Transparencia”:

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

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

- Indicadores de Programas Presupuestarios
- Recomendaciones de Órganos Públicos
- Estudios y Opiniones

Se adicionaron los elementos considerados en el C2 y solicitados por la UPTCI, en la Sección de Transparencia del sitio de internet del CENAPRECE, que a continuación se mencionan:

1. Normatividad en materia de transparencia
2. Comité de Información
3. Transparencia Focalizada
4. Indicadores de Programas Presupuestarios
5. Recomendaciones dirigidas a la (nombre de la institución)

6. Estudios y Opiniones
7. Programas del Plan Nacional de Desarrollo
8. Rendición de Cuentas
9. Participación Ciudadana

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

C. Se actualizó el apartado de Transparencia focalizada.

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.

En el 2012, (periodo del 1 de enero al 30 de junio).

Se incluyó indicadores de seguimiento, un cuestionario de evaluación, mismos que se remitieron a la Secretaria de Salud.

Se realizó difusión en el mes de abril, mayo junio de 2012, destacando la Guía de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y el desarrollo del curso de Blindaje Electoral por parte de los Servidores Públicos.

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 transmitidas 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.programaanticorruptcion.gob.mx/2011/PC_CONSULTA%20A%20LA%20SOCIEDAD%20CIVIL%202011.pdf, Se realizó la invitación a los actores sociales para participar en la Consulta a la sociedad Civil Organizada. En el 2012 no aplicó al Centro Nacional el Programa de Participación Ciudadana.

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.

En el 2012 no aplicó al Centro Nacional el Programa de Ética y Responsabilidad Pública, ya que se lleva a cabo a nivel central de la Secretaria de Salud.

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 vez 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 específicas 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 2011 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.

En el 2012 (periodo del 1 de enero al 30 de junio).

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

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

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

Mejora de la Página Web de 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.

En el 2012 (periodo del 1 de enero al 30 de junio).

Se realizaron satisfactoriamente las modificaciones a nuestro sitio web. La calificación recibida el 29 de agosto del presente año fue de 10.

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 Auditoría y de manera permanente con el órgano Interno de Control y la Coordinación de Asesores del Secretario de Salud, nos orientó en el desarrollo de las respuestas a los 122 reactivos de las cinco normas presentadas.

Se llenó 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 desarrolló 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 específico 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%

Norma General Primera	44.3%
Norma General Segunda	60.0%

Nivel de Control Directivo	55.3%
Nivel de Control Operativo	52.4%

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

En el 2012, (periodo del 1 de enero al 30 de junio).

Los avances al Programa de Control interno Institucional, periodo enero –junio 2012, Resumen, de 111 acciones, se comprometió 119 de las cuales se encuentran atendidas 108 y 11 en proceso.

1. Se elaboró el “Informe Anual” que guarda el Control Interno Institucional 2011, en tiempo y forma de acuerdo a la normatividad.
2. Se llevó a cabo la Encuesta de Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional por parte de los mandos medios y superiores del Centro Nacional.
3. Se elaboró el “Programa de Trabajo de Control Interno Institucional”, de las encuestas consolidadas, en tiempo y forma de acuerdo a la normatividad.
4. Se elaboró el “Formato de Evidencia Documental”, que soporta el cumplimiento de los elementos de control, en tiempo y forma de acuerdo a la normatividad.
5. Se elaboró los Avances del PTCII- 2012, por cada Dirección General Adjunta:
 - CENAPRECE (Estratégico, Directivo y Operativo)
 - Dirección General Adjunta de Epidemiología:
 - INDRE.

Al respecto del Programa de Administración de Riesgos Institucionales: se realiza el control y seguimiento 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.

Compras claras. No aplica

Bitácora electrónica de obra pública, no aplica

Reducción de riesgos de corrupción y análisis de índices, no aplica

12.11.9 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.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL 2006-2012

➤ INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS

Ejercicio 2012/ con corte al 30 de junio:

RECIBIDAS:34

ATENDIDAS:34

➤ DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE PROGRAMAS PREVENTIVOS

Ejercicio 2012/ con corte al 30 de junio:

RECIBIDAS:16

ATENDIDAS:16

➤ **DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA**

Ejercicio 2012/ con corte al 30 de junio:

RECIBIDAS:27

ATENDIDAS:27

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.

12.11.10 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/con corte al 30 de junio	Total
7.6.1 Órgano Interno de Control	-	-	10	7	2	6	2	27
7.6.2 Auditoría Superior de la Federación				7	-	-	-	-
7.6.3 Auditoría Gubernamental SFP	-	-	-	-	-	-	-	-
7.6.5 Otros (describir)	-	-	-	-	-	-	-	-
Suma	-	-	10	7	2	6	2	27
Solventadas	-	-	10	14	1	4	0	29
Por solventar	-	-	0	0	1	2	2	5
Generaron responsabilidades	-	-	3	0	0	0	0	3

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/con corte al 30 de junio	Total
Adquisiciones	-	7	10	1	3	-	21
Recursos Financieros	-	2	3	-	2	2	9
Manuales	-	1	1	1	1	-	4
Otras.- (describir)	-	-	-	-	-	-	-
Suma	-	-	-	-	-	-	-
Solventadas	-	10	14	1	4	-	29
Por solventar	-	0	0	1	2	2	5
Generaron responsabilidades	-	3	0	0	0	-	3

Informe y seguimiento a las observaciones del Auditoría Superior de la Federación

RESUMEN							
Área operativa	2007	2008	2009	2010	2011	2012/con corte al 30 de junio	Total
Adquisiciones	-	-	6	-	-	-	6
Recursos Financieros	-	-	-	-	-	-	-
Manuales	-	-	1	-	-	-	1
Otras.- (describir)	-	-	-	-	-	-	-
Suma	-	-	7	-	-	-	7
Solventadas	-	-	7	-	-	-	7

Por solventar	-	-	-	-	-	-	-
Generaron responsabilidades							-

12.11.11 PROCESOS DE DESINCORPORACIÓN

Este rubro no aplica para este Centro Nacional.

12.11.12 RESULTADOS RELEVANTES DE LAS BASES O CONVENIOS DE DESEMPEÑO O DE ADMINISTRACIÓN DE RESULTADOS

Este rubro no aplica para este Centro Nacional.

12.11.13 OTROS ASPECTOS RELEVANTES RELATIVOS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Este rubro no aplica para este Centro Nacional.

12.11.14 ACCIONES Y COMPROMISOS RELEVANTES EN PROCESO DE ATENCIÓN.

Consultar apartado donde se encuentra el formato de Acciones y Compromisos.