



5

Q U I N T O
I N F O R M E
D E L A B O R E S

SALUD

QUINTO
INFORME DE LABORES

SECRETARÍA DE SALUD

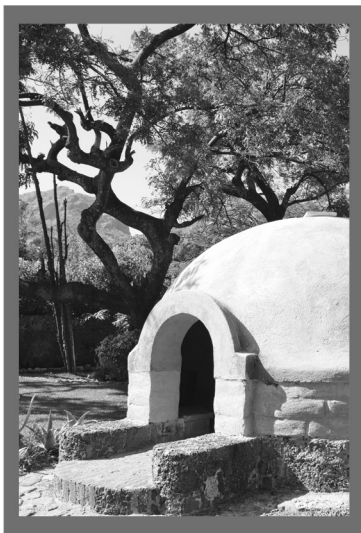


5

Q U I N T O
I N F O R M E
D E L A B O R E S

QUINTO INFORME DE LABORES

SECRETARÍA DE SALUD



5TO. INFORME DE LABORES
D.R. © Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.
Impreso y hecho en México
ISBN en trámite
www.salud.gob.mx

Temazcal
Tepoztlán, Morelos

SECTUR

México
Consejo de Promoción Turística

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
ESTRUCTURA ORGÁNICA BÁSICA	14
1. ÁREA DEL C. SECRETARIO	15
1.1 UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO	20
1.2 COORDINACIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS	23
1.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL	25
1.4 UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	26
1.4.1 DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES	29
1.4.2 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD	30
2. SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD	33
2.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD	36
2.2 DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD	39
2.3 DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	41
2.4 DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	44
2.5 CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD	46
3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	49
3.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	51
3.2 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES	54
3.3 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	57
3.4 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA	59
3.5 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA	61
4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	65
4.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO	67
4.2 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	73
4.3 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS	75
4.4 DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA	76
4.5 DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	79
4.6 ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA	80

5. COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD	83
5.1 DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	86
5.2 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD	87
5.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA	88
5.4 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD	89
5.5 CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	91
5.6 CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES	92
5.7 SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	93
5.8 INSTITUTO DE GERIATRÍA	93
6. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS	95
7. COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	101
8. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO	107
9. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA	115
10. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES	119
11. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL	125
12. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	129
13. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	133
14. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL	137

15. PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES	143
16. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	149
17. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL	155
18. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO	159
ANEXO ESTADÍSTICO	165
ACRÓNIMOS	191

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

De conformidad con lo establecido en los Artículos 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 23 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 8 de la Ley de Planeación, me permito someter a consideración de esa H. Soberanía el Informe de Labores de la Secretaría de Salud, correspondiente al periodo comprendido del primero de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011.

Durante este periodo las acciones ejecutadas por la Secretaría se orientaron en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud y en atención a las líneas estratégicas del Programa Nacional de Salud –todos ellos documentos rectores del quehacer institucional correspondientes al periodo 2007-2012–, así como en los Programas de Acción Específicos.

Han transcurrido más de cuatro años de trabajo intenso y continuo que ha permitido desarrollar múltiples actividades en todas y cada una de las unidades administrativas que integran la Secretaría de Salud, tanto del nivel central, órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados, así como de las demás entidades que forman el sector salud, logrando avances en los compromisos establecidos en materia de salud pública en beneficio de la población del país.

En esta administración a cargo del C. Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Felipe Calderón Hinojosa, ha sido evidente y palpable el interés por la salud de los mexicanos, interés manifiesto en todas las entidades federativas, plasmado en políticas, estrategias y programas explícitos, que han propiciado el trabajo coordinado entre la federación, estados y municipios, y que ha permitido atender de manera prioritaria a la población más vulnerable del país, al ampliar su acceso a los servicios de salud, acercando la infraestructura física a fin de evitar desplazamientos y erogaciones que provoquen se incurra en gastos catastróficos por motivos de salud o que obliguen a que la población posponga su atención.

El amplio apoyo recibido a través de la canalización de mayores recursos nos obliga a mejorar la respuesta del sector, con énfasis en las acciones preventivas que permitan en el mediano plazo reducir la incidencia de enfermedades que actualmente aquejan a una parte importante de la población, así como la adopción de hábitos alimenticios saludables y el autocuidado de la salud. Por su parte, en materia de atención curativa es necesario seguir garantizando la atención médica y hospitalaria, así como la disponibilidad de medicamentos y otros insumos médicos.

Durante la presente administración el sector salud es uno de los sectores que más ha crecido en términos presupuestarios, concentrando casi 7 por ciento del PIB. En 2011 el sector recibió el mayor presupuesto registrado en la historia, lo que significó un incremento de 10.9 por ciento en el presupuesto asignado al IMSS, 12 por ciento en el ISSSTE y 12.6 por ciento en la Secretaría de Salud, ello en comparación con el presupuesto de 2010. Esto ha derivado en una mayor derrama de recursos a las entidades federativas, principalmente a través de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud, vinculado con la afiliación al Seguro Popular.

A continuación se destacan diversos resultados que dan cuenta de los avances y retos en materia de salud:

El incremento de recursos ha permitido ampliar, rehabilitar, modernizar, equipar la infraestructura en salud y con ello mejorar la oferta de servicios con calidad y eficiencia. El Sistema de Protección Social en Salud como fuente de financiamiento, a través del Seguro Popular como su brazo operativo, ha permitido avanzar decididamente hacia la Cobertura Universal de Salud, logrando que todos los mexicanos y mexicanas que no tienen acceso a la seguridad social cuenten con servicios regulares de salud. Inmerso en dicho sistema está el Seguro Médico para una Nueva Generación, a través del cual se brinda protección a los niños a partir de su nacimiento; así como la estrategia de Embarazo Saludable que garantiza la atención del binomio madre-hijo.

El Seguro Popular al mes de junio de 2011 ha afiliado a 48.4 millones de personas no derechohabientes de la seguridad social, protegiendo, desde el inicio de la administración, a la población marginada y a la de menor Índice de Desarrollo Humano, incluyendo a la que se ubica en los 125 municipios con los índices más bajos. Al mismo corte, cerca de cinco millones de niños menores de 5 años sin seguridad social en salud están protegidos con el Seguro Médico para una Nueva Generación y casi 1.7 millones de mujeres embarazadas y sus familias han sido beneficiadas con el programa Embarazo saludable, rebasándose la meta en ambos casos. Otro grupo prioritario que se ha beneficiado es el de los migrantes, a los cuales se les brinda, a través de 41 ventanillas de salud, apoyo y orientación, así como la posibilidad de que se afilien ellos y sus familias a dicho seguro.

Un hecho sin precedente es el impulso otorgado en materia de infraestructura física en salud, gracias a la inversión presupuestal realizada durante los últimos años. La presente administración durante los últimos cuatro años ha invertido 67 mil 389 millones de pesos en infraestructura física, de los cuales 60 mil 307 millones corresponden a recursos federales, 6 mil 373 millones son recursos estatales, 599 millones municipales y 110 millones corresponden a otras inversiones, principalmente privadas. Ello demuestra que la federación, los estados, los municipios y la sociedad en general, trabajan por un bien común.

Dicha inversión permitió la construcción de mil 34 obras, de las cuales 896 son nuevas y 138 corresponden a sustituciones por obra nueva. En el mismo periodo se ha logrado el fortalecimiento de dos mil 40 obras más; lo cual significa la conclusión de tres mil 74 acciones de infraestructura. Asimismo se encuentran en proceso 985 obras: 196 nuevas, 95 sustituciones por obra nueva y 694 fortalecimientos. En suma se tienen registradas cuatro mil 59 acciones de infraestructura física en salud, de las cuales tres mil 116 corresponden a la SS, 249 al IMSS, 510 al IMSS Oportunidades y 184 al ISSSTE.

En estos más de cuatro años en la Secretaría de Salud se han realizado esfuerzos para ampliar y fortalecer la atención médica de especialidad, a través de la construcción de Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) y de Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE's). Dichos establecimientos se distribuyen en las 32 entidades federativas del país, en zonas con concentraciones amplias de población.

De esta forma se han construido 512 UNEMES y 24 más se encuentran en proceso; asimismo se ha concluido el fortalecimiento de 13 unidades y están en proceso cuatro acciones más de fortalecimiento, para sumar en total 553 acciones de infraestructura orientadas a la construcción y fortalecimiento de este tipo de unidades. Todo ello con una inversión de dos mil 67 millones de pesos, de los cuales mil 692 millones son recursos federales, 368 millones estatales, cuatro millones municipales, y tres millones corresponden a otras inversiones, principalmente privadas.

Respecto de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, la Secretaría de Salud ha desarrollado cinco hospitales ubicados en los estados de México, Guanajuato, Oaxaca, Tamaulipas y Yucatán; de éstos cuatro se concluyeron y uno más (el del Estado de México) está en proceso. En la construcción de estos hospitales se ha invertido cerca de cuatro mil 600 millones de pesos. Asimismo, destaca la inversión de más de 40 mil 416 millones de pesos para la construcción de 217 nuevos hospitales, de los cuales 144 ya se encuentran terminados y 73 siguen en proceso.

Para apoyar la oferta de servicios que garantice la protección de la salud en localidades de difícil acceso y de bajo índice de desarrollo, se instituyó el programa Caravanas de la Salud, acercando los servicios de atención médica y preventiva a más de 3.7 millones de personas.

En otros logros destaca que el porcentaje de pacientes con recetas surtidas completas ha mejorado paulatinamente hasta alcanzar cifras que superan el 97 por ciento (promedio ponderado de las tres Instituciones del sector salud).

Por otra parte, se reafirma este sexenio como el dedicado a la prevención, y ejemplo de ello es la implantación de las Cartillas Nacionales de Salud Sectoriales, a través de las cuales se promueve la protección contra enfermedades prevenibles por vacunación y se fomenta el autocuidado y el seguimiento de la salud de la población.

A partir de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, llevada a cabo en el año 2000, la comunidad internacional ha elevado a niveles sin precedentes su compromiso con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a través del apoyo a iniciativas internacionales, nacionales y locales, entre ellas, los esfuerzos hacia la reducción de la morbilidad y mortalidad materna. No obstante, las tendencias en la reducción de este tipo de mortalidad revelan que los avances no son tan rápidos y que actualmente es el compromiso que muestra mayor rezago. La última cifra, preliminar disponible, a razón de mortalidad materna para 2010 es de 48.9 por 100 mil nacimientos.

A fin de enfrentar dicha situación, el gobierno mexicano ha impulsado dos estrategias fundamentales:

- La Estrategia Embarazo Saludable, que nace como ampliación del Seguro Médico para una Nueva Generación con el propósito de afiliar al Seguro Popular a todas las mujeres embarazadas para otorgarles atención gratuita antes, durante y después del parto; y,
- La Universalización en la Atención de la Emergencia Obstétrica, a fin de que las mujeres con alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio puedan ser atendidas en forma gratuita en las unidades hospitalarias del IMSS, ISSSTE o Secretaría de Salud, sean o no beneficiarias o aseguradas.

En otros temas, actualmente el cáncer de mama es una de las patologías que más muertes producen entre las mujeres, sobre todo entre las mayores de 50 años. En 2005 el cáncer de mama formó parte de las diez principales causas de muerte en los países de nuestro continente; mientras que en México se ubicó como la segunda causa de muerte entre las mujeres mayores de 30 años; posteriormente, a partir del 2006, esta patología se ubicó en el país como la primera causa de muerte por cáncer en este grupo de mujeres.

Debido a ello, en la actual administración fortalecimos las actividades de detección temprana del cáncer de mama, con énfasis en la detección en la población de mayor riesgo, por lo que se incrementó la cobertura de detección por mastografía en mujeres de 45 a 64 años. Cabe resaltar que próximamente se reforzará el Programa de Detección Oportuna de Cáncer de Mama, en virtud de que la nueva norma establece la mastografía a partir de los 40 años con el objetivo de incrementar la cobertura actual al pasar de 7 a 70 por ciento de las mujeres de ese grupo de edad.

En materia de cáncer cérvico-uterino hemos logrado una disminución sostenida de la mortalidad en los últimos años, reportándose actualmente una tasa de 13.9 defunciones, por lo que de mantenerse la tendencia observada será posible cumplir con la meta fijada de 10.96 defunciones en 2012.

Al igual que la mortalidad materna, reducir la mortalidad infantil es una prioridad para el país y un compromiso incluido en las Metas del Milenio. A fin impulsar las acciones de salud y fortalecer los avances alcanzados en esta materia, la presente administración, en diciembre de 2006 puso en marcha el Seguro Médico para una Nueva Generación a fin de garantizar la atención de la niñez que carece de seguridad social desde el momento de su nacimiento. La reducción de la mortalidad infantil en nuestro país muestra una tendencia descendente que permitió registrar una tasa de 14.2 defunciones en el último año. De mantenerse esta tendencia se cumplirá con la meta comprometida de 13.05 defunciones para 2015.

En otras áreas de la salud, seguimos atendiendo el problema de la obesidad/sobrepeso como factor de riesgo para desarrollar otras patologías crónicas, sobre todo la diabetes e hipertensión arterial. En conjunto con la SEP se ha trabajado para impulsar la mejora del contenido nutricional de los desayunos en la escuela; el reglamento para los alimentos y bebidas que se venden en dichos establecimientos, el cual comenzó a aplicarse en enero de 2011; del mismo modo se creó el Código de Autoregulación para promocionar los alimentos y bebidas para niños (PABI); y está en funciones el Consejo Nacional de Enfermedades Crónicas (CONACRO).

En materia de VIH/SIDA hemos continuado avanzando al garantizar la cobertura universal en medicamento de alta calidad para todas las personas que lo solicitan, y están en tratamiento más de 42,000 en el país, también se están financiando los estudios de laboratorio (CD4) y replicación viral para todas las personas tratadas, lo que ha permitido una reducción de la mortalidad de 5 por ciento en 2009 a 3.21 por ciento en 2010.

En lo que se refiere al dengue, hemos intensificado las campañas de prevención mediante descacharrización, abatización y fumigación, de tal forma que entre 2009 y 2010 hubo una reducción del 50% de los casos y en los 6 primeros meses del 2011 de un 75% contabilizándose menos de 2,000 casos confirmados este año.

En materia del combate a las adicciones, a junio de 2011 se cuentan con 323 unidades de especialidades médicas Nueva Vida en beneficio de más de 24 millones de habitantes de las 32 entidades federativas, con una inversión global de 601 millones de pesos, de los cuales 507 millones corresponden a recursos federales. Se aplican las pruebas de tamizaje escolar y tratamientos breves, pláticas y talleres de orientación y sensibilización con la finalidad de prevenir el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, así como para evitar la progresión del uso experimental a un abuso o dependencia en sujetos en riesgo.

Para continuar reforzando las acciones en contra de las adicciones relacionadas con el tabaco, el 24 de septiembre de 2010 entraron en vigor las disposiciones para la formulación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberán figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos.

En 2010 se aplicó la Encuesta Nacional sobre Percepción de la Discapacidad en cinco mil 400 hogares del país y se inició el desarrollo del Sistema de Información sobre Discapacidad, que incluye el registro nominal de personas con discapacidad e información georeferencial sobre oferta y prestación de servicios para dichas personas.

En los institutos nacionales de salud seguimos atendiendo con calidad a miles de pacientes y sus familiares, fortaleciendo la atención especializada. Se puso en operación la torre de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría y la unidad para la atención de quemados en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Durante la actual administración se han creado 200 plazas de investigadores en los institutos y se han otorgado 250 becas para estudiantes que desean hacer investigación tutorada.

Como parte de la coordinación con los gobiernos estatales y los distintos sectores de la sociedad se realizó un intenso programa de giras de trabajo institucionales que consolida dicha coordinación y el proceso de rectoría dentro del sector salud. Además, las reuniones del Consejo Nacional de Salud (cuatro en el periodo), permitieron tomar decisiones consensuadas y redefinir estrategias para enfrentar problemáticas nacionales y locales.

Con lo descrito previamente se da cuenta de los logros obtenidos durante los últimos cinco años y en especial en el periodo del primero de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011; sin embargo, es indispensable redoblar los esfuerzos en materia de reducción de la mortalidad materna e infantil, respecto de la lucha contra el dengue y el paludismo, para reducir la carga de enfermedad que representan las enfermedades crónicas, especialmente la diabetes y la hipertensión, la obesidad y el sobrepeso, y finalmente para garantizar en 2011 la cobertura universal de salud.

Lograr lo anterior es indispensable para avanzar como país en la construcción de una nueva generación de mexicanos, para lo cual es urgente lograr la reducción de los grandes rezagos y los desequilibrios que todavía persisten.

Señoras y señores legisladores

El presente Informe de Labores da cuenta de las acciones realizadas por la Secretaría y el sector salud en su conjunto, y pone a consideración, en forma sucinta, lo que se manifiesta en cada uno de sus apartados, donde las diferentes áreas administrativas informan de manera responsable sobre las actividades desarrolladas en el periodo en comento.

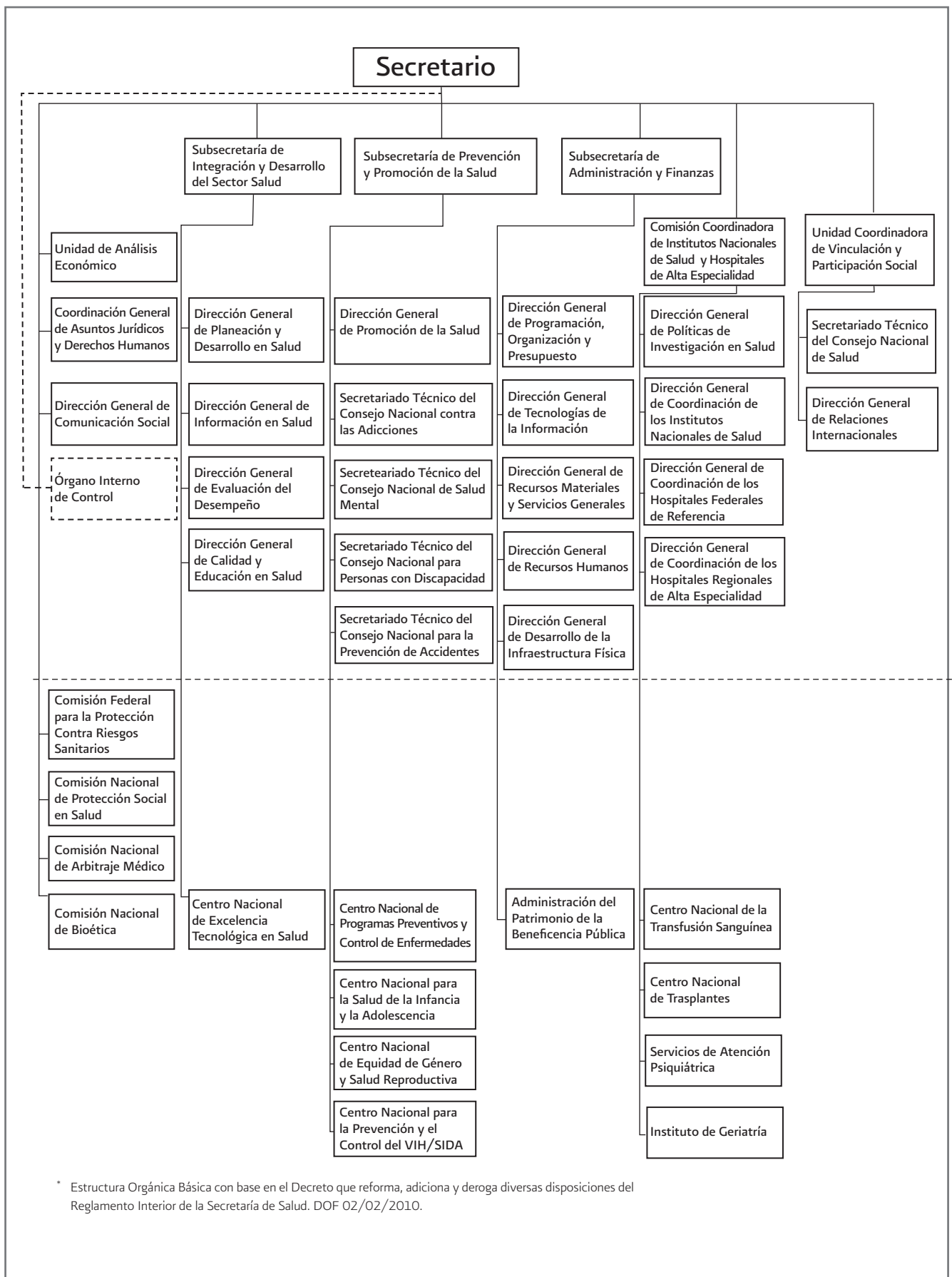
La Secretaría de Salud continuará con su compromiso permanente de informar y rendir cuentas a ustedes y a la sociedad en su conjunto sobre el estado que guarda la salud de la población, así como de los resultados del ejercicio de los recursos públicos que se le asignan para el desarrollo de sus funciones. Continuaremos con la difusión de los avances y los resultados de las actividades que se realizan, hacerlo con transparencia y oportunidad es una obligación legal que contribuye a la construcción del régimen democrático y justo hacia donde nuestro país avanza.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

ESTRUCTURA ORGÁNICA BÁSICA *

ESTRUCTURA DICTAMINADA POR LA SECRETARÍA DE SALUD



* Estructura Orgánica Básica con base en el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF 02/02/2010.

1. ÁREA DEL C. SECRETARIO

1. ÁREA DEL C. SECRETARIO

Las oficinas del C. Secretario de Salud, en apoyo al desarrollo y cumplimiento de las funciones que le confiere el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud al Titular de la dependencia, llevó a cabo distintas actividades entre las que destacan la atención permanente de las agendas nacional e internacional en materia de salud y la implantación y seguimiento de los objetivos y estrategias establecidas en el PROSESA 2007-2012, con apego a lo establecido en el PND 2007-2012, cuya premisa básica es lograr el desarrollo humano sustentable que permita ampliar las capacidades y libertades de todos los mexicanos para que disfruten de una vida digna. Como parte de las actividades realizadas destacan las siguientes:

La Secretaría a finales de diciembre de 2010 aplicó 13.1 millones de vacunas contra la influenza A(H1N1), a través de campañas de vacunación entre los grupos de mayor riesgo, en especial a mujeres embarazadas; además difundió mensajes sobre las técnicas de lavado de manos y sobre la forma correcta de toser y estornudar para evitar contagios. Se entregaron insumos de la reserva estratégica a los servicios estatales de salud, a hospitales federales e institutos nacionales que lo solicitaron, con el fin de hacer frente a los casos que se presentaron.

Bajo un principio de solidaridad se estableció la Estrategia 100x100, en la cual se prioriza la atención de los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH). En este contexto destacan los siguientes logros:

- Reducción de la mortalidad infantil. Con el propósito de reducir la mortalidad infantil y las brechas existentes entre entidades y regiones del país se desarrollan cuatro componentes básicos que son: la vacunación universal; prevención y control de enfermedades diarreicas agudas a través de la administración de albendazol; prevención y control de infecciones respiratorias agudas, y la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños.
- Arranque Parejo en la Vida. De julio a diciembre de 2010 se realizaron visitas de asesoría, acompañamiento y seguimiento, incluyendo reuniones con las autoridades de los servicios estatales de salud y presidentes municipales.
- Vectores. Durante el presente año se fortaleció la detección, diagnóstico y tratamiento de la totalidad de la población en riesgo, logrando atender al 100 por ciento de los casos sospechosos y casos confirmados de las enfermedades transmitidas por vector.
 - En los 125 municipios los casos por *P. vivax* se redujeron 50.3 por ciento en comparación con el año anterior; mientras que la transmisión por *P. falciparum* se eliminó en dichos municipios.
 - Se redujo 6.7 por ciento el número de casos en los municipios de menor IDH. Los casos de fiebre por dengue se redujeron a cuatro en 2010, con un decremento del 69.2 por ciento respecto al año anterior.
- Caravanas. La cobertura del programa en las localidades de los municipios con menor IDH se amplió en 16 por ciento en relación con la reportada en 2009 y se duplicó con respecto a 2008, llegando a mil 419 localidades. La población beneficiada en 2010 fue de 218 mil 547 personas, lo que representó un incremento de 49 por ciento respecto a 2009.
- Desarrollo Humano Oportunidades. El Programa está presente en los 125 municipios donde la atención del componente de salud se otorga por la SS y el IMSS-Oportunidades. La SS atendió a la población beneficiaria de 114 municipios prioritarios en 459 centros de salud y 175 unidades médicas móviles, otorgando un poco más de 1.6 millones de consultas médicas, de las cuales la tercera parte fueron otorgadas a niños menores de cinco años.
- Seguro Popular. En apoyo a la Estrategia 100x100 el Seguro Popular ha realizado diversas estrategias para afiliar a todas las personas sin seguridad social que radican en los municipios de menor IDH. En 2010 se afiliaron un millón 245 mil 924 personas de estos municipios, lo que representa un incremento de 34.2 por ciento con respecto a 2009.
- Promoción de la salud. Se impulsaron los programas Entornos y Comunidades Saludables; Escuela y Salud; Vete Sano, Regresa Sano, y Hacia una Nueva Cultura por la Salud, logrando la certificación de 95

escuelas como promotoras de la salud; la certificación de 47 comunidades saludables; la reorientación de tres mil 343 comités locales de salud; el otorgamiento de un millón 674 mil 699 consultas con atención integrada de Línea de Vida; y la realización de 84 mil 456 talleres de promoción de la salud.

- Se agregaron como parte del seguimiento de la Estrategia 100 x 100 los indicadores del programa Vete Sano, Regresa Sano, a través de los cuales se documentó la atención de 19 mil 28 migrantes, de los cuales 12 mil 949 recibieron atención integrada en la Línea de Vida.

A cuatro años de la puesta en marcha de la Alianza por un México Sano, se continúa fortaleciendo la colaboración entre los sectores público, privado, social y los tres órdenes de gobierno. En el periodo que se informa se publicó el Informe Bicentenario de la Alianza por un México Sano, en el marco de los festejos del Centenario de la Revolución Mexicana y Bicentenario de la Independencia. Entre las principales acciones realizadas a través de la Alianza destacan:

- La promoción de la lactancia materna que realiza la Asociación Pro Lactancia Materna, enfocada a informar sobre las ventajas de esta práctica a fin de mejorar la calidad de vida y nutrición de los niños mexicanos.
- Para el combate al sobrepeso y la obesidad, el Consejo Mexicano para la Evaluación del Estudio de la Obesidad, Fundación Mídete, GRUMA, Grupo Mezgo, *International Healthy Snacks* y Nestlé, han realizado programas, campañas y foros de investigación, además del desarrollo de nuevos productos acordes a las pautas de consumo sano.
- Para el combate a las adicciones, la Fundación Gonzalo Río Arronte donó más de 140 millones de pesos en beneficio de 55 proyectos para la prevención, detección, investigación, tratamiento, equipamiento y fortalecimiento, de instituciones públicas y descentralizadas, privadas y organizaciones sociales que participan en la reinserción social de los adictos.
- La adhesión a acciones de prevención y promoción de la salud de *WalMart*, ha propiciado ahorros en medicamentos por más de mil millones de pesos a sus clientes; asimismo, los esfuerzos de CNEC, Colegio de Ingenieros Civiles de México, FUNSALUD, Silanes, Hospital Civil de Guadalajara, CIMI-GEN, Universidad de Guadalajara y de la Universidad Panamericana han contribuido para el cumplimiento de los compromisos pactados en la Alianza por un México Sano.

Durante el transcurso de esta administración se han realizado acciones relevantes en el programa de Transparencia, destacando los siguientes resultados:

- Respecto del tema de Participación Ciudadana, desde septiembre de 2008 se estableció un vínculo permanente con la sociedad organizada a través de la creación de espacios de participación en las unidades administrativas de la SS para el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas.
- En 2010 se publicó la convocatoria del Programa de Participación Ciudadana en las páginas Web de la Secretaría, invitando a la sociedad civil a presentar propuestas de temas sobre los cuales las instituciones del Gobierno Federal deben rendir cuentas. A partir de ello se recibieron cuatro solicitudes relacionadas con dos temas fundamentales: i) Abasto y Acceso a Métodos Anticonceptivos, incluyendo anticoncepción de emergencia y ii) Especificaciones Nutrimientales de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas con Modificaciones en su Composición.
- Respecto a esta última solicitud, la COFEPRIS dio respuesta por escrito, mientras que la SS con el apoyo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, están preparando una sesión informativa con las organizaciones sociales que requirieron la información correspondiente al tema de anticoncepción.
- Con relación al tema de Blindaje Electoral, en 2010 se impartió el curso en línea Procuración de Justicia Penal Electoral y Acciones de Blindaje Electoral, a través del cual se dotó a los servidores públicos de mejores herramientas de análisis, con base en las particularidades tipificadas en las legislaciones penales de cada entidad. Se dio continuidad a la difusión de la normatividad en materia electoral a través del portal de la SS; se publicaron tres carteles promoviendo la denuncia de los delitos electorales y 10 propuestas de mensajes dirigidos a los servidores públicos que se difundieron a través de comprobantes de pago de nómina y correos electrónicos.
- A través del Programa de Cultura Institucional se promueven objetivos, estrategias y líneas de acción para incidir en aspectos relativos a la homologación salarial, promoción de mujeres en puestos de toma de de-

ciones, corresponsabilidad entre la vida laboral, familiar y personal y eliminación de prácticas de hostigamiento sexual, entre otras. En 2010 se elaboró el Mapa de Ruta del plan de trabajo de dicho programa, en el cual se incluyen las acciones comprometidas a corto, mediano y largo plazo; asimismo se realizaron acciones de difusión a través de las páginas *Web* de la SS.

- En Materia de capacitación, durante 2010 se participó en la presentación del Protocolo de Intervención para Casos de Hostigamiento y Acoso Sexual; en el Segundo Seminario Internacional de Cultura Institucional; en el Foro sobre Conciliación Corresponsable entre la Vida Laboral, Familiar, Personal e Institucional; y en el curso en línea del INMujeres sobre sensibilización en materia de equidad de género.
- Se llevaron a cabo cuatro reuniones de trabajo con la participación del INMujeres, la Secretaría de la Función Pública, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Coordinación de Asesores del C. Secretario de Salud, para analizar los indicadores de los programas estratégicos del sector salud con perspectiva de género.
- En febrero de 2011, el Secretario de Salud emitió un pronunciamiento respecto al tema de Hostigamiento y Acoso Sexual, en el cual se definen las pautas a seguir para la conformación del comité colegiado que establecerá el protocolo para la prevención, atención y sanción de casos sobre dichos temas.

Por otra parte, desde el inicio de 2010 se realizan cambios a las plantillas utilizadas en las páginas *Web* de la SS, con el fin de conmemorar el Centenario de la Revolución y el Bicentenario de la Independencia; para el cierre de 2010 se obtuvieron calificaciones entre 8.2 y 10, siendo el Centro Nacional de Trasplantes, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Instituto Nacional de Medicina Genómica, los que obtuvieron las calificaciones más altas.

Con relación al programa El Buen Juez por su Casa Empieza y en seguimiento al tema de Rezago Educativo, se obtuvo un índice de resultado de ponderación de 0.1, que corresponde a 2.3 de abatimiento del rezago en educación, y que representa mil 455 personas que requieren mejorar sus niveles de educación escolar.

En mayo de 2007, la Secretaría formalizó la puesta en marcha del Programa de Control Interno Institucional, conforme a lo publicado en el DOF del 27 de septiembre de 2006: Los titulares y demás servidores públicos, deberán establecer y mantener el control interno institucional para conducir las actividades hacia el logro de sus objetivos y metas, evaluar y supervisar su funcionamiento y ordenar las acciones para su mejora. Entre las acciones realizadas en este rubro destacan:

- En 2007 se realizó la encuesta de autoevaluación de control interno.
- Se identificaron 21 áreas de oportunidad que se ubican en los apartados: Compromisos de 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; Adecuada Documentación de las Transacciones; y Salvaguarda.
- Como resultado de la encuesta se comprometieron 392 acciones de mejora, de las cuales se atendieron 362 al 15 de junio del 2011, lo que representa 92.3 por ciento de cumplimiento.
- Durante 2008 se inició la etapa de reforzamiento del Programa de Control Interno Institucional, con la definición de los documentos mínimos soporte para cada uno de los reactivos de las cinco normas. Se establecieron 699 acciones de mejora, de las que se han atendido 576 al 15 de junio del 2011, lo que representa 82.4 por ciento de cumplimiento. Además en los 14 procesos sustantivos relacionados con el control interno, se comprometieron 322 acciones de las que se han concluido 281 al 15 de junio del 2011.
- A junio de 2011, han participado en la implementación de acciones de mejora 13 órganos desconcentrados, tres subsecretarías y varias unidades operativas. De 716 acciones de mejora comprometidas en 2009, se han atendido 300, lo que representa 41.9 por ciento de cumplimiento.
- En mayo de 2011, la SS formalizó el acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el DOF el 12 de julio de 2010.

Por otra parte, el Programa Especial de Mejora de la Gestión (PMG) de la Administración Pública Federal se enfoca a realizar mejoras que orienten sistemáticamente la gestión de las instituciones al logro de mejores

resultados en beneficio de la ciudadanía, así como a eliminar aquellas normas, internas o externas, que no aportan mayor valor y que generan trámites y servicios poco útiles. A partir de ello, en 2010 se comprometieron 22 Proyectos de Mejora que serán desarrollados por ocho unidades de la Secretaría. En el periodo del 1° de septiembre de 2010 al 31 de agosto del 2011, se concluyeron, 11 Proyectos de Mejora, desarrollados por cinco unidades de la SS.

CUADRO I.1 PROYECTOS DE MEJORA

UNIDADES	PROYECTOS
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	1. Diagnóstico de los procesos de referencia y contra-referencia de pacientes.
	2. Diagnóstico para determinar la factibilidad para realizar la programación de cita para consulta externa a través de un sistema vía telefónica o por internet.
	3. Diagnóstico sobre el proceso de atención en consulta externa en particular la de primera vez.
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	4. Revisión, actualización y emisión de normas oficiales mexicanas incluidas en el Programa Nacional de Normalización 2010.
Dirección General de Evaluación del Desempeño	5. Programa Seguro Médico para una Nueva Generación.
	6. Programa Caravanas de la Salud.
	7. Programa Comunidades Saludables.
	8. Programa Sistema Integral de Calidad en Salud.
Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios	9. Programa Nacional de Normalización 2010 Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario.
Coordinación de Asesores del Secretario	10. Eliminación y actualización de trámites del Registro Federal de Trámites y Servicios.
	11. Regulación Base Cero a través de Comités de Remisión Normativa.

FUENTE: Secretaría de Salud.

Aunado a lo anterior y como parte del Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción, el Programa Cero Observaciones se incluyó en las acciones del Programa Nacional, a partir de ello, la Secretaría de Salud obtuvo como calificación en el abatimiento de recurrencia de observaciones de 7.09 en 2009 y 6.75 en 2010, cifras consideradas como calificaciones satisfactorias. Para el ejercicio 2011 se estableció como meta de abatimiento de recurrencia 8.0, considerada dentro del rango como sobresaliente.

1.1 UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

La Unidad de Análisis Económico (UAE) actúa como un órgano de consulta y apoyo para diversas dependencias de la Secretaría de Salud. Entre sus labores destaca el trabajo para optimizar la asignación equitativa de recursos y garantizar la sustentabilidad del Sistema, así como el desarrollo de análisis en materia de economía de la salud.

Durante el periodo del presente informe, la UAE continuó apoyando a la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y Otros Insumos para la Salud a través de la Coordinación del Comité de Evaluación Económica. Su principal aportación fue proporcionar los análisis económicos sobre precios para el proceso de negociación 2010. De igual modo participó en los trabajos intersectoriales para un mejor funcionamiento del mercado farmacéutico e inició la constitución de un banco de precios comparables a nivel internacional para los medicamentos patentados.

En un trabajo conjunto con la Dirección General de Vinculación de la UNAM, la UAE participó como secretario técnico en la elaboración de un Mapa Conceptual sobre Salud Pública y Propiedad Intelectual en México, proyecto auspiciado por la OPS a finales del 2010. El objetivo fue generar una herramienta cualitativa derivada de entrevistas a 23 actores relacionados con el Sistema de Propiedad Intelectual Mexicano, útil para la toma de decisiones de política pública en el tema de propiedad intelectual y acceso a medicamentos.

Como parte del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, la UAE continuó apoyando a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) con la evaluación económica de intervenciones preventivas contra la obesidad y sobrepeso en el contexto mexicano. Los resultados se presentaron en la Reunión Ministerial en Salud realizada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en octubre de 2010 y fueron publicados en *Tackling of Unhealthy Diets, Physical Inactivity and Obesity: Health Effects and Cost-Effectiveness* del número especial sobre enfermedades crónicas en *The Lancet*, en noviembre de 2010. Asimismo, se realizó el análisis económico para el proceso de manifestación de impacto regulatorio de los Lineamientos Generales para el Expendio o Distribución de Alimentos y Bebidas en los Establecimientos de Consumo Escolar de los Planteles de Educación Básica, los cuales fueron aprobados y puestos en operación a partir del 1 de enero de 2011.

La UAE continuó participando en el Comité de Salud de la OCDE vinculando los proyectos de la salud de dicha organización con las distintas áreas del sector. En particular, ha participado en las reuniones de discusión del proyecto sobre Economía de la Prevención y en la Reunión Ministerial 2010. Asimismo, está apoyando la conformación de los Indicadores de Salud (*Health Data*) e Indicadores de Calidad de Servicios de la Atención Médica (*Health Care Quality Indicators*), mediante la coordinación de grupos de trabajo, además de colaborar con la localización y análisis de datos provenientes de distintas fuentes nacionales de información en salud, y la generación de propuestas para que en ediciones futuras se cuente con más y mejores datos para el cálculo de los indicadores.

También se ha elaborado una propuesta de colaboración con el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades para analizar trayectorias en salud y su vinculación con los determinantes sociales. Lo anterior con el fin de generar evidencias sobre el tema en el contexto mexicano para usarse en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud que se realizará en octubre de 2011 e informar a los tomadores de decisiones de los diferentes sectores involucrados en el tema en México. Adicionalmente, en colaboración con el Instituto de Geriátría, se están definiendo las bases para realizar una evaluación económica del costo de la dependencia en los adultos mayores en México.

En coordinación con el Centro Nacional de Salud para la Infancia y la Adolescencia, la UAE trabajó en la evaluación económica sobre estrategias de vacunación de *Pertussis* en adolescentes y adultos. Los resultados de dicha evaluación se presentaron ante el Consejo Nacional de Vacunación y fueron considerados, junto con otras evidencias, para tomar la decisión de no incluir dicha estrategia de vacunación. De igual forma, los resultados fueron presentados en el congreso internacional de la *International Health Economics Association 2011*, realizado en Toronto Canadá. Por otra parte, en coordinación con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, se desarrolló una evaluación económica tanto del tratamiento antirretroviral como de las intervenciones preventivas más costo-efectivas para apoyar los programas nacionales en la materia.

Adicionalmente, la UAE dio seguimiento al estudio comisionado a expertos de la CEPAL y OPS sobre el impacto financiero de la pandemia por Influenza A(H1N1) para el Sistema Nacional de Salud. Se participó, en coordinación con la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, en la definición de los requerimientos financieros para enfrentar un probable sismo de 8.1 grados Richter en la Ciudad de México; también colaboró en el proyecto de costeo del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud coordinado por DGPLADES. Además, actualizó la estimación del porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos y empobrecedores por motivos de salud 2010, a petición de la DGED. Dicha estimación se realiza para el seguimiento de las metas estratégicas del objetivo cuatro del Programa Nacional de Salud.

Por otra parte, a fin de apoyar las acciones orientadas a disminuir la mortalidad materna a nivel nacional, la UAE ha participado en los trabajos para la instrumentación del convenio general de colaboración en emergencias obstétricas. De manera específica en la definición e integración de los costos de la atención de emergencias obstétricas identificando los conceptos facturables y principales factores diferenciadores entre las instituciones (IMSS, ISSSTE, SS), así como en la identificación de las fuentes de financiamiento y la evaluación de diversas alternativas para operar el pago de las contraprestaciones derivadas de dicho convenio incluyendo el desarrollo interinstitucional del sistema de registro.

La UAE participa, junto con las Secretarías del Medio Ambiente y Recursos Naturales, la de Energía y el Banco Mundial, en el proyecto Evaluación de Externalidades Derivadas de la Generación de Energía Eléctrica. La metodología, que utiliza datos proporcionados por la UAE, permite estimar los impactos en la salud y la pérdida de expectativa de vida, para evaluar el impacto económico de la mortalidad prematura vinculada con la generación de electricidad.

En el marco de los Diálogos sobre Políticas de Cohesión Social entre México y la Unión Europea, la UAE sigue coordinando el tema de Facturación Cruzada y participando en el tema de Política de Medicamentos. En noviembre de 2010 se realizó el Seminario Transversal en el que se propuso un catálogo de proyectos para trabajar en el periodo 2011-2012. Con la finalidad de impulsar el proceso de reforma del Sistema de Salud Mexicano, los proyectos propuestos se han enfocado a temas relacionados con la integración del sector.

También se continúa apoyando a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en el desarrollo del proceso de costeo de intervenciones de salud a ser incluidas en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos 2011, particularmente en el caso del costeo del trasplante de córnea, así como en la realización del análisis del precio umbral para medicamentos de enfermedades huérfanas. Derivado de dichos trabajos, la UAE participó en el artículo *Clinical Benefits, Costs, and Cost-Effectiveness of Neonatal Intensive Care in Mexico* publicado en *PLoS Medicine* en Diciembre de 2010.

Se ha trabajado de forma coordinada con el CENATRA en el desarrollo de una estrategia nacional para fomentar el incremento de los trasplantes de córnea, así como en el costeo del proceso de procuración de órganos. Esta estrategia está encaminada a incentivar un intercambio ordenado y consensuado de servicios entre instituciones públicas mediante el cual se apoye la eficiencia en el uso de los recursos públicos disponibles. Por otro lado, se analizó la evidencia para poner en marcha un proyecto de tiempos de espera garantizados para el tratamiento de cataratas entre instituciones.

A petición del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, la UAE está desarrollando un análisis de costo-efectividad e impacto presupuestal del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Los resultados apoyarán al proceso de implementación de la actualización 2011 de la norma oficial respectiva.

Como parte del grupo técnico para la elaboración de la estrategia integral de atención a la salud del emigrante, la UAE analiza las preferencias y preocupaciones relativas al acceso y cobertura de servicios de salud que enfrenta la comunidad mexicana en Estados Unidos. El objetivo es orientar los esfuerzos de política y proyectos de aseguramiento al tipo de productos cuya demanda potencial sea elevada e insertar elementos que reduzcan las barreras de acceso. Adicionalmente la UAE es responsable de colaborar junto con la Secretaría de Turismo y otros actores en el desarrollo del turismo en salud a través de los hospitales privados certificados bajo un esfuerzo conjunto entre sectores y diversos niveles de gobierno.

Como parte del apoyo técnico brindado a la Dirección General de Asuntos Jurídicos, la UAE emitió los comentarios solicitados por dicha dirección en torno a documentos normativos (lineamientos y reglamentos), así como diversas iniciativas de reformas discutidas en el Congreso de la Unión.

Finalmente la UAE, a través de su programa de servicio social y tesis en el tema de Reforma al sector salud, promovió diversos temas de evaluación económica enfocados al sector público de la salud. Apoyó las labores tanto de la Red Institucional de Evaluación de Tecnologías como al Centro Nacional de Trasplantes con sesiones de capacitación en el tema de evaluación económica en salud, y participó en el XXV Foro Nacional de Estadística, realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública, con tres trabajos de evaluación económica en el contexto mexicano vinculados con el costo-efectividad de intervenciones preventivas contra enfermedades crónicas y obesidad, el acceso a tratamiento antirretroviral y el proceso de procuración-trasplante-seguimiento de pacientes renales.

1.2 COORDINACIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

La Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos provee asesoría y consultoría jurídica en general. Está encargada de la defensa de los intereses patrimoniales de la Secretaría de Salud y del sector coordinado por ésta, asimismo, orienta, asesora y realiza análisis y propuestas jurídicas para promover los elementos que consoliden y sustenten las bases del derecho a la protección de la salud, en el marco de atribuciones del Reglamento Interior de la SS. En el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011, informamos lo siguiente:

La Dirección Contenciosa en Materia Civil, mantiene 25 asuntos en trámite, ocho han sido resueltos, de los cuales seis fueron favorables por un monto de 61 millones de pesos y dos desfavorables por un monto de 121 millones de pesos, 110 comparecencias ante juzgados y cuatro demandas nuevas por un monto total de 157 millones de pesos.

En materia laboral hay 829 juicios en trámite, 212 demandas nuevas, 14 laudos favorables, mil 401 audiencias y 60 consultas; se otorgaron 45 asistencias y 74 asesorías personalizadas como colaboración estratégica para la integración e instrumentación de las actas administrativas. En materia penal se realizaron 24 averiguaciones previas, 84 comparecencias ante el Ministerio Público y juzgados, nueve consultas y tres recuperaciones.

En lo contencioso administrativo se recibieron 20 nuevos juicios y se continuó con la atención de 75 juicios y uno de nulidad local interpuesto por la SS; se obtuvieron 10 sentencias desfavorables y tres favorables. El juicio de nulidad local se resolvió favorablemente a los intereses de la SS, lo que generó un ahorro de 4.3 millones de pesos. Se brindó asesoría jurídica al Consejo de Salubridad General en la atención de cuatro juicios de nulidad promovidos en su contra y atención de seis juicios de amparo, así como a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud para la atención de un juicio de nulidad y cuatro juicios de garantías. Se atendieron 68 requerimientos del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa y tres del Servicio de Administración Tributaria. Asimismo, se brindó asesoría a la CNPSS con relación a la negativa de registro y uso de la marca Vida Vital.

En materia de juicios de amparo, además de continuar con la atención de los juicios vigentes durante el periodo que se reporta, se recibieron 780 demandas nuevas. En 164 de ellas se ejerció la representación presidencial. Para su atención se rindieron mil 103 informes de ley, 947 justificados y 156 previos. Asimismo, se interpusieron seis recursos de queja, 10 de revisión y 11 de revisión adhesiva. Se concluyeron 290 juicios: 235 favorables y 55 desfavorables. Adicionalmente, se atendieron 36 juicios de amparo en materia administrativa en los que la SS fungió como tercero interesado, obteniendo en todos los casos sentencias favorables.

Del H. Congreso de la Unión se recibieron 796 solicitudes de opinión relativas a iniciativas, dictámenes y minutas, así como puntos de acuerdo. Se atendieron mil 413 consultas relacionadas con diversos temas del marco jurídico sanitario, así como la solicitud de asesoría jurídica u opinión de anteproyectos de diversos ordenamientos jurídicos y se recibieron 110 solicitudes de análisis y dictaminación en relación a 49 Normas Oficiales Mexicanas.

En apoyo a las actividades sustantivas de las unidades administrativas, órganos desconcentrados y sector coordinado de la SS, y en ejercicio de las atribuciones que nos confiere el Reglamento Interior para remitir los documentos que requieran ser publicados en el DOF, se gestionó la publicación de 62 documentos. Se elaboraron y registraron 54 nombramientos, tres de ellos Presidenciales. Asimismo, se atendieron 166 reuniones de trabajo y se presentó la conferencia: Atribuciones a Nivel Federal y Local Relacionadas con Materia de Salud, en el marco de presentaciones a nuevos secretarios de salud de las entidades federativas.

En materia de adquisiciones y obra pública, se asistió a 179 sesiones de distintos comités y subcomités de la dependencia. Asimismo, se realizaron 137 reuniones de asistencia legal y se otorgó asesoría jurídica en 862 asuntos y 486 consultas en materia administrativa en general.

El COMERI, implementó mejores prácticas de simplificación regulatoria detectando áreas de oportunidad de la Secretaría de Salud, para coadyuvar en los objetivos del Programa de Regulación Base Cero, aprobando en su pleno, ordenamientos internos de diversa índole, destacaron la realización de 12 sesiones, las cuales generaron 108 acuerdos.

Se concluyó con el proceso de entrega recepción de bienes en favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, y se han encaminado para su próxima conclusión, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca y el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas; se asistió a nueve reuniones del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, a 10 reuniones de trabajo de la CIBIOGEM y 42 de asuntos competencia de esta Coordinación General.

En cuanto a la transparencia y acceso a la información pública, destacan las labores del Comité de Información de esta dependencia, cuya presidencia corresponde a esta Coordinación General. En el periodo, dicho Comité sesionó en 53 ocasiones; se recibieron 295 solicitudes de información, mismas que fueron resueltas y tramitadas en términos de la legislación de la materia. Se dio cumplimiento a 48 resoluciones del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos y se tramitó la defensa de 125 recursos interpuestos.

Con relación a los convenios, acuerdos y bases se llevó a cabo la revisión, dictaminación elaboración y visto bueno jurídico de 443 convenios, 270 acuerdos, 119 consultas jurídicas, 65 instrumentos internacionales y 40 bases, en los que la Secretaría es parte, tanto en el ámbito nacional como internacional.

En materia de derechos humanos, se atendieron 25 quejas presentadas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH); de éstas, 22 fueron concluidas sin responsabilidad para la SS. De igual modo, se respondió a 75 solicitudes de información en vía de colaboración y una recomendación que fue aceptada por la SS, por haber ocurrido los hechos en el Hospital de la Mujer.

Se asistió a 131 reuniones relacionadas con temas de Derechos Humanos, de impacto nacional e internacional, además se participó en la elaboración del Programa Nacional para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas 2010-2012, en el anteproyecto del Programa Nacional Gerontológico, en la Ley de Migración y se mantienen los trabajos para la elaboración del anteproyecto de Ley de Atención a Víctimas del Delito. También se coadyuvó con la Secretaría de Relaciones Exteriores para preparar la sustentación del informe de México sobre la aplicación del protocolo sobre venta de niños, prostitución infantil y utilización de niños en la pornografía, así como la preparación del informe inicial de México en la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad y de la audiencia pública Derecho a la Consulta Pública y Participación en Asuntos de Interés Público en México. Se apoyó la difusión de la campaña Corazón Azul para prevenir y erradicar la trata de personas.

Respecto a los asuntos tratados en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, se proporcionó información y seguimiento a las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: Campo Algodonero, Fernández Ortega y Rosendo Cantú, así como la gestión de Medidas Cautelares a seis casos. Se proporcionó información para dar seguimiento al Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2007-2012, Programa Nacional de Derechos Humanos 2008-2012 y Programa Nacional para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas 2010-2012.

Se difundió entre los servicios estatales de salud la Recomendación General No. 18 de la CNDH, sobre la Situación de los Derechos Humanos de los Internos en los Centros Penitenciarios de la República Mexicana. Por último, ante el Consejo Nacional de Salud, los servicios estatales de salud se comprometieron a establecer un enlace para la atención coordinada de los mismos, así como la elaboración de informes y acciones de los compromisos asumidos por el Gobierno Mexicano en materia de Derechos Humanos.

1.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en su artículo 19 otorga a la Dirección General de Comunicación Social la atribución de mantener informada a la población sobre el desarrollo de los programas de la Secretaría y contribuir a la difusión homogénea de las actividades del sector salud, de conformidad con las disposiciones que emita la Secretaría de Gobernación en materia de comunicación social.

En desempeño de sus atribuciones y fiel a su misión, entre el 1 de septiembre 2010 y el 31 de agosto de 2011, la Dirección General de Comunicación Social informó amplia, puntual y objetivamente a la ciudadanía y a la opinión pública en general sobre las acciones y los programas que lleva a cabo la Secretaría para que todos los mexicanos accedan a los servicios de salud como un derecho universal.

En esta tarea, la claridad de su visión y el uso de diversas herramientas de comunicación le permitieron llegar cotidianamente a los diversos sectores de la población, con mensajes sobre acciones preventivas y control de enfermedades mediante la difusión a nivel nacional de siete campañas institucionales, 620 comunicados de prensa, 991 entrevistas, 441 coberturas de eventos y la elaboración de 51 artículos especiales. Las campañas difundidas fueron:

- Adicciones Versión Alcohol
- Fomento a una Nueva Cultura de la Salud Versión Antibióticos Sólo con Receta Médica
- Fomento a una Nueva Cultura de la Salud Versión Mortalidad Materna
- Control de Enfermedades y Alertas Sanitaria Versión Enfermedades Transmisibles por Vector
- Control de Enfermedades y Alertas Sanitaria Versión Obesidad
- Igualdad de Oportunidades
- Fomento a una Nueva Cultura de la Salud Versión Planificación Familiar

El periódico *México Sano*, órgano interno de información de la Secretaría de Salud que consta de 32 páginas divididas en distintas secciones, además de colaborar en la difusión de acciones institucionales a los trabajadores de la misma, también ha permitido la participación de diversas instituciones del Gobierno Federal que encuentran en este medio un espacio para difundir acciones de su competencia.

Estas acciones se reforzaron con el programa “México Sano, México Fuerte TV” que, en coordinación con Televisión Educativa, se transmite de lunes a viernes una hora en vivo a través del sistema de cable a partir del 7 de marzo de 2011.

Otra acción que contribuyó a mejorar la imagen de la Secretaría para ser percibida por la población como una institución al servicio de todos los mexicanos, fue la atención personalizada a las 947 solicitudes de apoyo, formuladas por la ciudadanía, para acceder a los servicios médicos. Este apoyo se brindó a través de hospitales federales e institutos nacionales de salud.

La comunicación social al interior y al exterior se ha desarrollado con base en dos estrategias y sus correspondientes líneas de acción. Sus metas, en su mayoría, han sido superadas en cada ejercicio con acciones que han arrojado resultados ascendentes, tal como se puede apreciar en los siguientes cuadros:

CUADRO III.1 ACCIONES Y PROGRAMAS INSTITUCIONALES REALIZADOS PARA INFORMAR CON OPORTUNIDAD Y VERACIDAD A LA CIUDADANÍA Y AL PÚBLICO EN GENERAL

ACCIÓN	RESULTADO ALCANZADO	
	1 DE SEPTIEMBRE 2009 AL 31 DE AGOSTO DE 2010	1 DE SEPTIEMBRE 2010 AL 31 DE AGOSTO DE 2011
Asesorías a las unidades administrativas para el manejo de la información en situaciones comunes y emergentes.	185	888
Coberturas informativas de los eventos institucionales y giras de trabajo del Secretario y funcionarios de la Secretaría.	290	441
Boletines de prensa elaborados y enviados a los medios de comunicación para su difusión.	365	620
Ediciones del periódico México Sano.	5	7

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Comunicación Social.

CUADRO III.2 ACCIONES REALIZADAS CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA DIFUNDIR VERAZ Y OPORTUNAMENTE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARÍA DE SALUD

ACCIÓN	RESULTADO ALCANZADO	
	1° DE SEPTIEMBRE DE 2009 AL 31 DE AGOSTO DE 2010	1° DE SEPTIEMBRE DE 2010 AL 31 DE AGOSTO DE 2011
Conferencias de prensa del Secretario y funcionarios de la institución.	15	49
Entrevistas a funcionarios y especialistas de la Secretaría.	551	991
Planeación y coordinación del diseño, la edición y la producción de los materiales gráficos (campañas) que divulga.	332	2 014
Percepción institucional en los medios de comunicación (porcentaje de aceptación). ^{1/}	91.5	89.3

^{1/} El porcentaje corresponde a nueve mil 613 notas positivas de un total de 10 mil 765.

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Comunicación Social.

El balance del desempeño de la Dirección General de Comunicación Social durante la presente administración arroja resultados favorables. Con el ejercicio de sus atribuciones alineadas en todo momento a su misión y su visión, no sólo ha contribuido al cumplimiento del PND y el PRONASA, sino que también ha hecho de la comunicación social un factor estratégico para combatir la incertidumbre en momentos críticos, impulsar políticas públicas y disposiciones legales para proteger la salud de la población y para difundir las directrices necesarias para superar los retos extraordinarios que ha tenido que enfrentar la Secretaría de Salud.

1.4 UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

La UCVPS tiene como función primordial conducir mecanismos de vinculación con dependencias y entidades del sector público, el Poder Legislativo, la sociedad civil y organismos no gubernamentales, nacionales e internacionales, para colaborar al desarrollo del Sistema Nacional de Salud. Comprende una Dirección Administrativa; las Direcciones Generales Adjuntas de Vinculación Social, de Coordinación de Proyectos Estratégicos, de Coordinación con los Sistemas Estatales de Salud, la Dirección General de Relaciones Internacionales, y el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud.

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Es responsable de administrar los recursos humanos, financieros y materiales, así como de proporcionar los servicios generales y de apoyo que requiera la UCVPS y las áreas que de ella dependen. De septiembre de 2010 a agosto de 2011, la Dirección realizó las siguientes actividades:

Coadyuvó a la instrumentación de las políticas en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios y bienes muebles, a través de su participación en los Comités de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, y de Bienes Muebles de la Secretaría de Salud. Participó en la atención oportuna de las solicitudes de información presentadas por el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos.

Apoyó administrativamente las Reuniones del Consejo Nacional de Salud, así como a las instancias que organizan las giras del C. Secretario, a algunas de las cuales asistió el Presidente de la República, para atender problemas sociales o poner en marcha programas de salud; y, a los servidores públicos que participaron, con la representación de la SS, en reuniones y foros internacionales.

Efectuó los pagos de las becas otorgadas para apoyar a los profesionales mexicanos de salud, seleccionados para realizar estudios de formación o especialización en la modalidad de doctorado en el extranjero.

Tramitó el pago de cuotas y aportaciones a organismos internacionales, como la OMS, OPS y Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos.

Llevó a cabo el mantenimiento preventivo y correctivo del parque vehicular con el que cuenta la UCVPS. Realizó mejoras a los sistemas administrativos de gestión, almacén, control de viáticos y peticiones ciudadanas.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE VINCULACIÓN SOCIAL

Tiene como objetivo propiciar la participación de los órganos legislativos y la sociedad civil para construir los consensos necesarios en la planeación, instrumentación y evaluación de las acciones del sector salud.

Se trabajó en coordinación con la Secretaría de Gobernación y con el Poder Legislativo para impulsar reformas a la Ley General de Salud; entre otras, destacan las siguientes:

- Artículos 81, 83, 271, 272 bis, 272 bis 1, 272 bis 2, 272 bis 3, para prever que las cirugías estéticas se realicen por cirujanos certificados (aprobada 29 abril 2011).
- Artículos 3 y 13, para regresar a su ubicación original las materias de salubridad general y evitar que las atribuciones que ejercen la Secretaría de Salud y las entidades federativas se afecten (aprobada 27 abril 2011).
- Artículos 72, 73, 74, 75, 76 y 77, y 74 bis para que los enfermos mentales tengan derecho a una rehabilitación adecuada e informada sobre su padecimiento, los medicamentos utilizados y los tratamientos alternativos (aprobada 27 abril 2011).
- Artículos 17 bis, 194, 257, 269, 270, 272, 414 bis, la denominación al Capítulo IX, del Título Duodécimo, para actualizar el marco aplicable a los productos cosméticos (publicada DOF 7 junio 2011). Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, para promover sus derechos en materia de salud, asistencia social, trabajo, educación, accesibilidad, vivienda y transporte (publicada DOF 30 mayo 2011). Ley de Asistencia Social, artículo 12, para sustituir el término invalidez por discapacidad (publicada DOF 1 junio 2011).

Se presentaron 183 iniciativas y 536 puntos de acuerdo los cuales se analizaron para emitirse la opinión institucional y se enviaron al Poder Legislativo a través de la Secretaría de Gobernación.

Se actualizó y amplió a ocho mil 32 registros, la base de datos de organizaciones sociales en temas de salud. Se realizaron tres foros con organizaciones sociales sobre alimentación, Fibromialgia y Diabetes. Se organizó la entrega del Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE COORDINACIÓN DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS

Tiene entre sus facultades la de fungir como enlace entre los sectores público, social y privado por lo que, para el periodo comprendido del 1º de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011, se realizaron las gestiones pertinentes para participar en 10 eventos de carácter presidencial en materia de salud, y se impulsaron 24 proyectos estratégicos vinculados con los programas y acciones de diversas áreas de la Secretaría de Salud.

Participó en 67 reuniones de coordinadores de asesores, en las que facilitó el seguimiento y atención a los acuerdos y compromisos adoptados. Supervisó los compromisos de la UCVPS en igual número de reuniones de Gabinete de Salud; e intervino en 18 reuniones del Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría y del Comité de Información.

Colaboró en la coordinación de las acciones de la estrategia Todos Somos Juárez: Reconstruyamos la Ciudad, en donde, la SS concluyó exitosamente 40 compromisos a diciembre de 2010, y con el fin de dar continuidad al trabajo previo, se establecieron 38 acciones relacionadas con temas relevantes como la obesidad y el sobrepeso, y la atención a personas con VIH/SIDA para cumplirse en 2011.

En coordinación con organizaciones de la sociedad civil en el desarrollo de dicha estrategia, se organizaron 10 reuniones del Consejo Ciudadano, en donde se establecieron acuerdos para continuar con la estrecha labor entre la comunidad y las autoridades. Se representó a la SS en diversos foros sobre la implementación de acciones ante la Presidencia de la República, así como con el gobierno estatal y local. Se coordinaron además cinco visitas de trabajo del C. Secretario de Salud, en donde se desarrollaron actividades de supervisión de infraestructura, atención a medios y seguimiento a las acciones de salud mental y adicciones.

En cumplimiento a las disposiciones en materia de transparencia y acceso a la información pública gubernamental, emitidas por el Ejecutivo Federal, se coordinó la atención y seguimiento de 76 solicitudes de información recibidas en las áreas de la UCVPS.

La Dirección de Gestión de Peticiones Ciudadanas y Promoción Social encargada de atender y gestionar las peticiones que en materia de salud realiza la ciudadanía, a través de la Presidencia de la República, de la Oficina del Titular de la Dependencia o de manera directa, atendió 784 solicitudes ciudadanas, entre las que destacan: 734 peticiones federales y 50 de presidentes municipales.

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE COORDINACIÓN CON LOS SISTEMAS ESTATALES DE SALUD

Funge como una de las instancias para fortalecer el carácter normativo de la Secretaría de Salud y servir como área de vinculación política entre el Secretario y las autoridades estatales de salud.

En el periodo del presente informe organizó y coordinó 94 giras de trabajo del Secretario de Salud, a diferentes entidades federativas, nueve de las cuales fueron de carácter presidencial. En estas giras se difundieron programas de política social, para fortalecer la infraestructura y equipamiento médico, a través de la inauguración de unidades hospitalarias como: el Hospital General de Ciudad Hidalgo, en Michoacán; el Hospital General de Saltillo, en Coahuila; el Hospital Materno Infantil ISEM José María Morelos y Pavón, en el Estado de México; el Laboratorio Estatal de Salud Pública, en Nayarit; y la ampliación de la Unidad de Alta Especialidad Pediátrica del Hospital de la Niñez Oaxaqueña, en Oaxaca.

En relación con los programas sociales implementados por el Gobierno Federal y los gobiernos estatales se realizaron giras a diferentes entidades con las siguientes acciones:

- En el marco de la estrategia Todos Somos Juárez, se llevó a cabo un recorrido de supervisión del Hospital de Salud Mental de Ciudad Juárez y una reunión de evaluación de ésta en el estado de Chihuahua.
- En Puebla se lanzó el programa Consulta Segura Primera Consulta, dando mayor énfasis a la prevención y detección oportuna de factores de riesgo.

Se visitaron prácticamente todas las entidades de la República Mexicana, con excepción de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, San Luis Potosí y Tlaxcala.

Se realizaron análisis sociopolíticos y de prospectiva, como apoyo para la toma de decisiones de funcionarios de alto nivel de la UCVPS. Se elaboraron 245 síntesis informativas diarias de Ciudad Juárez, en el marco de la estrategia Todos Somos Juárez, Reconstruyamos la Ciudad; 245 tarjetas informativas de alertas y de información de las secretarías de salud estatales; y 12 análisis prospectivos y trabajos de investigación sobre temas de coyuntura. Se asistió y dio seguimiento a los cuerpos colegiados en los que participa el Secretario de Salud y cuya suplencia recae en la titular de la UCVPS.

1.4.1 DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES

La Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI) tiene entre sus atribuciones promover la cooperación internacional entre México y otros países, así como con organismos internacionales, a través de su participación en foros especializados en salud y de la suscripción de acuerdos e instrumentos internacionales. Los resultados de la vinculación internacional de la SS han sido positivos, obteniéndose experiencias y conocimientos relevantes para México, fortaleciendo su imagen en el exterior y compartiendo las mejores prácticas de nuestro país con otros países.

Se participó en foros internacionales de alto nivel, en temas de salud pública nacional e internacional, entre los que destacan: la consulta de expertos sobre obesidad intitulada Acción Intersectorial en Salud: Impacto sobre las Enfermedades No Transmisibles a través de la Dieta y la Actividad Física realizada en Helsinki (septiembre 2010), en la que se intercambiaron experiencias para la implementación de políticas públicas integrales y multisectoriales; la Reunión Ministerial del Comité de Salud de la OCDE desarrollada en octubre de 2010.

Se celebró la Consulta Regional de Alto Nivel de las Américas contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y la Obesidad (febrero 2011), en la que estuvieron representados 30 países, 14 de ellos a nivel ministerial, con la participación de funcionarios de alto nivel. La Consulta formó parte del proceso mundial por regiones para definir el posicionamiento de los países sobre el tema de las ECNT. Los resultados fueron presentados en la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Lucha contra las Enfermedades No Transmisibles (Moscú, Rusia, abril 2011), donde se definieron estrategias multisectoriales para abordar estos problemas, lo cual permitió que en la 64ª Asamblea Mundial de la Salud se acordaran los puntos clave para la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas.

En la Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2011), se realizó un evento paralelo sobre Cambio Climático y Salud, co-organizado por la OMS y nuestro país, en seguimiento a la reunión celebrada en Cancún (diciembre 2010) denominada Cambio Climático y Salud: Retos y Oportunidades, realizada en el marco de la XVI Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP XVI).

Destaca la participación de México en cuerpos de gobernanza, tales como las sesiones del Consejo Ejecutivo de la OMS, tomando en consideración que a partir de mayo de 2011 nuestro país se incorporó como estado miembro por un periodo de tres años. Además, se tuvo una importante presencia en la OPS, destacándose la presidencia de México del 50 Consejo Directivo (septiembre 2010).

En mayo de 2011 se realizó en México el lanzamiento del Decenio de la Seguridad Vial y se suscribió el acuerdo por el que se da a conocer la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011–2020 para Reducir las Lesiones, Discapacidades y Muertes por Accidentes de Tránsito. También se organizó, conjuntamente con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes el Segundo Encuentro Iberoamericano y del Caribe sobre Seguridad Vial, ocasión en la que se firmó la Declaración de México para la Seguridad Vial: La Ruta para Salvar Vidas.

Se participó en el Foro de Asociados de la Alianza para la Madre, el Recién Nacido y el Niño, que se llevó a cabo en Nueva Delhi, India (noviembre 2010); y en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA en la ciudad de Nueva York (junio 2011). Asimismo, México fue anfitrión de la XI Reunión Ministerial de la Iniciativa Global de Seguridad en Salud, celebrada en la Ciudad de México (diciembre 2010), fortaleciendo la cooperación en el ámbito de vigilancia epidemiológica con Estados Unidos y Canadá.

Se fortaleció la relación con América Latina y el Caribe destacando las actividades con Brasil en la implementación de bancos de leche humana y capacitación de técnicos mexicanos en su funcionamiento; con Costa Rica en la gestión de tecnología de salud; y con Santa Lucía para la capacitación en programas de atención primaria, abuso de sustancias en la familia y depresión de la mujer.

Destaca la labor de México en el Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP), específicamente su participación en las reuniones del Consejo de Ministros de Salud para presentar los avances y definir los esquemas para su gobernanza, así como en la XII Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla (Cartagena de Indias, Colombia, octubre 2010) donde los presidentes reiteraron su respaldo a este proyecto.

Con Europa se concluyó el proyecto de Diálogos sobre Políticas en Materia de Cohesión Social, en el cual se abordaron temas como portabilidad y expediente clínico electrónico, guías de práctica clínica, evaluación de tecnologías para la salud, estructuración de redes de atención, facturación cruzada y política de medicamentos. Este proyecto finalizó con un Seminario Transversal (Ciudad de México, noviembre 2010) con propuestas de capacitación e intercambio de experiencias para avanzar en la integración del sector salud.

En el ámbito bilateral, con Italia se realizaron acciones para conocimiento de mejores prácticas en programación de la distribución territorial de la alta tecnología, particularmente en radioterapia e imagenología y evaluación de tecnologías en el ámbito sanitario (*Health Technology Assessment, HTA*) a nivel central y hospitalario.

La Estrategia Integral para la Salud del Migrante. Representa un esfuerzo de corresponsabilidad binacional del Gobierno de México para preservar y mejorar la calidad de atención de la salud de su población en el exterior con énfasis en la prevención y promoción; se busca a través de los Centros Comunitarios en Estados Unidos acercar al migrante y su familia a servicios de salud de primera mano mediante los siguientes programas:

- Ventanillas de Salud (VDS). Funcionan dentro de los consulados de México en Estados Unidos para incrementar el conocimiento y el uso de los servicios de salud, y para difundir programas de prevención y promoción de la salud. En 2010 se abrieron cinco VDS en Douglas, Orlando, Phoenix, Presidio y San Antonio, para beneficiar a más de un millón 500 mil personas. Actualmente hay 45 VDS en operación.
- Semana Binacional de Salud. La inauguración de la X Semana Binacional de Salud se llevó a cabo en Guanajuato (3-5 octubre 2010); se realizaron más de cinco mil actividades para informar a más de 700 mil migrantes de los servicios de salud disponibles en su localidad, enfatizando acciones de prevención y promoción de la salud.
- Foro Binacional de Políticas Públicas sobre Migración y Salud. Funcionó como encuentro académico para la reflexión sobre los retos que enfrenta la población migrante. Se realizó la publicación *Migración y Salud: Inmigrantes Mexicanas en Estados Unidos*.
- Investigación en Salud y Migración (PIMSA). Es un programa que se lleva a cabo en coordinación con la Iniciativa de Salud de las Américas de la Universidad de California, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y la SS de México. En este periodo se financiaron seis propuestas de investigación binacional en: acceso a los servicios de salud, enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades infecciosas, nutrición y salud mental;
- Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. Se llevó a cabo la Semana Binacional de Salud Fronteriza, el Diplomado de Líderes a través de las Fronteras, el Proyecto sobre Migración y VIH; y se trabajó en la alineación de sus programas específicos con la OPS.
- Comisión de Salud Fronteriza México-Guatemala. Para fomentar la cooperación bilateral en la frontera sur y fortalecer la prevención y control de enfermedades y la atención de la salud de los migrantes, el 18 de febrero del año en curso, se realizó un Encuentro Binacional de Salud México-Guatemala.

1.4.2 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Es el órgano colegiado y máxima instancia de coordinación para la programación, desarrollo y evaluación de los servicios de salud, se constituye como un instrumento de coordinación y apoyo, que impulsa el cumplimiento de las políticas nacionales de salud, el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y su integración funcional, en un marco de colaboración, sinergia y respeto.

Corresponde al Secretariado Técnico del Consejo coordinar las reuniones nacionales y regionales del mismo, promover y dar seguimiento tanto a los acuerdos que emanan de dichas reuniones como de los tomados en comisiones permanentes y grupos de trabajo. A su vez coordina la interrelación para el fortalecimiento de los servicios de salud identificando los factores que afectan la operación de éstos en las entidades federativas, gestionando las medidas aplicables.

Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011 se realizaron cuatro reuniones ordinarias nacionales de Consejo; dando seguimiento a un total de 139 acuerdos. En total, en la presente administración, se han establecido 601 acuerdos con un cumplimiento de 94 por ciento. Entre éstos destacan los relativos a: epidemia de dengue; los planes estatales de implementación de la Ley de Narcomenudeo; atención de emergencias obstétricas; muerte materna; uso de la bicicleta; compra consolidada de medicamentos; vigilancia en materia de antibióticos; seguridad vial; acreditación de unidades; atención a personas con VIH/SIDA; y el Programa Nacional de Cataratas, entre otros.

De septiembre de 2010 a agosto de 2011, se realizaron tres Reuniones Regionales de Secretarios de Salud en las cuales se generaron 23 acuerdos en la región centro; 34 en la norte; y 45 para centro-occidente. En dichas reuniones se ha dado seguimiento al fortalecimiento de los diversos programas que conforman el Programa Nacional Salud. Entre los temas abordados en las reuniones regionales se encuentran: dengue, influenza, atención a desastres, prevención a la violencia, insuficiencia renal, muerte materna, cáncer de mama, seguridad vial, acreditación y atención interestatal a pacientes del Seguro Popular, entre otros.

La coordinación con los sistemas estatales de salud se ha fortalecido mediante la participación del Secretariado Técnico del CONASA en las reuniones de los Órganos de Gobierno. De septiembre de 2010 a agosto de 2011, se realizaron 97 reuniones ordinarias y 15 extraordinarias en las que participó personal del Secretariado Técnico en calidad de vocal y representante del Gobierno Federal, dando seguimiento a los acuerdos sobre presupuesto, infraestructura, epidemiología, Seguro Popular, Seguro Médico para una Nueva Generación, Sistema Integral de Calidad, Caravanas de la Salud, enfermedades crónicas, obesidad y sobrepeso, vacunación, muerte materna, dengue, influenza, entre otros.

El Secretariado Técnico recibe las peticiones ciudadanas que se efectúan a la Presidencia de la República y a la Secretaría de Salud y las remite para su atención a las entidades federativas que correspondan. En el periodo del presente informe se recibieron y tramitaron dos mil 661 peticiones, haciendo un total de 13 mil 819 en lo que va de la presente administración.

El CONASA ha participado activamente en el cumplimiento del acuerdo establecido para la Alianza por un México Sano, que tiene por objeto establecer un mecanismo entre los sectores público, privado y social, y los tres órdenes de gobierno, para que, en el ámbito de sus atribuciones se desarrollen acciones en favor de la salud. Ha compilado y dado seguimiento a los resultados que a partir de 2008 han informado los adherentes, sobre los logros a favor de la salud pública, a corto, mediano y largo plazo.

En el marco del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 y con base en los acuerdos de la XV Reunión Nacional Ordinaria del CONASA (3 septiembre 2010), se estableció que la SS, a través del Secretariado Técnico del CONASA, con el apoyo de la OPS, aplicarán una encuesta de auto-evaluación del desempeño de las funciones rectoras en materia de salud, en el orden estatal, a fin de establecer estrategias para generar procesos de autogestión y cambio, para fortalecer la capacidad rectora de las secretarías de salud estatales, así como para la integración y coordinación funcional del sector salud en sus ámbitos federal y estatal.

2. SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

2. SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Las acciones de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, tienen por objeto dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en el Artículo IX del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el DOF el 2 de febrero de 2010 y avanzar en la estrategia 7.1 del Plan Nacional de Desarrollo: Consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad. En este contexto, a continuación se da cuenta de las acciones de la Subsecretaría en el periodo que comprende el presente informe sobre los procesos orientados a alcanzar dichos objetivos.

Durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2010 y el 31 de agosto de 2011, la Subsecretaría ha coordinado y dado seguimiento a los pilares de portabilidad y convergencia considerados para la Integración Funcional del Sector Salud, así como a diversos programas entre los que destacan Caravanas de la Salud y SICALIDAD.

En el tema de portabilidad a través del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud el cual preside esta Subsecretaría, se logró la aprobación y publicación de la NOM-024-SSA3-2010 del Expediente Clínico Electrónico (ECE), el 8 de septiembre de 2010 en el DOF y con ello se inició el proceso de evaluación y certificación de los sistemas de ECE de instituciones públicas y privadas con base en los lineamientos establecidos. También se analizaron y aprobaron los Planes de Fortalecimiento Tecnológico Estatal para ser financiados a través de recursos del Seguro Popular; aunado a ello se continúa con la asesoría para el despliegue de los sistemas de ECE institucionales de la SS, IMSS, ISSSTE y de los servicios estatales de salud. Por otra parte, se ha apoyado a la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en el desarrollo del proyecto de determinación de arquitectura del ECE en los institutos nacionales, hospitales federales, regionales de alta especialidad y los servicios de atención psiquiátrica.

Se continúa con la conformación del padrón universal de beneficiarios del sector salud, a través de la depuración de los padrones de las instituciones que lo conforman tomando como referencia la Clave Unica de Registro de Población (CURP), esto como un elemento más para asegurar la portabilidad.

Por otra parte en lo referente a los avances de los Elementos de Convergencia de la Integración Funcional, en este mismo periodo el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, también presidido por esta Subsecretaría, aprobó 146, con lo cual el Catálogo de Guías de Práctica Clínica cuenta actualmente con 348 registradas. En materia de intercambio de servicios, se formalizó el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios entre las instituciones del sector salud y las entidades federativas, el cual tiene por objeto fijar los lineamientos generales para intercambiar servicios de atención médica y establecer las tarifas para la contraprestación de 376 intervenciones de alta especialidad y 113 del CAUSES del Seguro Popular. De igual modo, se continúa con la operación del Convenio General de Colaboración para la Atención de las Emergencias Obstétricas, para lo cual se desarrolló el Anexo 2 de dicho instrumento, mismo que establece los mecanismos de pago de las contraprestaciones derivadas del mismo.

Con el apoyo de herramientas informáticas y con el objeto de hacer una adecuada planeación de la infraestructura, recursos humanos y equipamiento de unidades médicas del sector salud, se coordinó la actualización del Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud, que contiene información sectorial georreferenciada, para facilitar la toma de decisiones y el aprovechamiento óptimo de los recursos, con el objeto de formar redes integrales para la prestación de servicios.

En materia de formación de Recursos Humanos, se coordinó la versión número XXXIV del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, el cual por tercer año consecutivo se aplicó en formato electrónico. Para dicho ejercicio se instauró el acceso directo a la especialidad de Geriátrica. Además, derivado de un análisis

y diagnóstico de la situación del personal médico y de enfermería de servicio social, se estimó un incremento en las becas de este personal en más de cien por ciento.

En lo referente a la Política Nacional de Medicamentos, por tercer año consecutivo, se destaca la negociación de precios de medicamentos con patente vigente a cargo de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y Otros Insumos para la Salud. En este periodo la Comisión negoció con 19 laboratorios de la industria farmacéutica 127 claves de medicamentos con patente vigente considerados para su adquisición durante 2011, como resultado de ello se obtuvieron descuentos de entre 0.13 y 32 por ciento en sus precios, lo que representa ahorros directos estimados por 642.5 millones de pesos, y considerando que se negoció sin contemplar variaciones en el tipo de cambio, ni la inflación vigentes, se estimaron ahorros de dos mil 505 millones de pesos para las instituciones del sector.

Para el tercer trimestre de 2011 esta Subsecretaría, en su carácter de Secretariado Técnico de la Comisión Coordinadora, ha iniciado los trabajos a través de los comités responsables, del acopio e integración de información necesaria para la negociación de precios de medicamentos y otros insumos para la salud con patente vigente para las compras programadas para 2012.

Con el objeto de continuar con el fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas en las entidades federativas, se coadyuvó en la transferencia de recursos para ello, así como para la operación de las Caravanas de la Salud en el país; y a fin de alcanzar la meta de brindar cobertura de servicios de salud a 20 mil localidades de bajo Índice de Desarrollo Humano, se gestionó la adquisición de 227 nuevas Unidades Médicas Móviles.

Por último cabe destacar que en materia de calidad la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, obtuvo en este periodo la Segunda Recertificación bajo los requisitos de la Norma ISO 9001-2008 y de acuerdo a las encuestas aplicadas contamos con una satisfacción de nuestros clientes por encima de 95 por ciento.

2.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD

La Dirección de Planeación y Desarrollo en Salud tiene como misión, diseñar, desarrollar, apoyar e impulsar propuestas innovadoras para el fortalecimiento y reposicionamiento de los servicios de salud sustentables y pertinentes con las necesidades de la población.

Con relación al programa Caravanas de la Salud, de enero de 2007 a mayo de 2011, se incorporaron mil 403 Unidades Médicas Móviles (UMM), con las que se dio cobertura a mil 96 municipios y 17 mil 914 localidades, donde son beneficiadas con el servicio tres millones 779 mil 118 personas que habitan comunidades aisladas y con alta marginación.

Derivado de la suscripción de convenios específicos de transferencia de recursos durante el ejercicio 2010 se canalizaron 321.2 millones de pesos a las 32 entidades federativas para la operación de 644 UMM adquiridas por la Federación, recursos que incluyeron los servicios personales, viáticos y gastos de camino para el personal operativo y directivo de las coordinaciones estatales de Caravanas de la Salud. El monto incluye la puesta en marcha del Centro Operativo para Atención de Desastres. En 2011 se autorizaron al programa recursos presupuestarios acumulados por 490 millones de pesos.

Por otra parte, en 2011, se realizaron tres reuniones del Grupo Interinstitucional de Salud con la participación de la SS, el IMSS e ISSSTE, donde se identificaron las variables mínimas indispensables para conformar una base de datos única y homologada del sector público y se desarrolla el procedimiento para la actualización permanente de la información sectorial, lo que viene a fortalecer las acciones del Plan Maestro de Infraestructura. En lo concerniente a los lineamientos de planeación de infraestructura, se pueden mencionar las siguientes acciones:

- Se realizó la Primera Reunión Nacional de Planeación de Infraestructura en Salud 2010 (25 y 26 de noviembre) con el objetivo de fortalecer los conocimientos de los procesos relacionados con el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud con personal operativo de las áreas de planeación de las entidades federativas.
- Se realizaron tres talleres de planeación de infraestructura con las entidades federativas de la región sureste, que tuvieron como sedes las ciudades de Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa y Palenque.

En cuanto al diseño e instrumentación de la Política Nacional de Medicamentos, se avanzó en tres líneas de corte sectorial: a) dando impulso a un modelo de compra pública basado en la coordinación y consolidación de volúmenes de medicamentos; b) sistematizando la información sobre medicamentos, a través del desarrollo del Centro Sectorial de Gestión Web de Información sobre Medicamentos que inició operaciones durante el primer semestre de 2011 con el fin de proporcionar información sobre el cuadro básico y catálogo de medicamentos, precios, volúmenes comparativos, entre otros; y c) promoviendo el Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria con objetivo de transformar los almacenes de los hospitales en unidades de servicio administradas por personal profesional farmacéutico, que opere con eficiencia los procesos de la cadena de suministro y apoye los procesos de atención clínica quirúrgica de los pacientes.

Asimismo, se contribuyó en la realización del tercer proceso de negociación de precios de medicamentos a cargo de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos e Insumos para la Salud, obteniendo como resultado precio para 127 medicamentos y ahorros estimados en dos mil quinientos millones de pesos.

En septiembre de 2010 se realizó un Encuentro de Enriquecimiento Mutuo con 18 parteras tradicionales de los municipios de Xoxocotla y Tetela del Volcán, en Cuernavaca, Morelos; se realizó un segundo taller en Tetela sobre Detección Oportuna de Cáncer de Mama; y otro más, en diciembre, en Sonora, con parteras tradicionales y personal de salud de las comunidades Yaquis de la localidad de Loma de Bacum. En marzo de 2011 con participación de estudiantes de enfermería de la Universidad Indígena de San Luis Potosí, se realizó un taller para la autosistematización de la medicina tradicional con parteras indígenas, terapeutas tradicionales Teenek de la huasteca.

Con la finalidad de preparar la apertura de los módulos de partería tradicional que se construirán en unidades médicas de Malinaltepec y Acatepec, Guerrero, en septiembre de 2010, se realizaron dos talleres bajo el modelo de Atención Intercultural de las Mujeres: El Trabajo de Parto en Posición Vertical en los Servicios de Salud, con asistencia de más de 40 médicos y enfermeras y 120 parteras tradicionales.

En junio de 2011 en la ciudad de Oaxaca, a fin de vincular la operación del hospital Aurelio Valdivieso con las unidades de salud de Totitlán del Valle y Tlalixtac de Cabrera, se realizó una reunión técnica entre personal directivo del hospital, de los servicios de salud estatales y de la federación, para apoyar la implementación de la Atención Intercultural del Parto en dichas unidades (parto vertical) siempre y cuando no existan complicaciones obstétricas.

Se sumó a la estrategia de Inclusión de la Competencia Intercultural, como elemento central del Cuidado Enfermero, la Comisión Permanente de Enfermería, para ello, en mayo de 2011, se realizó en Durango la Reunión Nacional de Enfermería 2011, con la asistencia de 154 profesionales de enfermería de las principales instituciones del sector salud, educativas y de representación gremial, estableciéndose el compromiso de impulsar el modelo intercultural en enfermería en los planes y programas de estudio.

Durante septiembre-noviembre de 2010 y marzo-abril de 2011 se realizaron dos cursos para personal directivo de las áreas centrales de la SS, con la asistencia de 115 funcionarios de Interculturalidad en Salud, impartidos en forma presencial y vía internet por ponentes funcionarios de la Comisión Nacional de Bioética, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Instituto Nacional de las Mujeres, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, y del Instituto Nacional de Antropología e Historia, a fin de impulsar bajo el modelo intercultural, la definición de políticas públicas de respeto a los derechos humanos en salud y la perspectiva de género.

En el marco de proyectos de colaboración técnico científica con la República Federativa de Brasil, se realizaron dos cursos, uno en marzo de 2011 vía teleconferencia, con personal directivo del ministerio de salud de dicho país, contando con la participación de 60 funcionarios, el otro en junio mediante la modalidad presencial en la ciudad de Brasilia en el que se contó con la asistencia de más de 100 funcionarios de las diferentes regiones del país, convocados por el Departamento de Atención Primaria.

A través de la estrategia de Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud (FOROSS) se transfirieron recursos para llevar a cabo acciones de mejora de la infraestructura, equipamiento y gastos de operación de distintas unidades médicas en 16 entidades federativas; para ello, en 2010 se autorizó un presupuesto de 906 millones 177 mil 157 pesos, los cuales fueron radicados a este mismo número de estados para desarrollar 79 proyectos específicos en materia de salud.

Además en este mismo año se amplió el presupuesto del Ramo 12 con recursos provenientes de la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas por 100 millones de pesos, los cuales fueron radicados a partir del último bimestre del 2010 a ocho estados del país para la realización de 62 proyectos en materia de salud en municipios de muy alta marginación.

En 2011, para la estrategia FOROSS, fue aprobado un presupuesto que ascendió a 200 millones 92 mil 187 pesos para ocho entidades federativas en las que se llevarán a cabo 64 acciones encaminadas al fortalecimiento de la infraestructura física, así como al equipamiento de hospitales y centros de salud.

En el contexto de la estrategia de Herramientas para el Intercambio de Servicios impulsada por el Gobierno Federal, se obtuvieron cuatro productos relacionados con costos y tarifas: i) la determinación del costo de 228 intervenciones de alta especialidad susceptibles de intercambiar entre el IMSS y la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad; ii) el desarrollo de la primera etapa del Sistema Institucional de Costos, correspondiente al módulo de percepciones de recursos humanos; iii) el Manual Institucional y Guía Sectorial para la Aplicación de la Metodología de Costos y; iv) se encuentra en proceso la determinación de costos de los estudios y procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento de mayor demanda en los servicios de salud.

En el marco de la integración del Sistema Nacional de Salud, se han desarrollado acciones para la integración del Sistema Interinstitucional de Intercambio de Servicios en la cual han participado la SS, el IMSS e ISSSTE, a fin de establecer las bases, términos y condiciones para el mejor aprovechamiento de la infraestructura de salud de las unidades, y lograr la óptima operación interinstitucional en beneficio de los usuarios, bajo criterios de calidad, equidad y eficiencia. Las acciones realizadas entre abril de 2010 y julio de 2011 fueron:

- Integración del Acuerdo General de Colaboración Interinstitucional para Intercambio de Servicios Sectorial, en el que participan IMSS, ISSSTE y SS.
- Desarrollo del Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y Tabulador de Tarifas Referenciales de 376 intervenciones de alta especialidad.
- Definición de las Garantías de Plazo para la atención de las intervenciones de alta especialidad.
- Elaboración en consenso interinstitucional del manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud para la homologación de procedimientos técnico-administrativos.

Una de las acciones realizadas en esta administración para reducir la muerte materna en México fue la firma del Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas, celebrado el 28 de mayo de 2009 entre la SS, el IMSS y el ISSSTE, cuyo propósito es atender a toda mujer que presente alguna emergencia obstétrica en cualquier unidad médica con capacidad resolutoria más cercana, independientemente de su derechohabencia o afiliación. Entre las actividades realizadas destacan:

- En 2009 se determinaron las unidades médicas con capacidad resolutoria de emergencias obstétricas de la SS, IMSS e ISSSTE.

- En 2010 se publicó en el portal *Web* de la SS, el Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas y la lista de hospitales resolutivos de emergencias obstétricas.
- Durante 2009 y 2010 se definieron las tarifas, términos y condiciones de intercambio entre las instituciones participantes.
- Se estableció y afinó en 2009 y 2010, el procedimiento de pago a través del Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas (SREO).
- En 2009 se definieron 11 medicamentos básicos y se verificó su disponibilidad en las unidades que atienden emergencias obstétricas.
- En junio de 2011 se distribuyó el siguiente material de apoyo para los usuarios del SREO: Manual de Uso, Políticas de Uso, Proceso, Requerimientos Técnicos y Arquitectura del Sistema para el Registro de Emergencias Obstétricas, así como la liga de acceso a módulos de fortalecimiento de capacitación.
- Se llevó a cabo la capacitación para la utilización del SREO en junio de 2011.
- Durante el 2011 se suscribirá el Convenio Específico de Colaboración para la Adhesión a los Compromisos Adquiridos por el Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas.

2.2 DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

La Dirección General de Información en Salud (DGIS) es la instancia encargada de captar, analizar, procesar y difundir la información estadística generada por el sector salud en México y que sirve para la toma de decisiones y en la elaboración de políticas públicas en salud.

Entre las principales acciones realizadas por la DGIS, están las ejecutadas en materia de normatividad. Se publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010 (NOM 024) el 8 de septiembre de 2010 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), que establece los objetivos y funcionalidades que deberán observar los productos del Sistema de Expediente Clínico Electrónico. Asimismo se continuó con los trabajos para elaborar el Anteproyecto de modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de Información en Salud y su respectiva Manifestación de Impacto Regulatorio. Actualmente el Anteproyecto se encuentra en revisión en la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.

Se dio continuidad a los trabajos de coordinación a través de los Grupos Interinstitucionales que tiene a su cargo la Dirección General como son: el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS) y el Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE). En relación con el CTESS, se realizaron las seis reuniones que se tenían programadas en el año, conformando grupos de trabajo específicos que tienen como principal función actualizar la NOM 040 y trabajar en la elaboración de los Indicadores Unificados del Sector Salud.

El CEMECE, impartió una serie de cursos de actualización de codificadores en la Familia de Clasificaciones (CIE-10, CIF y CIEO) con el fin de mejorar las estadísticas de salud, capacitando a 358 personas en 2010. Se terminó el curso *Web* para capacitar en línea a codificadores a distancia, el cual se encuentra en fase de prueba para ser implementado en 2011. Se colaboró con la OMS en la promoción del uso de las clasificaciones en salud y se impartió un curso de codificadores en Guatemala a personal codificador de Centro América.

Con los servicios estatales de salud se mantuvo constante coordinación para la integración de datos de recursos físicos, materiales, humanos y financieros, servicios otorgados, nacimientos, morbilidad y mortalidad.

El Certificado de Nacimiento se ha consolidado y como prueba de ello, en 2010 la cobertura nacional con respecto a las proyecciones del CONAPO fue de 107.6 por ciento, siendo Tabasco, Colima y Baja California las entidades con mejor registro, sólo Chiapas, Guerrero y Quintana Roo presentaron coberturas menores a 90 por ciento. En este periodo se actualizó el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento y los lineamientos

principales para su expedición, uso y manejo. Se mantuvo la colaboración con las autoridades del Registro Civil a fin de fortalecer el registro. Se realizaron visitas de supervisión a distintas entidades federativas con el objeto de encontrar áreas de oportunidad y establecer acuerdos de mejora.

La tasa de mortalidad general estimada por CONAPO para 2010 y 2011 coincide con la tasa observada en 1990: cinco defunciones por cada mil habitantes. Esto se debe a los cambios en la estructura por edad de la población del país; cada vez son más las personas que llegan a la vejez, por lo tanto, el número total de defunciones es mayor y lo será en lo sucesivo, por lo que el valor de esta tasa se incrementará sin que esto sea indicativo de un empeoramiento en las condiciones de salud, sino que obedecerá al envejecimiento poblacional.

Asimismo, en este periodo se ha tenido un avance importante en materia de calidad de la información, lo anterior con el impulso del CEMECE, entre cuyas actividades relevantes se encuentra la capacitación en materia de codificación y la búsqueda, estudio y reclasificación de muertes maternas. En cuanto a los esfuerzos realizados por la SS para disminuir el subregistro, en 2010 se incorporó una copia adicional al Certificado de Defunción y se implementó un procedimiento para recuperar la información de las defunciones certificadas que no fueron inscritas en el Registro Civil. Esto último fortaleció la búsqueda intencionada de defunciones de menores de 5 años, rescatando en 2010, de forma preliminar cerca de tres mil muertes.

La metodología para la estimación de la tasa de mortalidad infantil a partir de 2010 se alineó con las recomendaciones que hace la ONU, en este sentido, la tasa de mortalidad infantil estimada para 2010 fue de 14.2 defunciones por cada mil nacidos vivos estimados y para 2011 se presume será de 13.7.

En 2010 se continuó con la búsqueda intencionada y reclasificación de las muertes maternas esperando una Razón de la Mortalidad Materna (RMM) de 51.3 defunciones por 100 mil nacidos vivos. De confirmarse lo anterior se volvería a la tendencia descendente del indicador, el cual mostró un incremento en el año previo como consecuencia de la epidemia de influenza A(H1N1) y que tuvo gran impacto en las mujeres embarazadas. Para 2011 se estima que la RMM continuará su descenso llegando a 50 por 100 mil nacidos vivos.

Por otra parte, el uso de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) por todos los subsistemas de información que conforman el SINAI, ha permitido su consolidación como el identificador único para las unidades que prestan servicios de salud a nivel nacional. En 2010 se realizó una reunión nacional y una videoconferencia relacionada con el uso e importancia del catálogo de la clave única. Se publicó y difundió entre los responsables estatales e institucionales los Lineamientos para la Asignación, Actualización, Difusión y Uso de la CLUES, los cuales definen el proceso para integrar, actualizar y difundir el Catálogo de Establecimientos de Salud. Asimismo, se ha trabajado para que el proceso de actualización de dicho Catálogo se integre como parte de los módulos que conforman la Plataforma Integral de Información en Salud, lo que permitirá que los usuarios dispongan de él en tiempo real.

Durante 2010 se realizó una reunión nacional con proveedores y usuarios de la información de recursos físicos, humanos y equipo médico a fin de identificar las variables y estrategias que incrementen la calidad y oportunidad de la información, realizando la adecuación al proceso de actualización y aplicación *Web* del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS). Esta reestructuración implicó establecer acciones de mejora continua en el proceso de actualización de la información, bajo criterios de cobertura, oportunidad y consistencia, identificados y aplicados tanto por las entidades federativas como por la DGIS, mismas que quedan reflejadas en el lineamiento de operación, coordinación y actualización de la información publicado en noviembre de 2010.

Con el fin de generar información de gasto en salud que permita la comparabilidad en el tiempo y entre países, se incorporó un formato que lo clasifica de acuerdo a las funciones de atención a la salud, con el objeto de obtener datos de cuatro grandes componentes: servicios de atención a la persona; de atención a la comunidad; rectoría; y funciones relacionadas con la salud. Lo que permitirá dar respuesta a los requerimientos de información de organismos internacionales como la OCDE, OMS y CEPAL, entre otros. También se trabajó en

la conciliación metodológica entre el Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal de la Secretaría de Salud y la Cuenta Satélite del Sector Salud del INEGI, lo que ampliará la generación de información del Sector.

En 2010 se inició la implantación de los módulos del Sistema de Información en Salud y Lesiones de la Plataforma Integral de Información en Salud. En promedio 14 mil 509 unidades médicas registran sus actividades en estos sistemas de forma mensual, teniendo en promedio 178 mil transacciones diarias.

Se presentó la *interfaz* entre la Plataforma y los sistemas de expediente clínico electrónico, ofreciendo a las entidades federativas una mesa de ayuda, la cual es un medio electrónico que permite optimizar las estrategias de comunicación, inducción, solución de dudas y/o problemas técnicos en la utilización de la Plataforma.

En lo que se refiere al Sistema Nacional de Expediente Clínico Electrónico, la DGIS participó en el segundo semestre de 2010 como área técnica, en el desarrollo de cuatro proyectos a cargo de la Dirección General de Tecnologías de la Información y en el lanzamiento de una licitación:

- Realización de cinco pruebas en sitio como parte del pilotaje del Sistema de Gestión del Modelo de Evaluación Nacional de los Sistemas de Expediente Clínico Electrónico en la NOM-024-SSA3-2010, en el IMSS, el Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Pediatría (INP), Servicios Estatales de Salud de Sinaloa y PEMEX, recopilando evidencias de cumplimiento, así como la brecha que cada una de las instituciones tiene en sus sistemas.
- Elaboración de las Reglas de Negocio y Modelo de Gobernabilidad para la Interoperabilidad.
- Realización de pruebas satisfactorias de compatibilidad y conexión de la Plataforma de Ambiente Controlado con diferentes entidades federativas e institutos: IMSS, INP, Servicios Estatales de Salud de Colima y de Campeche. Se capacitó al personal técnico del área de expediente clínico para generar las condiciones propicias de interoperabilidad de: IMSS, INP, Servicios Estatales de Salud de Colima, Campeche, Nuevo León, Veracruz y Sinaloa.
- Se publicó en Compranet y en el DOF la convocatoria para la Licitación de la Plataforma Tecnológica de Integración del Sector Salud (PTISS), espina dorsal del Sistema Nacional de Expediente Clínico Electrónico, misma que se canceló debido a cambios en las especificaciones de conectividad y número mínimo de transacciones.

Para dar a conocer los datos que genera el SINAIS, se elaboraron los cuatro volúmenes del Boletín de Información Estadística Número 29, con datos sectoriales de 2009. Vale la pena señalar la publicación del libro "*Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones 1810-2010*" que la DGIS elaboró en colaboración con el Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM con motivo de la celebración del Bicentenario de la Independencia y Centenario de la Revolución de nuestro país.

En lo que se refiere a la difusión electrónica, se actualizaron las páginas del SINAIS y de la DGIS, así como los cubos dinámicos de información. De igual modo, la DGIS participó en: la 8ª Feria del Libro Médico organizada por la Facultad de Medicina de la UNAM del 9 al 13 de agosto de 2010; la Tercera Semana Internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a través de la Tercera Reunión Nacional de Información en Salud que se realizó en la Ciudad de México del 8 al 11 de noviembre de 2010, en este evento la DGIS contó con un *stand* en el que se expusieron publicaciones impresas y electrónicas con lo cual se difundió la información generada en el SINAIS.

2.3 DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

La misión de la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) consiste en evaluar el desempeño de los servicios de salud, los programas prioritarios y especiales de salud, así como el sistema nacional y los estatales de salud. Para cumplir con dichas funciones, de septiembre de 2010 a agosto de 2011, a través de sus direcciones de área coordinó, realizó y difundió las siguientes acciones:

A fin de poner al escrutinio de la sociedad los avances en materia del cumplimiento de las metas estratégicas del PROSESA 2007-2012 y de las correspondientes a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud elaboró el informe Rendición de Cuentas en Salud 2009, el cual fue difundido en noviembre de 2010 entre las unidades administrativas de la SS a nivel federal, los servicios estatales de salud y las dependencias que integran el sector salud; así como entre otras dependencias y organismos nacionales y multinacionales como INEGI, OMS/OPS, PNUD. El informe correspondiente al año 2010 se inició en abril de 2011 y se prevé concluirlo en agosto de este mismo año.

Como parte de las acciones de evaluación del desempeño de los sistemas de salud, se difundieron en 2011, a través de la página Web de la DGED, los Indicadores de Resultado correspondientes al año 2009, los cuales proporcionan evidencias sobre el cumplimiento de los objetivos instrumentales o intermedios de los sistemas de salud, siendo los principales usuarios de esta información los servicios estatales de salud en el país.

En 2010, se le encomendó a la Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud la coordinación del proyecto de investigación externo denominado Estimación de los Requerimientos de la Fuerza Laboral para el Sector Salud, a Mediano y Largo Plazos. Fue ejecutado por el Instituto Nacional de Salud Pública, entre septiembre y noviembre de 2010, su objetivo fue realizar un diagnóstico sobre los médicos y enfermeras profesionales disponibles en las principales instituciones públicas del sector salud y estimar los requerimientos, a mediano y largo plazos, de la fuerza laboral para ese tipo de recursos humanos.

Con base en el estudio realizado se dispuso de información sobre la disponibilidad de médicos y enfermeras en las principales instituciones del sector salud (SS, IMSS e ISSSTE); de datos sobre la formación de estos recursos en el país y sobre la incorporación de estos profesionales al mercado laboral. Asimismo se desarrollaron estimaciones, a mediano y largo plazos, sobre la cantidad de recursos humanos de este tipo que serían necesarios para atender las necesidades de la población en las instituciones señaladas, dicha estimación se basó en un modelo que enfatizó el rubro de productividad de los recursos analizados.

Dentro de las principales conclusiones que se obtuvieron en el estudio destacan las siguientes: i) la cantidad de médicos y enfermeras existentes en las instituciones analizadas son suficientes para cubrir las necesidades de la población; ii) el principal reto para el Sistema de Salud en materia de recursos humanos es mejorar la productividad de los mismos; iii) otro reto es mejorar la distribución territorial de los recursos humanos, sobre todo de los médicos especialistas y por último; iv) si se mantiene constante la cantidad de médicos y enfermeras que se están formando en el país, en un futuro se dispondrá de los recursos requeridos; sin embargo, se deberán instrumentar las acciones que permitan incorporar al sector público a dichos profesionales de la salud.

Finalmente, de enero a marzo de 2011, esta Dirección de Área coordinó la integración del Cuarto Informe de Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, lo que permitió que la SS contribuyera a cumplir con la obligación de rendir cuentas sobre la situación que guardó la administración pública en materia de salud en el año de 2010.

La Dirección de Evaluación de Programas Prioritarios y Especiales de Salud (DEPPES) en el periodo mencionado condujo la evaluación de los programas prioritarios y especiales de salud en el ámbito federal. En el periodo mencionado se concluyeron con estas características las evaluaciones externas 2010 de los programas Caravanas de la Salud, SICALIDAD y Seguro Popular.

La evaluación del programa Caravanas de la Salud tuvo como objetivo evaluar los beneficios en salud para la población objetivo con la finalidad de medir los avances del programa en materia de salud. Los principales resultados mostraron que existe una mejora en las principales condiciones de salud de la población en los municipios con menor IDH, aunque se hace necesario aumentar la cobertura del programa y las actividades de promoción y prevención de salud en esas localidades.

El estudio realizado para SICALIDAD consistió en evaluar los principales componentes del programa: Aval Ciudadano, Infecciones Nosocomiales, Acreditación, Gestores de Calidad, Capacitación y Acuerdos de Ges-

ción. La conclusión principal de éste señala que es necesaria una mayor difusión entre los usuarios de cada uno de los componentes del programa, así como el establecimiento de estrategias homogéneas e integrales en la implementación de sus componentes.

En la evaluación que se realizó al Seguro Popular se estableció como objetivo principal conocer el grado de éxito que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), ha tenido en términos de la atención médica a mujeres con cáncer de mama. Los resultados principales señalan que aumentaron las mujeres diagnosticadas en una etapa clínica temprana, una asociación entre el FPGC con una disminución notable y significativa del gasto de bolsillo –50 mil pesos vs. 20 mil pesos–, así como en el financiamiento de la enfermedad a través de los ahorros de las pacientes o de algún integrante de la familia; aunque también se pudieron constatar algunas deficiencias en el conocimiento del FPGC por parte del personal de salud y de las pacientes.

En cuanto a la labor de coordinación de la DEPPES de las actividades relacionadas con el CONEVAL, se realizó la supervisión de la calidad y cumplimiento normativo de las evaluaciones establecidas en el Programa Anual de Evaluación (PAE) a los programas federales de la SS señalados en éste; del mismo modo, se acompañó y orientó a los programas en la realización de las Evaluaciones Específicas de Desempeño (EED) 2010-2011 realizadas entre marzo y junio de 2011. Asimismo se contribuyó al seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora derivados de los informes y evaluaciones a los programas prioritarios y especiales de salud y se apoyó a los responsables de éstos en la revisión de la Matriz de Indicadores de Resultado (MIR).

Asimismo, entre los meses de mayo y agosto de 2011 se coordinó la integración del 5 Informe de Labores de la Secretaría de Salud, en cumplimiento con lo dispuesto en el Reglamento Interior de la Dependencia para fines de rendición de cuentas.

Dentro de las atribuciones de la DGED se encuentra la de coordinar la evaluación de los servicios públicos de salud proporcionados por la Secretaría de Salud y las entidades federativas. En este sentido, la Dirección de Evaluación de Servicios de Salud (DESS) coordinó la ejecución de los siguientes proyectos:

- Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010, el cual tuvo como principal producto una publicación en la que se realiza un diagnóstico situacional de estas unidades y se presentan 60 propuestas para el fortalecimiento de la atención primaria a la salud en los rubros de infraestructura física, equipamiento, recursos humanos, sistemas de información, suministro de medicamentos y sistemas gerenciales.
- Evaluación 2010 de las Actividades de Salud Pública, ejercicio que culminó con la publicación de un Observatorio que recopila en sus páginas un breve desarrollo histórico de la salud pública en México, la descripción de los principales problemas que enfrenta el país en esta materia y una serie de recomendaciones realizadas por expertos.
- Análisis de la validez y propuesta de mejora de la información relacionada con procedimientos quirúrgicos de la Secretaría de Salud, que permitió dar cuenta de los principales tipos de inconsistencias en la información oficial sobre estos procedimientos e identificar las ventanas de oportunidad para mejorar la calidad de la información.
- Evaluación de oportunidades y requerimiento para el intercambio de servicios médicos de alta especialidad en el sector público, cuyo propósito general fue el de obtener información, cuantitativa y cualitativa, sobre el estado que guarda la prestación de este tipo de servicios en México en vísperas de una integración del Sistema de Salud.

Adicionalmente, en el marco de la Tercera Semana Internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud, celebrada en noviembre de 2010, la Dirección participó con diversas ponencias. Este evento contó con la participación de ponentes que realizan actividades de evaluación en otras dependencias o en los servicios estatales de salud, así como de aquellos que compartieron nuevas herramientas de evaluación y sus principales resultados.

2.4 DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Corresponde a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud conducir la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social, la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud, así como la elaboración de normas oficiales mexicanas en las materias de su competencia.

En octubre de 2010 se realizó la sexta Sesión Ordinaria del Comité Nacional por la Calidad en Salud y en mayo de 2011, la séptima. Los principales acuerdos fueron: incorporar la encuesta Cultura de Seguridad del Paciente elaborada por la CONAMED en el proceso de capacitación de seguridad del paciente; fomentar el sistema de cita previa en atención primaria; incorporar las líneas de acción de SICALIDAD en los programas de estímulos a la calidad del sector; lanzar en el sector salud la Campaña Bacteriemia Cero; y por último; impulsar en el Sistema Nacional de Salud el Plan Estratégico Sectorial para la Difusión, Capacitación e Implantación de las Guías de Práctica Clínica (GPC). En relación a ello, en mayo de 2011, se difundió en la página *Web* el catálogo maestro con 319 GPC y se capacitó a 16 entidades federativas sobre su uso y aplicación.

En las convocatorias de enero de 2011 participaron las 31 entidades federativas, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Hospitales Federales de Referencia, ISSSTE, IMSS y DIF. Por lo que en 2011 se otorgará financiamiento a 92 proyectos de Acuerdos de Gestión y 41 de capitación, publicaciones e investigación operativa, por un monto de 29 millones 569 mil 305 pesos.

A la fecha se han adherido 240 establecimientos de 60 camas o más del sector salud al programa Seguridad del Paciente. Como colaboración internacional se incluyó este programa en el primer curso regional de Calidad y Seguridad del Paciente de la OPS. En conjunto con CONAMED se realizó una prueba piloto en 12 hospitales del sector salud la implantación del Sistema de Registro Automatizado de Incidentes de Seguridad (SIRAIS). De igual manera, se han adherido 240 establecimientos de 60 camas o más del sector salud a las campañas Está en tus manos y Cirugía Segura Salva Vidas, para implantar medidas de prevención de eventos adversos, con un cumplimiento de 60.3 por ciento, dato que supera la meta establecida para 2012.

Entre septiembre de 2010 y mayo de 2011 se acreditaron mil 115 establecimientos para el CAUSES, incluidas las 62 Unidades Médicas Móviles del Programa Caravanas de la Salud y 87 intervenciones para el FPCGC. A partir de 2011 se inicia la acreditación de las nuevas intervenciones cubiertas por el Fondo como Cáncer Testicular (cuatro), Enfermedades Lisosomales (dos), Linfoma en Adulto (tres), Infarto Agudo de Miocardio (tres), y Hemofilia (dos). De 2004 a mayo de 2011, se han acreditado ocho mil 801 unidades médicas en CAUSES y 653 servicios de alta especialidad dentro del FPCGC. Lo que representa un avance de 83.6 por ciento de unidades acreditadas respecto a la meta 2012.

Durante el primer cuatrimestre de 2011, reportaron resultados de Indicadores de Calidad nueve mil 818 unidades médicas del sector lo que resulta un incremento de 568 unidades con relación al año anterior.

A mayo de 2011, se cuenta con 568 Gestores de Calidad en unidades hospitalarias y 250 jurisdiccionales, lo que hace un total de 818 Gestores; de igual manera se cuenta con nueve mil 802 Avales Ciudadanos en las 32 entidades federativas, laborando en ocho mil 868 unidades; de enero a mayo de 2011 se instalaron 223 nuevos Avales Ciudadanos, los cuales realizaron ocho mil 184 visitas a cinco mil 124 unidades. Se emitieron seis mil 495 sugerencias de mejora en este periodo y se han entregado cuatro mil 573 Cartas Compromiso al Ciudadano para mejorar la calidad y el trato a los usuarios.

Con relación a Infecciones Nosocomiales, se ha capacitado a tres mil trabajadores de hospitales de todo el sector salud en 15 entidades federativas. Mediante esta estrategia se ha integrado el Modelo de Gestión de Riesgos de Infección Nosocomial en 170 hospitales públicos, con lo que se cumple 42.7 por ciento respecto a la meta 2011 que es de 50 por ciento.

Se publicaron en el DOF: cinco Normas Oficiales Mexicanas, ocho proyectos en espera de respuesta a comentarios y un proyecto en consulta pública. Con fines de publicación, se encuentran en la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER) seis anteproyectos en fase de dictamen, tres más obtuvieron dictamen favorable y se concluyeron otros seis con su MIR para ser enviados a COFEMER para dictamen. Se encuentran en proceso de elaboración cuatro anteproyectos. Asimismo, se elaboraron los elementos técnico-médico-jurídicos correspondientes a las Reformas de la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos.

En relación al Programa Hospital Seguro, se capacitaron 204 trabajadores (26 por ciento más que lo programado) y se cuenta con 217 trabajadores credencializados. Se mantiene el censo de 402 hospitales catalogados por nivel de resolución ante un desastre (116 evaluados y 234 en fase de revisión). Se gestionó la autoevaluación de 650 hospitales de la Secretaría. Dentro del denominado Plan Sismo (Fases I y II), se evaluaron 63 unidades hospitalarias en 13 estados.

Se emitieron 12 dictámenes anuales aprobatorios a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) para continuar su funcionamiento. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) revocó la autorización de operación a una ISES por déficit financiero. Con objeto de conocer el estatus de certificación de hospitales, se realizó en conjunto con el Consejo de Salubridad General el seguimiento a 65 hospitales de la red de ISES que tomaron el curso de Inducción a los Nuevos Estándares Internacionales.

En la promoción 2010 del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud se otorgaron estímulos a 14 mil 827 trabajadores: tres mil 314 médicos; nueve mil 364 enfermeras; 345 odontólogos; 666 químicos; 490 trabajadores sociales y 648 de otras disciplinas.

Se aprobó la propuesta de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) para la actualización, de las becas para estudiantes de medicina y enfermería en servicio social con un incremento mensual de más del 100 por ciento. Se aprobaron los estándares esenciales para la evaluación de nuevos programas de formación en medicina, enfermería, psicología y tres cursos para medicinas complementarias. Se constituyó el Comité de Estudio de Necesidades de Formación de Recursos Humanos para la Salud.

Para el XXXIV Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) se elaboraron y validaron cuatro mil 901 reactivos y se analizaron y calibraron dos mil. Fueron seleccionados en una segunda opción de especialidad mil 93 sustentantes. Se desarrolló el Sistema Informático Integral del ENARM, así como cuatro proyectos de evaluación de la seguridad de la información con la colaboración de Dirección General de Servicios de Cómputo Académico de la UNAM. Geriátrica se implementó de entrada directa.

Se continuó el trabajo de colaboración con la OPS en relación con el Observatorio de los Recursos Humanos en Salud y se llevó a cabo la coordinación nacional del Campus Virtual de Salud Pública, en el cual se pusieron a disposición los objetos de aprendizaje para la capacitación del personal de salud en materia de Prevención de Muerte Materna.

El Subcomité Técnico Médico aprobó mil 186 eventos de capacitación de diferentes programas institucionales. Se creó el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud. Se capacitó a 550 médicos generales, enfermeras y médicos pasantes que atienden a mujeres embarazadas en Atención a la Emergencia Obstétrica.

Se programaron 37 mil 432 campos clínicos de internado médico y servicio social de medicina y carreras afines. En el posgrado, se asignaron ocho mil 886 campos clínicos para residencias médicas en 222 unidades de la SS, de los cuales egresaron dos mil 879 especialistas de los institutos nacionales de salud, hospitales de alta especialidad y hospitales de la SS en las entidades federativas; se encuentran en formación 40 médicos en nivel de maestría y cuatro en doctorado. Hay 283 médicos extranjeros ubicados en 25 hospitales de la Secretaría realizando cursos de especialización. Se programaron mil 578 especialistas del último año de su formación para realizar el Servicio Social Profesional en 132 unidades de la propia SS.

Se realizó la aplicación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE) 2010 a 433 sustentantes, de los cuales se seleccionaron 36 nacionales y cuatro extranjeros en 13 sedes. Para el servicio social en estomatología, se asignaron cinco mil 99 campos clínicos y se implementó un formato electrónico a fin de optimizar la toma de decisiones y comunicación con los estados en el proceso. Se asociaron 456 unidades de siete estados al Proyecto Calidad y Seguridad en la Atención del Paciente Estomatológico y se impulsó el Programa Nacional Currículum de Calidad y Seguridad en las Ciencias de la Salud en escuelas y facultades de odontología.

Se otorgaron 25 mil 142 campos clínicos en servicio social de enfermería; se difundió el Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería y el primer catálogo con 25 Planes de Cuidados Estandarizado con el fin de evitar eventos adversos. Se publicó el Protocolo para la Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados. Para coadyuvar en la campaña Bacteriemia Cero se instalaron 13 clínicas de catéteres en los hospitales de segundo y tercer nivel del sector salud y se incrementaron tres mil 956 registros del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) en relación al año pasado.

2.5 CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD

El CENETEC en correspondencia con el Programa Sectorial de Salud de desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud, promoviendo la evaluación de tecnologías para la salud, busca contribuir a la mejora de la calidad de la atención mediante la generación y valoración de información relevante para la toma de decisiones. Para lograrlo, se han realizado las siguientes acciones:

Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011, se realizaron 22 asesorías sobre seguridad y efectividad de las tecnologías para la salud a diversas instituciones, entre ellas la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, el Consejo de Salubridad General y la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y de otros Insumos para la Salud.

Se continuó con el trabajo de Colaboración del Grupo de Trabajo Institucional de Evaluación de Tecnologías para la Salud. Adicionalmente, se organizaron tres reuniones ordinarias y se realizó el Curso-Taller de Evaluación de Tecnologías para la Salud, en el que se contó con la asistencia de 28 participantes de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Federales de Referencia, pertenecientes a los grupos de trabajo que desarrollan proyectos de evaluación de tecnologías médicas. Se participó en el comité de evaluación económica de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y de otros Insumos para la Salud.

Se publicó tanto en la página del CENETEC como de manera impresa el documento denominado Metodología de Evaluación de Tecnologías para la Salud.

Se participó en los Diálogos sobre Políticas de Cohesión Social México-Unión Europea en donde se estableció a la evaluación de tecnologías en salud como uno de los proyectos principales en el área sanitaria. En este sentido, el indicador Porcentaje de Adopción de Recomendaciones de Evaluación de Tecnologías para la Salud tuvo un valor de 90.9 por ciento, lo que significa que se superó en 10.9 por ciento la meta comprometida para 2012.

CUADRO II.1 PORCENTAJE DE ADOPCIÓN DE RECOMENDACIONES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD, 2010-2011

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR 2008-2009	VALOR 2009-2010	VALOR 2010-2011	META 2012
Porcentaje de adopción de recomendaciones de evaluación de tecnologías para la salud	Recomendaciones adoptadas / total recomendaciones	64.1	92.8	90.9	Lograr que 80% de las recomendaciones de evaluación se adopten en la toma de decisiones

FUENTE: Elaborado con datos del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, 2009 y 2010.

Para integrar el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (GPC), el CENETEC creó el Programa de Acción Específico 2007-2012: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, cuyo objetivo es establecer marcos de referencia para la práctica clínica que guíen y orienten las decisiones para mejorar la efectividad, seguridad y calidad de la atención en salud.

Del 1 de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011 se generaron 67 GPC en el sector salud, bajo la coordinación del CENETEC y con la participación de la SS, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR y DIF, por lo que en la presente administración se han elaborado un total de 348 Guías, cifra sin precedente en el ámbito nacional e internacional.

Por otra parte, el CENETEC coordinó 136 sesiones de teleeducación a distancia por videoconferencia, *Streaming* (distribución de audio o video por *Internet*) y *Webex* (servicio de *Web* conferencias y soluciones de colaboración) teniendo seis mil 733 asistentes virtuales. Participó con la OMS para el desarrollo del Segundo Observatorio Global de e-Salud en el apartado de México y en la sección de un caso de estudio sobre detección de cáncer de mama en áreas rurales, así como en el Atlas sobre e-Salud, y sobre los fundamentos y aplicaciones del programa en México. Coordinó sesiones internacionales con la *University Leonard M. Miller School of Miami*.

Se conformó la Plataforma de Colaboración en Telemedicina y Telesalud, útil para la identificación de estrategias comunes entre los diversos actores del sector, reforzando los lazos entre los miembros del Sistema Nacional de Salud, forjando caminos hacia la cooperación, la vinculación y la integración del mismo sistema. Dicha Plataforma ha tenido gran aceptación por los profesionales en Telesalud inscribiéndose en ella alrededor de 200 participantes.

En este mismo contexto se realizaron los talleres Lineamientos de Operación en Telesalud 2010 los días 27 y 28 de mayo; el de Consenso para la Integración de la Propuesta de Marco Jurídico en la Atención Médica a Distancia del 21 al 22 de septiembre de 2010; y el de Interoperabilidad del 23 al 25 de noviembre de 2010.

En seguimiento a las actividades vinculadas a la gestión de equipo médico en México, el Centro coordinó tres cursos-taller de ingeniería clínica en los estados de Chiapas, Hidalgo y Campeche con una asistencia de 173 profesionales apoyando de esta manera la capacitación a los responsables de la gestión del equipo médico.

CENETEC dio continuidad en los trabajos del Centro Estatal de Ingeniería Biomédica (CEDIB) en el estado de Baja California Sur e inició actividades en Tamaulipas, así como las gestiones para el inicio de los CEDIB en el Estado de México, Campeche, Jalisco, Mérida y Tabasco.

Se elaboraron dictámenes de validación de equipo médico para proyectos de equipamiento financiados con el dos por ciento del Fondo de Previsión Presupuestal del Seguro Popular, posicionando este producto como un mecanismo de control sobre el ejercicio de los recursos federales, al igual que los Certificados de Necesidades de Equipo Médico a aquellos equipos cuyo costo es superior a un millón 750 mil pesos.

Se colaboró con la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud para la publicación de los Modelos de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud.

3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

3. SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Esta Subsecretaría, como unidad administrativa de la Secretaría de Salud, a través de sus direcciones generales, consejos y secretariados técnicos, planea, monitorea y dirige la prevención y promoción de la salud mediante los 31 programas de acción específicos en el territorio nacional, y es la encargada de establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias en la materia, así como en el control de enfermedades.

A la par coordina el desarrollo de los centros nacionales: Programas Preventivos y Control de Enfermedades; Salud de la Infancia y la Adolescencia; Equidad de Género y Salud Reproductiva; Prevención y Control del VIH/SIDA.

De acuerdo a la atribución que tiene la SPPS de analizar e instrumentar políticas y estrategias en materia de salud, en el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011 ha contribuido de manera importante a desacelerar el crecimiento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños, mediante la firma del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad, en el cual se plasman las estrategias y acciones para contener la epidemia en México, en él participan las diferentes Secretarías de Estado, así como el Consejo Coordinador Empresarial, el Consejo Nacional Agropecuario, ConMéxico, CANACINTRA CONCAMIN, la Academia Nacional de Medicina, el Instituto Nacional de Salud Pública, Organizaciones de la Sociedad Civil y sindicatos (CROC, CTM, entre otros).

Se adquirió un gran compromiso de nuestro país para mejorar las acciones en materia de prevención de accidentes durante 2011, al ser México la sede del Encuentro Iberoamericano de Seguridad Vial (EISEVI) y se ha trabajado para incrementar la cobertura de detección y el diagnóstico del cáncer de mama. En el caso de la detección de cáncer de mama por mastografías en mujeres de 50 a 69 años de edad se logró un incremento de 73.6 por ciento en la cobertura en relación con la lograda en el mismo periodo inmediato anterior.

En el tema de Enfermedades Transmitidas por Vector se han implementado estrategias novedosas que incluyen medidas anticipatorias y de control que han permitido revertir el aumento de casos de dengue respecto de años anteriores. Finalmente, con el propósito de contribuir a crear una red sólida de prevención en el país y consolidar la perspectiva de la prevención y promoción de la salud entre los actores clave como las entidades federativas, esta Subsecretaría continuamente fortalece la vinculación, el trabajo coordinado y en equipo, y enfatiza la importancia de que esta labor forme parte de la agenda de las políticas estatales de salud.

3.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

Este programa busca impulsar y promover la salud de la comunidad mediante el fortalecimiento y la participación de las autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores sociales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, a fin de generar y fortalecer actitudes y aptitudes en la población para su autocuidado y con esto contribuir a construir una cultura de la salud sustentada. Entre sus principales resultados destacan los siguientes:

- Se consolidó la Red Mexicana de Municipios por la Salud, para generar políticas públicas saludables en el ámbito municipal. Al mes de junio de 2011, se cuenta con 20 redes estatales, se han incorporado, durante 2011, 707 municipios al programa y se han certificado 865 comunidades como Comunidades Saludables.

- En 2011, de 555 municipios que participaron con proyectos de promoción de la salud vinculados a la salud pública, se apoyaron técnica y financieramente 118.
- Se llevó a cabo la XVII Reunión Nacional de la Red Mexicana de Municipios por la Salud en León Guanajuato, con mil 69 participantes entre presidentes municipales, personal de los ayuntamientos y personal de salud.
- Se constituyeron 32 Comités Técnicos Estatales de Comunidades Saludables, fortaleciendo la plataforma de promoción de la salud. Se efectuaron asesorías técnicas a nivel estatal y jurisdiccional para la elaboración de proyectos municipales de promoción de la salud con énfasis en los programas prioritarios: dengue, mortalidad materna e infantil, diabetes, obesidad, adicciones, VIH/SIDA, seguridad vial, cáncer de mama, y cérvico uterino, planificación familiar (PF), discapacidad auditiva, salud mental y alcoholismo.
- Se fortaleció el trabajo comunitario con la realización de más de 52 mil 166 cursos entre la formación de agentes y procuradores de la salud, personal de salud y comités locales de salud.
- Se izaron 335 banderas blancas en localidades de alto riesgo.

CUADRO III.1 PROGRAMAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD, 2007-2011

CONCEPTO	DATOS ANUALES					DATOS ENERO-JUNIO		
	2007	2008	2009	2010	2011	2010	2011 ^{p/}	VARIACIÓN % ANUAL
PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES								
Número de comunidades certificadas como saludables	1 447	2 256	2 603	1 729	1 192	499	292	-41.5
Número de municipios participantes en el programa	1 124	1 882	2 009	1 439	1 247	790	751	-4.9
Número de cursos realizados para la formación de agentes y procuradores de la salud	49 253	40 200	40 000	69 600	55 975	29 086	26 659	5.1
Total de proyectos municipales evaluados y dictaminados	162	128	123	125	N/A	125	118	5.6
Número de Comités Técnicos Estatales de Comunidades Saludables constituidos	32	32	32	32	32	32	32	0.0

^{p/} Cifras preliminares.

FUENTE: Dirección General de Promoción de la Salud.

PROGRAMA VETE SANO REGRESA SANO

Este Programa está diseñado para articular acciones de promoción, prevención y atención a la salud dirigidas a los migrantes como grupo de población particularmente vulnerable, aplicadas en los sitios de origen, tránsito y destino, para que éstos puedan alcanzar un estado favorable de salud. Durante el periodo comprendido entre el 1º de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011 se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se otorgaron 547 mil 539 consultas médicas a migrantes, superando en 4.7 por ciento a las reportadas en el mismo periodo inmediato anterior. La cifra acumulada para los primeros cuatro años de esta administración asciende a dos millones 185 mil 562 consultas, esto es 75.4 por ciento de la meta de 2.9 millones que se prevé alcanzar en 2012.
- Se beneficiaron 404 mil 83 migrantes y sus familias que recibieron el paquete de intervenciones garantizadas de prevención y promoción de la salud como parte de la estrategia Línea de Vida, 36.8 por ciento más que en el periodo que antecede, esto significa una ampliación en la cobertura de atención y continuidad de los servicios de prevención y promoción de la salud a la población migrante. Este paquete incluye principalmente la activación y/o actualización de la Cartilla Nacional de Salud, vacunación, prevención de problemas nutricionales, de enfermedades infectocontagiosas y crónico-degenerativas, y acciones di-

rigidas a la detección, diagnóstico, tratamiento, orientación y consejería en salud mental, prevención de adicciones, violencia y accidentes. De enero de 2007 al 31 de agosto de 2011, se han otorgado un millón 546 mil 987 atenciones integradas de Línea de Vida a los migrantes y sus familiares.

- Se realizaron 37 mil 472 talleres dirigidos a migrantes.
- Se acercaron los servicios de prevención y promoción de la salud a 379 albergues, en los cuales 88 mil 450 jornaleros agrícolas migrantes recibieron servicios de salud. Adicionalmente, se certificaron 14 albergues de jornaleros agrícolas como entornos favorables para la salud beneficiando a cinco mil 377 jornaleros agrícolas migrantes y sus familias. Esto hace un acumulado de 42 albergues de jornaleros agrícolas.

PROGRAMA ESCUELA Y SALUD

Este Programa, realiza intervenciones intersectoriales anticipatorias (SEP-SS), en escolares de educación básica, que les permitan desarrollar capacidades para ejercer mayor control sobre los determinantes de su salud, mejorarla, y así incrementar el aprovechamiento escolar. Durante el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011 se incorporaron al Programa 39 mil 99 escuelas de nivel básico en las 32 entidades federativas; de éstas 16 mil 755 se certificaron como promotoras de la salud, 10 mil 950 cumplieron con 50 por ciento de los criterios de certificación (Bandera Blanca) y 11 mil 394 escuelas están en proceso para cumplir con dichos criterios. Se realizaron detecciones a dos millones 981 mil 406 escolares, de los cuales 41.2 por ciento se refirieron a unidades de salud y a 28.3 por ciento se les brindó atención.

Como parte de la coordinación intersectorial SEP-Salud, se diseñaron las Guías de Activación Física para los tres niveles de educación básica. En el marco de la Estrategia Contra el Sobrepeso y la Obesidad, se elaboraron los Lineamientos Generales para el Expendio o Distribución de Alimentos y Bebidas en los Establecimientos de Consumo Escolar de los Planteles de Educación Básica. Con el objeto de consolidar este proceso, se elaboraron diversos materiales como el Manual para la Preparación e Higiene de Alimentos y Bebidas en los Establecimientos de Consumo Escolar y el Manual para Padres sobre la Preparación de Refrigerios Escolares y Alimentación Correcta. Asimismo se actualizó el Manual Operativo del Programa.

Se llevaron a cabo tres Reuniones Nacionales Intersectoriales para la actualización, capacitación y fortalecimiento de la operación del programa en las entidades federativas, así como un evento educativo abierto a alumnos y padres de familia.

Desde febrero de 2010 y hasta la fecha se participa en la planeación y organización del Programa de Agua, Saneamiento e Higiene, proyecto intersectorial cuyo objetivo central es contribuir a mejorar la salud de la comunidad educativa a través de la dotación y acceso al agua, mejoramiento de la infraestructura sanitaria y el saneamiento básico, así como del proceso educativo que permita mejorar las prácticas de higiene y de cuidado del agua. En el lapso de cuatro años se beneficiarán 20 mil escuelas del país.

A partir del 2010 se ha priorizado el seguimiento a la incorporación de las escuelas de educación básica, ubicadas dentro de los 125 municipios más pobres del país a través de la Estrategia 100 X 100, así como las que se encuentran en los mil 33 municipios indígenas. En este sentido se han determinado metas por entidad federativa para atender el rezago existente en los municipios más pobres.

CARTILLAS NACIONALES DE SALUD

En la programación de las cartillas nacionales de salud de 2011, se consideraron además de las necesidades de la población nueva y el 15 por ciento de la población total sin seguridad social para reposición, la dotación pendiente del año anterior elevando así la producción a 14 millones 707 mil 300 cartillas, 73.2 por ciento más que en 2010. La producción se distribuye de la siguiente manera: dos millones 436 mil 900 de niños de 0 a 9 años, cuatro millones 622 mil de adolescentes de 10 a 19 años, cuatro millones 890 mil 100 de mujeres de 20 a 59 años, un millón 151 mil 100 de hombres de 20 a 59 años y un millón 10 mil 200 de adulto mayor.

A partir del último cuatrimestre de 2010 se actualizó el Manual del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, y se inició la revisión de las Guías Técnicas de las Cartillas Nacionales de Salud dirigidas a los prestadores de servicios de salud de las unidades de primer nivel de atención.

Entre septiembre de 2010 y mayo de 2011 se distribuyeron cuatro millones 322 mil 467 cartillas a los servicios estatales de salud, lo que representa una cobertura de siete por ciento (cuadro III.2).

CUADRO III.2 COBERTURA DE CARTILLAS NACIONALES DE SALUD

TIPO DE CARTILLA	TOTAL DE CARTILLAS ENTREGADAS DE SEPTIEMBRE DE 2010 A MAYO DE 2011	PORCENTAJE DE CARTILLAS ENTREGADAS	COBERTURA SEPTIEMBRE 2010 A MAYO 2011 ^{1/}
Cartilla Nacional de Salud de Niñas y Niños de 0 a 9 años	1 409 665	32.6	11.8
Cartilla Nacional de Salud del Adolescente de 10 a 19 años	921 337	21.3	7.2
Cartilla Nacional de Salud de la Mujer de 20 a 59 años	920 951	21.3	5.5
Cartilla Nacional de Salud del Hombre de 20 a 59 años	693 675	16.0	3.4
Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor de 60 años ó más	376 839	8.7	8.1
Total	4 322 467	100	6.9

^{1/} Cobertura calculada con base en la población total sin seguridad social 2010-2011.

FUENTE: Secretaría de Salud; Dirección General de Información en Salud.

3.2 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

Conforme a las atribuciones conferidas en el marco legal y administrativo vigente del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, a continuación se describen sus avances y su impacto en los indicadores de mayor representatividad epidemiológica.

PROGRAMA DE ACCIÓN DE DENGUE, PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR E INTOXICACIÓN POR PICADURA DE ALACRÁN

Con medidas de anticipación y de control en todo el país se revirtió la tendencia ascendente de casos de dengue observada entre 2004 y 2007. En 2010 se redujeron los casos confirmados de dengue clásico y hemorrágico, 47 y 41 por ciento respectivamente; lo que supera la meta de disminuir 10 por ciento cada año la morbilidad por esta enfermedad.

Las defunciones por dengue hemorrágico descendieron 35 por ciento respecto a 2009. Hasta agosto de 2011, los casos confirmados disminuyeron 78 por ciento respecto del mismo periodo de 2010. Se fortalecieron las acciones de rectoría, desarrollo de competencias técnicas y prevención y control, mediante ocho reuniones regionales y supervisiones intensivas a todos los estados con mayor riesgo de transmisión.

Se instrumentó la nueva estrategia de Control Focalizado Integral Multidisciplinario y se realizaron dos semanas de intensificación de acciones preventivas, además de operativos de regreso a clases. En lo que va de 2011 se concluyó la actualización de la NOM 032, y se incrementó el apoyo federal con alrededor de 337 millones de pesos.

El paludismo registra las cifras más bajas en la historia; la cobertura de tratamiento de casos y convivientes es de 100 por ciento. En 2010, 21 estados se encontraban libres de la enfermedad. De enero a agosto de 2011 se reportaron 330 casos de *Plasmodium vivax* y cero por *Plasmodium falciparum*; mientras que las localidades positivas disminuyeron 46.2 por ciento, en comparación con 2010.

En oncocercosis, el Foco Norte de Chiapas completó tres años de vigilancia epidemiológica post-tratamiento y se decretó en estado de transmisión eliminada; mientras que el Foco Sur la transmisión durante 2010 se redujo a cero y se prevé suspender el tratamiento para 2012.

En 2010 se registraron 485 casos de *leishmaniasis*, con una incidencia de 0.43 casos por cien mil habitantes en nueve estados que, comparado con 2009 (529 casos), representa una reducción de 11 por ciento. Se aseguró la disponibilidad de fármacos para todos los casos incidentes. Se realizó un seminario internacional de *leishmaniasis* con asistencia de varios países de la región.

En ese mismo año, se redujeron de 18 a 10 el número de defunciones por picadura de alacrán. En el marco de la estrategia 100 x 100, se capacitó con cursos regionales y estatales a todos los estados. Se actualizó la NOM 033.

PROGRAMA DE ACCIÓN DEL CÓLERA

Ante la aparición del brote de cólera en Haití y República Dominicana se intensificó en todo el país las acciones de prevención y control del padecimiento, incluyendo en ello la participación de otras instituciones como SAGARPA y SEMARNAT.

A la fecha la enfermedad se mantiene bajo control epidemiológico y se continúa la vigilancia epidemiológica en más de 18 mil unidades médicas de todo el sector. En 2010 se capacitaron los 32 responsables del programa y se llevaron a cabo ocho visitas de supervisión en entidades con riesgo de transmisión se realizaron dos operativos preventivos durante movimientos poblacionales con motivo de la Peregrinación a la Basílica de Guadalupe y Semana Santa. Del 1 de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011 se monitoreó dos por ciento de casos de diarrea para búsqueda de *Vibrio cholerae* en las 32 entidades federativas.

PROGRAMA DE ACCIÓN, URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DESASTRES

Se efectuaron ocho operativos para la Seguridad en Salud en apoyo a Michoacán, México, Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila, Veracruz, Oaxaca y Tabasco con brigadas de salud, medicamentos y asesoría. Con apoyo del nivel federal se mantuvo el control de riesgos epidemiológicos originados por las contingencias y se previnieron brotes epidémicos y daños mayores a la salud de la población afectada.

En seguimiento a las acciones por la contingencia de influenza continuó el apoyo de insumos relacionados a la emergencia, y se realizaron sesiones de fortalecimiento de capacidades técnicas para el personal responsable del programa en los estados, así como en institutos nacionales.

PROGRAMA DE ACCIÓN DE SALUD BUCAL

Se mantuvo la vigilancia del consumo de sal fluorurada en dos mil 296 municipios con 90.4 millones de beneficiarios. Para intensificar las acciones educativas-preventivas del Programa, se realizaron dos semanas nacionales en beneficio de más de 14 millones de personas y se extendió la aplicación del Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal a más de 80 por ciento de los usuarios que acuden a los servicios odontológicos de salud.

Por medio de las intervenciones curativo asistenciales se otorgaron cuatro millones, 631 mil 917 consultas de primera vez, 3.3 por ciento más que de septiembre de 2009 a agosto de 2010, así como la aplicación de tres mil 309 tratamientos restaurativos atraumáticos en 40 de los 100 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano. Se realizaron 84 millones de acciones preventivas en escolares y preescolares, 2.6 por ciento más que en el periodo anterior; además de 52.4 millones de acciones curativo-asistenciales, 5.8 por ciento más que el periodo anterior.

PROGRAMAS DE ACCIÓN DE DIABETES, RIESGO CARDIOVASCULAR Y ENVEJECIMIENTO

Se continuó con las estrategias de los programas de Diabetes *Mellitus* y Riesgo Cardiovascular. Para agosto de 2011, se acreditaron 277 Grupos de Ayuda Mutua (GAM) que benefician de manera directa a cinco mil 902 personas con enfermedades crónicas y en paralelo a sus familias, con el logro de 29 mil 510 personas beneficiadas, 22 por ciento más que en el periodo anterior y 300 por ciento acreditados con nivel de exce-

lencia, en los que está documentado el control de diabetes, hipertensión o síndrome metabólico sin uso de medicamentos pero con modificación del estilo de vida.

En la estrategia del modelo de Prevención Clínica y Enfoque Multidisciplinario de Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMES EC) se encuentran en función 75 unidades; los enfermos en control que alcanzan cifras de normalidad en su padecimiento rebasan 50 por ciento; se realizaron 28 millones 317 mil 728 detecciones; 743 mil 487 pacientes en control 19 y 8.2 por ciento más que en el periodo anterior respectivamente. Para atender sobrepeso y obesidad, como factor de riesgo en las enfermedades crónicas, se elaboró un programa emergente que tuvo consenso de responsables estatales, la Dirección General de Promoción de la Salud y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Derivado del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria se contrataron 269 nutriólogos y 237 activadores físicos, se instrumentó la actividad física en 196 centros laborales y mil 230 entornos escolares; y se realizaron 417 cursos de actividad física para 15 mil 754 personas. Con el propósito de lograr que la población modifique sus estilos de vida se llevaron a cabo mil 365 talleres para orientación alimentaria en los que participaron 30 mil 156 personas y se dio seguimiento de peso corporal a 49 mil 291 personas.

La estrategia 5 pasos por Tu Salud para Vivir Mejor opera en las 32 entidades federativas, donde se llevaron a cabo 502 talleres de orientación alimentaria. Mediante el apoyo federal se instrumentaron 231 proyectos en 28 estados de la República con esto se beneficiaron 202 mil 696 personas en activación física, consumo de agua, de verduras y frutas.

PROGRAMA DE ACCIÓN TUBERCULOSIS

Respecto a la promoción, prevención, tratamiento y vigilancia de la tuberculosis se fortaleció en 30 por ciento la capacitación de personal de salud mediante cuatro cursos nacionales con más de mil 200 participantes de todas las instituciones del sector salud, de las 32 entidades federativas. Esto permitió mejorar la capacidad de detección diagnóstica de casos nuevos en 2.9 por ciento y alcanzar una tasa de curación de 85.3 por ciento, con lo cual se avanzó en el logro del Objetivo del Desarrollo del Milenio, de disminuir la mortalidad por esta causa en 75 por ciento, respecto a 1990.

Se conmemoró el Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis en marzo de 2011, con réplica académica y promoción de actividades en las 32 entidades federativas; se realizaron 43 visitas de supervisión y asesoría y se adquirieron y distribuyeron fármacos de segunda línea para 94 enfermos fármacorresistentes. Con objeto de innovar el programa, se instrumentó el plan piloto de comorbilidades TB-VIH y TB-Diabetes en cinco jurisdicciones prioritarias: Tijuana, Zapopan, Cd. Juárez, Reynosa y Monterrey. Sumado a lo anterior se establecieron alianzas público-privadas en Tamaulipas, México, Nuevo León, Jalisco y Morelos.

PROGRAMA DE ACCIÓN LEPROA

México logró la eliminación de la lepra como problema de salud pública. En el periodo comprendido entre septiembre de 2010 y agosto de 2011 se priorizaron las actividades en 22 municipios que continúan con tasas de prevalencia mayores a un caso por cada 10 mil habitantes. En 28 entidades federativas se reforzaron las actividades de vigilancia y control en los municipios con casos, lo que permitió identificar 160 casos nuevos en 23 estados que fueron ingresados al tratamiento. Se conmemoró en enero de 2011 el Día Mundial de Lucha contra la Lepra, con réplica de acciones en las 32 entidades federativas.

Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011, se capacitaron 534 profesionales de la salud en Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Guerrero, Colima, Morelos y Tlaxcala y; se realizó un curso nacional para los coordinadores estatales de lepra de todo el país. Con apoyo de Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua, se efectuó una Jornada Dermatológica en Oaxaca. Para garantizar el tratamiento de los casos nuevos y prevalentes se gestionó ante la OPS el apoyo con poliquimioterapia para 100 por ciento de los casos. Se realizaron visitas de supervisión y asesoría con prioridad a siete estados de mayor endemia.

PROGRAMA DE ACCIÓN RABIA

Con el fin de mantener a México sin casos de rabia humana transmitida por perro, se brindó atención médica profiláctica a 79 mil 600 personas agredidas y se indicó iniciar el tratamiento antirrábico en 24 mil 248 (30.4 por ciento). Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011 se vacunaron 12.2 millones de animales de compañía durante la Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina y Felina, y 2.4 millones de animales en la de reforzamiento, sumando 14.6 millones.

En el Estado de México continúan las actividades de control de un brote de rabia canina, el cual acumuló 24 casos; Se concluyeron las gestiones para publicar la actualización de la NOM-011-SSA2-2009 para la prevención y control de la rabia humana y en perros y gatos.

3.3 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

En el marco del Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil de 2007 a 2011 se tienen los siguientes avances para la población menor de cinco años: se disminuyó 50 por ciento la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas; la tasa de mortalidad por desnutrición disminuyó 31 por ciento; y la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias se redujo 29 por ciento.

CUADRO III.3 DIFERENCIA DE TASAS DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS, ENTRE 2007 A 2011

TASA DE MORTALIDAD	2007	2011 ^{1/}	DIFERENCIA % ^{2/}
Menores de cinco años ^{3/}	18.4	16.2	12
Enfermedad Diarreica Aguda ^{4/}	14.8	7.4	50
Infecciones Respiratorias Agudas ^{4/}	29.4	21	29
Deficiencias de la Nutrición ^{4/}	7.2	5	31

^{1/} Datos preliminares.

FUENTE: Base de datos de defunciones DGIS SEED 2011. Actualizado a Mayo de 2011.

^{2/} Diferencia porcentual entre 2007 y 2011.

^{3/} Tasa por mil nacidos vivos estimados de CONAPO (Proyecciones 2005-2030)

^{4/} Tasa por 100 mil menores de 5 años.

FUENTE: Bases de datos de defunciones DGIS INEGI/SS 1979-2009.

El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA) beneficia a la población de 10 a 19 años de edad, involucrando al sector y a las instituciones públicas y privadas. Durante 2010, se imprimieron los Lineamientos Estratégicos para la Promoción y Desarrollo de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) y el Manual para la Promoción y el Desarrollo de GAPS. Se incluyeron variables en el Sistema de Información en Salud para registrar todas las acciones realizadas por estos grupos; se realizaron 13 cursos de capacitación para personal operativo con un total de 552 asistentes, así como cinco encuentros regionales dirigidos a 194 adolescentes integrantes de los GAPS.

En cuanto a la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia, que es otra de las estrategias que el PASA coordina y que tiene como propósito promover estilos de vida saludables entre la población adolescente de 10 a 19 años de edad a través de la oferta de servicios, información y orientación. En 2010 tuvo como énfasis la prevención del embarazo contando, en los eventos realizados, con la asistencia de 10 millones de adolescentes en todo el país.

Asimismo en el mes de enero de 2010 se conformó el Comité Técnico de Prevención de Violencia y Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes, en lo que corresponde al periodo de septiembre de 2010 a julio del 2011 se han tenido cinco reuniones de trabajo. Como resultado de estas reuniones se diseñaron documentos técnicos y materiales sobre Prevención de Violencia en el Noviazgo dirigidos a adolescentes, Prevención de Maltrato Infantil y Promoción de Crianza Positiva dirigidos a personal de salud, madres, padres y cuidadores, así como los contenidos del Curso-Taller de Prevención y Atención de la Violencia y el Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes.

En el marco del Programa de Vacunación Universal, el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) realizó entre septiembre de 2010 y junio de 2011 dos reuniones ordinarias y una extraordinaria, en las cuales se tomaron los siguientes acuerdos: implementar estrategias que permitan incrementar las coberturas de vacunación en las 32 entidades federativas; acciones interinstitucionales para garantizar el proceso de abasto, análisis y distribución de biológico de forma suficiente y oportuna; vigilancia estrecha del sistema informático PROVAC; aprobación de la transición de esquemas de vacuna monovalente a pentavalente contra el rotavirus; y se retomó el tema del esquema acelerado a fin de incrementar coberturas.

El Grupo de Trabajo Interinstitucional del CONAVA se reunió en 13 ocasiones para consensuar las propuestas a presentar al Consejo, entre ellas destacan: inicio del monitoreo de coberturas de la campaña de sarampión y rubeola; posible introducción de la vacuna contra tétanos, difteria y *pertussis* acelular (Tdpa); coordinación interinstitucional para apoyos en materia de suficiencia de biológico; regionalización operativa e incrementos poblacionales derivados del censo de población y vivienda 2010.

Se efectuó la transferencia de 817 millones 279 mil 803.16 pesos a las entidades federativas para realizar la adquisición complementaria de los insumos de red de frío. Durante el mes de octubre de 2010 se efectuó la Tercera Semana Nacional de Salud aplicando cinco millones 376 mil 437 dosis de biológico y realizando 26 millones 740 mil 499 acciones de salud que incluyen entrega de sobres de vida suero oral mensajes de prevención a la población ministración de vitamina A, albendazol, ácido fólico, vitaminas y minerales, así como hierro. Durante la Primera Semana Nacional de Salud 2011 se aplicaron siete millones 392 mil 314 dosis de biológico, y se realizaron 13 millones 627 mil 335 acciones de salud. Durante la Segunda Semana Nacional de Salud, se aplicaron siete millones 499 mil 852 dosis de biológico, y se efectuaron 29 millones 211 mil 999 acciones de salud.

Entre septiembre de 2010 a junio de 2011, se realizaron 75 visitas de supervisión del Programa de Vacunación Universal, mismas que abarcaron a las 32 entidades federativas, cubriendo las acciones de vigilancia de la vacunación contra influenza estacional, programa permanente de vacunación, fortalecimiento de la red de frío e inicio del monitoreo de la Campaña de Vacunación contra el Sarampión y la Rubéola (SR) en niños de 1 a 4 años de edad.

En lo que respecta a coberturas de vacunación, en niños menores de un año, ésta fue de 92 por ciento para esquema básico completo, para los niños de un año de 95.3 por ciento; y para los de 1 a 4 de 98.3 por ciento. De la vacuna anti-influenza estacional trivalente la cual incluye la vacuna para el virus A(H1N1), la Secretaría de Salud aplicó 10 millones 419 mil 946 dosis.

Por otro lado en el marco del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, el Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (CONACIA), realizó dos sesiones ordinarias en el periodo de septiembre de 2010 a mayo de 2011, con el objetivo de detectar las problemáticas existentes en la atención integral de los menores de 18 años con cáncer. En estas sesiones se generaron 31 acuerdos referentes a la problemática en comento, siendo permanentes cinco, cumplidos tres, y en proceso 23.

Entre las acciones prioritarias del Programa se encuentran las actividades de capacitación a los médicos de primer nivel de atención de las 32 entidades federativas para el diagnóstico oportuno de cáncer, en este sentido, entre septiembre de 2010 y mayo de 2011 fueron capacitados mil 169 médicos y 54 enfermeras; además de realizar dos Reuniones Nacionales de Responsables Estatales del Programa de Prevención y Tra-

tamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, para su capacitación a través de la difusión de las líneas estratégicas y las herramientas necesarias para abordar esta problemática.

El Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA) inició en 2008, y al hacer un corte en octubre de 2010 se identifican tres mil 788 casos dados de alta en la plataforma. Al cierre del mes de mayo de 2011, se observa un incremento del 21.4 por ciento de casos con un total de cuatro mil 587 registros.

3.4 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

El CNEGSR tiene definidas sus atribuciones en el artículo 40 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, como la entidad rectora de las políticas destinadas a incorporar la perspectiva de género en salud y a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población a través de programas y acciones fundamentadas en evidencias científicas y las mejores prácticas, con un sentido humanitario y compromiso social, en un marco de respeto a los derechos humanos. En este sentido, el Centro tiene a su cargo siete programas de acción específicos: Arranque Parejo en la Vida, Planificación Familiar y Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Mama, Igualdad de Género, y Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género.

ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA

Durante 2010, la mortalidad materna en México recuperó su tendencia descendente después del repunte observado en 2009, derivado de la pandemia de influenza A(H1N1), con un registro preliminar de 942 defunciones con una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 48.9, por cada cien mil nacidos vivos.

La ampliación de la cobertura de atención del embarazo por personal calificado, incluyendo municipios con alto nivel de marginación, se ha alcanzado a través del programa Embarazo Saludable y la estrategia Caravanas de la Salud. También se ha trabajado en la vinculación con parteras tradicionales, y la incorporación de enfermeras obstétricas y parteras profesionales en las unidades de salud para la detección y referencia oportuna de mujeres con complicaciones obstétricas. El traslado a unidades de salud y el alojamiento en posadas de Atención a la Mujer Embarazada (AME), de mujeres con embarazo de riesgo o complicaciones obstétricas en municipios repetidores de muerte materna, indígenas y de alta marginalidad ha sido fundamental. En este sentido, el proyecto de Madrinas Comunitarias que incluye la elaboración de un plan de seguridad para las mujeres embarazadas, es una estrategia exitosa.

Asimismo, para coadyuvar en la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal por hipoxia-asfíxia, durante 2010 se realizaron más de 400 cursos, en donde se formaron poco más de 6 mil 500 proveedores de reanimación neonatal y se realizó el tercer curso nacional de formación de instructores. En noviembre de 2010, se capacitó a profesionales de la salud responsables de los bancos de leche humana, con la finalidad de asesorar en el procesamiento y control de calidad de ésta. Como parte de las acciones para prevenir la discapacidad, durante 2010, se tamizaron para hipotiroidismo congénito cerca de un millón 200 mil recién nacidos, de los cuales 571 se confirmaron y se les dio tratamiento. En 2011 se incorporará al tamiz metabólico la detección de otras tres enfermedades: fenilcetonuria, galactosemia e hiperplasia adrenal congénita. Para la reducción de defectos de tubo neural, se entregaron, a través de las tiendas DICONSA, cerca de 10 millones de dotaciones de ácido fólico. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Vacunación 2010, 78.2 por ciento de las mujeres en edad fértil ha tomado o toma ácido fólico.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

De acuerdo a las estimaciones realizadas con base en los datos proporcionados por el Sistema de Información en Salud, del 1 de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011 ingresaron 794 mil usuarias de métodos anticonceptivos modernos, lo que significa que actualmente hay tres millones 479 mil usuarios activos, cifra superior en cerca de 192 mil usuarios al año anterior. Al comparar el número de usuarias activas estimadas a agosto 2011 con lo registrado en el mismo periodo de la administración anterior (agosto 2006) se observa

un incremento de casi 10 por ciento (330 mil usuarias más). En 2009 se registraron 699 mil 157 nuevas aceptantes de métodos de planificación familiar; en 2010 fueron 750 mil 900; y en el periodo de enero a agosto de 2011 se estima tener 540 mil 957, lo que representa un incremento de 8.7 por ciento con relación al mismo periodo de 2010.

En el marco de la Estrategia para el Fortalecimiento de la Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO), se realizaron nueve implementaciones en el mismo número de entidades federativas con un total de 401 personas principalmente médicos, enfermeras y trabajadores sociales, lo que representa el 100 por ciento de logro de acuerdo a la meta programada en el periodo. En materia de capacitación se realizaron nueve cursos de formación de consejeros y de herramientas para la toma de decisiones en planificación familiar, con un promedio de 35 participantes por curso, lo que significa un logro del 100 por ciento. Al inicio de la estrategia (2007), la cobertura de APEO era de 43.2 por ciento; al cierre de 2010 el dato preliminar fue de 49.8 por ciento lo que representa un incremento de 6.6 puntos porcentuales.

CÁNCER CÉRVICO UTERINO

Una de las principales acciones para la prevención y control del cáncer cérvico-uterino se enfoca a la prevención primaria a través de la vacunación contra la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) en niñas y adolescentes de los municipios con menor índice de desarrollo humano. Fortalecer la detección temprana es otra de las acciones prioritarias para la atención de lesiones precursoras, con la mejora en la sensibilidad del tamizaje y con la introducción en las 32 entidades federativas de la nueva prueba de captura de híbridos del VPH se espera disminuir la mortalidad por esta causa, que en 2010 fue de 13.1 por 100 mil mujeres de 25 años y más. De septiembre de 2010 a agosto del 2011 el Programa de Cáncer Cérvico Uterino tuvo los siguientes avances:

Se realizaron dos millones 472 mil 309 detecciones con la prueba de *Papanicolaou* a mujeres de 25 a 64 años de edad; se efectuaron un millón 435 mil 500 detecciones con la prueba del papiloma humano en mujeres de 35 a 64 años; con una cobertura de 45 por ciento se completó el esquema de vacunación iniciado en 2010 al 83 por ciento de 94 mil 579 niñas de 9 a 12 años dentro de la estrategia 100 x100; en 2011 se adquirieron 867 mil 118 dosis de vacunas para aplicar al 80 por ciento de las niñas de 9 años de edad sin seguridad social; se implementaron dos nuevos laboratorios regionales de biología molecular, que completan 13 instalados de 2008 a 2010, con lo que los servicios de salud estatales pueden procesar más de un millón 885 mil muestras anuales de la prueba del VPH; se capacitaron a mil 170 profesionales de la salud de los estados, involucrados en el programa.

Se apoyó y compartió la experiencia del Programa a países de Centroamérica en el marco de cooperación con la Agencia Internacional del Japón (JICA) con un Curso Internacional sobre diferentes aspectos en la detección, diagnóstico, tratamiento y evaluación del Cáncer Cérvico Uterino, al cual asistieron 30 responsables de programa y colposcopistas de Bolivia, Belice, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Perú, El Salvador, República Dominicana y México.

CÁNCER DE MAMA

La cobertura de detección de cáncer de mama por mastografías en mujeres de 50 a 69 años de edad fue de 15.8 por ciento en el periodo de agosto de 2010 a septiembre de 2011, mayor en 73.6 por ciento a la lograda en el mismo periodo inmediato anterior. En el mismo grupo poblacional se realizaron un millón 188 mil 170 mastografías en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, 36.7 por ciento más respecto al lapso precedente. Se incrementó en siete el número de unidades móviles con equipo de mastografía, sumando así 55 con estas características. Al mes de agosto de 2011 se contaba con un total de 547 mastógrafos, nueve más que en agosto de 2010, para detección y diagnóstico del cáncer de mama en las instituciones públicas de todas las entidades federativas.

Se han capacitado 85 radiólogos y 25 técnicos radiólogos en la toma y lectura de mastografías. Se inició la operación de la Unidad de Especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama (UNEME-DEDICAM) en Cancún, Quintana Roo. Se cubrió mediante el Fondo de Protección contra Gastos

Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud, la atención integral de seis mil 110 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Entre enero de 2008 y agosto de 2011 se han atendido con cargo a dicho Fondo un total de 17 mil 535 mujeres.

Se consolidó la estrategia de los dos centros regionales de lectura, de mastografías, con la puesta en marcha de 30 centros emisores de 12 estados, con una capacidad anual para la interpretación de calidad de 75 mil mastografías cada uno. Se actualizó y publicó el 9 de junio de 2011 en el DOF la NOM-041 Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama, con aval de las sociedades médicas e instituciones de salud. Se capacitaron de forma continua 468 profesionales de la salud de todos los niveles de atención involucrados en la detección y control del cáncer de mama, entre ellos médicos y técnicos radiólogos, oncólogos, ginecólogos, cirujanos, médicos generales, enfermeras, trabajadoras sociales, responsables del programa del nivel jurisdiccional y estatal y personal no médico.

IGUALDAD DE GÉNERO

Se formaron 178 capacitadores en género e interculturalidad en salud en el marco de los derechos humanos, en los servicios estatales de salud de Tabasco, Colima, Durango, Chiapas, Guanajuato, Baja California Sur y Quintana Roo. También se dio seguimiento a los compromisos de capacitación en género y salud en reuniones de trabajo con 67 participantes de Yucatán, Querétaro, Aguascalientes y Colima. En comparación con el año anterior se formó a 36 por ciento más capacitadores.

Se actualizó a 35 profesionales de la salud de los servicios estatales en el curso Género y Salud realizado con el Instituto Nacional de Salud Pública en agosto de 2011. Se emitieron recomendaciones para la Norma Oficial Mexicana de Salud Mental y se publicó una guía para incorporar la perspectiva de género en programas de salud. Se desarrollaron proyectos interinstitucionales en coordinación con el INMUJERES, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y organizaciones civiles, en el tema de Mujeres con VIH, y se incorporó la perspectiva de género en las acciones del proyecto Mecanismo Coordinador de País: México ante el Fondo Mundial contra el VIH, el cual fue aceptado y aprobado por el Fondo Mundial, iniciando actividades el 1 de enero de 2011.

Este año se realizaron los procedimientos para cumplir con los criterios de la Norma Mexicana para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres con el fin de alcanzar la certificación, y se avanzó en el programa de Cultura Institucional con la impartición de dos talleres dirigidos al personal operativo en los temas de sensibilización en género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos, y en los temas de masculinidad, violencia y salud.

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO

Para la detección oportuna de los casos de violencia familiar y de género en mujeres mayores de 15 años a nivel nacional se aplicaron 773 mil 196 herramientas para detección temprana a mujeres usuarias de los 32 servicios estatales de salud; se consolidó una infraestructura para la atención de 284 servicios especializados en las 32 entidades federativas; se otorgaron servicios de atención especializada a 125 mil 799 usuarias de los 32 servicios estatales de salud, brindando 256 mil 250 servicios de consejería; 84 mil 398 apoyos psico-emocionales y 58 mil 441 atenciones médicas en los casos de mujeres que vivieron violencia; se brindó atención a mil 734 mujeres, mil 418 niños y mil 521 niñas que han sido protegidos, otorgándoles servicios de alimentación, hospedaje, atención médica, psicológica, jurídica y apoyo social; así como, capacitación a las mujeres para su inserción laboral. Asimismo, se apoyaron a 33 organizaciones de la sociedad civil y ocho públicas que otorgan servicios de refugios.

3.5 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada, caracterizada por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en uno o más subgrupos de la población, pero que

aún no se establece en la población en general. La prevalencia de infección por VIH se ha mantenido por encima del 5 por ciento en por lo menos un subgrupo de la población y entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es inferior al 1 por ciento.

Del 1 de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011, se inició tratamiento antirretroviral a seis mil 63 personas con Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH), con lo cual el número acumulado de personas sin seguridad social que recibe tratamiento desde enero de 2007 a la fecha, asciende a 44 mil 381. En 2011 se sumaron 12 laboratorios a la red de prestadores de servicios para la realización de pruebas de carga viral, linfocitos CD4 y genotipo, con lo cual se amplió la capacidad de respuesta en las 32 entidades federativas; con una inversión autorizada de 230 millones de pesos financiada a través del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos, lo que permitirá mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

Se elaboró y presentó en el seno del CONASIDA el Plan de Acción para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PPTMI) del VIH/Sífilis Congénita (SC), en el cual se integraron todas las áreas involucradas. Están en desarrollo las actividades de cada una de éstas dentro de la SS y la alineación de los procedimientos y acciones que realizan en el IMSS e ISSSTE, con el objeto de que las instituciones que atienden personas con VIH y mujeres embarazadas asignen recursos, asociados al indicador presupuestario para garantizar la continuidad del PPTMI de VIH y SC.

Los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPASITS) y los Servicios de Atención Integral (SAI's) para personas que viven con VIH/SIDA son el eje de la atención integral para las personas con VIH y otras infecciones de transmisión sexual. En este contexto, y con la finalidad de propiciar una mejora en su gestión, operación y prestación de servicios se encuentra en desarrollo el Modelo de Recursos Valorizado, el cual se constituirá en el marco de referencia para la atención en VIH en el país y, en un futuro, para la gestión del desarrollo de recursos humanos de salud, considerando que está basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, orientados a lograr una persona, familia y comunidad saludables.

La epidemia de SIDA en México durante 2010 se concentra en las poblaciones clave de mayor riesgo, entre las que destacan los trabajadores sexuales con una prevalencia de 15 por ciento; hombres que tienen sexo con hombres (11 por ciento); usuarios de drogas inyectadas (5 por ciento); trabajadoras sexuales (dos por ciento); y las personas privadas de la libertad (1 por ciento). Los clientes de las trabajadoras sexuales, así como los hombres y mujeres heterosexuales registran cifras significativamente más bajas.

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 30 de septiembre de 2010, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 143 mil 281 casos, de los cuales 82.2 por ciento son hombres y 17.8 por ciento mujeres, es decir, existe una relación hombres/mujeres de 4.6 a 1, cifra que a lo largo de la epidemia ha ido en descenso. El grupo de 25 a 34 años es el de mayor porcentaje de casos de SIDA, seguido del grupo de 35 a 49 años y en tercer lugar el de los jóvenes de 15 a 24 años. La tendencia histórica de la epidemia muestra una disminución en la proporción de casos de SIDA en los grupos de edad más afectados (25-44 años), y un aumento sostenido del porcentaje de casos de SIDA en jóvenes.

Por primera vez durante 2010, se emitieron dos convocatorias públicas, una para prevención focalizada a poblaciones clave afectadas, en la que obtuvieron financiamiento 60 organizaciones de la sociedad civil, y otra para mujeres en alta vulnerabilidad, en la que se financiaron 15 proyectos con el objetivo de prevenir la feminización de la epidemia.

Para 2011, la convocatoria pública para otorgar financiamiento a los proyectos que presentan las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA y Derechos Humanos, cuenta con un fondo de hasta 43 millones de pesos y fue separada en ocho categorías, entre las que destacan prevención focalizada, mujeres en alta vulnerabilidad, asistencia técnica y prevención en fronteras:

Con el objeto de mejorar la implementación de las políticas públicas en materia de discriminación y homofobia, se han realizado talleres de capacitación al personal de salud que atiende los CAPASITS para contar con espacios libres de homofobia. Al sensibilizar a los prestadores de servicios de salud y brindar espacios amigables de atención al VIH/SIDA, se proporcionan herramientas técnicas, normativas y legales, se promueve que los programas de prevención y atención respondan a las necesidades reales de esta población y puedan ser certificados como espacios libres de discriminación. Entre septiembre y diciembre de 2010, se promovió la campaña dirigida a evitar el estigma, la discriminación y homofobia al dar a conocer los servicios amigables que se proporcionan en los CAPASITS.

Dentro de las acciones que ha implementado el Gobierno Federal, se considera como componente central para la prevención de infecciones de transmisión sexual, la promoción permanente del uso del condón especialmente entre las poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad. En 2010, se adquirieron 19 millones 734 mil 100 condones, mismos que fueron distribuidos a las entidades federativas entre los meses de octubre y noviembre del mismo año. En 2011 se invertirá un total de 25 millones de pesos para asegurar la entrega de insumos de prevención. Se promovió en tiempos fiscales de radio y televisión una campaña de prevención, dirigida a los jóvenes sobre el uso del condón masculino para evitar las infecciones de transmisión sexual.

En el marco del proyecto de Fondo Mundial Fortalecimiento de las Estrategias Nacionales de Prevención y Reducción de Daño, dirigido a hombres que tienen sexo con otros hombres, hombres trabajadores del sexo y usuarios de drogas inyectables se realizaron reuniones de trabajo entre el Gobierno Federal, gobiernos estatales y FUNSALUD, para la implementación de acciones claras y concretas tendientes a mejorar los programas de trabajo, las estrategias de prevención y reducción del daño. Dicho proyecto comenzó en el segundo semestre de 2011 e iniciará con 14 ciudades hasta completar 44 en las poblaciones más afectadas por la epidemia del VIH/SIDA en los próximos cinco años.

En el ámbito internacional, durante los primeros cuatro años de la administración, el Programa de VIH/SIDA e ITS de México ha tenido una destacada participación en diversos eventos, que han fortalecido la cooperación técnica y los compromisos internacionales para prevenir y controlar dichas enfermedades. En el periodo del presente informe, destacan las siguientes acciones:

- El CENSIDA asistió a la 26ª Reunión de la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA/PCB (por sus siglas en Inglés) del 22 al 24 de junio de 2010 en Ginebra, Suiza como observador y en preparación a su inicio de gestión. Ya como miembro del PCB del ONUSIDA, el CENSIDA representó a México del 20 al 23 de junio de 2011 en la 28ª Reunión de esta instancia realizada en Ginebra, Suiza.
- En septiembre del 2010, el CENSIDA y ONUSIDA Regional, organizaron la Consulta de Acceso Universal México 2010, cuyo objetivo fue visualizar las metas, avances, brechas, y lecciones aprendidas en función del logro de resultados e impacto, según prioridades establecidas por el país.
- El CENSIDA continúa formando parte del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y recientemente en la Asamblea General Ordinaria realizada del 5 al 8 de abril en la Ciudad de Panamá, fue electo para ocupar la presidencia de tal instancia a partir de julio de 2011.
- El Secretario de Salud de México asistió en compañía de una delegación del CENSIDA a la Reunión de Alto Nivel sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas, llevada a cabo en Nueva York, del 8 al 10 de junio de 2011. En este evento México y los países miembros, se comprometieron a intensificar los esfuerzos por promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH y los miembros de grupos vulnerables.

En materia de monitoreo y evaluación se realizaron diversas acciones durante el periodo del presente informe, entre las cuales se destacan las siguientes:

- Se consolidó el sistema de monitoreo del VIH en poblaciones vulnerables al aplicarse 280 mil 254 cédulas con pruebas rápidas para la detección del VIH en todo el país, de 2007 a junio de 2011.
- Se mantuvo actualizado el Registro de Investigaciones e Intervenciones Mexicanas sobre VIH/SIDA que ya cuenta con cinco mil 290 registros.
- Desde 2004 a la fecha se ha mantenido la actualización anual en la página *Web* del CENSIDA el Boletín del Grupo de Información Sectorial de VIH/SIDA e ITS, que concentra información sobre las acciones de prevención y atención realizadas por las instituciones del sector salud.

Se actualizó continuamente la página *Web* del CENSIDA y se mantuvo como el sitio más visitado dentro de la Secretaría de Salud. Entre septiembre de 2010 a agosto de 2011, se dieron aproximadamente 700 mil visitas.

4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

4. SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

La Subsecretaría de Administración y Finanzas (SAF) tiene como parte de sus funciones el coadyuvar a fortalecer las actividades sustantivas de los programas y líneas estratégicas de la Secretaría de Salud mediante el diseño, instrumentación y evaluación de políticas, normas, sistemas y procedimientos en materia de planeación, programación, presupuestación, contabilidad gubernamental y administración integral de los recursos humanos, materiales y financieros; así como el desarrollo de la infraestructura física en salud de la Secretaría, de sus órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados; actividades que realiza coordinadamente a través de las unidades administrativas adscritas a esta Subsecretaría.

4.1 DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO

La Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) es la unidad administrativa responsable de diseñar y operar los instrumentos organizacionales, programáticos, presupuestarios y de rendición de cuentas, así como de administrar los recursos financieros que garanticen el adecuado funcionamiento de las áreas centrales, órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados, con base a la calidad en el servicio, actitud de servicio, transparencia y compromiso social. Para su desempeño ha organizado su estructura en cinco macro procesos sustantivos y uno de apoyo, que se encuentran certificados por la Norma Internacional ISO-9001 versión 2008. Los logros y avances para cada macro proceso en el periodo comprendido entre septiembre de 2010 a agosto de 2011 se describen en los siguientes apartados:

DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL

Se registraron las estructuras orgánicas de siete unidades centrales, cuatro desconcentradas, ocho organismos públicos descentralizados y dos entidades de participación estatal, para lo cual se realizaron 20 valuaciones de puestos, logrando así su alineación a los Decretos que reforman, derogan y adicionan diversas modificaciones al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicados en el DOF del 2 de febrero de 2010 y el 10 de enero de 2011; asimismo, se refrendaron 26 estructuras de unidades centrales, 14 desconcentradas y 12 de organismos públicos descentralizados.

Se realizaron 478 valuaciones de puestos eventuales de unidades centrales y órganos desconcentrados a través del Sistema de Validación de la Valuación y del Nivel del Tabulador (SIVAL), para determinar el grupo, grado y nivel, acorde a las atribuciones y funciones que se desempeñan y a las percepciones que se otorgan. Adicionalmente, se realizó el proceso de registro de la carga inicial de estructuras orgánicas de 22 organismos públicos descentralizados y dos entidades de participación estatal en el Sistema para la Aprobación y Registro de las Estructuras Organizacionales (SAREO).

Se analizaron, dictaminaron y registraron 84 contratos de personal por honorarios ante la Secretaría de la Función Pública (SFP), mismos que corresponden a organismos públicos descentralizados. Se proporcionaron 126 asesorías a unidades de la Dependencia para la integración de manuales de organización y 175 para manuales de procedimientos; adicionalmente, se concluyó el proceso de revisión de 28 manuales de organización y 16 manuales de procedimientos.

Conforme al Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, se integró la matriz de administración de riesgos de los procesos sustantivos de la DGPOP a través del mapa de riesgos, estableciéndose seis estrategias y 16 acciones para la administración de seis riesgos institucionales con bajo nivel de ocurrencia de esta Dirección General.

Se analizaron los Manuales de Aplicación General en Materia de Recursos Humanos y Financieros, integrando 51 observaciones que se hicieron llegar a la SFP a través del enlace operativo del Programa de Mejora

de la Gestión, logrando la permanencia del Manual de Procedimientos de la DGPOP como lineamiento no abrogado.

De conformidad con el proceso de la Primera Revisión de la Certificación ISO 9001:2008, durante el primer trimestre de 2011 se realizó la encuesta para evaluar los servicios que presta la DGPOP a los clientes externos del Ramo 12 y del Ramo 33.

INTEGRACIÓN PROGRAMÁTICA Y PRESUPUESTAL

En la Reforma Constitucional en Materia de Gasto Público y Fiscalización, publicada en el DOF el 7 de mayo de 2008, se planteó una transformación integral de la Hacienda Pública, que implica modificaciones estructurales en el proceso presupuestario, a fin de lograr que la toma de decisiones incorpore, sistemáticamente, consideraciones sobre los resultados obtenidos y esperados de la aplicación de los recursos públicos.

En este contexto, para el proceso de integración programática presupuestal 2011, los esfuerzos se orientaron hacia el fortalecimiento del enfoque de Gestión para Resultados (GpR) y del Presupuesto basado en Resultados (PbR), así como de la implantación del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED), que tiene como una de sus principales vertientes la evaluación de los programas de gobierno.

El PbR como instrumento para la toma de decisiones contempla el diseño de un esquema integral de indicadores para resultados, integrados de manera gradual en su implantación, para lo que se ha impulsado el uso amplio de herramientas de planeación y evaluación con unidades administrativas que conforman esta Secretaría y con servicios estatales de salud; al respecto cabe señalar lo siguiente:

- Se actualizó y consolidó la calidad de la información de las 25 Matrices de Indicadores para Resultados (MIR) con que cuenta esta Secretaría, con un total de 190 indicadores, incluidos en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2011, que se reportan a través del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (PASH), mismos que constituyen la base para el proceso de evaluación en los términos previstos del Programa Anual de Evaluación 2011.
- Asimismo, se les dio seguimiento conforme a su frecuencia de medición, reportándose a la H. Cámara de Diputados de manera trimestral; en ello, destacan 22 indicadores del PEF seleccionados, mismos que forman parte del Informe sobre la Situación Económica sobre las Finanzas Públicas y la Deuda Pública, al que da seguimiento la SFP, así como el Informe de Avance de Gestión Financiera que integra la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).
- Conforme a los Lineamientos para Informar sobre el Ejercicio, Destino y Resultados de los Recursos Federales Transferidos a las Entidades Federativas, publicados en el DOF el 25 de febrero de 2008, se determinaron cuatro indicadores para el seguimiento y evaluación de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y del Fondo de Aportaciones Múltiples; estos indicadores son reportados por las 32 entidades federativas, generando 128 reportes trimestrales de seguimiento.

La Secretaría de Salud, para el ejercicio fiscal 2011, tuvo un presupuesto autorizado de 105 mil 313.9 millones de pesos, superior en 17.2 por ciento al de 2010 y 379 por ciento mayor al autorizado en 2002. Por su parte, los recursos financieros que se destinan a las entidades federativas mediante el FASSA del Ramo 33, ascendieron a 55 mil 698.7 millones de pesos para el ejercicio fiscal 2011, equivalente a 108.2 por ciento más que en 2002. El total de recursos autorizados para salud en este ejercicio fiscal fue de 161 mil 12.6 millones de pesos, superior en 230.3 por ciento a 2002.

Es importante destacar que el Seguro Popular, incluyendo el Seguro Médico para una Nueva Generación, ha sido el instrumento financiero que ha permitido la obtención de mayores recursos para la operación de los servicios de salud en los estados, con un monto de recursos de 62 mil 357.9 millones de pesos en 2011. De tal manera que los recursos del Seguro Popular que reciben las entidades federativas equivalen a 11.9 veces en promedio, al presupuesto de operación del FASSA. Este crecimiento de los recursos transferidos refleja la prioridad asignada a los servicios estatales de salud como instancias operativas del Sistema Nacional de Salud.

CUADRO IV.1 PRESUPUESTO FEDERAL AUTORIZADO PARA SALUD, RAMO 12 Y FASSA DEL RAMO33 (MILLONES DE PESOS)

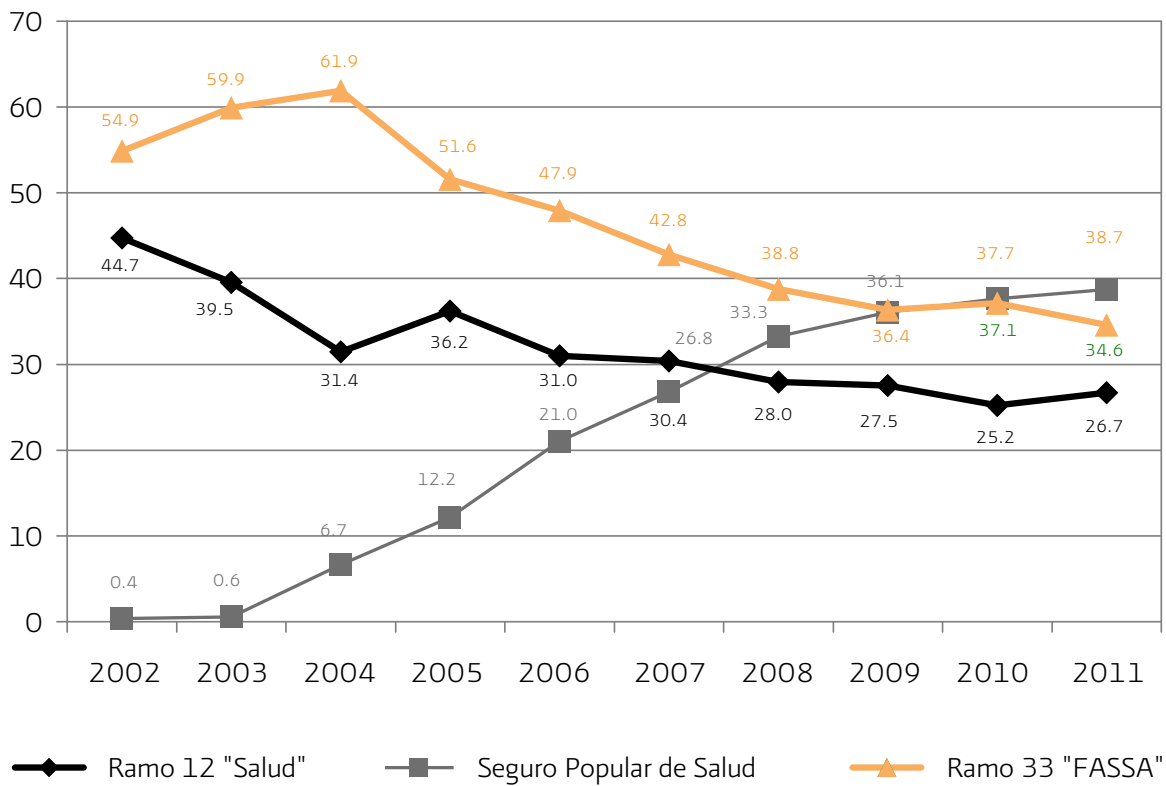
RAMO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	VAR. % 2002 2010	TMCA
Ramo 12 Salud	21 804.8	20 573.2	17 306.0	25 471.8	25 218.1	29 542.9	31 709.9	36 807.8	36 048.6	42 956.0	97	7.8
Seguro Popular	191	293.5	3 667.1	8 552.7	17 137.4	26 040.3	37 716.2	48 228.6	53 844.3	62 357.9	32 548.1	90.2
Ramo 33 FASSA	26 758.8	31 163.4	34 064.1	36. 257.1	38 980.5	41 572.8	43 995.4	48 617.8	53 100.1	55 698.7	108.2	8.5
Total	48 754.6	52 030.1	55 037.2	70 281.6	81 336.0	97 156.0	113 421.5	133 654.2	142 993.0	161 012.6	230.3	14.2

NOTA: El presupuesto autorizado para la operación del de Salud, sumado al presupuesto autorizado para Ramo 12 Salud suma el total del presupuesto autorizado al Ramo 12 Salud.

FUENTE: Secretaría de Salud. DGPOP. Presupuesto de Egresos de la Federación del para el Ejercicio Fiscal que corresponda.

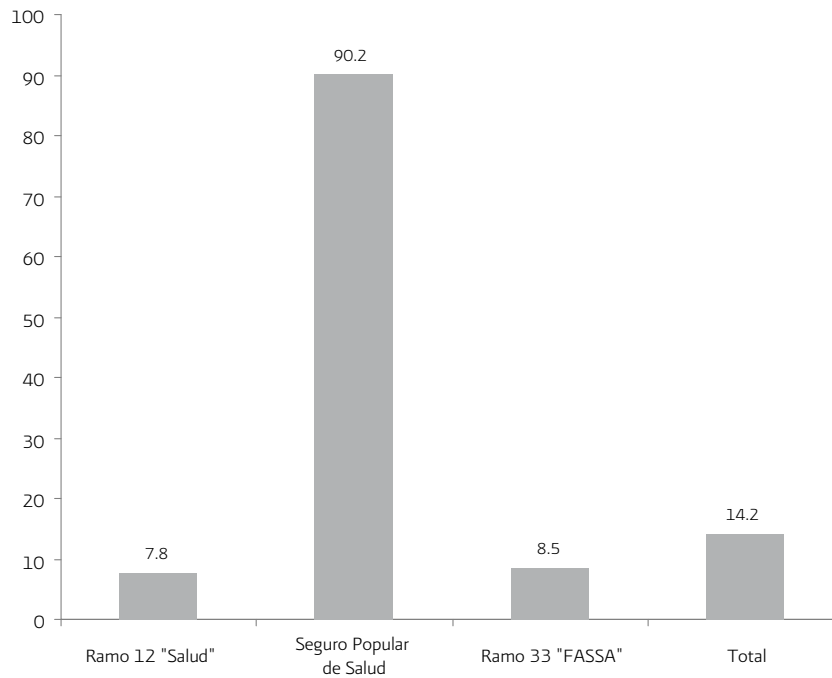
El proceso de programación/presupuestación 2011 se orientó a garantizar el mayor impacto posible en la salud de la población por cada unidad monetaria invertida, por lo que el PEF fue formulado en el marco de la alineación de acciones y recursos al Seguro Popular, integrando las diversas fuentes de financiamiento (Ramos 12, 33 y Seguro Popular) que confluyen en cada uno de los programas sustantivos de la Secretaría; con estas acciones se evitan duplicidades, al mismo tiempo que se generan sinergias entre las diferentes fuentes de financiamiento y se logra un equilibrio financiero entre las mismas.

GRÁFICA IV.1 ESTRUCTURA PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO AUTORIZADO POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO 2002-2011



FUENTE: Secretaría de Salud. DGPOP.

GRÁFICA IV.2 TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL 2002-2011



FUENTE: Secretaría de Salud. DGPOP.

GESTIÓN PRESUPUESTAL

En el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011, se tramitaron cuatro mil 253 adecuaciones presupuestarias ante la SHCP, de las cuales dos mil 396 correspondieron al último cuatrimestre de 2010 y mil 857 a los primeros seis meses de 2011.

Se realizaron los trámites administrativos establecidos en la normatividad para recuperar 591.8 millones de pesos por concepto de ingresos excedentes de las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Dependencia, mismos que permitieron fortalecer la operación de los servicios en las propias unidades. Además, se realizaron los trámites para la regularización de 419.6 millones de pesos por ingresos propios de los organismos descentralizados, mediante las modificaciones a sus flujos de efectivo.

Asimismo, se gestionaron 32 solicitudes de modificación a los tabuladores de cuotas de recuperación de las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y entidades que lo solicitaron, las cuales fueron autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

En materia de inversión, se han registrado o actualizado 102 proyectos en la Cartera de Programas y Proyectos de Inversión de la SHCP, para constituir una cartera actualizada de mil 290 programas y proyectos, de los cuales 998 corresponden a la SS y 292 a entidades federativas que serán financiados con recursos del Fondo de Previsión Presupuestal del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.

La inversión autorizada en 2010 ascendió a tres mil 490 millones de pesos, de los cuales mil 671.1 millones de pesos corresponden a recursos fiscales y mil 818.9 millones de pesos al Fondo de Previsión Presupuestal, en apoyo de 16 entidades federativas. La asignación original programada para 2011 con recursos fiscales es de mil 415.2 millones de pesos y del Fondo del Sistema de Protección Social en Salud de dos mil 314.6 millones. Con base en las disposiciones aplicables se gestionó la autorización de 11 solicitudes para contrataciones plurianuales y se realizó el trámite de 31 solicitudes de licitación anticipada.

En lo que corresponde al periodo comprendido del 1 de septiembre de 2010 al 30 de junio de 2011, se tienen registrados ocho eventos que afectaron al Sector Salud, distribuidos en cuatro estados de las República, los cuales han recibido recursos del Fondo de Desastres Naturales (FONDEN) por un monto total de 542.1 millones de pesos.

CONTROL DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO

El presupuesto ejercido para atender las necesidades de salud de la población sin acceso a los servicios médicos de las instituciones de seguridad social se incrementó más de 5.4 veces entre 2002 y 2011, pasando de poco más de 20 mil a casi 105 mil millones de pesos, lo que equivale a una tasa media anual de crecimiento de 19 por ciento, con ello se mejoran los niveles de gasto en salud y las disponibilidades de insumos para la atención médica de la población usuaria.

Se mantuvo una constante comunicación con los administradores de las distintas unidades responsables de la ejecución del gasto para efectos del seguimiento del ejercicio del presupuesto, con lo que se logró un nivel de ejercicio de 99.9 por ciento con respecto al presupuesto modificado autorizado para el cierre del 2010, desarrollando un apoyo total a los ejecutores en la resolución de la problemática presentada para un ejercicio eficiente de los recursos asignados.

CUADRO IV.2. PRESUPUESTO EJERCIDO POR LA SECRETARÍA DE SALUD, RAMO 12 SALUD (MILLONES DE PESOS)

PRESUPUESTO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Var. % 2002-2011	TMCA 2002-2010
Modificado	20 585.6	21 948.3	23 695.5	33 706.1	41 551.2	53 144.9	69 744.2	80 959.3	86 770.1	103 986.7	405.1	19.7
Ejercido	20 127.4	21 933.6	23 694.0	33 705.5	41 547.7	53 144.0	69 743.5	80 959.3	86 765.6	103 986.7	416.6	20
Economías	458.2	14.7	1.5	0.6	3.5	0.9	0.8	0.1	4.5	0		
Porcentaje ejercido vs modificado	97.8	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	100	99.9	100	100	

NOTAS:

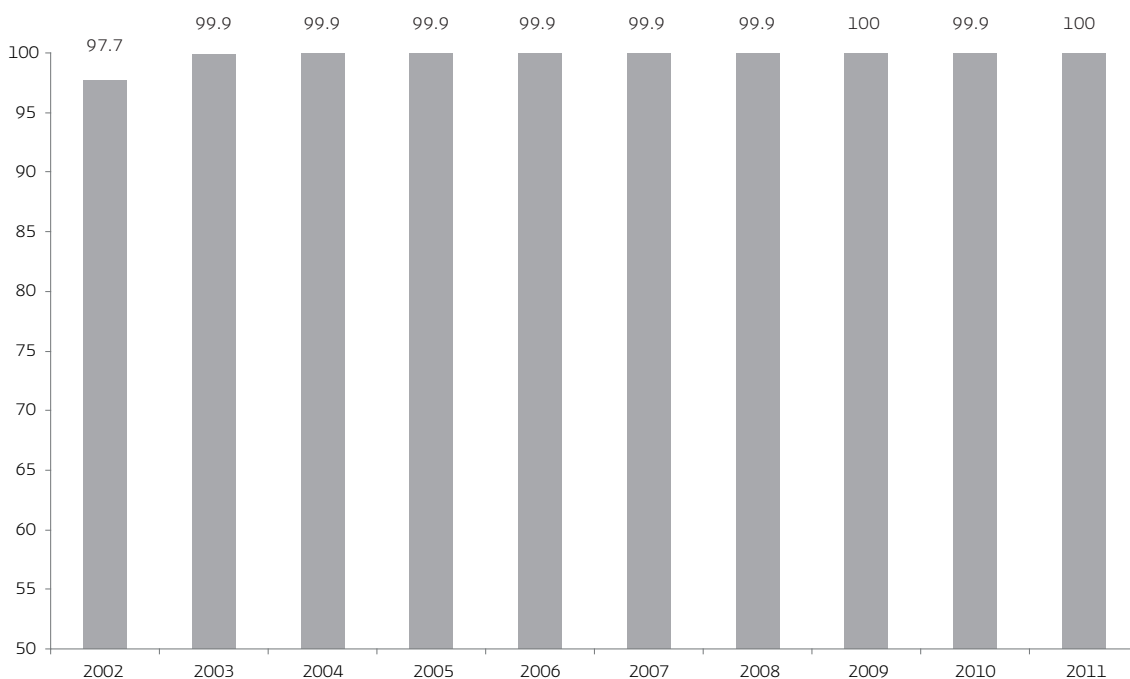
^{1/} Para 2002 y 2003 se incluye el presupuesto del programa IMSS-Oportunidades y del INAPAM en Ramo 12 Salud.

^{2/} Para el ejercicio fiscal 2010 el presupuesto autorizado asciende a 89 mil 892.9 millones de pesos, se espera que sumados los ingresos excedentes y las reducciones instruidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, al cierre del ejercicio fiscal se tenga una cifra similar al presupuesto autorizado modificado con un ejercicio cercano al 99.9 por ciento.

^{3/} Para 2010 las cifras de presupuesto modificado y ejercido corresponden a la estimación de cierre del ejercicio.

FUENTE: Secretaría de Salud. DGPOP. Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2002-2010 y Estimación de Cierre del Ejercicio al 31 de Diciembre de 2011.

GRÁFICA IV.3 PORCENTAJE DE PRESUPUESTO EJERCIDO VS. MODIFICADO 2002-2011



FUENTE: Secretaría de Salud. DGPOP

INFORMACIÓN FINANCIERA

En cumplimiento a las disposiciones establecidas por la Ley General de Contabilidad Gubernamental, de contar con un sistema electrónico para el registro del gasto público, se atendió lo dispuesto por la Unidad de Contabilidad Gubernamental e Informes sobre la Gestión Pública de la SHCP, para la implantación y operación del Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) en todas las unidades ejecutoras de gasto que constituyen el Sector Central y Paraestatal de la Secretaría de Salud.

De agosto a diciembre de 2010 se impartieron diversos cursos de capacitación al personal de las unidades responsable de las acciones de administración presupuestaria, además de los que proporcionó la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la SHCP. Se configuró la red comunicaciones de la Dependencia en coordinación con la Coordinación General de Tecnologías de la Información de la SHCP, se configuró la infraestructura informática de las unidades de la SS para la instalación de las aplicaciones informáticas para que a partir del uno de enero de 2011 entrara en operación el SICOP.

Así, a partir de esa fecha se procesa la totalidad de las operaciones presupuestarias del Ramo 12 y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del Ramo 33 en el SICOP, para lo cual se ha proporcionado asistencia técnica a las unidades de la dependencia; se han realizado diversas reuniones con personal de la Unidad de Contabilidad Gubernamental e Informes sobre la Gestión Pública para analizar y, en su caso, incorporar las propuestas de mejora al Sistema que se han obtenido de la revisión de los procesos.

Se dio cumplimiento a los requerimientos de información de la SHCP, SFP, Presidencia de la República y de la H. Cámara de Diputados, establecidos en los Decretos de Presupuesto de Egresos de la Federación (DPEF) de los Ejercicios Fiscales 2010 y 2011, y demás disposiciones normativas en la materia, a través de los informes del tercer y cuarto trimestres de 2010, y primero y segundo de 2011, sobre la situación económica de las Finanzas Públicas y la Deuda Pública, Programa Especial Concurrente, Pueblos Indígenas, Programas Sujetos a Reglas de Operación, Fideicomisos y Comportamiento del Gasto Programable (avances financieros).

Se integró la información correspondiente a la DGPOP para la elaboración de las carpetas de cuatro sesiones del ahora Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) de la Secretaría de Salud para las Sesiones. Además se integró, revisó y analizó la información para la elaboración del Informe de Gobierno 2010, informe para la Rendición de Cuentas y de Actividades de la propia Unidad.

Se integró, revisó y analizó la información de 63 carpetas para sesiones ordinarias y 30 para sesiones extraordinarias de juntas de gobierno de las 23 entidades paraestatales; 16 carpetas para sesiones de consejo interno de órganos desconcentrados. Adicionalmente, se realizó la integración y análisis de la información financiera requerida para llevar a cabo la gestión institucional por parte de las áreas mayores de la dependencia.

Se dio cumplimiento a la normatividad emitida por la Comisión Intersecretarial de Gasto Público Financiamiento y Desincorporación para la operación del Sistema Integral de Información *SII@WEB* a través de la transmisión y monitoreo mensual de los formatos de información presupuestal del periodo comprendido entre septiembre de 2010 y agosto de 2011, correspondiendo a la Dependencia 191 formatos, a las entidades coordinadas siete mil 150 y a los órganos desconcentrados mil 989.

CONTABILIDAD Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Se elaboraron los estados financieros y la Cuenta de la Hacienda Pública Federal de la Dependencia para el ejercicio Fiscal 2010 y el Informe de Avance de Gestión Financiera para el primer semestre de 2011.

En cumplimiento a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública se atendieron 299 solicitudes de información relacionadas con aspectos programáticos, presupuestales y financieros. Se dio seguimiento a las 42 observaciones emitidas por la Auditoría Superior de la Federación y el Órgano Interno de Control en las revisiones a la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y al Informe de Avance de Gestión Financiera.

Se realizó el análisis de la información financiera de los 15 órganos desconcentrados de la SS para su integración y consolidación a los estados financieros, brindando 168 asesorías y enviando 168 observaciones y sugerencias para su seguimiento y depuración.

Se efectuó la encuadernación, clasificación y archivo de ocho mil 408 cuentas por liquidar certificadas y su documentación por las transacciones presupuestarias realizadas por la Dependencia y se atendieron 175 solicitudes de información realizadas por las unidades ejecutoras del gasto. Se realizó la verificación contable de 12 mil 260 cuentas por liquidar certificadas de las cuales siete mil 160 corresponden al periodo septiembre a diciembre de 2010 y cinco mil 100 al periodo enero a agosto de 2011.

4.2 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

La Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales (DGRMSG) lleva a cabo los procedimientos de contratación para la adquisición, arrendamiento de bienes y servicios de todas las unidades administrativas y órganos desconcentrados; controla y actualiza el inventario físico de los bienes inmuebles, así como el registro de los bienes muebles y administra los almacenes de la Secretaría, entre otras actividades.

En ese contexto, entre septiembre de 2010 y junio de 2011 se instrumentaron diversas medidas de control para hacer más eficientes dichos procedimientos, lo que permitió generar importantes ahorros y direccionar recursos a acciones prioritarias no previstas originalmente en la planeación presupuestal. Las acciones relevantes realizadas durante el periodo se detallan a continuación:

A través del Almacén Central, se realizaron las labores de coordinación y ejecución de recepción, custodia, acopio y entrega de diversos bienes e insumos, entre otros: 18 mil 385 bienes adquiridos por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE); un millón 39 mil 861 unidades de material de curación para el Programa de Cáncer Cérvico Uterino para su distribución a todas las entidades federativas; así como cinco mil 248 piezas de instrumental médico y equipo de cómputo, correspondientes al Programa Caravanas de la Salud.

Se realizó el Programa de Escaso y Nulo Movimiento con las unidades centrales y órganos administrativos desconcentrados para el reaprovechamiento de 25 mil 644 bienes que intercambiaron entre diversas áreas de la SS.

Se hizo la inspección física por atributos a insumos médicos y bienes que ingresaron al Almacén Central de la SS, y se brindó apoyo técnico a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud para la inspección física por atributos durante la recepción de instrumental, equipo médico y equipo de cómputo, adquiridos para el equipamiento de las unidades móviles del Programa Caravanas de la Salud.

Se llevaron a cabo las evaluaciones y dictámenes de los estudios analíticos efectuados a insumos médicos, realizados en los laboratorios de apoyo, auxiliares a la regulación sanitaria y autorizada por la COFEPRIS. Asimismo, a efecto de coadyuvar con la fármaco-vigilancia y regulación sanitaria, se emitieron informes mensuales a la COFEPRIS de los reportes analíticos obtenidos de las evaluaciones realizadas dentro del Programa Muestreo Periódico por Quejas y Canje por Rechazo Analítico.

Para dar cumplimiento al Programa Nacional de Reducción de Gasto Público, se ejecutaron las acciones correspondientes, recibiendo 71 vehículos para disposición final, los cuales se encuentran en la etapa de ser vendidos mediante el proceso licitatorio que establece la normatividad vigente.

Se efectuaron cinco sesiones ordinarias y una extraordinaria del Comité de Bienes Muebles, en las que se aprobaron los siguientes casos:

- Dos donaciones de papel de aproximadamente 39 toneladas a la Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos.
- Donación de 20 vehículos a institutos y hospitales.

- Comodatos de 227 unidades móviles en el marco del Programa Caravanas de la Salud a diversas entidades federativas, y de siete unidades móviles del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva a siete entidades federativas.

En este periodo se ejecutaron las acciones correspondientes para dar cumplimiento al Programa Nacional de Reducción de Gasto Público, mismo que establece que las dependencias y entidades deberán reducir 15 por ciento de su parque vehicular para actividades administrativas, que representa 71 vehículos para disposición final, lo que permitió generar un ahorro de 26 mil 303 litros de combustible.

En este periodo se realizaron procedimientos consolidados, que permitieron fortalecer las acciones encaminadas a mejorar y dar continuidad a los servicios de salud que se prestan en las diversas unidades hospitalarias, como lo fueron: la recolección de residuos peligrosos biológico-infecciosos, sólidos no peligrosos, y su respectiva supervisión; el aseguramiento de bienes patrimoniales y el seguro de responsabilidad profesional para médicos, cirujanos, dentistas, enfermeras y residentes.

De las licitaciones públicas consolidadas resalta la relativa a la adquisición de vacunas, cuyo proceso fue asegurado con la participación del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia e ISSSTE.

Se llevaron a cabo los procedimientos para contrataciones plurianuales para los ejercicios 2011 y 2012 relativos a la contratación de los siguientes servicios subrogados: dietas para consumo en unidades hospitalarias; combustible; fotocopiado y limpieza integral.

En resumen, durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2010 y el 24 de junio de 2011, la DGRMSG, efectuó 39 procedimientos de los cuales 34 fueron licitaciones públicas y cinco invitaciones a cuando menos tres personas, mismos que ascienden a un monto total adjudicado de tres mil 576.7 millones de pesos que se ejercerán durante los ejercicios fiscales de 2011 y 2012.

Al mes de junio de 2011, se encuentran en trámite preparatorio los procedimientos de contratación relativos al servicio de infraestructura tecnológica para la aplicación electrónica del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM 2011) y la adquisición de bienes para la integración de una reserva estratégica para casos de desastres, consistente en medicamentos, material de curación, percederos, ambulancia, entre otros, así como la compra de condones y antirretrovirales requeridos por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA.

El Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios dictaminó 18 asuntos de excepción de licitación pública por un importe de mil 632.1 millones de pesos. En las citadas reuniones del Comité, el Órgano Colegiado dictaminó 16 asuntos de excepción de licitación pública por un importe de 112.5 millones de pesos. Entre éstos se incluyen las correspondientes a las siguientes contrataciones plurianuales:

- Servicio de Licencias de *Software Microsoft* (2010, 2011 y 2012).
- Servicio de Suministro de Combustible (2011 y 2012).
- Servicio de Seguro Colectivo de Retiro de la Secretaría de Salud (2011 y 2012).

Asimismo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en la DGRMSG, se formalizaron 13 contrataciones derivadas de adjudicaciones directas efectuadas por las Unidades Administrativas Centrales y Órganos Desconcentrados a empresas y entidades de la Administración Pública Federal por un monto de 96.7 millones de pesos.

En el proceso de regularización del inmueble de Lieja número siete, en particular de los cuatro predios que pertenecen a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, se encuentra en proceso la donación de los mismos a favor del Gobierno Federal con destino a la SS. En una etapa posterior, se procederá a gestionar ante las autoridades del Gobierno del Distrito Federal, la fusión de los cuatro predios al polígono de Lieja número siete, para convertirlos en un sólo inmueble federal.

Durante este periodo se realizaron cuatro sesiones ordinarias del Comité Interno para el Uso Eficiente de la Energía de la Secretaría. En los inmuebles registrados ante la Comisión Nacional para el Uso Eficiente de la

Energía (CONUEE) se logró un ahorro de 188 mil 878 Kilovatio-hora (6.14 por ciento) durante el periodo, y a nivel central, se logró un ahorro de combustible de 66 mil 743 litros. En febrero de 2011 se presentó el nuevo Programa de Ahorro de Energía de la Secretaría de Salud el cual fue autorizado por la CONUEE.

4.3 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

La Dirección General de Recursos Humanos es la unidad administrativa responsable de conducir el sistema de remuneraciones y la política salarial para el personal de la Secretaría, definir y conducir el Sistema Nacional de Capacitación y Desarrollo del Personal, coordinar la operación del Sistema del Servicio Profesional de Carrera y vigilar el cumplimiento de las disposiciones legales en materia laboral, entre otras.

Reflejo del crecimiento de la cobertura de los servicios de salud y del tipo de servicios, en los últimos años se ha visto un incremento en el número de plazas sustantivas. Así, el número de trabajadores en los Hospitales Regionales se triplicó al pasar de mil 284 a tres mil 799 del año 2007 a 2011, el número de pasantes e internos de pre-grado paso de dos mil 74 a tres mil 782 en el mismo periodo, y los médicos residentes se incrementaron de mil 541 en 2007 a dos mil 536 en 2011.

La contratación de plazas eventuales ha permitido fortalecer en materia de recursos humanos a las áreas centrales, órganos desconcentrados e institutos nacionales de salud, así como dotar de recursos humanos a las unidades hospitalarias que implementan nuevos programas que surgen de las necesidades de la población.

CUADRO IV.3 CONTRATACIÓN DE PLAZAS EVENTUALES 2009-2011

ÁREAS DE ADSCRIPCIÓN	AÑOS		
	2009	2010	2011
Áreas Centrales	707	574	574
Órganos Desconcentrados	292	271	271
Programa Oportunidades	1 604	1 604	1 604
Institutos Nacionales de Salud	456	279	279
DIF Nacional	353	348	360
TOTAL	3 412	3 076	3 088

FUENTE: Subsecretaría de Administración y Finanzas.

Para el ejercicio 2011, se programó la puesta en marcha de nuevas unidades médicas, razón por la cual, se autorizó la contratación de plazas de carácter eventual, que permitan contar con personal calificado para el otorgamiento de los servicios requeridos.

En 2010, con efectos retroactivos al primero de mayo, se otorgó un incremento salarial del 6 por ciento en promedio ponderado, que incluye las categorías de las diversas ramas (médica, paramédica, grupos afines y administrativo). Ello significa un incremento acumulado de 23 por ciento de mayo de 2007 a junio de 2011.

CUADRO IV.4 COMPARATIVO DE INCREMENTOS SALARIALES 2007-2010

PERIODO DE VIGENCIA	PORCENTAJE DE INCREMENTO PONDERADO
1 de mayo de 2007 a 30 de abril de 2008	5.0
1 de mayo de 2008 a 30 de abril de 2009	5.4
1 de mayo de 2009 a 30 de abril de 2010	4.8
1 de mayo de 2010 a junio de 2011	6.0
Incremento acumulado	23.0

FUENTE: Subsecretaría de Administración y Finanzas.

Con el objeto de consolidar los servicios de salud de la SS, se regularizaron 68 mil 50 trabajadores, distribuidos en todas las entidades federativas, que estaban remunerados con base al tabulador autorizado en 2007. Dicha regularización se llevó a cabo en dos etapas, la primera en 2008 (regularizando a 45 mil 776 trabajadores con un costo anual de ocho mil 817.6 millones de pesos) y la otra en 2009 (regularizando a 22 mil 274 trabajadores, con un costo anual cuatro mil 58 millones de pesos). En 2011 se destinaron recursos adicionales por la cantidad de dos mil 427.4 millones de pesos, para que dichos trabajadores recibieran sus remuneraciones en apego al tabulador vigente.

Asimismo, en coordinación con el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSA), se convino otorgar, con cargo a los recursos autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2011, a las entidades federativas seis prestaciones económicas para estos trabajadores regularizados, las cuales consisten en día de reyes, del trabajador, de la madre, ayuda para tesis, apoyo para compra de anteojos y apoyo para obtener licencia de manejo, las cuales en su conjunto tienen un costo de 253.3 millones de pesos.

En noviembre de 2010, la SS en conjunto con el SNTSA emitió las Condiciones Generales de Trabajo para el Trienio 2011-2013 y previa autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público se depositaron en el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje de conformidad con los artículos 87, 90 y 91 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

Con objeto de incentivar el desempeño de las funciones del personal adscrito a las unidades centrales, órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados, se otorgaron en 2011, conforme a las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud dos mil 98 licencias con goce de sueldo, aproximadamente 20 mil medallas por reconocimiento de antigüedad y 300 becas por capacitación, entre otros conceptos.

Se obtuvieron ahorros sustanciales en la contratación de seguros, conservando los beneficios cubiertos al personal. Por el Seguro Colectivo de Retiro los trabajadores de la SS pagan una prima mensual de 21.39 pesos por una suma asegurada máxima de 25 mil pesos, mientras que los trabajadores de otros sectores de la Administración Pública Federal pagan una prima de 54 pesos por la misma suma asegurada. En cuanto al Seguro de Responsabilidad, el costo mensual por servidor disminuyó de 165 a 90 pesos, por una suma asegurada de tres millones.

Por último, la suma asegurada del Seguro de Responsabilidad para médicos, cirujanos, dentistas y enfermeras de base y residentes aumentó de tres a 3.5 millones de pesos, al tiempo que el costo mensual de la prima se redujo de 41.52 a 33.70 pesos para el caso de los médicos y de 28 a 14.34 pesos en el caso de las enfermeras.

Durante los meses de febrero y marzo de 2011 se realizó la evaluación del desempeño anual 2010 a 822 servidores públicos. En promedio se obtuvo una calificación de 83.8, lo cual significa un desempeño satisfactorio de acuerdo a los puntajes establecidos en el Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera.

4.4 DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA

Con la finalidad de fortalecer las Redes de Servicios de Salud y la modernización de la Infraestructura Física, la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (DGDIF) ha implementado el desarrollo de diversas estrategias para promover la ejecución de acciones de asesoría técnica para detonar la ejecución de proyectos de salud alineados al Programa Integral de Infraestructura Física.

En el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011 se formalizaron los Convenios Específicos de Transferencia de Recursos con 27 entidades federativas, los cuales involucran una inversión acumulada de mil 988.3 millones de pesos destinados al fortalecimiento y desarrollo de 125 proyectos de infraestructura en salud.

Por tipo de acción se asignaron 700.1 millones de pesos a 81 fortalecimientos o ampliaciones, 715.9 millones a 29 obras nuevas y 572.3 millones a 15 sustituciones por obra nueva. Por nivel de atención médica, se destinaron 204 millones de pesos a 70 unidades de primer nivel, mil 612.1 millones a 51 unidades de segundo nivel y 172.2 millones a cuatro unidades de tercer nivel. Por grupo de unidades, se otorgaron mil 784.3 millones de pesos a 55 unidades hospitalarias, 90.6 millones a 55 unidades de primer contacto, 60.8 millones a tres establecimientos de apoyo y 52.6 millones a 12 unidades de especialidades médicas.

En los meses de julio y agosto de 2011 la DGDIF inició la formalización de los Convenios Específicos con 27 entidades federativas para transferir dos mil 20.87 millones de pesos (91 por ciento) de los dos mil 220.97 millones autorizados en el PEF 2011. La definición de los proyectos específicos se realiza privilegiando la continuidad y terminación de obras en proceso que permitan el inicio de operaciones y mejoren la capacidad resolutoria y la oportunidad de servicios de salud a la población enfatizando las previsiones correspondientes de recursos humanos y gastos de operación que deben ser cubiertas por cada entidad.

Para fortalecer la Red Hospitalaria Nacional de Alta Especialidad, en noviembre de 2009 se inició la construcción de un hospital bajo el esquema de Proyectos para Prestación de Servicios (PPS) denominado Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE) de Ixtapaluca y Unidad de Apoyo, en el Estado de México, se espera que inicie operaciones en agosto de 2011. El hospital contará con 246 camas censales y 28 especialidades médicas; así como con servicios ambulatorios en hemodiálisis, rehabilitación, cirugía ambulatoria y oncología (radioterapia y quimioterapia). De acuerdo a su regionalización, contempla otorgar servicios de salud al Estado de México y parte de Hidalgo, en beneficio de 5.5 millones de habitantes

En el período que compete a este informe se gestionaron ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) en la Cartera de Programas y Proyectos de Inversión los siguientes proyectos:

- Hospital General de Especialidades en Mexicali, Baja California.
- Hospital Samuel Ramírez Moreno, Centro de Atención a la Salud Mental. Lo anterior, derivado de la necesidad de sustituir la infraestructura actual del hospital.
- Construcción del Estacionamiento Vehicular Ciudad de la Salud, el cual está contemplado en el Plan Maestro Ciudad de la Salud para el ordenamiento y desarrollo de la Zona de Hospitales de Tlalpan.
- Programa de Mantenimiento y Remozamiento de Diversos Inmuebles de la Secretaría de Salud en 2012. Este programa contempla acciones de mantenimiento y mejoramiento en unidades médicas que se encuentran deterioradas.

Asimismo se desarrollaron los siguientes:

- Reconstrucción y rehabilitación de bodega para la creación de un centro de reservas estratégicas para atender situaciones de emergencia.
- Construcción del nuevo Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno.
- Adecuación de las áreas administrativas, consulta externa, ludoteca y urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.
- Adecuación del edificio de Reforma 156, para las siguientes direcciones generales de la SAF: Desarrollo de la Infraestructura Física, Recursos Materiales y Servicios Generales, Recursos Humanos, Programación, Organización y Presupuesto y Tecnologías de la Información, así como del CONADIC.
- Adecuación de Bioterio para la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura (CCAYAC).

Con la finalidad de mejorar la probabilidad de éxito en el desarrollo de nuevas unidades de salud, la DGDIF ha implementado un mecanismo de control que permite analizar las condiciones de factibilidad, previas a la autorización de recursos específicos para su inicio de obra. El objetivo del Certificado de Factibilidad es coadyuvar con los representantes estatales de la Secretaría de Salud en la mejora continua de las etapas y procedimientos de planeación, particularmente en la fase previa al desarrollo del proyecto. En el periodo septiembre 2010 a agosto de 2011 se han emitido los Certificados de los siguientes proyectos:

- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

- Unidad de Investigación de Enfermedades Infecciosas y Crónico Degenerativas de tres mil 785.74 metros cuadrados.
- Hospital General de México.
 - Unidad 501 Torre de Patología Genética Genómica y Centro de Perfeccionamiento de Habilidades Médico-Técnicas, superficie de construcción de 10 mil metros cuadrados.
 - Unidad 503 Torre de Cardiología y Neumología con 106 camas cuatro quirófanos y 27 consultorios con una superficie de construcción de 12 mil 631.57 metros cuadrados.
 - Unidad 310 de Trasplantes, Quirófanos, Terapia Intensiva, Gastroenterología y Hospitalización con 136 camas, 15 quirófanos, 15 consultorios con una superficie de construcción de 14 mil 254.70 metros cuadrados.
- Unidades de Especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama (UNEME's DEDICAM).
 - Chihuahua (638.42 metros cuadrados de superficie).
 - Querétaro (640 metros cuadrados de superficie).
 - Campeche (628 metros cuadrados de superficie).
 - Michoacán (695 metros cuadrados de superficie).
- Instituto Nacional de Cancerología
 - Torre de Hospitalización con 191 camas, 11 quirófanos, 27 consultorios, con una superficie de construcción de 59 mil 307.75 metros cuadrados.

Las unidades médicas que se encuentran en proceso de certificación son el Hospital General con Especialidades Dr. Miguel Silva y el Hospital Infantil con Especialidades Eva Sámano, ubicados en Morelia Michoacán; así como el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (servicio clínico para pacientes con VIH/SIDA y co-infección por enfermedades de transmisión aérea).

Se ha continuado con el apoyo en asesoría técnica al gobierno de Chihuahua en coordinación con distintas unidades de la Secretaría, en las acciones relacionadas con el fortalecimiento de infraestructura de unidades médicas de segundo nivel, como son: el Hospital General, de la Mujer, Psiquiátrico y la posible construcción de un nuevo Hospital General de Alta Especialidad en Ciudad Juárez. Para tal fin se realizaron visitas a Ciudad Juárez y se ha participado en reuniones de trabajo con funcionarios del gobierno del Estado y de la propia SS, como en diversos comunicados con personal de los Servicios Estatales de Salud de Chihuahua.

Durante el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011 se ejecutaron las siguientes acciones relacionadas con el fortalecimiento y modernización de unidades hospitalarias:

- Conclusión de las obras y servicios relacionados con la tercera etapa de los edificios de oficinas y estacionamiento y primera etapa del edificio de laboratorios del InDRE.
- Conclusión de la tercera etapa de construcción del Hospital Nacional Homeopático.
- Conclusión para su puesta en marcha del Hospital Juárez Centro, con una inversión total de 317.4 millones de pesos.
- Construcción de nueve escaleras de emergencia con monto de inversión contractual de 17 millones 594 mil 961.16 pesos.
- Construcción de las obras y servicios relacionados con la cuarta etapa de los edificios de oficinas y estacionamiento, así como la obra exterior del InDRE, con un monto de 24.2 millones de pesos. Está en proceso licitatorio la segunda etapa del edificio de laboratorios.
- Construcción de los edificios y servicios relacionados con la cuarta etapa del Hospital Nacional Homeopático edificios A, B y C, así como la segunda etapa de la rehabilitación del edificio de enseñanza e investigación, laboratorio y auditorio, con una inversión de 124.6 millones de pesos.
- Se realizaron los procedimientos para la contratación e inicio de los trabajos de conservación y mantenimiento en 19 Institutos y Hospitales de Alta Especialidad y cuatro inmuebles de oficinas, por un monto de 70 millones de pesos.

4.5 DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

A principios del mes de mayo de 2011 se comenzaron los preparativos para la migración de equipos de cómputo e infraestructura de la Secretaría de Salud, durante la última semana del mes se ejecutaron las actividades planeadas hasta finalizar la migración de los servidores, sistemas, bases de datos y aplicaciones a la nueva infraestructura que será productiva por un periodo proyectado no menor a tres años.

En el periodo que se informa se organizaron 79 cursos de capacitación en tecnologías de la información (TI) dirigidos a dos mil 147 participantes, así como también se llevaron a cabo diversos cursos de digitalización de documentos para la SS.

En materia de videoconferencias se han organizado 119 eventos entre los que destacan: conferencias magistrales de Bioética del Hospital Juárez; eventos con el Ministerio de Educación de la Salud de Brasil; y las coordinadas con HFR referentes a las Guías de Práctica Clínica en las cuales contamos con participantes de manera presencial y con varias sedes conectadas en tiempo real.

Se optimizaron los recursos disponibles al virtualizar los servicios, reduciendo la cantidad de *Hardware* y por ende el consumo de energía y emisión de calor. Por lo que se llevaron a cabo los respaldos de todos los servidores, sistemas, aplicaciones y bases de datos con el fin de contar con un plan de recuperación en caso de desastres y garantizar la continuidad de la operación de la Secretaría.

En 2010 se incorporaron 16 proyectos al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETIC) de la Secretaría de Salud, obteniendo una calificación anual de 10. En lo que va de 2011 se han incorporaron 12 proyectos al PETIC y al finalizar el año la Secretaría de la Función Pública al emitirá el reporte de la calificación institucional anual.

Se apoyó el proceso de implementación de tecnologías de la información de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, a través de la capacitación del personal del área en temas de estándares de TI.

Se coordinó e instrumentó el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación Institucional en Línea con el propósito de detectar las necesidades de capacitación en el rubro administrativo, médico y las propias de TI para estructurar el Programa Institucional de Capacitación 2011.

Se está implementando el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (MAAGTIC), así como la documentación de procesos para alinearlos al MAAGTIC. Se emitieron 350 dictámenes técnicos de acuerdo a lo establecido en dicho Manual.

Se realizó la licitación de servicios de arrendamiento de equipos de cómputo y periféricos, administración de sus contratos y logística de implementación y retiro. Se consolidaron líneas para incluir la información en la licitación de telefonía local y se llevó a cabo un convenio de licenciamiento con *Microsoft*.

Para el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV SALVAR del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, se realizó el mantenimiento y las adecuaciones para mejorar su desempeño, así como la modificación para el proceso de administración de pacientes e implementación del módulo de reporte.

Se integraron a los servicios de la Red Integral de la SS las unidades y laboratorio del InDRE. Se realizó la instalación de enlaces redundantes para el sitio de Francisco P. Miranda de la Dirección General de Epidemiología. Se apoyó en la aplicación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencia Médicas (ENARM) en las nueve sedes distribuidas en el país. Se realizó la migración de los servicios de telecomunicaciones del edificio de Reforma 10 al edificio de Reforma 156.

En enero de 2011 se actualizaron los catálogos relacionados con el nuevo clasificador por objeto de gasto publicado en el Diario Oficial de la Federación dentro del sistema ARM para la elaboración de requisiciones.

En el rubro de los portales *Web*, en el periodo comprendido para este informe se desarrollaron las actividades descritas a continuación:

- En cumplimiento del tema siete Mejora de Sitios *Web* de la Administración Pública Federal del Programa de Transparencia y Rendición de Cuentas 2010, se obtuvieron calificaciones sobresalientes tanto para el portal de la SS (9.7) como para los 32 portales de las unidades centrales, órganos desconcentrados y descentralizados inscritos en el programa en mención (calificación promedio de 9.4).
- Se llevó a cabo la actualización del administrador de contenidos del portal *Web* de la Secretaría de Salud-*OpenCMS* a la versión 7.
- Se realizó la migración de contenidos al administrador institucional del Hospital Infantil de México y del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea.
- Se crearon los portales *Web* para la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales y para el Hospital General de Tapachula.
- Se diseñaron los microsítios para los foros de Salud Alimentaria y Contra las Adicciones, así como del microsítio Todos Somos Juárez.

Se realizaron 26 asesorías técnicas para depurar y actualizar el Portal de Obligaciones de Transparencia y se impartieron dos cursos para la atención de solicitudes de acceso a información basados en el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Transparencia publicado por la Secretaría de la Función Pública.

Se atendieron un total de tres mil 819 solicitudes de acceso a información pública realizadas por la ciudadanía vía electrónica y 255 ingresadas mediante escrito libre, de manera directa en la Unidad de Enlace. Asimismo, se recibió, atendió y auxilió a 78 ciudadanos para asuntos relacionados con la transparencia en las oficinas de la Unidad. Para el Sistema de Gestión de Solicitudes de Información y Comité de Información se desarrolló el anexo técnico y términos de referencia.

En el caso del Sistema de Control Documental se llevó a cabo la actualización de la versión del motor de base de datos *Postgres* (versión 8.4). Se implantó el Sistema en la Dirección General de Recursos Humanos, Comisión Nacional de Bioética, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección General de Epidemiología y en el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

Se coordinó la revisión y actualización del Cuadro de Clasificación de Archivos de la Dependencia conforme a los cambios registrados en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Se efectuaron 522 asesorías técnicas a igual número de servidores públicos de la dependencia en materia de archivos conforme al Manual Administrativo de Recursos Materiales y Servicios Generales publicado por la SFP, así como cuatro cursos de Organización de Archivos de Trámite al que asistieron 421 servidores públicos.

Se revisaron 918 inventarios de diversas áreas para su transferencia al Archivo de Concentración. Asimismo, se revisaron 121 mil 590 expedientes de diversas áreas y se recibieron 21 toneladas de archivos semiac-tivos transferidos por diversas unidades administrativas para su conservación precautoria y se tramitó la baja de 25 toneladas de archivos sin valor institucional.

Se ingresaron 951 nuevos registros de libros y revistas en las bases de datos institucionales, disponibles para consulta del público en general. Se brindó atención a 833 usuarios en sala de consulta, proporcionando, entre otros, cinco mil 465 documentos del Archivo Histórico. Se emitieron dos dictámenes con opinión técnica para el destino final de material bibliohemerográfico para dos unidades administrativas.

4.6 ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

El Patrimonio de la Beneficencia Pública (PBP) está conformado por recursos financieros, bienes inmuebles y derechos que provienen de las siguientes fuentes principales: sucesiones en las que no existía testamento o

herederos legítimos, donativos, enajenación o arrendamiento de inmuebles, así como prescripción de saldos en cuentas de depósito o inversión sin movimientos.

La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública (APBP) tiene como función sustantiva administrar los bienes, recursos y derechos que integran el PBP, así como el presupuesto federal que le es asignado, en apoyo a programas y proyectos orientados a brindar servicios o realizar acciones de investigación, educación, promoción, prevención y atención en materia de salud en beneficio de población vulnerable, primordialmente aquella de escasos recursos sin cobertura de seguridad social. De igual manera, la APBP se encarga de representar los intereses de la Beneficencia Pública en todos los juicios y procedimientos en los que ésta es parte o participa.

Para dar cumplimiento a sus funciones, la APBP está integrada por un área de vinculación social y filantropía, que se encarga de gestionar el otorgamiento de apoyos a programas y proyectos de salud; por un área jurídica, que tiene a su cargo la gestión del patrimonio inmobiliario y la representación de los intereses de la Beneficencia Pública, así como por un área de administración y finanzas, que se encarga de gestionar el adecuado ejercicio de los recursos, tanto presupuestarios como patrimoniales.

Durante el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011, se benefició a 371 personas con ayudas funcionales, es decir, personas de escasos recursos sin cobertura de seguridad social que están bajo tratamiento o rehabilitación, adquiridas con recursos federales, con un monto equivalente a 13.6 millones de pesos. Asimismo, mediante recursos patrimoniales, se apoyó a 50 personas con ayudas funcionales, por un monto de dos millones de pesos.

A través del esquema de potenciación de recursos se beneficiaron a 139 personas de forma directa y 321 a través de las beneficencias públicas estatales, es decir, 460 personas beneficiadas, con diversas ayudas funcionales, provenientes de los estados de Campeche, Colima, Chiapas, México, Durango, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luís Potosí, Quintana Roo, Yucatán y Zacatecas, por un monto de 4.6 millones de pesos, de los cuales el PBP participó con 2.3 millones.

Se otorgan apoyos para que las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) puedan llevar a cabo proyectos de alto impacto en materia de salud, bajo un esquema de coinversión. Durante el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011, se apoyaron con recursos federales 115 proyectos con un monto de 17.4 millones de pesos. Asimismo, con recursos patrimoniales se apoyaron seis proyectos por un monto de 6.5 millones de pesos.

A través del esquema de potenciación de recursos con las beneficencias públicas estatales, organizaciones de la sociedad civil y diversos agentes multiplicadores, en el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011 se apoyaron 15 proyectos cuyo monto total fue de 3.7 millones de pesos, de los cuales el PBP aportó 801 mil 475 pesos.

El PBP recibió de organizaciones privadas tres mil 120 sillas de ruedas estándar, por concepto de apoyo en su labor de filantropía y programa de asistencia social. Éstas fueron distribuidas en 20 entidades federativas del país y el Distrito Federal a través de las beneficencias públicas estatales, voluntariados, hospitales, institutos nacionales, centros del DIF y organizaciones de la sociedad civil, para que a su vez fueran entregadas a personas de escasos recursos, que acreditaron no contar con cobertura de seguridad social y requerirla dadas sus condiciones de salud. Asimismo, se entregaron directamente a pacientes referidos por diversas instancias gubernamentales al PBP.

Cabe mencionar que en el caso de hospitales e institutos se asignaron en función de la población que atienden para ser utilizadas en sus instalaciones y transportar a los pacientes que hacen uso de sus servicios.

La Dirección Jurídica y de Patrimonio Inmobiliario (DJPI) se encarga de representar los intereses de la Beneficencia Pública en toda clase de juicios, procedimientos y actuaciones, así como de administrar el patrimonio inmobiliario del PBP.

Durante el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011, se depuraron los expedientes, clasificándolos de acuerdo al contenido o no de masa hereditaria, resultando 726 juicios en trámite, de los cuales 470 se encuentran activos y 256 inactivos, mismos que pueden ser propuestos para baja administrativa. A este número, hay que sumar los juicios en materia de arrendamiento, de éstos, 264 se encuentran activos y representan 100 por ciento de las acciones judiciales en contra de los arrendatarios que adeudan más de tres meses de renta al PBP.

De manera judicial y extrajudicial se recuperaron tres inmuebles, dos de ellos en materia de arrendamiento y otro de ellos que se encontraba invadido por una organización social.

Con respecto a la administración del patrimonio inmobiliario del PBP, se visitaron los inmuebles ubicados en el Distrito Federal, Estado de México, Colima, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Guanajuato, Oaxaca y Tamaulipas. Derivado de lo anterior se realizaron 105 dictámenes técnicos del estado físico de los inmuebles; se gestionó la regularización de 337 contratos de arrendamiento y dos contratos de comodato que presentaban adeudos o que no estaban siendo utilizados; y se solicitó la rescisión de contratos y el desalojo de los arrendatarios de 23 inmuebles que carecen de las condiciones mínimas de seguridad para las personas.

Actualmente, se tienen 16 inmuebles del PBP otorgados en comodato a la SS, 23 a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, nueve al DIF Nacional, dos al DIF del Distrito Federal, uno al fideicomiso del Centro Histórico de la Ciudad de México, al Hospital de Ortopedia Germán Díaz Lombardo, al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, al Instituto de las Mujeres del Distrito Federal y 11 a OSC sin fines de lucro.

El seguimiento oportuno de la aplicación del gasto permitió ejercer la totalidad de los recursos federales asignados durante 2010, de conformidad a la normatividad aplicable. El presupuesto federal modificado correspondiente al ejercicio 2011 asciende a 75.2 millones de pesos, monto que permitirá, junto con sus recursos patrimoniales, continuar con su labor a favor de la población vulnerable, principalmente de escasos recursos y sin acceso a la seguridad social.

5. COMISIÓN COORDINADORA DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

5. COMISIÓN COORDINADORA DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) tiene como atribución coordinar al subsector de instituciones dedicadas a la investigación, atención médica de alta complejidad y enseñanza de especialidad que se encuentra integrado por doce institutos nacionales de salud (INSalud), seis hospitales federales de referencia (HFR), cinco hospitales regionales de alta especialidad (HRAE), el Instituto de Geriátrica (INGER), los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) y los Centros Nacionales de Trasplantes (CENATRA) y de la Transfusión Sanguínea (CNTS).

En relación a actividades de coordinación de las unidades, la Comisión Coordinadora realizó 24 Sesiones Ordinarias y 17 Sesiones Extraordinarias de las Juntas de Gobierno de los INSalud; 12 Sesiones Ordinarias y tres Sesiones Extraordinarias de los HFR, 20 Sesiones Ordinarias de los HRAE y dos Sesiones Ordinarias del Consejo Interno del INGER.

De igual forma, se continuó con la realización de las sesiones mensuales del Grupo de Planeación cuyos integrantes son los titulares de esta área en las entidades coordinadas. Mediante las sesiones se ha logrado compartir experiencias y las mejores prácticas en diversos temas, así como compenetrar a las áreas médicas, de enseñanza y de investigación en un trabajo conjunto para detectar áreas de oportunidad que permitan contender con las restricciones presupuestales. En este grupo se han abordado diferentes temas como expediente clínico electrónico, referencia y contrarreferencia de pacientes, tabuladores de cuotas de recuperación, financiamiento a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, entre otros.

En coordinación con la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud, se requisita a todos los Institutos y Hospitales de la CCINSHAE, sus programas académicos, calendarios de eventos, actividades científicas, acciones de financiamiento directo a la investigación, becas y congresos, para su difusión y divulgación, compartiendo como medio oficial de la Comisión el Boletín Informativo de la CCINSHAE que se publica semanalmente.

Respecto al desarrollo de la infraestructura, se trabajó en la inversión tanto en obra pública como en adquisición de mobiliario y equipo para mejorar la atención médica, enseñanza e investigación en los institutos y hospitales coordinados por la Comisión. En este sentido, se ha promovido y coordinado la presentación de proyectos para ser financiados con recursos del Fideicomiso de Protección Social en Salud, Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos e Industria Tabacalera.

A junio del 2011, se concluyeron 16 proyectos, cuatro se dieron de baja, por cambios en sus necesidades, cinco se encuentran en la etapa de gestión para el inicio de su desarrollo (obtención de licencias y permisos) y un proyecto está en trámite para su reactivación. Asimismo, están en proceso ocho proyectos de inversión social de los Institutos Nacionales de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, y de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas; de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez; de Cardiología Ignacio Chávez; de Rehabilitación; el Hospital General de México, el Hospital Infantil de México Federico Gómez y el Hospital General Dr. Manuel Gea González. Desde su inicio a la fecha se autorizó para estos proyectos un total de 586.3 millones de pesos de los cuales se han ejercido 577.6 millones.

En relación al fortalecimiento de la capacidad resolutive de la red hospitalaria de Medicina de Alta Especialidad, se impulsaron las siguientes actividades:

- Puesta en marcha del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ), como parte del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), primero en su género tanto en nuestro país como en América Latina. Ofrece servicios altamente especializados para la atención de quemaduras graves, cuen-

ta con la tecnología más avanzada disponible y cumple estrictamente con los estándares establecidos a nivel nacional e internacional.

- Apertura de la Unidad Médico Quirúrgica Juárez Centro, misma que fue inaugurada el 19 de septiembre de 2010.
- Puesta en marcha de la Unidad de Investigación Biopsicosocial de Adicciones, en el Instituto Nacional de Psiquiatría, con el objetivo de fortalecer el combate a las adicciones.
- Desarrollo de una vacuna contra la adicción de heroína y morfina en humanos a partir de modelos adictivos en animales, la cual ya tiene una patente. La vacuna está en la fase experimental en animales, y ha mostrado potencialmente un nivel de eficacia elevado. En el laboratorio del Instituto Nacional de Psiquiatría se preparan también vacunas contra la adicción a cocaína y nicotina.
- Asimismo, se impulsaron las actividades para la puesta en marcha del nuevo Hospital Regional de Alta Especialidad en Ixtapaluca, hospital que en el periodo de reporte se encuentra desarrollando el programa de apertura de servicios. Este tipo de hospital proporcionará atención médica de alta especialidad a la población principalmente de los niveles socioeconómicos más bajos del Estado de México, logrando disminuir la necesidad de traslado de pacientes y sus familiares a la Ciudad de México.

En el marco del Programa de Mejora de la Gestión, se pusieron en marcha los siguientes proyectos: cita médica telefónica o por internet; expediente clínico electrónico; referencia y contrarreferencia de pacientes; consulta externa de primera vez; tabuladores de cuotas de recuperación; y criterios de clasificación socioeconómica. De manera general, los primeros dos proyectos se enfocan a la implementación de nuevos procesos en los hospitales, mientras que los cuatro restantes tienen por objetivo estandarizar y eficientar los procesos existentes para mejorar el acceso a los servicios de salud que proveen las unidades coordinadas. En el periodo de reporte se han realizado cinco diagnósticos de los seis proyectos a fin de contar con herramientas que permitan la correcta planificación de las actividades posteriores.

5.1 DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

La CCINSHAE es responsable, a través de la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud, de promover la investigación científica en salud, coordinar la promoción de los esfuerzos encaminados a mejorar los entornos normativos, de financiamiento, de desarrollo de los investigadores, de vinculación, difusión y de control de la investigación médica que se realiza en el sector de la salud en el país.

Durante el segundo semestre de 2010 y primero de 2011 se emprendieron acciones relevantes con el propósito de consolidar la rectoría nacional en materia de investigación en salud. En este sentido se destaca:

- Las tres principales instituciones del sector (SS, IMSS e ISSSTE) y el CONACyT aportaron recursos al Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS) participando en la determinación de las prioridades y en el proceso de aprobación y seguimiento de los financiamientos.
 - El 21 de septiembre de 2010, se dieron a conocer los resultados de los 94 proyectos que fueron aprobados en la convocatoria FOSISS 2010/01, por 130 millones 100 mil pesos.
 - El 11 de marzo de 2011, se dio a conocer la Convocatoria Extraordinaria de FOSISS para Investigación en Trastornos Metabólicos que contó con el apoyo de 35 millones de pesos con los que se pudieron apoyar 13 proyectos.
 - El 14 de marzo de 2011, se dio a conocer la Convocatoria FOSISS 2011/01, teniendo un monto aproximado de 109 millones 500 mil pesos disponibles para financiamiento. En comparación con el año anterior son 20 millones de pesos menos, lo que implica que se podrán apoyar una cantidad menor de proyectos.
- En el renglón de las acciones para incentivar la investigación en ciencias de la salud:
 - A partir de enero de 2011, se realizan visitas a los INSalud, HFR y HRAE para retroalimentar resultados del desempeño, reorientar acciones e identificar áreas de oportunidad materia de investigación en salud.

- Se han realizado 12 reuniones mensuales con los directores de investigación de los INSalud y hospitales de alta especialidad a efecto de coordinar acciones sustantivas relacionadas con el programa de estímulos al desempeño de los investigadores en ciencias médicas; el programa de ingreso, promoción y permanencia; la realización del encuentro nacional de investigadores; la convocatoria del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social; la convocatoria del servicio social de investigación en salud; y la difusión de información relacionada con la investigación en salud.
- Se desarrolla la propuesta de Apoyo a la Actividad de Investigación, con la cual se pretende incrementar el ingreso salarial de los investigadores acorde a de otras instituciones. Con esto se cumpliría una de las metas de programa Específico de Investigación en Salud 2007-2010.
- Se publica semanalmente de manera electrónica el Boletín Informativo de la CCINSHAE, para la difusión de oportunidades de apoyo a la investigación, convocatorias, premios, comunicaciones, becas e intercambios científicos para los Investigadores de la SS; así como acciones puntuales de financiamiento directo a la investigación a través del Fondo Sectorial respectivo y de la difusión específica de acceso a financiamiento extranjero, becas y congresos. De septiembre de 2010 a junio de 2011, se han emitido 57 publicaciones del Boletín y se han realizado 10 mil 678 visitas al mismo, un promedio de 29 consultas al día.
- Con el Programa de Becas de Inicio a la Investigación (PROBEI) a estudiantes de los últimos años de las carreras de la salud para fomentar la investigación, se tienen 207 alumnos vigentes. Se emitió una nueva convocatoria en 2011 para apoyar proyectos de investigación en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y Federales desconcentrados y fueron aceptados ocho alumnos más.
- Respecto a los resultados alcanzados por concepto de productividad científica, se han obtenido los siguientes datos derivados del análisis de los respectivos indicadores:
 - En 2011 el número de investigadores del sistema institucional suman mil 308, distribuidos en los INSalud mil 217, en los HFR 73, en los HRAE 12 y en el INGER seis.
 - El número de investigadores inscritos en el Sistema Nacional de Investigadores fue de 820; los cuales se distribuyeron: en los INSalud 761, en los HFR 49, en los HRAE dos, en el INGER cuatro y en la CCINSHAE cuatro.
- Respecto a los resultados alcanzados en los programas de estímulo al desempeño e ingreso, promoción y permanencia.
 - En relación a la Convocatoria de Estímulos al Desempeño se recibieron 271 solicitudes de investigadores provenientes de 13 INSalud, tres HFR y un HRAE de los cuales 231 investigadores fueron acreedores al beneficio del programa.
 - Respecto a la Convocatoria de Ingreso, Promoción y Permanencia 2011, los INSalud, HFR y HRAE, sometieron 302 expedientes los cuales se encuentran en proceso de evaluación.

5.2 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Las atribuciones conferidas a esta Dirección General, consisten en someter a aprobación del Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud, las políticas, criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico en materia de funcionamiento y operación eficaces y eficientes aplicables a los INSalud. Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011, los principales logros obtenidos fueron:

- Coordinar el seguimiento y cumplimiento de todos los acuerdos y compromisos de los titulares de los INSalud a través de la coordinación de las Juntas de Gobierno, así como evaluar modelos y mecanismos para la óptima utilización de los recursos asistenciales, docentes de investigación en salud, tecnológicos y financieros, y dar seguimiento al Programa Específico de Medicina de Alta Especialidad mediante:
 - La organización de una reunión con los Prosecretarios de las Juntas de Gobierno de los INSalud, con objeto de programar los puntos mínimos indispensables a reportar en las sesiones ordinarias de junta de gobierno para el año 2011.

- La revisión de 35 Actas de Sesiones Ordinarias y Extraordinarias de Junta de Gobierno de los INSalud, además 25 Actas de Sesiones Ordinarias de los HFR y HRAE.
- El apoyo a las Direcciones Generales de Coordinación de los HFR y la de HRAE, mediante la conformación y revisión de las carpetas de todas las sesiones efectuadas de las Juntas de Gobierno.
- La organización de 12 Reuniones de Directores Generales de los INSalud.
- La asesoría jurídica al personal directivo de las instituciones coordinadas por la Comisión, principalmente en materia administrativa y presupuestaria, a efecto de coadyuvar con su óptimo funcionamiento.
- La remisión de la normatividad publicada en el DOF, aplicable a la Administración Pública Federal, a las entidades paraestatales y de impacto en el sector salud en general, habiendo hecho del conocimiento la misma a los INSalud, HFR y HRAE, integrando debidamente dicha normatividad en una base de datos.
- La participación como invitado permanente, en representación del titular de la CCINSHAE, en 31 sesiones de los Comités de Control y Auditoría de los INSalud.
- La elaboración, suscripción y entrega de 50 nombramientos de miembros de juntas de gobierno de las entidades que coordina la CCINSHAE.
- Se continuó con la actualización de los lineamientos para la realización de las sesiones ordinarias y extraordinarias de los cuerpos colegiados, específicamente a través de la actualización del formato para el informe del Director General de todas las instituciones coordinadas, lo cual permitirá tener información homogénea y comparable entre todas las instituciones.

5.3 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA

La Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia (DGHFR), a través del Hospital General de México, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Hospital Juárez de México, Hospital de la Mujer, Hospital Juárez de Centro y el Hospital Nacional Homeopático establece y conduce estrategias gerenciales, operativas y administrativas para el adecuado funcionamiento de la Red Hospitalaria de Medicina de Alta Especialidad, contribuyendo a elevar el nivel de salud y calidad de vida de los mexicanos.

Durante el periodo del presente informe, septiembre de 2010 a agosto de 2011, las actividades más relevantes de la Dirección General han sido las siguientes:

- En cumplimiento a las metas establecidas en el PAE 2007–2012 Medicina de Alta Especialidad, en materia de Seguridad del Paciente, se implantó la campaña sectorial Cirugía Segura Salva Vidas mediante la aplicación de la lista de verificación.
- El Hospital General Dr. Manuel Gea González, obtuvo el primer reconocimiento del Premio Nacional de Calidad en Salud, por las mejoras logradas en beneficio del paciente y sus familiares.
- El Hospital General de México, participa en la implantación del Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud, que desarrolla la CONAMED, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la OMS.
- El Hospital Juárez de México fortaleció su Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, desplegando un plan de acción para lograr la Certificación del Consejo de Salubridad General.
- Se realizaron cursos de Manejo del Embarazo de Alto Riesgo dirigidos a médicos de primer contacto, así como del Síndrome Metabólico, para mejorar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas.
- Se fortaleció la difusión y capacitación de las Guías de Práctica Clínica, con especial énfasis en los médicos de primer nivel, que refieren a los hospitales, con el curso de Actualización de Guías Basadas en Evidencia.
- Se inició la Consulta de Segunda Opinión, con el apoyo de telemedicina, mediante la cual se fortalece la coordinación entre los HFR y el primer nivel de atención, mejorando la cobertura y la calidad de la medicina especializada.

- Se realizaron los Proyectos de Mejora de la Calidad Técnica: i) Implementación de planes de cuidados de enfermería (PLACE) en el Hospital General de México, ii) Establecimiento de Guías de Atención de Enfermería para la Termorregulación de los Recién Nacidos del Hospital de la Mujer.
- Se concluyeron los Criterios de Pacientes de Primera Vez, en la red de HFR, en los que destaca la cartera de servicios y el flujograma, para difundirlos en los centros de salud y hospitales. A fin de identificar las mejores prácticas y dar seguimiento a las instrucciones de SICALIDAD.
- En colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública, se realizó el Seminario de Calidad en los Servicios de Salud, en el que se difundieron los avances en calidad y seguridad del paciente, identificando retos, con la participación de la OPS y CONAMED.
- Se firmaron Cartas Compromiso con las universidades y organismos no gubernamentales que participan como Aval Ciudadano, contribuyendo a mejorar el trato digno y los procesos de atención al paciente.
- La reconstrucción del Hospital Nacional Homeopático, Centro de Enseñanza de Investigación Aplicada, reporta un avance global del 70 por ciento.
- Hasta junio de 2011 se han incluido 319 GPC en el catálogo maestro, en sus modalidades de Resumen de Evidencias, Recomendaciones y Guía de Referencia Rápida.
- Bajo la coordinación de la DGCHFR en los HFR se continúa la labor de prevención y seguimiento, para identificar cualquier comportamiento anormal del virus A(H1N1).
- La DGCHFR presentó el Modelo Estratégico Interinstitucional de Referencia y Contrarreferencia Hospitalaria, enfatizando la importancia de la voluntad de los funcionarios de alto nivel para el logro de los objetivos en esta materia.
- La DGCHFR promovió dos cursos (presencial y en línea) de capacitación para formar a seis personas como evaluadores certificados en el Programa de Hospital Seguro.
- Programa de Mejora de la Gestión 2010-2011 (PMG): en mayo de 2010, se reinició con el PMG coordinado por la SFP a través del OIC/SS, responsabilizando a la CCINSHAE de seis proyectos en la etapa de diagnóstico. Para el 2011, estos seis proyectos cambiaron de la etapa de diagnóstico a la etapa de implementación o a procesos de mejora y se transforman en proyectos transversales e interinstitucionales.
- En mayo de 2011, la UNAM impartió un curso de capacitación para el personal operativo y directivo de las nuevas unidades del Hospital Nacional Homeopático y la Unidad Médico Quirúrgica Juárez Centro para desarrollar el Modelo de Gestión Hospitalaria.
- En 2010 la DGCHFR coordinó el proyecto de Cita Médica Telefónica y/o por Internet (CMTI), entregando un diagnóstico integral y la propuesta del modelo a las autoridades competentes.
- Con relación a la evaluación de tecnologías para la salud, programa desarrollado por el CENETEC, la DGCHFR ha coordinado la participación de los HFR en cursos-taller para la capacitación sobre los siguientes temas: Uso de Cámara Termográfica en pacientes con Pié Diabético; Costo-Beneficio de Diálisis Peritoneal Ambulatoria vs Diálisis Automatizada; Empleo de Lisados Leucocitarios Intravaginales vs Tratamiento Tradicional para el VPH.
- Esta DGCHFR coordina en los HFR la conformación de comités específicos de VIH/SIDA con distinta denominación, manejando 11 acciones contundentes para la contención y detección oportuna de la epidemia de VIH/SIDA, a fin de lograr las metas establecidas en los Objetivos del Milenio.

5.4 DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD

La Dirección General coordina desde su creación y puesta en marcha, hasta su operación y consolidación a los cinco Hospitales Regionales de Alta Especialidad: Hospital Regional de Alta Especialidad de Bajío, de la Península de Yucatán, de Oaxaca, de Ciudad Victoria Bicentenario 2010 y el Centro Regional de Alta Espe-

cialidad de Chiapas, este último integrado por dos unidades hospitalarias. Es importante mencionar que se encuentra en proceso de construcción del sexto hospital ubicado en Ixtapaluca, Estado de México.

Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011, la Dirección General ha coordinado una serie de acciones tendientes a lograr el óptimo desempeño de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, entre las que destacan:

- La orientación a los HRAE para la elaboración de sus programas de trabajo con el objetivo de incrementar la prestación de servicios y la productividad, atendiendo las particularidades epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas que caracterizan a las entidades federativas en las que están ubicados.
- La realización de nueve reuniones a efecto de establecer líneas estratégicas de acción y toma de decisiones aplicables en lo general a todos los HRAE, con el fin de lograr la Certificación del Consejo de Salubridad General.
- La participación en reuniones mensuales de los directores de las áreas de atención médica, enseñanza, planeación, investigación y administración, para discutir las problemáticas específicas que permitan a los HRAE alinear sus acciones a las directrices nacionales de calidad, seguridad del paciente, atención a desastres y modelo de gestión.
- El apoyo para la contratación de personal de acuerdo a la plantilla autorizada en cada HRAE. Al mes de mayo de 2011 se tienen contratados cuatro mil 177 empleados, es decir, 71 por ciento de las plazas disponibles están ocupadas; es de mencionar que el tipo de especialidad a cubrir para algunas de las vacantes, enfrentan baja oferta en el mercado laboral, no obstante, se han iniciado los procesos de reclutamiento de personal para cubrir más de seiscientas plazas en los HRAE de Oaxaca, Ciudad Victoria, Yucatán e incluso para el hospital en construcción de Ixtapaluca.
- Con relación a la construcción del HRAE de Ixtapaluca se participó en el seguimiento de los acuerdos con el inversionista a través de la Junta de Coordinación, en la que se coadyuva en la determinación sobre el consenso de equipo e instrumental; para el desarrollo de la etapa de planeación se contrató a 25 empleados y se tiene un presupuesto asignado para gastos de operación por 259 millones de pesos; se revisaron los manuales de servicios no asistenciales y se encuentra en desarrollo el programa de apertura de servicios.
- Se han logrado consolidar proyectos como el Programa de Trasplantes del HRAE del Bajío.
- Las especialidades disponibles se han incrementado a medida que se ha logrado contratar médicos especialistas, en particular los egresados de los INSalud y los HFR.
- Los HRAE participan en el programa de SICALIDAD, contando con Aval Ciudadano y obteniendo resultados positivos en los indicadores comprometidos.
- A partir de marzo 2010 se integraron al programa de Servicio Social Profesional para las especialidades de Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, y Anestesiología médicos residentes de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas, en su último año del programa de formación académica, a todos los HRAE.
- Se han llevado a cabo actividades académicas, de difusión y divulgación de temas de salud en las entidades federativas, y se han establecido convenios con instituciones de educación superior locales lo que ha facilitado la incorporación de alumnos de pregrado, internado, servicio social y prácticas profesionales de carreras del área de la salud y afines, como son enfermería, rehabilitación, nutrición, psicología, biología, entre otras.
- Por lo que corresponde a la colaboración con los órganos de gobierno de cada hospital, se realizaron en tiempo y forma cuatro sesiones de cada uno de los HRAE para un total de 20 en el periodo que se informa, en las que se participó activamente en su conformación, así como en el análisis y seguimiento de acuerdos.
- Se participó en 18 sesiones de Comités de Control y Desempeño Institucional, cuatro para cada HRAE a excepción del HRAE Ciudad Victoria ya que establecieron este órgano en el presente año.

5.5 CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) es responsable de proponer las políticas y estrategias nacionales en materia de seguridad, autosuficiencia, cobertura y acceso equitativo de la sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras, así como fomentar su uso terapéutico adecuado y racional, promover la donación voluntaria no remunerada y evaluar el desempeño técnico de los servicios de sangre.

En el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011, el CNTS emprendió las siguientes acciones con el propósito de incrementar la seguridad sanguínea:

- Adecuación del proyecto de actualización de la NOM-003-SSA2-1993 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, (PROY-NOM-253-SSA1-2009) que actualmente se encuentra en revisión en el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario.
- Participación en la iniciativa con proyecto de decreto que reforma y adiciona el artículo 327 de la Ley General de Salud en materia de hemoderivados, así como en la modificación del artículo 92 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
- En materia de capacitación se incorporó a la UNAM el diplomado a distancia de la OPS: Sangre y Componentes Seguros. En los primeros ocho meses de 2011, se han realizado cinco cursos regionales de medicina transfusional CNTS-Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea (CETS).
- En mayo de 2011, se instaló el Consejo Interno del CNTS.
- Se han realizado 29 visitas de fomento sanitario para la mejora continua a servicios de sangre de institutos y hospitales de alta especialidad de la SS.
- Está en funcionamiento el Grupo de Coordinación de Acciones COFEPRIS/CENATRA/CNTS/OIC y se participa de forma activa en la ejecución y seguimiento del Plan de Contingencia en Caso de Desastre y Epidemias.
- Está en proceso de creación el Sistema Nacional de Hemovigilancia, para lo cual se están realizando los trámites administrativos correspondientes. Durante los primeros ocho meses de 2011, se participó en las tres reuniones regionales del Consejo Nacional de Salud, con la presentación de dos temas: Situación actual de los Servicios de Sangre y Políticas de Donación Voluntaria, acordando fortalecer las funciones y atribuciones de los CETS.
- Con el fin de incrementar la diversidad genética del inventario de células progenitoras, el CNTS ha iniciado el proceso de formalización de convenios de intercambio con los estados de Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Morelos y Tlaxcala. En el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011 se incrementó el inventario con 110 unidades, para contar con un total de mil 613 disponibles, entregándose 24 para trasplante.
- De enero de 2007 a agosto de 2011, se incrementó de 54.1 a 88.3 por ciento la realización de las pruebas para la detección del agente causal de la enfermedad de Chagas (*Trypanosoma cruzi*) en las donaciones de sangre. En este rubro se participa con el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (InDRE) en el estudio colaborativo para definir un estándar de anticuerpos anti *T. cruzi*
- En mayo de 2011 el trabajo Datos epidemiológicos del trasplante de cordón umbilical en México, obtuvo el tercer lugar a mejor trabajo de investigación en el marco del LII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana para el Estudio de la Hematología, y en junio de 2011, en el XXI Congreso Regional de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea se presentaron dos trabajos científicos, los cuales fueron publicados en el suplemento de la revista *Vox Sanguinis*.
- En junio de 2011 con el apoyo del Servicio Alemán de Intercambio Académico se llevó a cabo el Primer Simposio Internacional de Banco de Sangre de Cordón Umbilical y Medicina Regenerativa, contando con

la participación de 120 profesionales de la salud. En la 10ª Reunión Regional de los CETS se lanzó la campaña de promoción de la donación voluntaria y altruista de sangre 2011: Haz Latir Otro Corazón, Dona Sangre.

- En agosto de 2011 las áreas administrativas, normativa y técnica del CNTS se recertificaron bajo la Norma Mexicana NMX-CC-9001-IMNC-2008; siendo el único organismo de la Secretaría de Salud certificado de forma integral.
- Respecto de la donación de sangre, en el país se registró una captación de un millón 660 mil 605 unidades de sangre, de éstas 2.4 por ciento correspondió a donación voluntaria y altruista. Aunque el porcentaje global de la donación voluntaria y altruista en el país es aún bajo, hay diferencias considerables entre las entidades federativas, siendo los CETS de Chihuahua, Quintana Roo, San Luis Potosí y Coahuila, los que registran las cifras más altas.
- Durante el periodo de enero a agosto de 2011, se realizaron 19 colectas externas de donación de sangre, que sumadas a las realizadas de 2007 a 2010, acumulan un total de 34, con mil 385 unidades de sangre recolectadas.
- Se realizó el envío del control de calidad externo en serología a los servicios de sangre del Sistema Nacional de Salud. De los 554 bancos de sangre existentes en los registros del CNTS, 325 participaron en forma voluntaria para el panel de serología (59.6 por ciento) y 221 para el panel de inmunohematología (40.5 por ciento).
- El presupuesto autorizado original para el ejercicio 2010 otorgado al Centro fue de 69 millones 526 mil pesos y mediante movimientos de ampliaciones y reducciones se determinó un presupuesto modificado de 72 millones 793 mil pesos.
- El presupuesto autorizado para el ejercicio 2011 fue de 69 millones 254 mil pesos, mediante movimientos de ampliaciones y reducciones se tiene un presupuesto modificado de 66 millones 207 mil pesos, al mes de mayo de 2011, se han ejercido recursos por un monto de 26 millones 678 mil pesos que representa el 40.2 por ciento.

5.6 CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

El Centro Nacional de Trasplantes tiene, entre otras, las tareas de elaborar y expedir normas oficiales mexicanas, lineamientos y circulares en materia de donación, trasplante y asignación de órganos, tejidos, células y cadáveres de seres humanos, y las dirigidas a los establecimientos relacionados con dichos actos; también supervisar la adecuada operación y actualización del Registro Nacional de Trasplantes y fomentar la cultura de la donación en la población mexicana.

En este sentido, durante el periodo del presente informe se han llevado a cabo acciones para dar cumplimiento a estas responsabilidades, contribuyendo a alcanzar la actividad de donación y trasplante que se reportan a continuación:

Del 1º de septiembre de 2010 al 30 de mayo de 2011 se reportaron mil 309 trasplantes renales de donador vivo y 338 de donador fallecido, lo que hace un total de mil 647 trasplantes. Estimando las cifras de junio a agosto de 2011, se espera tener un total de dos mil 196 trasplantes renales en el periodo que comprende el presente informe.

Para el periodo comprendido del 1º de septiembre de 2010 al 30 de mayo de 2011 se reportaron mil 182 trasplantes corneales con corneas nacionales y 532 con corneas importadas, lo que hace un total de mil 714 trasplantes corneales. Estimando las cifras de junio a agosto de 2011 se espera tener un total de dos mil 257 trasplantes de córnea en el periodo que compete al presente informe.

Del 1º de septiembre de 2010 al 30 de mayo de 2011 se reportaron 226 donaciones en muerte encefálica y 594 donaciones en paro cardíaco, lo que hace un total de 820 donaciones de personas fallecidas para el periodo mencionado. Estimando las cifras de junio a agosto de 2011 se espera tener un total de mil 96 donaciones en el periodo que abarca el presente informe.

5.7 SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) son un organismo desconcentrado, conformado por los Hospitales Psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez, Juan N. Navarro, Samuel Ramírez Moreno y por los centros comunitarios de salud mental de Cuauhtémoc, Iztapalapa y Zacatenco. Instituciones que en conjunto agrupan el mayor número de personal especializado en salud mental en México y otorgan el mayor número de servicios multidisciplinarios tanto de atención ambulatoria, como hospitalaria.

En lo que va de 2011 se han otorgado un total de 236 mil 241 consultas, que en comparación con el mismo periodo de 2010, presenta una diferencia negativa de 7.7 por ciento, debido principalmente a que está en remodelación la consulta externa de unos de los hospitales.

En el indicador de egresos hospitalarios no se observa una diferencia importante entre los periodos del informe de 2010 y 2011, es decir, la variación es mínima porque ha sido constante la oferta y demanda del servicio. El promedio de días de estancia hospitalaria en el periodo de enero a agosto de 2011 fue de 21.1, comparado con el año previo, muestra una diferencia de 36.6 por ciento, debido a que en 2010 egresaron 23 pacientes crónicos con largos periodos de estancia (más de 90 días), lográndose su reinserción social. Sin embargo, cuando comparamos este indicador solo en pacientes de corta y mediana estancia es estable en alrededor de 20 días.

El porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido se ha mantenido por arriba del esperado (86.5 por ciento), con poca variabilidad entre los años. Esta valoración es explicable porque los servicios de psiquiatría son escasos en el país y la demanda se caracteriza por casos de moderados a graves, en los cuales las familias ya han pasado por varias instancias de atención sin resultados satisfactorios.

El número de médicos formados es de 39 en 2011, lo que significa una reducción de 7.6 por ciento con respecto a 2010. Esto se debió a la baja de un alumno y la falta de titulación oportuna de otros cuatro, a pesar de ello se ha mantenido en valores similares la eficiencia terminal en los últimos años.

En el indicador de artículos publicados se observa una variación negativa de 22 por ciento debido en parte a las fechas de envío y publicación de los artículos, pero fundamentalmente porque la principal acción de esta institución es la prestación de servicios, quedando en un segundo término la investigación.

CUADRO V.1 RESULTADOS ALCANZADOS POR INDICADOR DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE 2009 A 2011

CONCEPTO	PERIODOS		DATOS ANUALES			ENERO-AGOSTO		
	1 DE SEPTIEMBRE DE 2009 A 31 DE AGOSTO DE 2010	1 DE SEPTIEMBRE DE 2010 A 31 DE AGOSTO DE 2011	OBSERVADO		META	2010	2011	VARIACIÓN ANUAL%
			2009	2010	2011			
Total de consultas otorgadas	373 800	350 048	318 095	368 743	373 490	254 856	236 421	-7.2
Egresos hospitalarios	5 181	5 143	5 185	5 157	5 530	3 458	3 444	-0.4
Promedio de días estancia	30.7	27.1	29.4	35.9	25.6	33.3	21.1	-36.6
Porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido	97.8	97.1	94.6	98.3	90.8	98.2	97.2	-1.0
Número de médicos formados	41	39	41	42	44	42	39	-7.1
Porcentaje de eficiencia terminal	89.1	88.6	89	89.1	97.8	89.1	88.6	-0.6
Número de artículos publicados	10	12	15	14	9	9	7	-22.2
Artículos publicados en revistas de alto impacto	1	1	3	2	2	1	1	0

FUENTE: Servicios de Atención Psiquiátrica.

5.8 INSTITUTO DE GERIATRÍA

Dentro de las atribuciones señaladas en el decreto de creación del INGER se encuentran: fomentar la capacitación y formación de recursos humanos especializados en materia de geriatría; desarrollar e impulsar estudios e investigaciones en materia geriátrica; apoyar a la SS en su carácter de dependencia coordinadora de sector, para la elaboración y ejecución de los programas

anuales, sectoriales especiales y regionales de salud en el ámbito de sus funciones; fungir como órgano de consulta nacional sobre temas relacionados con su objeto; difundir y publicar los estudios e investigaciones en materia de geriatría; y llevar a cabo el intercambio de estudios científicos, de carácter nacional e internacional. Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011, los logros alcanzados en estas atribuciones son los siguientes:

Las actividades de enseñanza en el Instituto tuvieron un impulso importante, principalmente aquellas orientadas a la educación continua y divulgación, destacando las siguientes:

- Curso taller sobre Análisis Crítico de la Literatura Médica.
- Diseño del programa del área de concentración en Envejecimiento y Salud para la maestría en Salud Pública que ofrece el Instituto Nacional de Salud Pública.
- Curso Envejecimiento y Valoración Geriátrica en Enfermería.
- Curso Importancia de la Intervención de Trabajo Social en la Atención del Adulto Mayor.
- Ciclo de teleconferencias. El proceso de envejecimiento en México: Perspectivas Actuales.
- Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso a las Personas Mayores.
- Seminario Envejecimiento y Derechos Humanos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe.

Las actividades en el área de investigación estuvieron orientadas hacia el desarrollo de proyectos sobre los mecanismos genéticos, moleculares y celulares que regulan el proceso de envejecimiento. Se generaron 38 proyectos de investigación, de los cuales 14 están orientados a generar conocimiento sobre los temas antes mencionados y los restantes 24 abordan temas vinculados con la salud del adulto mayor. Se publicaron 18 artículos científicos, 16 de los cuales aparecieron en revistas indexadas.

El 16 de febrero de 2010 se creó la Comisión de Ética e Investigación del Instituto de Geriatría, misma que cuenta con 10 integrantes para salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de todos los participantes, actuales o potenciales, en los proyectos de investigación que se sometan a la evaluación de la Comisión.

Se editó el libro *Envejecimiento Humano: Una Visión Transdisciplinaria*, el cual integra artículos representativos del conocimiento generado en torno al envejecimiento en nuestro país. Dicho libro ha sido distribuido a diferentes instituciones educativas, de investigación y de salud, y constituye el primer producto editorial del Instituto y de la Red Temática.

Como una prioridad, el Instituto de Geriatría se dio a la tarea de conformar la Biblioteca Virtual que se ha constituido en una herramienta automatizada de consulta especializada en el área de envejecimiento y salud que apoya las actividades y programas de docencia, divulgación y comunicación entre la comunidad dedicada al estudio de estos temas, así como entre el público en general.

En apoyo a la SS como dependencia coordinadora de sector, para la elaboración y ejecución de los programas anuales, sectoriales, especiales y regionales de salud se impulsó el diseño de modelos de atención hacia los adultos mayores con correspondencia a nuestra misión de promover el envejecimiento activo y saludable de la población, obteniéndose los siguientes logros:

- Iniciativa INGER–Seguro Popular/Oportunidades. Se diseñó una herramienta para permitir la evaluación y manejo de contenidos de orientación para el abordaje de los adultos mayores en la consulta de primera vez del Sistema Nominal en Salud del Seguro Popular. Dicha herramienta incluye cuestionarios de tamizaje para la detección riesgo de dependencia y discapacidad, así como el manual de apoyo para evaluación inicial del adulto mayor en atención primaria. En noviembre de 2010 se realizó la prueba piloto inicial y percepción de utilidad de herramienta de tamizaje en ambiente rural.
- Serie de videoconferencias Día Mundial del *Alzheimer*: El papel de los cuidadores. Se difundió información útil y accesible a la población en general sobre el cuidado de personas con *Alzheimer*.

Se seleccionó para su financiamiento, la iniciativa propuesta por el Instituto al CONACYT, para la creación de la Red Temática de Investigación: Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social, que incorpora a más de 150 miembros. Se llevó a cabo el Encuentro Nacional sobre Envejecimiento y Salud. Investigación, Formación de Recursos Humanos y Desarrollo Social, con el objetivo de preparar la agenda de investigación, formación de recursos humanos y desarrollo de servicios para la población de personas mayores en México; la Segunda Reunión de la *Latinoamerican Research Network of Ageing* con la finalidad de emprender nuevos proyectos de investigación y generar una red de intercambio científico; y la Primera Reunión de Integración y Análisis de las Bases de Datos sobre Envejecimiento y Salud en México, para promover un mejor aprovechamiento de la información para la generación de políticas públicas.

6. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

6. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

En seguimiento a los objetivos y metas planteados para coadyuvar al cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012; la implantación del Programa Sectorial de Salud 2007-2012; y los compromisos establecidos en el Programa de Acción Específicos 2007-2012: Protección contra Riesgos Sanitarios, del 1 de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011 esta Comisión Federal realizó las actividades que se describen a continuación.

Con el propósito de abatir o disminuir los riesgos a los que está expuesta la población debido al consumo de alimentos, las acciones realizadas fueron:

- Se tomaron, en colaboración con el Sistema Federal Sanitario, 78 mil 337 muestras de alimentos, lo que representa 86 por ciento de lo programado a nivel nacional; de éstas, 78.6 por ciento se encontraron dentro de especificaciones. Los productos lácteos y los alimentos preparados son los grupos con menor grado de cumplimiento.
- Se llevaron a cabo 148 mil 254 visitas de verificación a establecimientos dedicados al proceso y venta de alimentos a nivel nacional. El porcentaje de cumplimiento general de Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad en los establecimientos procesadores y expendedores de alimentos fue de 80.8 por ciento.
- Como resultado de estas acciones, se efectuó la suspensión de dos mil 104 establecimientos, se aseguraron dos millones 499 mil seis kilogramos de alimentos y se destruyeron 309 mil 165. Con relación al mismo periodo del año anterior, hubo un aumento en el número de medidas de seguridad sanitaria, derivado de las alertas sanitarias de productos de la pesca importados que pudieran representar un riesgo a la salud del consumidor por posible contaminación con *Vibrio cholerae*.

CUADRO VI.1 ACCIONES DE VERIFICACIÓN PARA ALIMENTOS, 2007-2011

ALIMENTOS	DATOS ANUALES				
	2007	2008	2009	2010	META 2011
Número de muestras de alimentos tomadas	103 860	110 785	98 674	101 913	111 724
Porcentaje encontrado dentro de las especificaciones	73.3	74.4	72.5	74.1	79
Número de visitas de verificación realizadas a establecimientos dedicados al proceso y venta de alimentos	125 660	134 240	128 873	129 207	205 198
Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad	80.7	82	83.5	80.9	80.8

FUENTE: Secretaría de Salud.

El Proyecto Nacional de Rastros está basado en el mejoramiento de las condiciones en infraestructura, equipamiento y proceso de faena de los rastros y mataderos municipales de poblaciones mayores a 50 mil habitantes, de acuerdo a la normativa de salud, pecuaria, ambiental y laboral mediante la evaluación de riesgos de rastros y mataderos, la gestión de las propuestas de mejora ante los tomadores de decisiones, la coordinación intersectorial, la capacitación y difusión, así como la adecuada verificación y dictaminación de establecimientos. Para lograrlo el presente año se desarrollaron las siguientes estrategias:

- Actualización de la base de datos de las condiciones sanitarias de los rastros y mataderos municipales. Se incorporó el proyecto en el Atlas de Riesgos Sanitarios, una aplicación *Web* que permite la visualización e interacción con información geo-espacial mediante un servicio de mapas.
- Se realizaron cursos de capacitación dirigidos a distintos niveles, entre otros, uno organizado por el estado de Hidalgo para médicos veterinarios y una videoconferencia dirigida a líderes nacionales del proyecto de rastros y médicos veterinarios que laboran en rastros y mataderos referente a manejo *antemortem*.

- Se elaboró un cartel sobre el proceso de faena en rastros y mataderos de bovinos dirigidos a los operarios de los establecimientos y un folleto con los elementos más relevantes de la NOM-194-SSA1-2004, del que se encuentra pendiente su difusión.
- Como parte de la política no regulatoria para la gestión de riesgos sanitarios, se ha instrumentado el programa y metodología de comunicación de riesgos en el proyecto de rastros, la cual se instrumenta en cuatro entidades federativas: Estado de México, Morelos, Oaxaca y Veracruz.
 - Se realizaron dos estudios de percepción de riesgos para conocer el nivel de información que tiene la población sobre los riesgos sanitarios, mediante el levantamiento de 80 encuestas.
 - Se diseñaron cinco campañas de comunicación de riesgos cuya instrumentación beneficiará directamente a una población de 157 mil 445 habitantes para su protección contra potenciales riesgos sanitarios.
- Se realizaron 14 visitas de verificación en rastros, seis durante 2010, mientras que en el primer semestre de 2011 se visitaron ocho, del total de las actas hasta el momento se han evaluado 13.
- Derivado del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad, firmado el 25 de enero de 2010, se creó e instrumentó, el Programa México Sano (PROMESA), el cual tiene el propósito de impulsar una alimentación saludable y dar a conocer las consecuencias y riesgos del sobrepeso y la obesidad. El programa fue implementado durante tres meses como prueba piloto en la ciudad de Colima, elegida debido a la alta prevalencia de enfermedades asociadas al sobrepeso y obesidad que registra, sobre todo en mujeres mayores de 20 años.

Los medicamentos son insumos de primer orden para la atención de la salud ya que son una herramienta esencial en la lucha contra las enfermedades y sus consecuencias, por este motivo, se debe garantizar su seguridad, eficacia, calidad terapéutica, así como el acceso equitativo de la población a los mismos. Por lo tanto, el control sanitario de los medicamentos debe realizarse a partir de su proceso de fabricación, el otorgamiento del registro sanitario, así como en su prescripción, dispensación y comercialización.

- El Programa de Capacitación en Manejo y Dispensación de Medicamentos para empleados de farmacia esta descentralizado en las entidades federativas, la COFEPRIS ejerce su papel de rectoría administrando y promoviendo dicho proceso formativo. Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011 se realizaron 244 cursos de capacitación dirigidos a empleados de farmacias, con los que se acreditó a cuatro mil 783 personas.
- Para difundir el conocimiento y promover el cumplimiento del Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos, de agosto a diciembre de 2010 se desarrolló una estrategia de difusión y capacitación dirigida a la población abierta, industria regulada y profesionales de la salud.
- Con el objetivo de prevenir los riesgos sanitarios derivados del desecho inadecuado de medicamentos caducos provenientes de la población, la COFEPRIS promovió conjuntamente con la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA) un plan de manejo de residuos, el cual permitirá desechar de manera responsable los medicamentos que caducan en los hogares mexicanos.
- Dicho Plan fue autorizado por la SEMARNAT en diciembre de 2008 como Sistema Nacional de Gestión de Residuos de Envases de Medicamentos (SINGREM), el cual entró en operación en el primer trimestre del 2010, y su implementación se realizará de forma gradual en las entidades federativas. El programa se ha implementado desde 2010 de manera permanente en Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, Morelos y Puebla.
- El Presidente de la República inauguró el 21 de febrero de 2011 el Laboratorio Nacional de Vacunas de la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura de la COFEPRIS, donde se examinan en promedio 800 lotes de vacunas por año que representan la vigilancia de la Comisión Federal sobre 16 millones de dosis de vacunas. Con la puesta en marcha de este laboratorio se incrementó en 30 por ciento la capacidad analítica para vacunas.

Así como la calidad y eficacia de medicamentos y dispositivos médicos representan un riesgo inherente a la salud de la población, la calidad y oportunidad de los servicios médicos y la atención médica en establecimientos también. Estos riesgos son: carencia de servicios oportunos y servicios con calidad deficiente. Los avances y resultados en esta materia fueron los siguientes:

- Durante el periodo septiembre de 2010 a agosto de 2011 se realizaron 442 visitas de verificación sanitaria en establecimientos donde se presentó alguna muerte materna, 36 fueron en establecimientos privados y 406 en públicos, con lo cual se mantiene un promedio de más de 400 visitas anuales.
- Como parte de las acciones de control sanitario, se efectuaron de 2010 a mayo de 2011, 704 visitas de verificación sanitaria en establecimientos públicos como oficinas de gobierno, instituciones educativas, restaurantes y casinos, entre otros, para constatar el cumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su reglamento. Derivado de éstas se aplicaron 170 medidas de seguridad, como suspensiones y clausuras.
- Se diseñaron y produjeron etiquetas para promover en el Sistema Federal Sanitario espacios cien por ciento libres de humo, lo mismo que en coordinación con el Gobierno del Distrito Federal para los establecimientos de la Ciudad de México.
- A octubre de 2010, las autoridades federales a través de la estrategia de Brigadas de Fomento Sanitario en Materia de Tabaco entregaron 13 mil 174 guías para el cumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento, en establecimientos de las entidades federativas, además de proporcionar 59 mil 925 guías a las autoridades estatales para su distribución.
- Dio inicio la estrategia Calcomanías, distribuyendo dos mil por entidad federativa con el objetivo de promover ambientes cien por ciento libres de humo de tabaco.
- La autoridad sanitaria, realiza operativos interinstitucionales para combatir los ilícitos de bebidas alcohólicas adulteradas. Durante 2010 se efectuaron 16 operativos, en los cuales se aseguraron 77 mil 207 litros de bebida y se suspendieron actividades en once establecimientos. En 2011, se han realizado siete operativos en los que se aseguraron 80 mil litros de bebida y se suspendieron actividades en cuatro establecimientos.
- De septiembre 2010 a agosto 2011 se llevaron a cabo 53 operativos, interinstitucionales (COFEPRIS, PGR, IMPI, PROFECO, SAT, PFP, AFI y SAGARPA) como parte de las acciones dedicadas a atacar y desincentivar actividades ilícitas en la fabricación, distribución y comercialización de productos riesgosos como tabaco, medicamentos, alcohol y clenbuterol, en los cuales se realizaron acciones de aseguramiento y suspensión de actividades.
- Para ejercer la vigilancia a los Productos Frontera, a partir del 16 de febrero de 2011 se realizó un operativo a nivel nacional para asegurar los productos con irregularidades, efectuando 554 visitas y asegurando 11 mil 577 cajas, frascos y tarros de dichos productos.
- De septiembre de 2010 a agosto de 2011 se registraron y atendieron conjuntamente con el Sistema Federal Sanitario 441 eventos de emergencia (desastres naturales, agentes químicos, brotes e intoxicaciones entre otros).
- Se distribuyeron a las entidades federativas 316 mil 250 frascos de plata coloidal, 41 mil kilos de hipoclorito de calcio y 12 mil pruebas rápidas para determinar la calidad sanitaria del agua, así como 325 mil 840 trípticos informativos de manejo higiénico de los alimentos y saneamiento básico, realizando 103 mil 549 pláticas de fomento sanitario en materia de atención a emergencias.
- Se realizaron 30 mil verificaciones y evaluaciones sanitarias a establecimientos, como restaurantes, albergues y hospitales.
- Se tomaron cuatro mil 150 muestras de alimentos y agua para uso y consumo humano.
- Se realizó el escalamiento de 350 mil focos infecciosos, como acciones sustantivas de protección contra riesgos sanitarios, coadyuvando a proteger la salud de aproximadamente 20 millones de mexicanos.

La población se encuentra expuesta a riesgos ambientales que provocan efectos adversos a la salud mucho más frecuentemente que otros riesgos, debido a la presencia de sustancias tóxicas en la atmósfera, en el agua y en la tierra. Las acciones desarrolladas para reducir la exposición son las siguientes:

- En la presente administración se ha consolidado el proyecto Agua de Calidad Bacteriológica, al lograrse 84 por ciento de cobertura en vigilancia sanitaria en materia de agua suministrada a la población nacional, con más de un millón 400 mil determinaciones de cloro libre residual acumulada y la implementación del Atlas Nacional de Riesgos Sanitarios.
- Como parte de la instrumentación de la política no regulatoria para la gestión de riesgos sanitarios, se ha instrumentado el programa y metodología de comunicación de riesgos en ocho entidades federativas.
- Se realizaron cinco estudios de percepción de riesgos para conocer el nivel de información y las diferentes percepciones que tiene la población sobre los riesgos sanitarios, mediante el levantamiento de 291 encuestas.
- Se diseñaron cinco campañas de comunicación de riesgos cuya instrumentación beneficiará directamente a una población de 34 mil 732 habitantes.

CUADRO VI.2 INDICADORES DE EVALUACIÓN DE AGUA QUE CONSUME LA POBLACIÓN, 2007-2011

CONCEPTO	DATOS ANUALES					ENERO-JUNIO		
	2007	2008	2009	2010	META 2011	2010	2011 ^{1/}	VARIACIÓN % ANUAL
Eficiencia de cloración ^{2/}	85.9	86.7	90.3	91.9	92.1	91.6	91.5	-0.1
Cobertura de vigilancia sanitaria	78.7	82.9	81.9	84.0	87.0	83.3	84.3	0.9
Porcentaje de población sin riesgo por consumo de agua	75.4	79.1	78.7	80.0	82.0	80.3	82.3	2.0

^{1/} Cifras preliminares estimadas considerando comportamiento del año inmediato anterior.

^{2/} Se reporta un porcentaje diferente respecto al Cuarto Informe de Labores, debido a que en el anterior se consideraron todas las determinaciones de cloro libre residual dentro y por arriba de norma, y en el actual se consideró el total de determinaciones de cloro a nivel nacional entre el total nacional dentro de norma.

FUENTE: Secretaría de Salud.

- En lo que respecta al tema de Agua de Contacto se realizó un ejercicio para dimensionar las playas que se encuentran dentro del programa de vigilancia de la calidad del agua, a partir del 2010 se modificaron algunas y otras incrementaron sus sitios de muestreo.
 - Durante 2010 el Proyecto de Agua de Contacto realizó la vigilancia de 52 destinos turísticos, 245 playas y 330 puntos de monitoreo.
 - Del 1 de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011, se recopilaron mil 693 muestras, 98.9 por ciento se encontraron dentro de especificaciones microbiológicas, 2.8 por ciento más con respecto al mismo periodo del año pasado (la cifra se estimó a partir de junio de 2011).
- Se capacitó a médicos de Michoacán para el correcto diagnóstico y tratamiento de enfermedades asociadas a la exposición del plomo contenido en el esmalte, el cual utilizan los alfareros para vidriar sus piezas.
- En vinculación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social de septiembre a diciembre de 2010 se realizaron conjuntamente 134 inspecciones a campos agrícolas a fin de dotar con el equipo de protección adecuado a los jornaleros agrícolas expuestos laboralmente a plaguicidas en ocho entidades federativas: Baja California, Baja California Sur, Michoacán, Sinaloa, Jalisco, Coahuila, Veracruz y Chiapas. De los campos inspeccionados 96 contaban con equipo de protección, para el resto se inició un Procedimiento Administrativo Sancionador.
- A través de la vinculación con Asociación Mexicana de la Industria Fitosanitaria AMIFAC se capacitó al personal médico y paramédico de las unidades de salud sobre diagnóstico y tratamiento de intoxicaciones por plaguicidas a través de su Servicio de Información Toxicológica (SINTOX).
- Durante el 2010 y 2011 se han transferido al Sistema Federal Sanitario anualmente 200 millones de pesos correspondientes al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSC) con el propósito de fortalecer la operación de los programas y proyectos en materia de protección contra riesgos sanitarios en el país.
- Con el propósito de fortalecer el Sistema Federal Sanitario, se organizaron 121 eventos formativos, con la asistencia de seis mil 348 asistentes.

7. COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

7. COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en su carácter de órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, tiene como objetivo fundamental instrumentar la política de protección social en salud. Para cumplir con este propósito, y en concordancia con las prioridades establecidas en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, y el Programa de Acción Específico 2007-2012 del Sistema de Protección Social en Salud, se definieron tres objetivos: contribuir al logro de la cobertura universal en salud; lograr que la población afiliada al Sistema tenga acceso efectivo a los servicios de salud; y, fortalecer y consolidar la operación y sustentabilidad financiera del Sistema.

Para garantizar el acceso de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud a los servicios de salud, se cuenta con los siguientes instrumentos: el financiamiento de los servicios y acciones específicas establecidas en el CAUSES, el financiamiento de la atención de enfermedades consideradas catastróficas incluidas en el FPGC, la cobertura que ofrece el programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), la cobertura que se da a través del componente de salud del programa Desarrollo Humano Oportunidades, y el financiamiento a la infraestructura de salud a través del Fondo de Previsión Presupuestal.

El Sistema de Protección Social en Salud tiene entre sus principales objetivos lograr la cobertura universal en salud; es decir, que todos los mexicanos que por su condición laboral no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social y voluntariamente lo soliciten sean incorporados al Seguro Popular.

En materia de afiliación, los principales avances alcanzados para el logro de la cobertura universal son los siguientes:

- A junio de 2011 se han incorporado al Seguro Popular 48.5 millones de personas, lo que significa un avance de 94.5 por ciento con relación a la meta estimada para llegar a la cobertura universal.
 - De enero de 2007 a junio de 2011 la afiliación creció en 32.8 millones de personas, pasó de 15.7 a 48.5 millones de personas afiliadas, dos veces más que lo alcanzado a diciembre de 2006.
 - De junio de 2010 a junio de 2011 se afiliaron al Seguro Popular 11.7 millones de personas, 31.7 por ciento más respecto al mismo periodo del año anterior.
- La afiliación al Seguro Popular a través de la estrategia Embarazo Saludable ha permitido que las mujeres en proceso de gestación puedan recibir atención médica inmediata y con ello disminuir los posibles riesgos del embarazo por falta de acceso oportuno a los servicios de salud.
 - Desde su creación en mayo del 2008 al mes de junio de 2011 se han incorporado al Seguro Popular a través de la estrategia Embarazo Saludable 1.6 millones de mujeres en etapa de gestación.
 - Del mes de mayo de 2010 a mayo de 2011 se incorporaron 480 mil 838 mujeres embarazadas al Seguro Popular, lo que significa un crecimiento en el periodo de 41.2 por ciento.
- Al SMNG al mes de junio de 2011 se han afiliado a cinco millones de niños menores de 5 años nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006.
 - De junio de 2010 a junio de 2011 se afilió al SMNG a 1.4 millones de niños 40.5 por ciento más que en el mismo periodo del año anterior.
- Se puso en marcha el proyecto Seguro Popular para la Familia de Migrantes para dar a conocer a los mexicanos que residen en los Estados Unidos las acciones que se realizan a fin de que sus familias que viven en México tengan acceso al Sistema de Protección Social en Salud. Cuando el migrante se encuentre de visita en México podrá afiliarse y recibir atención médica.
 - Durante el segundo semestre de 2010 inició el proyecto en los consulados de México en Denver, Chicago, San Diego, Sacramento y la Sección Consular de Washington. A partir de 2011, se extendió a toda la Red Consular de México en Estados Unidos.

- Como resultado de la actualización del marco normativo que exenta de la aportación de la cuota familiar hasta el decil IV, 99.4 por ciento de los afiliados al Seguro Popular son beneficiarios bajo el régimen no contributivo.
- Se desarrolló y puso en operación en las 32 entidades federativas una versión mejorada del Sistema de Administración del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que ha permitido disminuir los tiempos de revisión y consolidación del padrón a nivel nacional y aumentar la confiabilidad de los datos al ser estos validados desde el proceso de captura.

En cumplimiento a lo establecido en el Artículo 41 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2011 en el sentido de que se "... deberá actualizar el padrón de beneficiarios del programa procurando incluir la Clave Unica de Registro de Población (CURP) de cada uno de ellos", al mes de mayo de 2011, 88.1 por ciento de las personas registradas en el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud cuentan con la CURP validada con el padrón del Registro Nacional de Población.

Asegurar el acceso de la población afiliada al Seguro Popular a los servicios de salud y cuidar la tutela de sus derechos es una de las prioridades de la CNPSS. En ese sentido se han tenido avances importantes, entre los que destacan:

- Para asegurar el acceso inmediato a los servicios de salud a los nuevos afiliados, a partir del 9 de junio de 2011, la vigencia de derechos del Sistema para los afiliados comienza el mismo día de su incorporación.
- La actualización del CAUSES, en el que se establecen las enfermedades cubiertas por el Seguro Popular es importante para asegurar un acceso efectivo a los servicios de salud.
 - A partir de 2010 el CAUSES cubre 275 intervenciones, nueve más que en 2009. Se incluyeron intervenciones de nuevas patologías para la atención de la emergencia obstétrica, cuyo objetivo es la disminución de la mortalidad materna, así como el fortalecimiento de las intervenciones de gineco-obstetricia, y las relacionadas con la atención de la salud mental, y se incrementó de 357 a 422 el número de medicamentos incluidos en el CAUSES.
- El FPGC ha incrementado la cobertura de enfermedades catastróficas y el número de casos atendidos.
 - Los casos financiados con el FPGC pasaron de 59 mil 587 en 2007 a 98 mil 437 en 2010, es decir han tenido un crecimiento de 65.2 por ciento.
 - Con el FPGC se ha financiado la adquisición de medicamentos para la atención del VIH/SIDA. Durante el 2010 se financiaron antirretrovirales, pruebas de carga viral y CD4, para la atención de 37 mil 24 pacientes con un costo de mil 899.5 millones de pesos.
 - En 2011 el FPGC, amplió su cobertura con siete nuevas intervenciones: Trasplante de Córnea, Tumor Testicular, Hemofilia, Trasplante de Médula Ósea, Enfermedades Lisosomales, Linfoma No *Hodgkin*, e Infarto Agudo al Miocardio. Con ello, ya son 56 las intervenciones financiadas con el Fondo.
- Con la cobertura en salud que ofrece el programa SMNG, en 2010 se apoyaron 35 mil 562 casos, casi cuatro veces más que en 2008, año en que se financiaron nueve mil 156 casos.
- A través del Componente de Salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades se estima que se otorgarán 44.7 millones de consultas en el periodo septiembre 2010-agosto 2011, lo que representa un crecimiento de 6.6 por ciento con relación al periodo septiembre 2009-agosto 2010.
 - Dentro de los grupos vulnerables atendidos por el Programa Oportunidades, destaca la atención a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. Se estima que en este grupo de población habrá un incremento de 2.2 por ciento entre los dos periodos, al pasar de 319 mil mujeres en control entre septiembre 2009-agosto 2010 a 326 mil entre septiembre 2010-agosto 2011.
 - Para el lapso septiembre 2009-agosto 2010 se adquirieron 309.9 millones de dosis de suplemento alimenticio para niños menores de cinco años y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia beneficiarios del Programa Oportunidades. En el periodo que comprende el presente informe se estima que se comprarán 295.9 millones de dosis.

- Para atender las necesidades quirúrgicas de la población que habita en las zonas con los niveles más altos de marginación, en 2010 se realizaron 119 mil 840 cirugías a través del Programa Cirugía Extramuros, con infraestructura y personal médico voluntario de la SS y de los servicios de salud de los estados y con insumos médicos donados por la Fundación Telmex. Se estima que en 2011 se realizarán 126 mil 993 cirugías en el marco de este programa.
- A fin de lograr que los beneficiarios del Seguro Popular reciban servicios de salud en el momento y en el lugar en que los requieran, el 23 de octubre de 2009 se firmó el Convenio de Colaboración Específico en Materia de Prestación de Servicios de Salud a los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
 - Más de 49 mil 683 personas de las 32 entidades federativas han recibido este beneficio. Del total de casos atendidos, destaca la atención del embarazo, parto y puerperio que representaron 41 por ciento de estos servicios.
 - Las entidades federativas de Jalisco, el Distrito Federal y Colima son las que más servicios de salud han brindado a beneficiarios del Seguro Popular de otro lugar de residencia.
 - Las entidades que han recibido mayor apoyo en servicios de salud de otros estados son: el Estado de México, Michoacán, Jalisco, Zacatecas y Puebla.
- Para fortalecer la infraestructura de salud que presta sus servicios a los afiliados del Sistema de Protección Social en Salud en las entidades federativas, de 2007 al mes de mayo de 2011, se han financiado con el Fondo de Previsión Presupuestal mil 807 obras de infraestructura y 775 acciones de equipamiento, con un costo de cuatro mil 677.8 millones de pesos.
- En cumplimiento con el mandato del Artículo 40, fracción X del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio fiscal 2010, en el segundo semestre de ese año se realizó la encuesta de satisfacción de los usuarios del Seguro Popular, las entrevistas de alrededor de 20 mil afiliados a nivel nacional, arrojaron, entre otros resultados, que 94 por ciento de los usuarios estaban satisfechos con el Seguro Popular y 95 por ciento con la atención médica.

Para asegurar la sustentabilidad financiera del Sistema de Protección Social en Salud se modificó el esquema de financiamiento de familia a persona y se está transitando de un esquema de salud curativo a uno preventivo.

- Como resultado de la modificación del esquema de financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud de familia a persona, publicado el 30 de diciembre de 2009 en el DOF, en 2010 se observó una afiliación histórica al Sistema de 12.4 millones de personas, cifra que triplicó la afiliación obtenida un año antes.
- En 2010 a través del Programa SMNG se instrumentó un modelo de prevención de la salud denominado Modelo de capacitación para el fomento de la lactancia materna, prevención de muerte de cuna y promoción del desarrollo cognitivo.
 - La capacitación está dirigida a lograr que los recién nacidos reciban seis meses de lactancia materna exclusiva lo que impacta directamente en la prevención de riesgos de obesidad del recién nacido; acostar al recién nacido boca arriba para evitar la muerte de mil 500 recién nacidos por síndrome de muerte súbita del lactante al año de nacido; fomentar la interacción de la madre con el recién nacido para promover su desarrollo temprano, a través de talleres de habilidades para la vida destinados al personal de salud y las madres.
 - En 2010 se aplicó una prueba piloto en los estados de San Luis Potosí, Campeche y Sonora, durante la cual se formaron en talleres a mil 465 miembros del personal de salud y a 18 mil mujeres.
- Los recursos ejercidos por el Sistema de Protección Social en Salud fueron los siguientes:
 - En 2010 el Seguro Popular ejerció un presupuesto de 47 mil 46 millones de pesos de los cuales 37 mil 29.5 correspondieron a la Cuota Social y Aportación Solidaria Federal y 10 mil 16.5 millones al Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. Dichos recursos se destinan al pago de servicios considerados en el CAUSES, el FPGC y el Fondo de Previsión Presupuestal.

- El SMNG ejerció en 2010 un presupuesto de dos mil 446.5 millones de pesos, el cual fue destinado para el pago de cápita intervenciones financiadas con el Seguro, fortalecimiento de la red de frío, adquisición de vacunas, implantes cocleares, equipos para el tamiz auditivo e insumos para el tamiz neonatal.
- El Componente Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades, por su parte, ejerció en 2010 un presupuesto de cuatro mil 704.6 millones de pesos.
- En 2011 se autorizó en el PEF un importe de 66 mil 931.4 millones de pesos, de los cuales 59 mil 261.3 millones corresponden al Seguro Popular; dos mil 546.5 millones al Seguro Médico para una Nueva Generación; y, cinco mil 123.6 millones al Componente de Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades. De estos recursos, se han transferido 18 mil 614.3 millones de pesos al mes de junio de 2011.

8. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

8. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

En el marco de su decimoquinto aniversario la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) cumple su misión al ofrecer medios alternos para la solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos, promoviendo la prestación de servicios médicos de calidad y contribuyendo con la seguridad de los pacientes. Entre enero de 2007 y agosto de 2011, la CONAMED resolvió un total de 64 mil 441 asuntos, distribuidos de la siguiente manera: orientación 31 mil 241; asesorías especializadas 20 mil 808; quejas siete mil 969; gestiones inmediatas dos mil 868; y se atendieron mil 555 asuntos relacionados con la petición original de dictámenes periciales requeridos por órganos de procuración y administración de justicia, e internos de control.

De las siete mil 969 quejas atendidas, 50.7 por ciento se resolvieron por conciliación y 3.9 por ciento con arbitraje. El resto se concluyó de la siguiente manera: en dos mil 53 las partes decidieron no conciliar su asunto; en mil 494 las partes involucradas abandonaron el proceso; 58 por sobreseimiento (decisión judicial que detiene la marcha de proceso penal y le pone fin anticipadamente, en forma irrevocable o condicionada) y 11 mediante la entrega de una propuesta institucional de arreglo.

Durante los primeros ocho meses de 2011, se observó un incremento de 5.8 por ciento en los asuntos recibidos y 4.3 por ciento en los asuntos resueltos con respecto a lo registrado durante el mismo periodo del año anterior. De los asuntos resueltos destacan los incrementos de 38.2 por ciento en la realización de gestiones inmediatas en instituciones de salud y de 25.9 por ciento en la generación de laudos. Asimismo, se observa una disminución favorable en asuntos no conciliados por falta de interés procesal (cuadro VIII.1).

CUADRO VIII.1 ASUNTOS ATENDIDOS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO 2007- 2011

CONCEPTO	DATOS ANUALES				ENERO - AGOSTO		
	OBSERVADO				2010	2011 ^{E/}	VARIACIÓN % ANUAL
	2007	2008	2009	2010			
Total de asuntos recibidos	17 369	14 673	12 574	11 585	7 983	8 443	5.8
Número de asuntos resueltos	2 447	2 592	2 723	2 683	1 830	1 947	4.3
Por orientación	10 664	7 390	5 435	4 421	3 284	3 331	1.4
Por asesoría especializada	4 187	4 596	4 352	4 555	2 938	3 118	6.1
Por gestiones inmediatas en instituciones de salud	494	553	588	654	419	579	38.2
Se atendieron como queja ^{1/}	1 667	1 734	1 748	1 671	1 150	1 149	-0.1
Conciliación	840	846	863	852	568	643	13.2
Laudos	86	75	72	42	27	34	25.9
No conciliación bajo audiencia ^{2/}	364	417	503	473	330	296	-10.3
Propuesta de arreglo	6	5	0	0	0	0	-
Falta de interés procesal ^{3/}	346	375	301	296	217	176	-18.9
Sobreseimiento ^{4/}	25	16	9	8	8	0	0.0
Enviada a otra institución	0	0	0	0	0	0	-
Por emisión de dictámenes periciales	286	305	387	358	261	219	-16.1
Eficacia conciliatoria y arbitral (%)	71.8	68.8	65.0	65.4	64.3	69.6	5.3

^{E/} Datos estimados para el periodo enero - agosto 2011.

^{1/} El desglose de las modalidades de conclusión de quejas se realiza conforme al catálogo homologado para el Sistema Nacional de Registro de la Queja Médica (SINAREQ).

^{2/} Reporta quejas en las que se llevó a cabo la audiencia de conciliación y las partes interesadas no aceptaron conciliar su controversia, ni aceptar el arbitraje.

^{3/} Reporta quejas en las que una o ambas partes interesadas abandonaron el proceso en la etapa conciliatoria o arbitral.

^{4/} Incluye por fallecimiento del usuario o del prestador de servicios de salud, improcedencia (por juicio civil, por ser materia laboral, por existir averiguación previa, por pretender solo una sanción, porque la controversia sea por el monto de los servicios y, por prescripción), cuando la queja sea incompleta, imprecisa, oscura o ambigua, por falta de legitimación procesal, por desistimiento de la instancia y por caducidad.

FUENTE: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática.

El desempeño de la CONAMED se evalúa a través del indicador: Eficacia Conciliatoria y Arbitral, mismo que para el periodo septiembre 2010-agosto 2011, presentó un resultado de 69 por ciento, 5.4 puntos porcentuales más que en el mismo periodo inmediato anterior. En los primeros cuatro años de la presente administración, los resultados de este indicador descendieron gradualmente al pasar de 73.2 por ciento de septiembre 2006-agosto 2007, a 63.6 por ciento en el mismo lapso de 2009-2010. Razón por la cual se realizó un ajuste quedando la meta en 63 por ciento. Sin embargo, de acuerdo al incremento observado entre septiembre de 2010 y agosto de 2011 en el número de quejas concluidas por convenio de conciliación y laudo esta meta ya fue superada en seis puntos porcentuales (cuadro VIII.2).

CUADRO VIII.2 ÍNDICE DE EFICACIA CONCILIATORIA Y ARBITRAL

SEPTIEMBRE 2005 AGOSTO 2006	SEPTIEMBRE 2006 AGOSTO 2007	SEPTIEMBRE 2007 AGOSTO 2008	SEPTIEMBRE 2008 AGOSTO 2009	SEPTIEMBRE 2009 AGOSTO 2010	SEPTIEMBRE 2010 AGOSTO 2011
69.4%	73.2%	69.5%	67.0%	63.6%	69.0%

FUENTE: Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Durante septiembre de 2010 y agosto de 2011, la CONAMED aplicó 386 encuestas a usuarios, destinadas a evaluar la satisfacción de la atención otorgada en el área de orientación y gestión. Los resultados obtenidos en los primeros ocho meses de 2011, fueron de 97.2 por ciento. Derivado de esto, se ejecutaron acciones de mejora entre las que destacan: la mejora al protocolo de atención vía telefónica, por correspondencia y por comparecencia, además del fortalecimiento de la difusión de esta unidad administrativa. Esto último, se orienta a aumentar el conocimiento de la Comisión entre la población.

Se han ejecutado acciones cuyo propósito es descentralizar la atención de la queja médica a través de la celebración de convenios de colaboración interinstitucional en donde participan el IMSS, ISSSTE, Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (CEAM) y CONAMED; así como la creación o puesta en marcha de CEAM en aquellas entidades que aún no cuentan con los servicios requeridos. En este sentido, en febrero de 2011 se instaló la Comisión Estatal del estado de Hidalgo, por lo que ahora operan un total de 26 CEAM. De éstas, existen 15 que han homologado sus procesos de atención a la ciudadanía como los que brinda la CONAMED (Aguascalientes, Campeche, Colima, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Veracruz) (cuadro VIII.3).

CUADRO VIII.3 COMISIONES ESTATALES EN OPERACIÓN POR ENTIDAD FEDERATIVA

COMISIONES ESTATALES EN OPERACIÓN		FECHA DE CREACIÓN	FECHA DE INICIO ACTIVIDADES	COMISIONES ESTATALES HOMOLOGADAS ^{a/}	COMISIONES ESTATALES CON CONVENIO INTERINSTITUCIONAL (IMSS-ISSSTE)	
1	Aguascalientes	1-Ago-99	14-Abr-00	Aguascalientes	11-Mar-08	
2	Baja California	23-Nov-01	25-Abr-03			
3	Campeche	27-May-00	4-Ago-03	Campeche	1-Ago-08	
4	Chiapas	15-Ago-01	8-Ene-03			
5	Coahuila	9-Jul-04	11-Jul-05			
6	Colima	22-Ago-98	27-Abr-99	Colima	22-May-08	
7	Guanajuato	30-Jun-98	1-Oct-98	Guanajuato	22-Sep-06	
8	Guerrero	19-Oct-99	1-Jun-00	Guerrero	13-Nov-08	
9	Hidalgo	15-Feb-11				
10	Jalisco	13-Mar-01	18-Jun-01			
11	México	12-Feb-98	31-Mar-98			
11	México (Naucalpan)		8-May-00			
12	Michoacán	20-Abr-00	1-Ene-01	Michoacán		
13	Morelos	6-Sep-00	1-Ene-01			
14	Nayarit	16-Dic-00	1-Mar-02	Nayarit	28-May-09	b/
15	Nuevo León	21-Ago-02	17-Feb-03	Nuevo León	8-Jul-08	
16	Oaxaca	11-Sep-04	9-Feb-06	Oaxaca	3-Feb-09	
17	Puebla	27-Dic-99	1-Jul-00	Puebla	16-Jun-08	
18	Querétaro	9-Jul-99	17-Jul-99	Querétaro	17-Sep-09	
19	San Luis Potosí	9-Oct-98	2-Jul-99			
20	Sinaloa	8-Nov-00	31-Jul-01	Sinaloa	30-Ene-09	
21	Sonora	11-Ene-07	25-May-07	Sonora	23-Mar-11	c/
22	Tabasco	26-Feb-97	1-Jun-97	Tabasco	1-Mar-11	c/
23	Tamaulipas	25-Oct-00	1-Ene-04			
24	Tlaxcala	23-May-02	16-Mar-99			
25	Veracruz	11-Feb-99	16-Mar-99	Veracruz	6-Oct-06	
26	Yucatán	14-Jul-03	14-Jul-03			

^{a/} Se refiere a las comisiones estatales que operan bajo el mismo modelo de atención de arbitraje médico de la CONAMED.

^{b/} Esta comisión estatal celebró convenio de colaboración interinstitucional únicamente con el ISSSTE.

^{c/} Convenios de colaboración interinstitucional celebrados en el periodo que comprende el Informe de Labores.

FUENTE: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

La vinculación interinstitucional de la CONAMED se fortaleció con la firma de convenios con las siguientes instituciones:

- Comisión de Derechos Humanos del estado de Hidalgo, 21 octubre de 2010. Se orienta a unificar los criterios institucionales para mejorar la atención médica a la sociedad.
- Secretaria de Salud del D.F. y la Procuraduría General de Justicia del D.F., 8 de febrero de 2011. Su intención es capacitar a servidores públicos en temas relativos a la responsabilidad profesional médica.
- Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 15 de marzo de 2011. Dirigido a tutelar el derecho a la protección de la salud de las personas.
- Asimismo, se celebraron convenios de colaboración interinstitucional con varias unidades médicas de alta especialidad del IMSS.

Durante el periodo comprendido entre septiembre de 2010 y agosto de 2011 se llevaron a cabo ocho eventos académicos, seis, con el propósito de prevenir el conflicto entre profesionales de la salud y los pacientes o sus familiares, y dos diplomados en enfermería pericial. Estos se realizaron en coordinación con siete entidades federativas, la UNAM y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), con una asistencia global de 424 participantes.

En 2007 la CONAMED inició las gestiones necesarias para participar como Centro Colaborador de la OMS y con ello ser miembro de una red colaborativa interinstitucional, para respaldar diferentes programas de nivel internacional, compartir experiencias y conocer las mejores prácticas de atención a la salud que impactan en la calidad de la atención y seguridad del paciente. El 21 de junio de 2011 concluyó dicho proceso y se notificó al titular de la unidad oficialmente del nombramiento respectivo.

La CONAMED de manera conjunta con SICALIDAD y la OPS, ha dado a conocer el desarrollo del Sistema de Registro Automatizado de Incidentes de Seguridad en Salud (SIRAIS), el cual se administra a través de un portal *Web* de esta Comisión y permite facilitar la notificación y registro de incidentes en salud entre los hospitales que conforman el Sistema Nacional de Salud. Al 17 de junio del presente año, el Sistema cuenta con un registro de 309 incidentes.

De septiembre de 2010 a agosto de 2011, se desarrollaron seis proyectos de investigación sobre seguridad del paciente, los cuales se mencionan a continuación: Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente en hospitales que participan en el proyecto de utilización del SIRAIS; Mejora de la Calidad de los Expedientes Clínicos a través de una Intervención Educativa; Evaluación de los Recursos para la Seguridad de los Pacientes; Cumplimiento de la NOM 168 con Respecto a la Integración de Cartas de Consentimiento Informado en Expedientes de Queja Médica, atendidos en CONAMED; Mortalidad Materna Asociada a Influenza A(H1N1); Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería con base en la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico; y por último Costos de la Atención de la Queja Médica.

Para conmemorar tres quinquenios de su creación, la CONAMED organizó una serie de eventos académicos bajo el nombre de: 15 años, 15 temas. Una reflexión para el futuro, en donde unió esfuerzos con otras instituciones, tales como: la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, el Hospital General de México, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la Academia Nacional de Medicina, el Instituto de Investigaciones Jurídicas y la Facultad de Medicina de la UNAM por mencionar algunos (cuadro VIII.4).

CUADRO VIII.4 EVENTOS REALIZADOS CON MOTIVO DEL XV ANIVERSARIO DE LA CONAMED

EVENTO	FECHA
Congreso Internacional Conmemorativo del Centenario de la Enfermería Universitaria sobre Calidad y Seguridad del Paciente. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México y la CONAMED. Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI.	18-Ene-11
Seminario La Cultura de la Seguridad del Paciente. Hospital General de México de la Secretaría de Salud	4-Feb-11
Seminario Implicaciones del Derecho en la Medicina. Análisis a través de Casos. CONAMED, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Barra Mexicana Colegio de Abogados y Academia Nacional de Medicina.	31-Mar-11 y 1-Abr-11
Jornadas CONAMED-Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI): La protección de datos personales en el sector salud. Se realizaron en los auditorios de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía.	14 y 15-Abr-11
Foro La protección de la salud como obligación del Estado. En el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.	6-May-11
Sesión conjunta de la CONAMED y la Academia Mexicana de Cirugía, donde se llevó a cabo el Simposio Desarrollo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Tuvo como sede la Academia Mexicana de Cirugía.	31-May-11
Simposio Arbitraje Médico como Componente de las Políticas Públicas en Salud. Retos y Perspectivas. CONAMED y Academia Nacional de Medicina.	1-Jun-11
Simposio Internacional Hacia un Sistema de Salud con Calidad. Rectoría, Financiamiento y Provisión de Servicios Universales de Salud. Organizado conjuntamente por la CONAMED y el Seminario sobre Medicina y Salud UNAM. Auditorio de la Facultad de Medicina UNAM.	02 y 03-Jun-11
Seminario Los Derechos Humanos y la Salud. Comisión Nacional de Derechos Humanos.	28-Jun-11
Mesa redonda Políticas Públicas en Salud. CONAMED e Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). En las instalaciones del propio INAP.	14-Jul-11
Mesa redonda El Ejercicio de la Profesión Médica y su Regulación. CONAMED y Fundación Mexicana para la Salud.	17-Ago-11

FUENTE: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Durante el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011 se realizaron las siguientes publicaciones: Libro El arbitraje Médico en México a través de sus Comisiones. 15 años de experiencia. (ISBN 978-607-460-211-1); Memorias del Simposio-CONAMED 2010 Seguridad del Paciente. (ISBN 978-607-460-202-9); Informe Anual de Actividades 2010; Revista CONAMED, cuatro ediciones trimestrales.

En diciembre de 2010, se obtuvo la certificación bajo la norma ISO 9001:2008; en sus procesos de orientación y gestión, conciliación, arbitraje, administración, difusión e investigación, calidad e informática y comunicación social.

9. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

9. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

La Comisión Nacional de Bioética es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud responsable de definir las políticas nacionales planteadas por dicha disciplina. A partir de un ejercicio de planeación estratégica 2010-2011, la misión de la Comisión fue renovada, de tal modo que las acciones de la misma tienen ahora por objeto: Promover una cultura bioética en México, a partir del análisis laico, plural e incluyente de los dilemas bioéticos, fundamentados en el respeto a los derechos del ser humano, a la protección de los seres vivos y a la preservación de su entorno.

Asimismo, se cambió al nuevo logotipo y al acrónimo CONBIOÉTICA, con la autorización de la Oficina de Imagen de la Presidencia de la República y la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud, el 8 de abril de 2011.

Con relación a la promoción y difusión de la cultura bioética, en el periodo septiembre de 2010 a mayo de 2011, se distribuyeron tres mil 241 publicaciones editadas por la CONBIOÉTICA. En televisión se participó en el programa México Sano, México Fuerte, con los temas La Comisión Nacional de Bioética, La voluntad Anticipada y la Autonomía como Prerrogativas Esenciales de los Ciudadanos y Comités Hospitalarios de Bioética, los días 30 de marzo, 27 de abril y 24 de mayo de 2011, respectivamente.

Durante el periodo de enero a junio de 2011, el número de vistas realizadas al portal electrónico de la Comisión fue de 26 mil 593, cabe destacar que el resultado de la segunda evaluación al portal, correspondiente a 2010, aplicada por el Sistema de Internet de la Presidencia de la República fue de 9.7.

En julio de 2011, se publicó el número uno de la Gaceta CONBIOÉTICA, con el tema Políticas Públicas en Bioética.

La biblioteca especializada en bioética de la Comisión cuenta con un acervo bibliohemerográfico, de más de 800 títulos y tres mil volúmenes. Sus colecciones incluyen un acervo general, obras de consulta, archivos históricos, documentos hemerográficos, recursos electrónicos y un catálogo en el sitio Web de la CONBIOÉTICA que ofrece la base de datos *Ebsco Host*, misma que en el periodo de septiembre a diciembre de 2010 tuvo 10 mil 332 accesos y de enero a agosto de 2011, 22 mil 214.

En el periodo del 1 de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011, se llevaron a cabo dos Reuniones de las Comisiones Estatales de Bioética: la 5ª Reunión Nacional desarrollada en la Ciudad de México los días 25 y 26 de noviembre con el tema Bioética, Políticas Públicas e Investigación en Salud, y la 7ª Reunión Regional en la ciudad de Puebla con el tema La Infraestructura Bioética para el Desarrollo Social.

A la fecha se han conformado 25 comisiones estatales y más de 50 comités hospitalarios de bioética y de ética en investigación. En el periodo se realizaron 10 reuniones de trabajo con diferentes entidades federativas y como resultado se obtuvo la instalación de la Comisión Estatal de Bioética de Puebla, el 3 de junio de 2011.

Del 1 de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011, se participó en foros nacionales con diversos temas relacionados con ética y salud, en octubre se asistió al Seminario Nacional de Bioética: Un Puente al Futuro, organizado por el Hospital General Carlos Macgregor del IMSS; y en noviembre se colaboró en la 3ª Semana Internacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

El 4 de marzo de 2011 se lanzó la convocatoria al Premio Internacional Manuel Velasco Suárez a la Excelencia en Bioética 2011; se realizó en la Ciudad de México, el Seminario Internacional Códigos de Ética y Autorregulación en la Industria Farmacéutica (CETIFARMA); se participó en la Cátedra Patrimonial en Bioética Dr. Guillermo Soberón Acevedo; se efectuó el foro Muerte Materna, desde la Perspectiva Bioética, entre otras actividades.

Con relación a la participación de la Comisión en foros internacionales, en septiembre de 2010 participó en el Encuentro de Mexicanistas sobre Educación, Ciencia y Cultura, en Amberes, Bélgica, y en la reunión del Comité Directivo Bilateral, en Bruselas; asistió del 30 de noviembre al 3 de diciembre de 2010 a la 39ª

Reunión del Comité Director de Bioética, en Estrasburgo, Francia; colaboró con la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación del Ecuador en el desarrollo del programa académico y en la impartición del Seminario-Taller de Ética, realizado en la ciudad de Guayaquil, del 9 al 11 de marzo de 2011; en Guatemala se participó en el taller Aspectos Éticos en el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Tuberculosis.

De igual forma se presentó el tema Comités de Ética en Investigación en México, en la Reunión Binacional del Grupo de Investigación en Salud Fronteriza y Panel de Expertos y en el Tercer Foro Binacional de Investigación Nacional Fronteriza, en Las Cruces, Nuevo México, del 15 al 17 de mayo de 2011. En Viña del Mar, Chile, se asistió al VIII Congreso Latinoamericano y del Caribe Bioética y Sociedad en Latinoamérica, 20 años de FELAIBE, del 23 al 25 de junio de 2011. La Comisión estuvo presente en el Simposio del XX Aniversario del *Nuffield Council on Bioethics*, en Londres, Reino Unido, colaborando en diversos foros con el tema Tecnologías Emergentes, del 22 al 23 de junio de 2011.

Se participó también, en el Programa *Collaborative Institutional Training Initiative* (CITI) a través de su Iniciativa Panamericana de Bioética (PABI), con el desarrollo y revisión de módulos dirigidos a la formación y capacitación de personal involucrado en el análisis ético de protocolos de investigación biomédica.

Entre las actividades de capacitación llevadas a cabo por la Comisión, destacan las siguientes: en el último cuatrimestre de 2010 se realizaron tres talleres de Búsqueda y acopio de información para el personal de las comisiones estatales de Michoacán, Jalisco y Tamaulipas; en coordinación con en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, se realizó en marzo el curso-taller Bioética Hospitalaria; se impartieron los talleres Lineamientos Operativos de los Comités Hospitalarios de Bioética. Análisis y Perspectivas, y Lineamientos Operativos de los Comités de Ética en Investigación. Análisis y Retos, en Hidalgo Estado de México y Puebla; y entre enero y agosto de 2011 se impartieron otros cinco talleres de Búsqueda y Acopio de Información, en el Distrito Federal, Guerrero, Estado de México, Oaxaca y Tlaxcala.

Con relación a las consultas legislativas, los temas analizados, en el periodo noviembre de 2010 a abril de 2011, fueron: Comités de Ética en Investigación y Comités Hospitalarios de Bioética; Objeción de Conciencia; Técnicas de Reproducción Humana, Muerte Asistida y Derecho a la Vida desde la Concepción. Asimismo, se inició el proyecto para la elaboración de un Manual y Modelo de Análisis Ético en Materia de Políticas Públicas en Salud para las comisiones estatales de bioética.

10. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

10. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Con el propósito de dar cumplimiento a las metas planteadas del Programa de Acción Específico de Prevención y Tratamiento de las adicciones alineadas al Plan Nacional de Desarrollo sobre la universalidad en el acceso a los servicios médicos de calidad se desarrolló un conjunto de acciones en coordinación con las entidades federativas para fortalecer a los Consejos Estatales Contra las Adicciones y las cuales consistieron en lo siguiente:

En 2010 se fortaleció la red de atención de Centros Nueva Vida (CNV), con un total de 323 establecimientos, mismos que de septiembre de 2010 a agosto de 2011 atendieron a dos millones 981 mil 477 personas, aplicando 474 mil 500 pruebas de tamizaje a adolescentes.

Durante 2010, tres mil 533 unidades básicas de primer nivel aplican procedimientos para la detección, orientación y consejería en adicciones y más de 250 municipios cuentan con cobertura de servicios especializados en la materia, así como con redes de prevención y tratamiento integradas por organismos gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil. En este mismo año se integraron a la red 476 establecimientos más a través del nuevo procedimiento de registro ante el CENADIC derivado de la modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSAZ-2009 para la prevención tratamiento y control de las adicciones.

Junto con la creación de los CNV, la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida (CNINV), constituye el mayor esfuerzo de prevención de las adicciones instrumentado por el Gobierno Federal en la presente administración, su objetivo es fomentar en la sociedad mexicana una cultura de prevención de las adicciones a través de la formación de una red de Promotores Nueva Vida que puedan beneficiar a alumnos y maestros de educación primaria y secundaria, madres y padres de familia, al personal encargado de las estancias infantiles, entre otros, a través de proporcionarles información, orientación, detección oportuna y canalización a los CNV. Los Promotores son capacitados en una o varias de las siete estrategias de la Campaña, para posteriormente desarrollar actividades en su comunidad (cuadro X.1)

CUADRO X.1 NUMERO DE PROMOTORES NUEVA VIDA CAPACITADOS A NIVEL NACIONAL

ESTRATEGIA	PERIODOS	
	SEPTIEMBRE DE 2010 A AGOSTO DE 2011	ACUMULADO JUNIO 2008 A AGOSTO 2011
	PROMOTORES NUEVA VIDA CAPACITADOS A NIVEL NACIONAL	
Detección, Orientación y Consejería en Adicciones	17 925	51 576
Habilidades para la Vida en Jóvenes	43 028	84 388
Mitos y Realidades de Joven a Joven ^{1/}	24 983	25 604
10 Recomendaciones para prevenir que tus hijos e hijas utilicen Drogas ¹	89 734	101 434
Intervención para disminuir el impacto de factores de riesgo en niños y niñas	2 458	2 671

^{1/} Estas estrategias durante el periodo anterior habían sido realizadas únicamente por tres estados, en el presente periodo se logró una diseminación a todas las entidades federativas.

FUENTE: CENADIC.

En el marco de la CNINV se impartieron pláticas de sensibilización y prevención de adicciones a 40 mil jóvenes conscriptos y voluntarios del Servicio Nacional Militar, con la finalidad de que participen en jornadas comunitarias. También se colaboró en ferias de la salud, jornadas comunitarias, colocación de *stands* informativos y eventos educativos. En colaboración con la Secretaría de Desarrollo Social se logró capacitar a 285 mil 983 personas a través de sus programas Oportunidades, Rescate de Espacios Públicos, Habitación, Liconsa y Estancias Infantiles. También la Secretaría de Educación Pública ha apoyado la Campaña a través del progra-

ma Escuela Segura, que ha instrumentado la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones en escuelas de educación básica capacitando a 292 mil 494 docentes de secundaria y 43 mil 226 de primaria a nivel nacional.

Con relación a las acciones de prevención de adicciones con enfoque de género se está trabajando con el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Instituto Nacional de la Mujer, con su apoyo se editó el libro Mujeres y adicciones, se realizaron dos dípticos, cuatro folletos para las adolescentes y mujeres y la Guía para reducir los riesgos y daños por alcohol y el uso de drogas. Además, en colaboración con el INMUJERES, en junio se realizó el Foro Prevención de adicciones con enfoque de género, en Temixco, Morelos, con la asistencia de 120 representantes de diversas instituciones y organismos

Dando cumplimiento a los compromisos signados por México en el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS y a la Ley General para el Control del Tabaco, desde el 25 de septiembre de 2010 comenzaron a circular las nuevas cajetillas de cigarrillos con los ocho pictogramas y leyendas de advertencia que se rotarán trimestralmente, los cuales permiten comunicar de una manera más eficiente los riesgos para la salud a los que se exponen los fumadores y las personas que respiran el humo de tabaco de forma involuntaria. La Segunda Ronda de Pictogramas y Leyendas de Advertencia fue publicada en el DOF el 9 de mayo de 2011 y entra en vigor el 24 de septiembre de 2011 con vigencia de un año. En una primera evaluación realizada sobre el impacto de las leyendas, imágenes y mensajes sanitarios se encontró que 32 por ciento de los entrevistados lee las advertencias sanitarias y de ese porcentaje 72 por ciento manifestó que le hacen pensar en los daños a su salud, a 58 por ciento le hacen pensar en dejar de fumar y 26 por ciento evitó fumar.

El 26 de octubre de 2010, el pleno de la Cámara de Senadores aprobó la Ley de Ingresos 2011, que entre otras, contiene la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios 2011 que establece que los cigarrillos serán gravados con 0.35 centavos por unidad, con lo cual desde el 1 de enero de 2011 el incremento en la cuota específica es de siete pesos por cajetilla de 20 unidades, logrando incrementar la carga impositiva a los productos del tabaco de 62.8 por ciento en 2010 a 69.2 por ciento en 2011, con lo que se espera reducir la demanda en 17.3 por ciento.

Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011, la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT) puso en marcha la Campaña Nacional para la Promoción de Espacios Cien por Ciento Libres de Humo de Tabaco a través del otorgamiento de reconocimientos a aquellos establecimientos que, de manera voluntaria, opten por declararse como tales. Como una medida para mejorar la implementación del Convenio Marco se destaca la creación del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), para garantizar la coordinación de los servicios preventivos y el tratamiento de las adicciones en todo el país.

Se conformó un plan de trabajo con cinco grupos temáticos con los que se consensarán aspectos importantes por actualizar, modificar, retomar y ampliar de la NOM-028-SSA2-2009. Como resultado de este trabajo, se elaboró el anteproyecto de Norma, mismo que fue registrado ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, para posteriormente solicitar en tiempo y forma la opinión, comentarios y aportaciones de los organismos y público en general.

Con base en el Acuerdo Nacional por la Seguridad, la Justicia y la Legalidad, en 2010 se realizó la transferencia de 131 millones 961 mil 717.40 pesos hacia las entidades federativas, para que éstas a su vez, otorgaran subsidios a organizaciones de la sociedad civil para la prestación de servicios especializados de tratamiento a las adicciones. Para 2011, con el mismo propósito se transfirieron 117 millones 793 mil 693.95 pesos.

Para la estrategia Todos Somos Juárez, en el periodo comprendido de agosto de 2010 a septiembre de 2011, se otorgaron tres millones de pesos adicionales, específicamente para subrogación de tratamientos; se acreditaron tres Centros Nueva Vida en Ciudad Juárez; se capacitó a todo el personal en el tratamiento breve para dejar de fumar; se tamizó a todos los niños de quinto y sexto grado de primaria, así como a los jóvenes de los tres años de secundaria de toda la ciudad; se llevó a cabo la capacitación sobre intervención en crisis del personal médico y paramédico que recibe a las personas que son detenidas en el alcoholímetro.

A través del Centro de Orientación Telefónica (COT) se brindaron 372 mil servicios de escucha y orientación psicológica, intervención, consejería breve y canalización a establecimientos de tratamiento en adicciones las 24 horas del día, los 365 días del año. Con esto se cumplió la meta anual programada y el Centro se mantiene como el principal servicio de asistencia y orientación a distancia en nuestro país respecto al tema de las adicciones, el cual colabora en las campañas informativas Para Una Nueva Vida sin Adicciones y Vive sin Drogas.

11. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

11. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

Entre las acciones de protección que todo gobierno debe a la población, se encuentran las de atención a la salud mental, consignadas en el capítulo VII de la Ley General de Salud. La importancia que reviste este ámbito de la salud, se establece en el artículo 72 del ordenamiento, que establece como punto medular: “La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario”.

Tomando como base esta connotación prioritaria, es que se atribuye al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental la elaboración e instrumentación de los programas específicos de prevención, atención y rehabilitación de los trastornos mentales, supervisando y evaluando los servicios de salud en 105 diferentes niveles de atención, impulsando el establecimiento de redes asistenciales que tienen como objetivo primero el de la rehabilitación y reinserción social; además de proponer la actualización y desarrollo de las disposiciones jurídicas aplicables en la materia, entre otras.

En cumplimiento con el Programa Específico de Acción, en el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011, se concluyeron doce Guías Clínicas para el manejo de los siguientes trastornos mentales: depresión; ansiedad; trastornos de la conducta alimentaria; trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes; trastornos de ansiedad en niños y adolescentes; atención de personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales (violencia); trastorno por déficit de atención e hiperactividad; trastorno disocial; tratamiento psicológico de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes; trastorno negativista desafiante; manejo de los trastornos de eliminación (enuresis y encopresis); manejo de trastornos psicogerítricos.

Al 31 de agosto de 2011, las Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales se han distribuido a todas las entidades federativas, constituyéndose en una herramienta diagnóstica que ayudará a uniformar criterios de detección en los principales padecimientos y encausará las elecciones de tratamiento adecuadas para cada uno de los casos.

Se ha impulsado, en forma conjunta con las dependencias y órganos competentes, el establecimiento de redes asistenciales y de apoyo comunitario para la rehabilitación y reinserción social de los usuarios de los Servicios de Salud Mental. De esta manera las Unidades de Especialidades Médicas (UNEME)-Centro Integral de Salud Mental (CISAME) que pertenecen a la red mencionada llevan a cabo acciones de promoción, prevención y atención de los trastornos mentales en el marco de un servicio comunitario al interior de cada entidad federativa, a través de un modelo de atención integral, evitando la institucionalización de los enfermos mentales, que es uno de los principales objetivos del Modelo Miguel Hidalgo Programa Nacional de Salud Mental.

El Modelo Miguel Hidalgo Programa Nacional de Salud Mental ha implementado dos programas específicos en hospitales psiquiátricos. Dichos programas, reciben el nombre de Rehabilitación Psicosocial e Invierno sin Frío y cuentan con lineamientos específicos, procedimientos técnicos e insumos necesarios para su operación.

CUADRO XI. 1 NUMERO DE UNEME-CISAME QUE SE ENCUENTRAN OPERANDO AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD EN LA REPUBLICA MEXICANA.

ENTIDAD FEDERATIVA	NÚMERO DE UNEME-CISAME EN OPERACIÓN	UBICACIÓN
Aguascalientes	1	Aguascalientes
Baja California Sur	2	La Paz y San José del Cabo
Chiapas	1	Tuxtla Gutiérrez
Chihuahua	2	Chihuahua y Ciudad Juárez
Coahuila	1	Torreón
Colima	1	Tecomán
Durango	1	Gómez Palacio
Estado de México	2	Cuautitlán y Chimalhuacán
Guanajuato	3	Irapuato Celaya y Guanajuato
Jalisco	6	Ameca, Autlán, Colotlán, Tlaquepaque, Puerto Vallarta y Ciudad Guzmán.
Morelos	1	Cuautla
Nayarit	1	Bahía de Banderas
Quintana Roo	2	Benito Juárez y Othón P. Blanco
San Luis Potosí	2	San Luis Potosí y Ciudad Valles
Sinaloa	2	Los Mochis y Culiacán
Tamaulipas	1	Ciudad Victoria
Veracruz	2	Veracruz y Coatzacoalcos
Yucatán	1	Mérida
Zacatecas	2	Zacatecas y Fresnillo
TOTAL	34	

FUENTE: Consejo Nacional de Salud Mental.

12. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

12. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

De acuerdo con el Artículo 35-Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS) tuvo, entre otras atribuciones, coadyuvar en la instrumentación de las acciones específicas de orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral y rehabilitación para las diferentes discapacidades, así como promover mecanismos para fomentar la participación de los sectores público, social y privado en las acciones en materia de discapacidad.

Sin embargo, el 30 de mayo de 2011 se publicó en el DOF, la nueva Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, que transforma el Secretariado Técnico del CONADIS en Dirección General del Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, como un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios.

El CONADIS celebró tres reuniones ordinarias, las cuales se llevaron a cabo el 18 de octubre y 25 de noviembre de 2010 y el 4 de abril de 2011. Durante estas sesiones se dio seguimiento al ejercicio de los recursos del Fondo para la Atención a Personas con Discapacidad que fue aprobado en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2010 por un monto de 250 millones de pesos.

Con los recursos de dicho Fondo durante 2010 se llevaron a cabo 31 proyectos para contribuir al desarrollo e inclusión plena de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida y en un marco de igualdad de derechos y oportunidades, conforme se señala en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 2009-2012. Estos proyectos se desarrollaron en coordinación con distintas dependencias del Gobierno Federal y con Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), particularmente en las áreas de información, promoción, sensibilización, accesibilidad, desarrollo social, cultura, deporte, inclusión laboral y seguridad jurídica, entre otras. Para 2011, el Fondo para la Atención de las Personas con Discapacidad, se redujo a 10 millones de pesos.

A través del Programa de Coinversión Social, el Secretariado Técnico del CONADIS en coordinación con INDESOL, apoyó el desarrollo de 39 proyectos orientados a fomentar acciones de educación, accesibilidad e impulso al desarrollo de destrezas adaptativas que contribuyan a lograr la igualdad de derechos y oportunidades de las personas con discapacidad y sus familias. Estos proyectos fueron seleccionados de un total de 243 recibidos como resultado de la convocatoria dirigida a OSC, instituciones de educación superior y centros de investigación.

Con la participación del Instituto Nacional de Salud Pública, se efectuó la Encuesta Nacional sobre la Percepción de la Discapacidad en la Población Mexicana, con el fin de obtener información confiable para orientar las acciones de promoción, información, educación y comunicación que propicien un cambio positivo de conocimientos, actitudes y prácticas de la población general del país respecto del tema de discapacidad. La Encuesta se llevó a cabo en una muestra probabilística de cinco mil 397 hogares de todo el país, lo que asegura su representatividad nacional y para áreas urbanas y rurales.

En el marco de la estrategia 4.8 del Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, en 2010 se certificaron 31 intérpretes de la Lengua de Señas Mexicana (63 por ciento más que en 2009), por lo que actualmente se cuenta con 50 intérpretes certificados al interior del país. Esta acción se realizó en estricto apego a los criterios de la Norma Técnica de Competencia Laboral para la Prestación de Servicios de Interpretación de la Lengua de Señas Mexicana (LSM) al español y viceversa. Asimismo, el Comité Técnico de Trabajo y Capacitación, en coordinación con el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER), realizó la migración del Sistema de Normas al Sistema de Estándares de Competencia Laboral, lo que permitirá profesionalizar a quienes prestan este servicio e insertar temas de discapacidad en el proyecto nacional de productividad.

Con motivo de la conmemoración del Día Internacional de las Personas con Discapacidad, del 8 al 10 de diciembre de 2010, en el Centro de Convenciones del *World Trade Center*, se llevó a cabo la *Expo Discapacidad* en la que participaron 66 organizaciones de la sociedad civil y 13 dependencias del Gobierno Federal, con la asistencia de más de tres mil personas, con el fin de dar a conocer las acciones y programas disponibles para la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad.

El Secretariado Técnico del CONADIS participó en la integración del Informe Inicial en torno a la Aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el cual fue presentado por el Gobierno de México ante la Organización de las Naciones Unidas en abril de 2011. En este documento se da cuenta de las acciones realizadas y avances alcanzados en el país para promover, proteger y asegurar los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad. En la elaboración de este informe participaron 55 dependencias de la Administración Pública Federal y se incluyeron las aportaciones de los Poderes Legislativo y Judicial, así como de 17 gobiernos estatales y de diversas OSC.

Asimismo, durante la Tercera Sesión de la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, celebrada en mayo de 2011 se aprobó la creación del Comité Técnico Especializado de Información en Discapacidad, que será presidido por el titular del Secretariado Técnico del CONADIS. Este Comité será la instancia de coordinación interinstitucional para la integración del Sistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS) y su vinculación con el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, con la finalidad de cuantificar, caracterizar y ubicar a la población con discapacidad, así como conocer los servicios públicos, privados y sociales dirigidos a este sector de la población, promoviendo la integración del directorio de organismos que realizan actividades relacionadas con su atención.

En materia de salud, se estima que durante el periodo septiembre 2010-agosto 2011 se otorgaron poco más de 700 mil consultas a personas con discapacidad en unidades médicas de la Secretaría de Salud, lo que indica que por cada mil consultas que se otorgan en la institución, seis corresponden a personas con discapacidad. Por primera vez, en 2011 se asignaron recursos financieros para acciones de promoción y prevención de la discapacidad en los servicios estatales de salud, mismos que provienen en su mayoría del Anexo IV del Seguro Popular y fueron integrados en los Convenios para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE's).

Durante 2011 aumentó a 450 el número de hospitales en donde se encuentra disponible el servicio de tamiz auditivo neonatal, esto es 32 por ciento más que en 2010, ya que con recursos del Seguro Médico para una Nueva Generación se asignaron equipos de emisiones otoacústicas para la detección oportuna de hipoacusia a 110 hospitales. Asimismo, el número de hospitales con servicio de audiología para el diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia aumentó a 45 (10 más que en 2010).

Se estima que durante el periodo del informe se efectuarán 614 mil pruebas de tamiz auditivo para la detección oportuna de hipoacusia en neonatos, lo que representa una cobertura de 60 por ciento del total de nacimientos registrados en los hospitales donde opera el programa. La meta para 2011 es lograr al menos una cobertura del 70 por ciento del total de nacimientos en la Secretaría de Salud.

En cumplimiento a los mandatos de la nueva Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicada en el DOF el 30 de mayo de 2011, el 29 junio del mismo año se instaló el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, que tiene por objeto el establecimiento de la política pública para dichas personas, mediante la coordinación institucional e interinstitucional; así como promover, fomentar y evaluar la participación del sector público y privado, en las acciones, estrategias, políticas públicas y programas derivados de la Ley y demás ordenamientos.

13. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

13. SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Las muertes y lesiones por accidentes de tránsito han sido calificadas como una epidemia silenciosa. México ocupa el séptimo lugar a nivel mundial de países con mayor número de defunciones por accidentes de tránsito. Se estima que anualmente ocurren en el país aproximadamente cuatro millones de accidentes, que se traducen en más de 24 mil defunciones, 750 mil atenciones por heridas y más de 40 mil personas con discapacidad.

En el marco del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA 2007-2012), el Secretariado Técnico para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA), es responsable de impulsar y coordinar el desarrollo de las líneas de acción establecidas en el Programa de Seguridad Vial 2007-2012 (PROSEV), que tienen como objetivo reducir 15 por ciento el número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población, particularmente de 15 a 29 años de edad.

A fin de revertir el problema de salud pública que representan los accidentes de tránsito, durante los primeros cuatro años de esta administración se han emprendido acciones de prevención de lesiones y muertes y promoción de la seguridad vial mediante el desarrollo de intervenciones integrales, multidisciplinarias y que cuentan con evidencia científica, a través del modelo de intervención denominado Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial (IMESEVI).

A través del Sistema Nacional de Capacitación en Seguridad Vial, del 1 de septiembre de 2010 a agosto de 2011 se capacitaron 109 formadores en seguridad vial y 30 mil personas de población abierta. Se formaron 400 instructores en primera respuesta y 13 mil personas como primeros respondientes.

Asimismo, se realizaron 11 talleres en el Estado de México, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Guanajuato, Aguascalientes, Michoacán, Campeche, Quintana Roo y Chiapas en donde se capacitó a 311 personas de diversas instituciones para conformar equipos multidisciplinarios en el tema de auditorías de seguridad vial y se otorgaron 14 cursos regionales de capacitación para el levantamiento de línea base, en los cuales participaron 300 personas aproximadamente.

A finales del mes de septiembre de 2010 se llevó a cabo el Primer Foro Nacional de Buenas Prácticas en Seguridad Vial, en donde se abordaron los temas de atención prehospitalaria; campañas de comunicación e información; educación vial; información y datos; infraestructura; legislación; participación y promoción social; y vigilancia y control policial. Se inscribieron más de 120 prácticas y fueron seleccionadas 24 para ser expuestas, de las cuales se eligieron a las nueve mejores prácticas.

Entre septiembre de 2010 y marzo de 2011 se concluyeron los diagnósticos del levantamiento de información para conocer la prevalencia de uso de cinturón de seguridad y Sistemas de Retención Infantil (SRI) en 21 municipios. La probabilidad de uso de cinturón en las ciudades analizadas fue de 53 por ciento y para uso de SRI de 26 por ciento. Las ciudades de Chihuahua, Cuauhtémoc y Celaya, reflejaron mayor probabilidad de uso de cinturón, y las ciudades con menor uso de SRI fueron Irapuato, Jaral del Progreso, Ciudad Victoria y Tuxtla Gutiérrez.

El Observatorio Nacional de Lesiones, coordinado por el STCONAPRA, proporcionó asesoría para la implementación de los observatorios estatales de lesiones de Jalisco, Guanajuato, Chihuahua, Nuevo León y Baja California, y capacitó a los estados de Tlaxcala, Michoacán, Distrito Federal, Zacatecas, San Luis Potosí y Colima para la implementación y activación de estos mismos observatorios.

Con la finalidad de sensibilizar y difundir información a la población sobre las consecuencias de no usar cinturón de seguridad y casco de motociclistas, así como de conducir bajo los efectos del alcohol y a exceso de velocidad, el STCONAPRA participó en cinco Ferias de Promoción y Prevención de Accidentes, en las cuales se proporcionaron materiales informativos a más de 16 mil personas.

A fin de contar con material sobre cada uno de los factores de riesgo en que focaliza el STCONAPRA sus actividades de promoción y posicionar a esta institución como un eje rector en su área de competencia, se elaboraron, produjeron y distribuyeron 35 materiales de comunicación (publicaciones técnicas, dípticos, historietas, material infantil, entre otros).

En junio de 2011 se llevó a cabo el Segundo Encuentro de Formadores en Seguridad Vial en Puerto Vallarta, Jalisco, con la intención de fortalecer el desempeño de los capacitadores y enriquecer el Sistema Nacional de Capacitación en Seguridad Vial que actualmente opera.

Entre 2009 y 2010, a través del convenio Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE) se dotó de recursos financieros a los estados cuyo propósito fue la adquisición de equipos y la implementación de los operativos de alcoholimetría en los municipios con mayor siniestralidad. En este marco se han proporcionado 280 equipos de alcoholimetría, 203 impresoras, más de 100 mil boquillas, para ser utilizadas por las Direcciones de Tránsito y Vialidad de 129 municipios. Adicionalmente se ha capacitado a 422 personas de las Secretarías de Tránsito, Vialidad y Seguridad Pública, así como de los Servicios de Salud de 22 entidades, en los temas de Alcohol y Cuerpo Humano y en el uso de equipos.

En colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se ha impulsado la conformación de las Redes Estatales de Directores de Tránsito en Guanajuato y Jalisco. Asimismo, en dichos estados se capacitó a 100 elementos de policía, en dos talleres impartidos por la Dirección General de Tráfico de España.

Se realizaron cinco Talleres de Vigilancia y Control Policial, en donde participaron nueve estados: Chihuahua, Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tlaxcala, Veracruz, Jalisco, Michoacán y Nayarit, en los cuales se capacitó a 430 oficiales, médicos y responsables del programa de seguridad vial.

En el marco del Decenio de Acción por la Seguridad Vial 2011- 2020, periodo en el cual se pretende reducir en 50 por ciento las lesiones y muertes por accidentes de tránsito en el país, se han realizado las siguientes acciones:

- En octubre de 2010 se iniciaron las gestiones para formar la Alianza por la Seguridad Vial con diversas empresas privadas. Para mayo de 2011 se logró establecer una carta compromiso con 50 empresas de diferentes giros, que manejan grandes flotas vehiculares.
- Con la finalidad de definir objetivos, estrategias y compartir experiencias que contribuyan a reducir en 50 por ciento las muertes y lesiones por siniestros de tránsito en México y proponer acciones homogéneas para los países de la Región, la SS, en colaboración con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), organizó la Semana de la Seguridad Vial.
- En el marco de dicha Semana, se realizaron los siguientes eventos: X Encuentro Iberoamericano de Responsables de Tránsito y Seguridad Vial; Encuentro de Buenas Prácticas en Seguridad Vial; Lanzamiento del Decenio de Acción para la Seguridad Vial y el Segundo Encuentro de Seguridad Vial para Iberoamérica y el Caribe sobre Seguridad Vial. Durante la realización de los eventos antes mencionado se contó con la participación de 22 países, 15 ministros, seis viceministros, 40 oradores, más de 700 asistentes nacionales e internacionales, 300 organizaciones públicas, privadas y sociales, medios de comunicación, entre otros.
- Se gestionó la adhesión y compromiso de diversos actores para trabajar coordinadamente durante la Década 2011-2020, logrando la aprobación y suscripción de los siguientes documentos: Declaración del Senado de la República del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020; Declaración de México para la Seguridad Vial: la Ruta para Salvar Vidas en Iberoamérica y el Caribe, firmada por representantes de 22 países; Acuerdo por el que se da a conocer la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020, firmada por la SCT y SS; Declaratoria por la Seguridad Vial, aprobada por unanimidad por la Convención Nacional de Gobernadores (CONAGO); Declaración del X Encuentro Iberoamericano de Responsables de Tránsito y Seguridad Vial; y Carta de Compromiso Mundial para la Seguridad Vial. Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 suscrita por 35 empresas privadas.

14. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

14. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

El Consejo de Salubridad General (CSG) emite disposiciones de carácter obligatorio en materia de Salubridad General en todo el país mediante la definición de prioridades, la expedición de acuerdos, y la formulación de opiniones del Poder Ejecutivo Federal, para fortalecer la rectoría y la articulación del Sistema Nacional de Salud hacia el cabal cumplimiento del Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En cumplimiento con lo estipulado en el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad, durante el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011 se han publicado en el DOF cuatro acuerdos del CSG, dos Decretos y un Reglamento, mismos que se enlistan de forma cronológica:

- Acuerdo por el que se adiciona y modifica la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos, publicado el 7 de septiembre de 2010.
- Decreto por el que se declaran terminadas las diversas acciones extraordinarias en materia de Salubridad General, para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión del virus de Influenza Estacional Epidémica, ordenados en el diverso publicado el 25 de abril de 2009. Este decreto fue publicado en el DOF el 24 de septiembre de 2010.
- Acuerdo por el que se adiciona y modifica la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos, publicado el 20 de octubre de 2010.
- Acuerdo por el que se adiciona el diverso que establece medidas de control y vigilancia para el uso de ácido fenilacético, sus sales y derivados, metilamina; ácido yadhérico y fósforo rojo, publicado el 23 de diciembre de 2010.
- Acuerdo por el que se adiciona y modifica la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos, publicado el 17 de enero de 2011.
- Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, publicado el 22 de junio de 2011.
- Decreto que reforma y adiciona al diverso por el que se establecen los criterios para el otorgamiento de condecoración y premios en materia de salud pública, publicado el 22 de junio de 2011.

El 22 de junio de 2011 el CSG publicó en el DOF el nuevo Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud (CBCISS), que contribuirá a mejorar la manera en que se incorporan nuevas tecnologías a las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud al favorecer el uso de evidencia científica en la actualización del CBCISS, mejorar la eficiencia de los procesos evitando la duplicidad de funciones entre instituciones, y fortalecer la transparencia al dotar de reglas claras que permitan estandarizar la manera en que se evalúan las solicitudes de actualización.

Por otro lado, cabe resaltar que el CSG a través de su Comisión Interinstitucional, elabora el CBCISS y lo actualiza de manera constante mediante la labor de los Comités Técnicos Específicos. De septiembre 2010 a agosto de 2011 estos comités llevaron a cabo 39 sesiones cuyos trabajos llevaron a la publicación en el DOF de la edición 2010. Asimismo, se efectuaron 13 actualizaciones al CBCISS que se publicaron en el DOF entre septiembre de 2010 y junio de 2011, actualizando 72 insumos y excluyendo 26.

Con relación a medicamentos genéricos, el Grupo de Expertos en Pruebas de Intercambiabilidad continuó su labor de asignar las pruebas más idóneas a cada medicamento para definir si debe realizarse perfil de disolución o estudio de bioequivalencia. Las actividades de este grupo, a través de 10 sesiones de trabajo, permitieron publicar tres Acuerdos por el que se adiciona y modifica la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos (7 de septiembre y 20 de octubre de 2010 y 17 de enero de 2011), definiéndose un total de 135 pruebas.

Con fundamento en el Reglamento Interior de la Comisión para Determinar Tratamientos y Medicamentos asociados a Enfermedades que ocasionan Gastos Catastróficos, en el periodo septiembre de 2010 a agosto de 2011, derivados de los trabajos de los comités de expertos correspondientes, se concretaron en total:

- 17 actualizaciones de protocolos técnicos.
- El desarrollo de cinco nuevos protocolos de patologías ya consideradas en el listado de Gastos Catastróficos.
- El protocolo técnico para las Malformaciones Craneofaciales y el proceso de priorización de la intervención, colocándola en la posición 29 de 36.

Asimismo, el 29 de noviembre de 2010 se llevó a cabo la sesión del pleno de la Comisión en donde de manera relevante:

- Se autorizaron los 12 protocolos técnicos presentados.
- Se determinó la salida de la Influenza A(H1N1) del listado de enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.
- Se concluyó la no inclusión de las enfermedades mentales: esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar de complejidad severa, al listado de gastos catastróficos.
- Se autorizó la continuidad de los trabajos para la inclusión de las Malformaciones Craneofaciales: craneosinostosis, hiperteleorbitismo y las fisuras mayores, como enfermedad/intervención que genera gastos catastróficos.

Con relación a la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, en el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011 se encuentran pendientes de auditoría 80 establecimientos, principalmente hospitales; 49 han sido certificados en 2011 y 236 mantienen la vigencia de su certificado emitido entre 2008 y 2010; por otro lado, 25 establecimientos se encuentran como No Certificados por obtener un dictamen no favorable al no alcanzar los porcentajes de cumplimiento requeridos en la evaluación de los estándares; 17 establecimientos han cumplido con los porcentajes requeridos, sin embargo, han incumplido estándares indispensables de estructura, tienen observaciones de auditoría relevantes o cuentan con procedimientos administrativos abiertos con COFEPRIS, motivo por el cual se les otorgó un plazo perentorio de seis meses para dar cumplimiento en los puntos señalados.

CUADRO XIV.1 ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA POR TIPO DE UNIDAD Y ESTATUS.

ESTATUS DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO DE ESTABLECIMIENTO					TOTAL
	HOSPITAL	AMBULATORIO	PSIQUIÁTRICO	REHABILITACIÓN	HEMODIÁLISIS	
Pendiente auditoría	56	12	1	1	10	80
Certificado en 2011	24	14		2	9	49
Mantienen la vigencia de su certificado emitido en años previos	129	74	1	11	21	236
No certificado	15	3			7	25
Pendiente verificación de observaciones de auditoría	14	2		1		17
TOTAL	238	105	2	15	47	407
1ra Certificación	107	53	1	13	46	220
Recertificación	131	52	1	2	1	187

FUENTE: Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Consejo de Salubridad General.

CUADRO XIV.2 ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA POR INSTITUCIÓN Y ESTATUS

ESTATUS DEL ESTABLECIMIENTO	INSTITUCIÓN								TOTAL
	PRIVADOS	IMSS	SALUD	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	OTROS ¹	
Pendiente auditoría	61	8	4	4	2			1	80
Certificado en 2011	35	5	2	6		1			49
Mantiene la vigencia de su certificado emitido en años previos	99	67	22	26	13	1	2	6	236
No certificado	24			1					25
Pendiente verificación de observaciones de auditoría	13	2	1				1		17
TOTAL	232	82	29	37	15	2	3	7	407
1ra Certificación	158	29	8	23				2	220
Recertificación	74	53	21	14	15	2	3	5	187

¹ Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Magisterio Universitario, Cruz Roja Mexicana, Desarrollo Integral de la Familia e ISEMyM.
FUENTE: Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Consejo de Salubridad General

En enero de 2011 se publicó una nueva versión de los Estándares para la Certificación de Hospitales que contiene modificaciones de forma, que facilitan una mejor comprensión de los conceptos y mayor precisión durante la evaluación de su cumplimiento. Asimismo, se incluyeron nuevos estándares encaminados a evaluar la práctica segura de la cirugía bariátrica y la atención del sobrepeso y obesidad. Para facilitar el proceso de implementación del modelo de certificación de hospitales, se convino con directivos de unidades certificadas con alto nivel de cumplimiento, que fueran sede para la enseñanza de otros hospitales interesados en certificarse.

En cada una de las auditorías se retroalimenta al personal sobre su desempeño en relación con el cumplimiento de las Normas de Auditoría para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, además se les dan a conocer los comentarios que al respecto realizan tanto sus compañeros como los directores de los establecimientos auditados. Para dar congruencia a los procesos de certificación de los establecimientos de atención médica, periódicamente se intercambia información con la COFEPRIS, a fin de no certificar algún establecimiento que tenga impuestas medidas de seguridad, a la vez de impulsar la atención de procedimientos administrativos que tengan abiertos con dichas instancias.

Se han llevado a cabo reuniones con directivos de PEMEX, IMSS y SHCP para dar seguimiento al Acuerdo por el que se establece como obligatorio a partir del 1 de enero de 2010 el requisito de certificación del CSG a los hospitales privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de diciembre de 2009.

A fin de que los hospitales agrupados en las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) cumplan el requisito de Certificación establecido en las Reglas para la Operación del Ramo de Salud, se intercambiaron periódicamente información con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud con el propósito de que conocieran oportunamente el estatus de cada uno de los hospitales que integran la red de servicios médicos de las ISES.

Con el objetivo de promover e impulsar en los hospitales del Sistema Nacional de Salud el cumplimiento de disposiciones en materia de seguridad y atención médica en caso de desastres, que den certidumbre sobre la resistencia de sus edificaciones y la capacidad de atención médica durante y después de una emergencia o desastre, se trabajó en conjunto con el grupo técnico asesor del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro para el diseño de proyecto de articulación entre el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General y el programa Hospital Seguro de la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación.

15. PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

15. PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

A lo largo de 32 años de labor, el Programa IMSS-Oportunidades ha logrado establecer una sólida red de servicios de salud que beneficia a más de 10.7 millones de mexicanos que carecen de seguridad social, de los cuales 2.9 millones son indígenas, en zonas rurales y urbano marginadas de 26 estados de la República Mexicana. Su objetivo principal es otorgar servicios integrales de salud, primordialmente a la población abierta en desventaja social. Además, articula sus acciones al Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), al proporcionar el Componente Salud a las familias beneficiarias del mismo.

IMSS-Oportunidades fundamenta su operación en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), sustentado en la atención primaria e integrado por dos vertientes: la atención médica y el trabajo coordinado con la comunidad. El primero, proporciona servicios de salud y lleva a cabo acciones de vigilancia epidemiológica a través de una red regionalizada de servicios, conformada por 78 Hospitales Rurales (HR), tres mil 595 Unidades Médicas Rurales (UMR), 270 Unidades Médicas Urbanas (UMU) y 225 equipos itinerantes de salud; mientras que el segundo incorpora a comunidades e individuos en la práctica de hábitos saludables para mejorar la calidad de vida de las personas a través de más de 304 mil 819 integrantes de la organización comunitaria que apoyan las acciones médicas.

El Programa financia su operación con recursos del Gobierno Federal aprobados por la H. Cámara de Diputados en el PEF, los cuales constituyen un subsidio federal y son transferidos a través del Ramo 19 Aportaciones a Seguridad Social. Adicionalmente, la CNPSS transfiere recursos provenientes del Ramo 12 Salud para que se otorguen los recursos correspondientes a las familias beneficiarias del PDHO.

Para el ejercicio 2011, el presupuesto autorizado ascendió a ocho mil millones de pesos, mientras que la CNPSS transfirió 854.9 millones de pesos (774.9 millones de pesos del componente salud del PDHO y 80 millones de pesos por concepto de las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, atendidas en unidades de IMSS-Oportunidades en Chiapas) por lo que el monto total de los recursos ascendieron a ocho mil 854.9 millones de pesos.

Derivado de la ampliación presupuestal por un monto de mil 500 millones de pesos etiquetados para inversión e infraestructura autorizados por la Cámara de Diputados en el PEF 2009 -con la cual se amplió la red de unidades médicas del Programa- entraron en operación los ocho nuevos HR en Puebla, Michoacán (2), Campeche, Veracruz, Estado de México (2) y Guerrero, estas dos últimas entidades de especial relevancia, dado que el Programa no tenía presencia en el ámbito rural. Esta ampliación de cobertura ha permitido acercar los servicios médicos a zonas con alto rezago social, con lo cual se contribuye a beneficiar aproximadamente a dos millones de personas en 69 municipios de dichas entidades.

En lo que respecta a obra nueva, ampliaciones y remodelaciones, se llevaron a cabo 42 obras, con una inversión de 355.7 millones de pesos. Destaca la terminación de los HR de San José del Rincón, Estado de México y de Plan de Arroyos, Veracruz Norte. Con el objetivo de incrementar el nivel resolutivo hospitalario, se remodeló el servicio de urgencias de seis HR (San Luis Potosí, Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Veracruz Sur), y en tres más se tuvieron avances sustantivos, realizándose para ello las acciones de obra y equipamiento necesarias.

Para lograr la atención y manejo oportuno de problemas de orden ginecológico, se adecuaron cinco laboratorios de citología en igual número de unidades médicas, y se terminaron las obras de mejora de los hospitales de Guadalupe Tepeyac y San Felipe Ecatepec en Chiapas; y San Buenaventura en Coahuila. Adicionalmente se ampliaron y remodelaron las UMR de Chiconcuautla y Honey en Puebla, y Chekubul en Campeche.

Asimismo, se construyeron 14 Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO), en donde médicos generales y auxiliares proporcionan atención especializada a las embarazadas en sus distintas etapas (control

prenatal, parto y puerperio). Estos centros se encuentran localizados estratégicamente en las zonas donde prevalece el mayor número de muertes maternas (Chiapas, Chihuahua, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz Norte) con el fin de proporcionar atención oportuna y eficiente a las mujeres embarazadas.

En el rubro de vacunación, de septiembre 2010 a agosto de 2011 se aplicaron tres millones 898 mil 366 dosis en niños menores de ocho años, cifra que incluye 191 mil 954 aplicaciones de vacuna BCG; 721 mil 246 de pentavalente acelular; 305 mil 186 de antirrotavirus; 474 mil 433 de antineumocócica pediátrica; 214 mil 239 de DPT; 415 mil 975 de triple viral; 505 mil 442 contra la hepatitis B y un millón 69 mil 891 dosis contra la influenza estacional. En lo que respecta a la vacunación a mujeres en edad fértil se aplicaron un millón 40 mil 540 dosis de toxoide tetánico diftérico. Además, como parte de las acciones de prevención del cáncer cérvico-uterino, a partir del 2010 se inició la vacunación contra el virus del papiloma humano aplicándose en el presente periodo 245 mil 484 dosis.

Para mantener la vigilancia epidemiológica de la influenza humana A(H1N1), IMSS-Oportunidades se ha sumado a la red de vigilancia centinela a través de 17 Unidades de Salud Monitoras de Influenza, congruente con los acuerdos establecidos en el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CONAVE). Con esto, el Programa ha dado continuidad a la ejecución de las acciones del Plan Institucional de Preparación y Respuesta ante una Epidemia de Influenza, diseñado por el IMSS.

A partir del segundo semestre de 2009 se reforzaron las acciones de comunicación educativa sobre la influenza humana, sus principales síntomas, mecanismos de transmisión, así como las medidas higiénicas y preventivas para evitarla. En este rubro los grupos de voluntarios realizaron 658 mil 967 talleres comunitarios con la asistencia de nueve millones 615 mil 855 personas.

Con la implementación y operación en IMSS-Oportunidades de los nuevos criterios de crecimiento para los menores de cinco años, la reducción de la desnutrición infantil continúa siendo uno de los mayores impactos de las acciones preventivas y asistenciales, al registrarse de septiembre de 2010 a agosto de 2011 una prevalencia de 6.5 a 6.1 por ciento. Los grupos voluntarios contribuyeron con la valoración de un millón 673 mil 632 niños y de 189 mil 475 embarazadas desnutridas, de éstos 144 mil 254 fueron derivados a los equipos de salud para su correspondiente diagnóstico.

La salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio constituye un pilar fundamental para preservar y mejorar el bienestar y desarrollo, no sólo de las propias mujeres, sino de sus familias y la sociedad en su conjunto; por ello la salud materna y en especial la reducción de la mortalidad materna constituyen para IMSS-Oportunidades prioridades enfáticas, por lo que ha implementado diversas estrategias enfocadas a incidir en los principales factores desencadenantes, y de esta forma reducir la mortalidad y morbilidad secundarias al embarazo parto y/o puerperio.

Al respecto se han desarrollado tres ejes estratégicos: i) Reducción de embarazos de alto riesgo; ii) Prevención de complicaciones en el embarazo y parto; y iii) Manejo efectivo y oportuno de las urgencias obstétricas. A partir de dichos ejes se busca mejorar la competencia técnica del personal; fortalecer el equipamiento y la infraestructura de las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención; mantener una vigilancia estrecha y permanente sobre las mujeres durante todo su embarazo, dentro y fuera de las unidades; y proporcionar atención de alta calidad en caso de urgencias o complicaciones obstétricas.

Dentro de las acciones de prevención de embarazos en condiciones de riesgo, se ha fortalecido la consejería y la prescripción razonada de métodos anticonceptivos a mujeres con alto riesgo reproductivo, de tal forma que 349 mil 139 mujeres del ámbito de responsabilidad del Programa se incorporaron con pleno respeto a sus derechos humanos y reproductivos a la práctica anticonceptiva. Se proporcionaron en el último año 1.6 millones de consultas prenatales con un promedio de 6.5 consultas por embarazada, y se atendieron un total de 101 mil 847 partos de los cuales el 87.9 por ciento fueron atendidos de manera institucional por personal calificado.

Para la prevención de las complicaciones obstétricas, se fortaleció la atención de las embarazadas con complicaciones o con emergencia en hospitales del IMSS régimen obligatorio a través del Acuerdo 126, refiriendo de septiembre de 2010 a agosto 2011 un total de dos mil 260 embarazadas. Con estas estrategias, se logró por cuarto año consecutivo una disminución significativa de la tasa de muerte materna, de 65.9 en 2007 a 47.9 en 2010, equivalente a una reducción de 18 puntos de tasa en el último cuatrienio.

La labor que realiza la estructura comunitaria ha contribuido a este logro, ya que en el periodo de análisis, el personal voluntario otorgó un millón 353 mil 889 consejerías en planificación familiar lo que generó que 40 mil 176 mujeres aceptaran por primera vez el uso de algún método anticonceptivo; se registraran 565 mil 122 usuarias activas de algún método; y que 62 mil 884 fueran derivadas a las unidades médicas para la aceptación de algún método temporal y 12 mil 226 para un método definitivo.

Mediante la mejora de equipamiento, infraestructura e incremento de recursos humanos calificados, IMSS-Oportunidades ha fortalecido el Modelo de Atención a la Salud Ginecológica, esto permite identificar y tratar lesiones en etapas cada vez más tempranas evitando la progresión de la enfermedad y la muerte. Durante el periodo de análisis se realizaron dos millones 322 mil 239 exploraciones ginecológicas; 937 mil 910 visualizaciones cervicales y 545 mil 985 detecciones de citologías cervicales.

Asimismo, personal voluntario llevó a cabo los talleres comunitarios con temas de prevención y detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y mamario; en los que participaron un millón 287 mil 359 mujeres mayores de 15 años mediante 73 mil 636 talleres y derivaron a las unidades médicas a 499 mil 933 mujeres sin acciones de salud ginecológica para su atención oportuna.

A través de la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural y del fortalecimiento de tres mil 673 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), se formaron y capacitaron a 12 mil 710 equipos juveniles. Además, se realizaron actividades extramuros para la atención integral de los adolescentes con 19 mil 785 módulos ambulantes y siete mil 578 encuentros educativos. Por otro lado, se capacitó a 536 mil 939 adolescentes en temas de promoción a la salud y prevención de enfermedades.

Con el objetivo de consolidar el MAIS, se entregaron un millón 43 mil 652 Cartillas Nacionales de Salud que documentan las acciones realizadas por los beneficiarios del Programa, promocionando la cultura del autocuidado de la salud. El personal voluntario llevó a cabo 267 mil 258 círculos de lectura sobre las Guías para el Cuidado de la Salud, registrando la asistencia de dos millones 877 mil 134 personas, en promedio 10 asistentes por actividad.

La diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial son padecimientos que tienen un alto impacto en morbilidad y mortalidad; al respecto en todo el país se han emprendido acciones para disminuir la velocidad con la que se ha incrementado este último indicador a nivel nacional. IMSS-Oportunidades ha replanteado las acciones de detección a fin incrementar su eficiencia en un diagnóstico temprano de la enfermedad, dirigiéndolas a los grupos con mayor riesgo. Para el periodo de septiembre de 2010 a agosto de 2011 se realizaron dos millones 878 mil 413 detecciones de diabetes *mellitus* y tres millones 161 mil 964 de hipertensión arterial.

Asimismo, como parte del reordenamiento de las acciones preventivas, se fortaleció el seguimiento de los pacientes que resultaron sospechosos hasta descartar o confirmar la enfermedad, en este último caso incorporando al paciente a tratamiento. Con dichas actividades se ingresaron a tratamiento y control 32 mil 251 enfermos de diabetes *mellitus* y 31 mil 327 de hipertensión arterial.

El Programa de Prevención y Control para la Tuberculosis busca disminuir el riesgo de enfermar y morir, al identificar y tratar oportunamente a los enfermos bacilíferos. IMSS-Oportunidades centra su atención en una estrategia sostenida de tamizaje a pacientes con tos productiva. En el periodo de análisis se efectuó la detección a 63 mil 841 individuos con la toma de muestras de baciloscopia para su interpretación en los laboratorios de los HR; se identificaron 791 casos nuevos con una incidencia de 7.3 casos nuevos.

A fin de disminuir el riesgo por enfermedades transmitidas por vector, se elaboraron planes emergentes y se fortaleció el Sistema de Vigilancia Epidemiológica a través del mantenimiento de la vigilancia activa y

el monitoreo permanente en las delegaciones donde IMSS-Oportunidades tiene presencia (Red Negativa Semanal de Casos de Trascendencia Epidemiológica), con énfasis en aquéllas donde existe un mayor riesgo epidemiológico. Se estudiaron y trataron mil 472 casos de fiebre por dengue y 181 de fiebre hemorrágica por dengue, ocurrió una defunción por fiebre por dengue, sin embargo la letalidad se mantiene por debajo del uno por ciento, que es el indicador señalado por la Organización Mundial de la Salud.

Se han emprendido acciones que resuelven la demanda de servicios en las unidades médicas. En el periodo de análisis se registraron 230 mil 972 egresos hospitalarios; 20 millones 448 mil 657 consultas; 85 mil 429 intervenciones quirúrgicas; siete millones 474 mil 708 estudios de laboratorio; 335 mil 388 estudios de rayos X; 105 mil 973 partos; y se obtuvo 76 por ciento de ocupación hospitalaria y un promedio de tres días estancia.

IMSS-Oportunidades otorga el componente Salud al 25 por ciento del total de familias (un millón 450 mil 163) que atiende el PDHO en todo el país. Se dieron 12 millones 715 mil 495 consultas de las cuales un millón 901 mil 418 fueron a menores de cinco años y 517 mil 712 a mujeres embarazadas; y se entregaron 12 millones 826 mil 798 sobres de suplemento alimenticio a niños y mujeres. Por su parte, los voluntarios de salud llevaron a cabo 83 mil 755 talleres en nutrición con un total de un millón 368 mil 270 asistentes, con un promedio de 16 participantes por taller.

Con el fin de acercar los servicios de tercer nivel a la población atendida por el Programa en las especialidades de Oftalmología; Ginecología Oncológica; Cirugía Reconstructiva; Ortopedia y Traumatología; Cirugía Pediátrica; y Urología, en 2010 se realizaron, 22 Encuentros Médico Quirúrgicos en los Hospitales Rurales del Programa, en los cuales se valoraron a más de 16 mil personas y se realizaron tres mil 759 procedimientos quirúrgicos.

Entre septiembre de 2010 y mayo de 2011 se llevaron a cabo 11 encuentros (tres de Oftalmología, dos de Ginecología Oncológica, dos de Cirugía Reconstructiva, dos de Cirugía Pediátrica, uno de Urología y uno de Ortopedia y Traumatología), en los cuales se valoraron a siete mil 122 personas y se practicaron mil 998 procedimientos quirúrgicos.

En el mismo periodo de análisis, se llevó a cabo la visita de evaluación-asesoría en los ámbitos rural y urbano en las delegaciones de Campeche, Oaxaca, San Luis Potosí, Veracruz Norte, Baja California, Nayarit y Puebla, con lo cual se logró evaluar un total de 20 HR, 261 UMR y 15 UMU.

La organización comunitaria es la figura con la que se llevan a cabo las acciones de promoción de la salud a nivel local y constituye el enlace entre los servicios de salud y la comunidad. En este periodo se contó con 175 mil 906 voluntarios; 15 mil 285 voluntarios de salud; 18 mil 236 Comités de Salud con 105 mil 553 miembros; seis mil 625 parteras voluntarias rurales; y mil 450 terapeutas tradicionales, los cuales realizan acciones de atención a padecimientos de baja complejidad, prevención de riesgos y daños a la salud y de promoción de la salud.

Con el fin de contribuir a fomentar el autocuidado de la salud en padecimientos de vías digestivas, respiratorias y transmitidos por vectores, se impulsó la participación comunitaria involucrando a un promedio de dos millones de familias en el cuidado del agua para el consumo humano; en la disposición sanitaria de excreta humana; en manejo adecuado de basuras y desechos; y en la realización de acciones de control de fauna nociva y transmisora. Para apoyar la estrategia de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades, con recursos institucionales se impulsaron 236 Proyectos de Intervención Integrales, lo que permitió promover prácticas en favor de la salud en ocho mil 208 localidades.

A fin de fomentar una cultura de transparencia y rendición de cuentas, el Programa pone a disposición el buzón de contraloría social en cada unidad médica, donde la población deposita de manera escrita sus comentarios, quejas y sugerencias. Se recibieron 32 mil 210 reconocimientos y tres mil 726 quejas; de éstas se atendieron 91 por ciento al cierre de este periodo.

16. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

16. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

El Sistema Nacional DIF atiende las necesidades más apremiantes de la población sujeta de asistencia social mediante programas destinados al apoyo de la infancia, familias y población vulnerable.

A través del Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia, que el Sistema Nacional DIF coordina con los sistemas estatales DIF, se pretende contribuir al desarrollo integral de la infancia y adolescencia en condición de vulnerabilidad mediante la promoción, ejercicio y vigilancia de sus derechos. En este marco, de septiembre a diciembre de 2010 se proporcionó atención de cuidados infantiles a 135 mil 343 niñas y niños menores de seis años, hijos de madres trabajadoras, de los cuales 82 mil 816 correspondieron a los Centros de Asistencia Infantil Comunitaria (CAIC) y 52 mil 527 a los Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI).

Asimismo, se promovió el diseño de mecanismos de enlace y vinculación eficientes entre las instancias responsables de implantar y ejecutar modelos de intervención integrales dirigidos a las niñas, niños y adolescentes en situación de calle y sus familias. Como parte de las estrategias de este programa (prevención, atención y fortalecimiento), se continuó trabajando con los comités estatales de Baja California, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Estado de México, Nuevo León y Puebla, así como en el grupo de trabajo del Distrito Federal —a cargo de la organización de la sociedad civil Fundación para la Protección de la Niñez—, los cuales coordinan y dan seguimiento a la operación de los proyectos, investigaciones y esquemas de becas alimentarias y de apoyo escolar. La población atendida hasta diciembre de 2010 fue de 14 mil 515 menores; el total de beneficiados por proyectos de atención especializada y esquemas de becas alimentarias y educativas fue de tres mil 501 niños. De enero a agosto de 2011 se atendieron cinco mil 573 menores.

El Sistema Nacional DIF cuenta con una Estrategia de Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes y Repatriados No Acompañados, en coordinación con los sistemas estatales y municipales DIF, organizaciones de la sociedad civil y el Instituto Nacional de Migración, la cual tiene como finalidad acoger a los menores migrantes, tanto mexicanos como extranjeros, que viajan sin documentación. De septiembre de 2010 a agosto del 2011, en los 37 módulos y albergues que conforman la Red se han atendido 14 mil 287 niñas, niños y adolescentes que han sido repatriados. En los lugares de origen, la estrategia se orienta a la reintegración familiar y comunitaria, desarrollando planes individuales y familiares para fomentar el arraigo a sus comunidades a través de acciones de prevención, para esta estrategia se trabaja en 18 estados y cuenta con una infraestructura de 52 centros comunitarios de protección a la infancia.

En cuanto a la Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal, se trabajó en 31 entidades federativas y 688 municipios, atendiendo a mil 138 niñas y niños en situación de calle y riesgo de incorporarse a actividades laborales, reintegrando a 888 menores; asimismo se brindó atención a 67 mil 562 niñas y niños trabajadores y a 155 mil 330 menores en riesgo de incorporarse a actividades laborales.

Para promover la participación de los estados en la Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil, se trabajó en 256 ciudades de 22 entidades federativas, beneficiando con medidas preventivas a 22 mil 596 niñas y niños en riesgo, canalizando a 966 menores víctimas de explotación sexual infantil, alcanzando una cobertura total de 176 mil 542 niñas, niños y adolescentes.

Este Sistema Nacional DIF, considera necesario fortalecer las políticas públicas en materia de adopción, por lo que se han firmado convenios de coordinación con los sistemas estatales DIF y los tribunales superiores de justicia de las entidades federativas, con la finalidad de impulsar reformas legislativas en nuestro país que mejoren sustancialmente los procesos de adopción. En este sentido, 28 entidades federativas han realizado ya reformas legislativas en materia de adopción. De septiembre de 2010 a agosto de 2011 se llevaron a

cabo cinco adopciones y se regularizó la situación jurídica de 65 niñas, niños y adolescentes albergados en los centros nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación, casas cuna, casas hogar y Centro Amanecer para Niños.

A través del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable, en marzo de 2011 se aprobaron, mediante Reglas de Operación, 31 proyectos de los sistemas estatales DIF vinculados con acciones de colaboración a favor de la niñas, niños y adolescentes que se encuentren bajo cuidado en los centros o albergues públicos o privados ubicados en su localidad, que permitan lograr la preservación y reunificación familiar, en beneficio de la infancia mexicana. Para su desarrollo se otorgaron subsidios por un millón 250 mil pesos a cada uno de los 31 sistemas estatales DIF participantes

En octubre de 2010 y mayo de 2011 se llevaron a cabo las ediciones XXII y XXIII del Taller de Procuradores de la Defensa del Menor y la Familia en Sonora y Jalisco, respectivamente. Dentro de los temas abordados se encuentran: Envejecimiento; Vulnerabilidad y Maltrato al Adulto Mayor; Apostilla y Legalización; Mediación Asociativa y Función Social de la Familia; Derecho a la Identidad; Últimas Reformas Legales en Materia de Familia; Estrategia de Denuncia Segura en Materia de Trata de Personas; y Retos 2011 en Materia de Asistencia Jurídica Familiar. Lo anterior, con el propósito de determinar y estandarizar criterios de actuación en diversos temas en beneficio de la población sujeta de asistencia social y, por otro, coordinar la suscripción y ratificación de compromisos de colaboración.

De septiembre de 2010 a agosto de 2011 se impartieron 29 cursos de capacitación al personal de las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia (PDMF) en 24 estados de la República. Algunos de los temas abordados fueron: Adopción Internacional; Funcionamiento de las PDMF; Prevención y Atención del Maltrato Infantil; Violencia Familiar; Trabajo Social y Psicología; Patria Potestad Custodia y Tutela de Menores.

A través del Subprograma de Atención a Personas y Familias en Desamparo, del 1º de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011 se otorgaron 225 apoyos en especie, mil 273 apoyos económicos temporales y cinco mil 243 para atención especializada. En los siete campamentos recreativos del Sistema Nacional DIF, durante el mismo periodo se realizaron siete mil 122 eventos culturales, deportivos y recreativos, con una cobertura de 33 mil 943 personas entre menores, adolescentes, adultos mayores y personas con alguna discapacidad.

Con el objetivo de contribuir al fortalecimiento y desarrollo integral de las familias y las comunidades en condiciones de vulnerabilidad, se aplicó el modelo RED DIF para la Solución Pacífica de Conflictos en la Familia, impartiendo tres diplomados para el manejo de conflictos familiares, capacitando a 14 estados y 53 municipios. En marzo se llevó a cabo la Semana de la Familia 2011 con la participación de 60 instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil y con la asistencia de más de 35 mil personas, en dicho evento se dieron a conocer los programas y servicios del Gobierno Federal a favor de la familia.

El Sistema Nacional DIF proporcionó atención integral e individualizada a niñas, niños y adolescentes de cero a 18 años de edad en situación de desamparo albergados en los cuatro centros nacionales Modelo y en el Centro Amanecer para Niños; asimismo, en los centros nacionales gerontológicos y casas hogar para ancianos se brindó a los adultos mayores, servicios de atención médica, psicológica y de trabajo social, entre otros. De septiembre de 2010 a agosto de 2011, se proporcionaron un millón 509 mil 162 servicios asistenciales a un promedio de 319 menores; y se realizaron un millón 508 mil 171 acciones en los centros asistenciales, beneficiando a un promedio de 436 adultos mayores. Otra vertiente de servicio para los adultos mayores es la Atención de Día, con la que se proporciona alimentación, actividades recreativas y sociales, atención médica, psicológica y de trabajo social, entre otras, beneficiando a un promedio de 80 adultos mayores.

Respecto al Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias, que el Sistema Nacional DIF opera en coordinación con los sistemas estatales, de septiembre 2010 a agosto de 2011 alcanzaron los siguientes resultados en los 24 centros de rehabilitación en los que se ha implementado este programa:

Se llevaron a cabo cuatro mil 830 pláticas de orientación e información, a las que asistieron 85 mil 161 personas con discapacidad o en riesgo de presentarla y sus familias; se otorgaron 909 mil 54 consultas médicas especializadas de valoración de personas con discapacidad; se realizaron 40 mil 910 valoraciones médicas individuales en diversos grupos de población para la detección de discapacidad; y se dieron dos millones 84 mil 516 sesiones de terapia física, ocupacional y de lenguaje a favor de 55 mil 472 personas con discapacidad.

Con relación a las actividades de profesionalización para la rehabilitación y terapia física y ocupacional, se impartieron tres cursos, uno a nivel de posgrado para la formación de 45 médicos especialistas en medicina de rehabilitación; y dos a nivel licenciatura, donde se encuentran en formación 503 estudiantes en terapia física y 37 en terapia ocupacional, distribuidos en los centros de rehabilitación del Distrito Federal, Puebla, Toluca, Ciudad Victoria, Chetumal, Guadalajara y Durango.

Se continuó con la difusión de los derechos de las personas con discapacidad mediante talleres y pláticas en diferentes centros de rehabilitación; en el primer semestre de 2011 se llevaron a cabo 23 talleres informativos, contando con la participación de 270 asistentes; asimismo, se realizaron 942 pláticas en la comunidad, con la finalidad de detectar de manera oportuna algún riesgo de discapacidad en la población, contando con la asistencia de 23 mil 990 personas y detectando oportunamente a 12 mil 363 personas con algún riesgo de discapacidad.

En el primer semestre del año 2011 se han entregado en los 34 módulos del Programa de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, ubicados en los diferentes estados de la república, un total de 11 mil 772 credenciales a personas con discapacidad.

Con relación a los Programas Alimentarios para la Superación de la Pobreza que el Sistema Nacional DIF coordina con los sistemas estatales, de enero a junio de 2011 distribuyeron con recursos federales 464 millones 670 mil 227 desayunos escolares, beneficiando a cinco millones 503 mil 722 niños en promedio al día. Es importante destacar que 25 estados incorporaron fruta y/o verdura en sus menús; 27 entregaron leche semidescremada o descremada sin sabor; siete eliminaron la totalidad de las fuentes de azúcar y harinas refinadas; y todos han incorporado cereales integrales como fuente de fibra.

Por otra parte, los sistemas estatales a través del programa de Atención a Menores de Cinco Años en Riesgo No Escolarizados distribuyeron 85 millones 993 mil 607 raciones alimenticias, beneficiando en promedio diario a 421 mil 96 menores; con el programa de Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo distribuyeron tres millones 914 mil 562 despensas, apoyando a 429 mil 942 familias de 810 municipios, es importante mencionar que se mejoró la conformación de las dotaciones mediante la inclusión de cuatro o más alimentos básicos de al menos dos de los tres grupos de alimentos referidos en la NOM-043-SSA2-2005; mediante el programa de Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables distribuyeron siete millones 464 mil 672 despensas, apoyando a un millón 42 mil 623 beneficiarios.

Finalmente, con relación a los Programas de Desarrollo Comunitario, el Sistema Nacional DIF lleva a cabo la Estrategia Integral de Desarrollo Comunitario (EIDC): Comunidad Diferente, con el objetivo de fomentar, a través de capacitaciones, el desarrollo de habilidades y conocimientos de los integrantes de los grupos de desarrollo contribuyendo a mejorar las condiciones de vida en las localidades de alta y muy alta marginación. Al cierre del ejercicio 2010, los sistemas estatales reportaron mil 333 grupos de desarrollo capacitados, con 985 proyectos comunitarios implementados. En el primer semestre del 2011 se revisaron y retroalimentaron 31 programas estatales de trabajo y se firmaron 31 convenios de coordinación.

17. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

17. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ), es una institución especializada en la prevención, tratamiento, investigación y capacitación integral de las adicciones, que tiene como propósito contribuir a la disminución de la demanda de drogas con la participación de la comunidad. Su experiencia en este ámbito, consiste en otorgar servicios de calidad nacional e internacional.

Los CIJ participan en el Programa de Acción Específico de Prevención y Tratamiento de las Adicciones, a través de una red de servicios ubicada en localidades y lugares de riesgo para el consumo de alcohol, tabaco y drogas; sus actividades las lleva a cabo en 99 Centros y 12 unidades de hospitalización, con impacto y cobertura a nivel nacional.

Para los casos de personas con problemas por el consumo de heroína, CIJ cuenta con dos unidades de tratamiento en Ciudad Juárez y Tijuana. Asimismo, continúa promoviendo el tratamiento para dejar de fumar en dos unidades móviles que operan en la ciudad de México.

Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011 en materia de prevención, se llevaron a cabo 198 mil 299 acciones, logrando una cobertura de tres millones 328 mil 387 personas. Las estrategias preventivas de los proyectos de intervención en amplias coberturas, se focalizaron en el sector educativo y laboral, así como en la captación de promotores de la salud. A continuación se presentan los resultados por estrategia preventiva:

- Información: Se realizaron 91 mil 859 acciones, principalmente en el contexto escolar y comunitario, con lo cual se impactó a tres millones 26 mil 201 personas, cifras superiores en seis y doce por ciento en relación al año anterior.
- Orientación: Se impartieron 73 mil 521 cursos y talleres a niños, adolescentes, jóvenes, adultos y padres de familia, a los cuales asistieron 277 mil 832 personas; se observó una variación de siete y seis por ciento en relación al periodo previo.
- Capacitación: Se efectuaron 31 mil 391 sesiones de capacitación, habilitando a 19 mil 689 personas, resultados muy similares en acciones y coberturas a los obtenidos el año anterior.
- Prevención selectiva e indicada. Con el objetivo de que las personas con mayor vulnerabilidad para el consumo de sustancias manejen situaciones de riesgo se realizaron mil 528 acciones con una cobertura de cuatro mil 665 personas, comparado con el periodo previo, esto representa resultados favorables de 94 y 55 por ciento respectivamente.

Entre los proyectos de prevención implementados en este periodo se encuentran los siguientes: Modelo de Atención Integral del Consumo de Drogas en Centros de Trabajo; Jornadas Intensivas de Prevención en Escuelas Primarias; Campaña Si tomas, Mídete, No Tomes el Volante dirigida a jóvenes entre 18 y 29 años; Prevención Temprana de Violencia en Escuelas y de Parejas Jóvenes; Prevención de la Discriminación y la Resolución no Violenta de Conflictos; y Prevención Integral del Consumo de Metanfetaminas en Contextos y Poblaciones de Riesgo.

Se efectuaron 22 mil 337 acciones de movilización social, con una cobertura de 750 mil 452 personas. En relación al ejercicio anterior, las acciones representaron 94 por ciento y las personas atendidas el 66 por ciento, estas variaciones se deben al cambio en la estrategia institucional, la cual se dirigió a estos nuevos proyectos informativos y de prevención selectiva e indicada.

En atención curativa se otorgaron 379 mil 368 consultas externas a 63 mil 400 pacientes y familiares, mediante un proceso de diagnóstico, evaluación y tratamiento con un abordaje profesional e interdisciplinario, incluyendo la atención de Centro de Día en el cual participan profesionales de la salud, usuarios de drogas, familiares y representantes de la comunidad.

Las unidades de hospitalización, en sus modalidades de corta y mediana estancia, atendieron a mil 553 pacientes usuarios de sustancias, de éstos, egresaron mil 246 personas, mientras que 307 continuaron con su tratamiento y recuperación. En la mayoría de los casos se logró la remisión total de la sintomatología.

A través del Programa de Mantenimiento y Deshabitación con Metadona, se estabilizó a 187 usuarios de heroína, con una reducción notoria de la sintomatología de abstinencia y daños a la salud.

Respecto al consumo de tabaco, se realizaron mil 989 reuniones informativas con siete mil 599 asistentes; a consejo médico asistieron 16 mil 817 personas; mientras que en tratamiento integral participaron cinco mil 121 individuos.

Para el diseño, aplicación y ajuste de los programas institucionales de prevención y tratamiento de las adicciones, entre septiembre de 2010 y agosto de 2011, se concluyeron 16 estudios en cinco áreas de investigación:

- Cinco en investigación evaluativa, dirigida a generar indicadores de proceso y resultado de los programas institucionales.
- Tres en epidemiología, centrados en la forma y tendencias del consumo de drogas en usuarios de los servicios de tratamiento de CIJ y otras poblaciones.
- Cuatro en investigación psicosocial, dirigidos al análisis de factores de riesgo o protección, efectos y consecuencias del consumo, así como a la exploración del contexto social y cultural del problema.
- Uno en clínica centrada en el proceso salud-enfermedad de las adicciones y el abuso de sustancias y su atención psicoterapéutica.
- Tres en el desarrollo de sistemas y programas de atención, dirigida a ofrecer elementos para sustentar el desarrollo de la Red Nacional de Atención Institucional y la planeación y aplicación de programas y servicios.

En materia de Enseñanza, CIJ capacitó, actualizó y formó a mil 641 profesionales de la salud y de otras organizaciones afines, a través de 65 cursos, diplomados con reconocimiento universitario estudios de posgrado. Asimismo, el área de documentación científica, proporcionó el servicio de Biblioteca Virtual en Adicciones a un total de 12 mil 870 usuarios.

Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011 se firmaron 84 convenios, 36 de carácter nacional, 22 con cobertura en el Distrito Federal y 26 locales que se establecen a nivel estatal y municipal. Asimismo se llevaron a cabo dos mil 480 concertaciones a través de los cuales se realizaron actividades de prevención universal, selectiva e indicada con los diferentes sectores de la población. Se conformaron tres redes universitarias en Puerto Vallarta, Estado de México y Chilpancingo y cuatro alianzas de mujeres en Los Cabos, Cozumel, Jalisco y Zacatecas.

En materia de coordinación internacional, CIJ obtuvo un reconocimiento por el programa Centro de Día del premio Reina Sofía; llevó a cabo la 53ª Conferencia Internacional del *International Council on Alcohol and Addictions* (ICAA)-CIJ Nuevos Retos Nuevas Soluciones; así como el seminario internacional Retos de los Operadores de Justicia, en Lima, Perú; participó en la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, en Viena, Austria; realizó el proyecto Uso Nocivo de Alcohol en Población Adolescente de Ciudades Latinoamericanas en colaboración con la OMS; y estableció un Comité Técnico en la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.

18. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO

18. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO

La empresa paraestatal Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V. (BIRMEX), se encarga de garantizar la provisión de las vacunas, sueros y otros biológicos que emplean los programas de inmunización del país a partir de su desarrollo, producción, comercialización y distribución en condiciones óptimas de calidad y precio.

Entre septiembre de 2010 y agosto de 2011, se continuó el programa de modernización de sus plantas de producción y la construcción de una nueva ubicada en Cuautitlán, Estado de México, donde se producirá la vacuna contra la influenza estacional y pandémica. En julio de 2011 se concluyeron los trabajos de calificación-validación de las instalaciones, equipos y sistemas críticos por la remodelación del Instituto Nacional de Higiene, y en agosto de 2011 se reinició la producción de biológicos. Actualmente se encuentra en fabricación la vacuna toxoide tetánica diftérica (Td) y los faboterápicos que se ofertarán a las instituciones de salud para atender sus necesidades durante el ejercicio de 2012.

Concluida la segunda etapa de la remodelación del Instituto Nacional de Virología, referida a las áreas de control de calidad en mayo de 2010, se realizaron trabajos de mantenimiento de instalaciones y equipos del área de producción, esto en virtud de que se contaba con una reserva suficiente de la vacuna antipoliomielítica para cubrir las necesidades de 2011. En agosto de este año se reinició la producción de dicho biológico para atender a las necesidades de 2012.

Respecto a la infraestructura de la planta en Cuautitlán para la producción de la vacuna de influenza en México, se contrataron dos empresas: Grupo Constructor FERAL para la obra civil, cuyos trabajos aún continúan; y KAESA para el sistema de distribución de servicios generales, la cual concluyó en diciembre de 2010. A la fecha, la empresa FOA Ingeniería y Servicios, en conjunto con Grupo SACMAG supervisa las obras en esta planta. Se inició el proceso de gestión con la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura de la Secretaría de Salud para que se encargue de la segunda fase de construcción de la nueva planta, que incluye ejecutar, entre otras cosas, la arquitectura de acabados, aire, Telecom, monitoreo de control ambiental y los sistemas de administración técnica y del edificio, así como la remodelación de las áreas complementarias, la instalación e integración de los equipos adquiridos.

Respecto a la adquisición y distribución de equipo, en enero de 2011 se recibieron los cinco componentes de la línea de llenado y se concluyeron las pruebas de aceptación para las máquinas lavadoras; mientras que los equipos de agua helada, aire comprimido y sistema de vapor industrial ya se encuentran debidamente probados e instalados. Asimismo, se finalizó la construcción de las cámaras frías y se realizan correcciones solicitadas por la COFEPRIS, antes de iniciar su operación.

Se elaboraron los requerimientos de usuario y los documentos técnicos de base para la elaboración del plan de comisionamiento, calificación y validación de las instalaciones, equipos y sistemas para el proyecto integral. Actualmente, se continúan realizando diversos talleres para la evaluación y elaboración de documentos técnicos de las diferentes áreas de ingeniería, producción, asuntos regulatorios, aseguramiento de calidad y validación.

En materia de investigación, entre septiembre de 2010 y agosto de 2011, se adicionaron siete proyectos; actualmente se llevan a cabo 29, los cuales en su mayoría corresponden a vacunas virales o bacterianas, seguidos por faboterápicos y los clínicos. Se elaboraron los informes correspondientes de 11 proyectos que cuentan con financiamiento de CONACYT o ICYTDF, y de siete que se realizan a través de convenios de colaboración con instituciones como la Facultad de Medicina y el Instituto de Biotecnología de la UNAM, así como los institutos nacionales de Salud Pública y de Psiquiatría.

Entre los proyectos destinados a la producción de biológicos, destaca el relacionado con la vacuna antiadictiva contra Morfina-Heroína (MTT), que se desarrolla conjuntamente con el Instituto Nacional de Psiquiatría para el cual se trabajó en la adecuación del laboratorio en el que se desarrollará la etapa de la investigación clínica, obtención y almacenamiento de lotes experimentales de vacuna.

En el periodo septiembre de 2010 a agosto de 2011, se concluyó el proyecto de ingeniería para la remodelación de un área para producir los lotes experimentales de la vacuna MTT, considerando el diseño conceptual, ingeniería básica e ingeniería de detalle. Esta remodelación se encuentra actualmente en fase de obra.

Se continuó trabajando en el estudio de purificación y destoxificación de toxoide diftérico, con la finalidad de mejorar los rendimientos y el índice de pureza antigénica del mismo. Igualmente, se continuó desarrollando la línea de investigación para la optimización de la producción y mejora de rendimientos en graneles de los sueros antiviperino y antialacrán.

En materia de capacitación, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública se continuó con el desarrollo de la Maestría en Vacunología, que se imparte a 19 empleados de BIRMEX. Al inicio se verifica que cada alumno cuente con tema de tesis y comité tutorial, registrados y aceptados por los órganos colegiados del Instituto.

Entre enero y agosto de 2011 BIRMEX distribuyó 37.1 millones de dosis de diversos biológicos a diferentes instituciones del sector salud; al sumar este volumen con el distribuido entre 2007 y 2010 se tiene un total de 405.6 millones de dosis de biológicos comercializadas en lo que va de la presente administración, esto representa siete por ciento más que el distribuido en el mismo periodo de la administración anterior.

CUADRO XVIII.1 DISTRIBUCIÓN ANUAL DE BIOLÓGICOS

BIOLÓGICO	2007	2008	2009	2010	2011 ^{1/}	TOTAL
Vacunas bacterianas	25 120 587	28 342 440	24 433 227	22 410 853	12 214 604	112 521 711
Vacunas virales	83 656 112	59 427 829	51 971 279	71 897 539	24 814 837	291 767 596
Sueros hiperinmunes	367 918	191 316	399 378	182 078	79 730	1 220 420
Otros biológicos	12 840	15 220	62 540	8 865	10 402	109 867
Total	109 157 457	87 976 805	76 866 424	94 499 335	37 119 572	405 619 593

^{1/} Enero a agosto de 2011. Cifras preliminares.

FUENTE: Dirección General Adjunta de Comercialización. BIRMEX.

Durante marzo y abril de 2011 se presentaron algunos brotes de Influenza A(H1N1) en diversas regiones del país; sin embargo; debido a que la mayoría de los servicios de salud del sector público no tenían existencias de la vacuna porque ya habían completado sus programas de vacunación contra la influenza correspondientes al periodo invernal 2010–2011, BIRMEX donó 685 mil 300 dosis de la vacuna contra la influenza pandémica A(H1N1) de la reserva estratégica, especialmente a Chihuahua, tal como se muestra en el cuadro XVIII.2. Con esta acción se puso en evidencia la importancia que tiene para la salud pública contar con una reserva estratégica, sin la cual no se hubiera podido enfrentar dicha contingencia.

CUADRO XVIII.2 DISTRIBUCIÓN DE VACUNA DE INFLUENZA A(H1N1) EN 2011 ^{1/}

INSTITUCIÓN	CANTIDAD
Servicios de Salud de Chihuahua	550 000
Servicios de Salud de Guanajuato	50 000
Servicios de Salud de Nuevo León	50 000
ISSSTE	15 000
Servicios de Salud de Veracruz	10 000
Servicios de Salud de Puebla	10 000
Clínica de Salud del Municipio de Cuautitlán	150
Instituto Nacional de Salud Pública	100
Hospital General de México	50
Total dosis	685 300

^{1/} Cifras preliminares hasta agosto de 2011.

FUENTE: Dirección General Adjunta de Comercialización. BIRMEX.

ANEXO ESTADÍSTICO

ESPERANZA DE VIDA AL NACER
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010

ENTIDAD FEDERATIVA	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	75.4	73.1	77.8
Aguascalientes	75.6	73.5	77.8
Baja California	76.2	73.8	78.6
Baja California Sur	76.2	73.8	78.6
Campeche	75.3	73.1	77.6
Coahuila	75.1	72.8	77.4
Colima	75.8	73.3	78.3
Chiapas	74.4	72.1	76.7
Chihuahua	76.0	73.8	78.2
Distrito Federal	76.3	73.8	78.8
Durango	74.8	72.5	77.0
Guanajuato	75.7	73.5	77.9
Guerrero	73.8	71.6	76.1
Hidalgo	75.1	72.8	77.5
Jalisco	75.6	73.4	77.9
México	76.0	73.6	78.5
Michoacán	75.1	72.9	77.2
Morelos	76.1	73.6	78.7
Nayarit	75.3	73.1	77.5
Nuevo León	75.6	73.2	78.1
Oaxaca	74.6	72.3	77.0
Puebla	75.5	73.0	78.0
Querétaro	75.7	73.3	78.2
Quintana Roo	76.5	74.2	78.8
San Luis Potosí	75.4	73.1	77.8
Sinaloa	74.9	72.7	77.0
Sonora	75.5	73.0	78.0
Tabasco	75.0	72.8	77.2
Tamaulipas	75.3	73.0	77.7
Tlaxcala	76.2	74.0	78.5
Veracruz	74.3	71.9	76.6
Yucatán	75.4	73.1	77.7
Zacatecas	76.0	73.7	78.2

FUENTE: Consejo Nacional de Población 2006, con base en los resultados del Segundo Censo de Población y Vivienda 2005.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
	Total	A00-Z99	563 516	524.0
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	96 952	90.2
	- Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	63 145	58.7
2	Diabetes mellitus	E10-E14	77 628	72.2
3	Tumores malignos	C00-C97	68 357	63.6
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	39 099	36.4
	- Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2 V89.9	17 628	16.4
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	31 730	29.5
	- Enfermedad alcohólica del hígado	K70	12 829	11.9
6	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	30 913	28.7
7	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	19 663	18.3
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	17 717	16.5
9	Neumonía e influenza	J09-J18	17 090	15.9
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	A33, P00-P96	14 727	13.7
	- Hipoxia intrauterina asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	P20-P28	7 934	7.4

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión.

^{3/} Tasa por cien mil habitantes.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2009. Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de Población, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
	Total	A00-Z99	28 983	1 493.9
1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	A33, P00-P96	14 727	759.1
	- Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	P20-P28	7 934	408.9
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	6 307	325.1
	- Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	3 235	166.7
3	Neumonía e influenza	J09-J18	1 192	61.4
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	809	41.7
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	630	32.5
6	Infecciones respiratorias agudas excepto neumonía e influenza	J00-J06, J20-J22	570	29.4
	- Bronquitis y bronquiolitis agudas	J20-J21	327	16.9
7	Septicemia	A40-A41	487	25.1
8	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	406	20.9
9	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	381	19.6
	- Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	375	19.3
10	Insuficiencia renal	N17-N19	158	8.1

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron las muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión.

^{3/} Tasa por cien mil nacidos vivos estimados por CONAPO.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2009. Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de Población 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PREESCOLAR
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
	Total	A00-Y98	5 963	77.8
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1 434	18.7
	- Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	494	6.4
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	848	11.1
	- Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	513	6.7
3	Neumonía e influenza	J09-J18	495	6.5
4	Tumores malignos	C00-C97	436	5.7
	- Leucemias	C91-C95	219	2.9
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	329	4.3
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	225	2.9
7	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	140	1.8
8	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	140	1.8
	- Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	129	1.7
9	Septicemia	A40-A41	138	1.8
10	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	125	1.6

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a revisión.

^{3/} Tasa por cien mil habitantes de 1 a 4 años.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2009. Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de Población, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD ESCOLAR
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
	Total	A00-Y98	6 909	32.4
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1 863	8.7
	- Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	880	4.1
2	Tumores malignos	C00-C97	1 023	4.8
	- Leucemias	C91-C95	557	2.6
3	Malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	455	2.1
	- Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	247	1.2
4	Neumonía e influenza	J09-J18	359	1.7
5	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	343	1.6
6	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	265	1.2
7	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	196	0.9
	- Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	167	0.8
8	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	192	0.9
9	Insuficiencia renal	N17-N19	151	0.7
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	136	0.6

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyen muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión.

^{3/} Tasa por cien mil habitantes de 5 a 14 años.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2009. Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de Población, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
	Total	A00-Y98	218 261	309.8
1	Diabetes mellitus	E10-E14	30 656	43.5
2	Tumores malignos	C00-C97	29 428	41.8
3	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	26 915	38.2
	- Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	13 859	19.7
4	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	24 180	34.3
	- Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	16 014	22.7
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	19 376	27.5
	- Enfermedad alcohólica del hígado	K70	9 186	13.0
6	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	17 856	25.4
7	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	7 263	10.3
8	Neumonía e influenza	J09-J18	6 255	8.9
9	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	B20-B24	4 831	6.9
10	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	4 562	6.5

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión.

^{3/} Tasa por cien mil habitantes de 15 a 64 años.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2009. Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de Población, 2005-2050.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POSTPRODUCTIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
	Total	A00-Y98	300 875	4 857.6
1	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco sólo para mortalidad)	71 807	1 159.3
	- Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	46 935	757.8
2	Diabetes mellitus	E10-E14	46 866	756.7
3	Tumores malignos	C00-C97	37 357	603.1
	- Tumor maligno de la próstata	C61	4 666	75.3
	- Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	C33 C34	4 545	73.4
	- Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	3 543	57.2
4	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	23 352	377.0
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	15 630	252.4
6	Enfermedades del hígado	K70-K76	11 994	193.6
	- Enfermedad alcohólica del hígado	K70	3 591	58.0
7	Neumonía e influenza	J09-J18	8 739	141.1
8	Accidentes	V01-X59 Y40-Y86	7 535	121.7
	- Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	2 070	33.4
	- Caídas	W00-W19	877	14.2
9	Insuficiencia renal	N17-N19	6 942	112.1
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	6 383	103.1

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a nivel internacional, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión.

^{3/} Tasa por cien mil habitantes de 65 años o más.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2009. Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de Población, 2005-2050.

MORTALIDAD EN LA INFANCIA POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009

ENTIDAD FEDERATIVA	MENORES DE 1 AÑO ^{/1}		MENORES DE 5 AÑOS ^{/1}	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Nacional	16.2	13.0	19.1	15.5
Aguascalientes	14.1	11.3	16.8	13.6
Baja California	12.8	10.2	15.3	12.4
Baja California Sur	13.1	10.6	15.7	12.9
Campeche	16.7	13.2	19.5	15.6
Coahuila	12.9	10.3	15.2	12.4
Colima	13.2	10.7	15.7	12.9
Chiapas	22.3	18.1	25.9	21.2
Chihuahua	14.4	11.4	17.2	13.8
Distrito Federal	12.1	9.7	14.5	11.8
Durango	17.0	13.4	19.7	15.7
Guanajuato	17.1	13.6	20.1	16.2
Guerrero	22.7	18.4	26.1	21.4
Hidalgo	17.7	14.0	20.6	16.6
Jalisco	14.4	11.5	17.2	13.8
México	15.3	12.2	18.3	14.7
Michoacán	18.3	14.5	21.3	17.0
Morelos	14.3	11.4	16.9	13.7
Nayarit	16.1	12.8	18.9	15.1
Nuevo León	11.4	9.2	13.7	11.2
Oaxaca	20.3	16.4	23.7	19.3
Puebla	18.9	15.1	22.4	18.1
Querétaro	15.9	12.7	18.7	15.2
Quintana Roo	14.0	11.3	16.7	13.6
San Luis Potosí	17.0	13.4	19.9	16.0
Sinaloa	15.2	12.0	17.8	14.2
Sonora	13.5	10.8	16.0	13.0
Tabasco	17.2	13.7	20.3	16.3
Tamaulipas	13.2	10.6	15.6	12.7
Tlaxcala	17.0	13.5	20.3	16.2
Veracruz	19.1	15.3	22.2	17.9
Yucatán	16.2	12.9	19.0	15.2
Zacatecas	18.0	14.3	21.2	17.0

^{1/} Tasa por cada 100 mil nacidos vivos.

FUENTE: Secretaría de Salud/DGIS, con base en las proyecciones de población, CONAPO 2005-2050.

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS, TOTAL Y POR SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009

AÑO	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	54.8	58.7	51.6	97.5	106.5	88.3
1996	47.0	50.3	43.6	90.1	97.1	82.8
1997	39.3	42.0	36.5	79.9	87.7	71.8
1998	33.4	36.7	30.0	59.7	65.1	54.1
1999	28.3	31.4	25.0	52.8	57.8	47.5
2000	26.4	28.8	24.7	44.7	49.8	41.1
2001	23.6	26.5	20.6	39.1	43.6	34.4
2002	21.5	22.8	20.1	40.4	44.0	36.6
2003	20.2	22.1	18.1	34.0	37.2	30.7
2004	18.4	20.3	16.3	35.9	39.4	32.5
2005	17.7	19.2	16.3	31.8	35.6	28.4
2006	15.0	16.5	13.6	30.6	33.6	27.9
2007	14.8	16.6	13.0	29.4	32.1	26.5
2008	12.1	12.9	11.3	24.5	26.5	22.3
2009	9.6	10.4	8.8	23.6	25.9	21.3

Tasa estimada por cien mil niños menores de 5 años.

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.

FUENTE: Secretaría de Salud/DGIS, con base en las defunciones de INEGI y proporcional a las defunciones estimadas en las Proyecciones de Población, CONAPO 2005-2050.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA
EN NIÑOS <5 AÑOS POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGUN SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009 ^{1/}

ENTIDAD FEDERATIVA	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	9.6	10.4	8.8	23.6	25.9	21.3
Aguascalientes	2.7	1.7	3.6	9.8	15.7	3.6
Baja California	3.6	3.5	3.7	12.3	14.0	10.4
Baja California Sur	6.2	8.1	4.2	12.4	16.1	8.5
Campeche	7.2	0.0	14.6	18.7	16.9	20.5
Coahuila	2.1	3.3	0.9	9.7	8.3	11.2
Colima	4.0	0.0	8.2	13.9	15.5	12.3
Chiapas	46.5	47.8	45.1	49.7	49.9	49.5
Chihuahua	5.0	4.5	5.5	16.6	18.1	15.1
Distrito Federal	6.3	7.9	4.6	26.2	30.1	22.5
Durango	4.9	8.1	1.4	13.2	14.9	11.4
Guanajuato	6.4	7.7	5.0	12.8	13.8	11.8
Guerrero	10.4	12.7	7.9	25.6	31.7	19.1
Hidalgo	6.8	7.2	7.4	16.9	21.5	12.1
Jalisco	4.4	4.3	4.5	14.9	14.2	15.6
México	10.2	11.9	8.4	42.1	48.2	35.7
Michoacán	8.7	9.3	8.0	25.2	26.3	24.1
Morelos	5.0	7.0	2.9	22.8	20.9	24.8
Nayarit	12.0	11.7	12.3	14.4	18.7	9.8
Nuevo León	2.6	4.1	1.1	8.7	6.2	11.4
Oaxaca	23.6	21.7	25.6	30.1	34.4	25.6
Puebla	11.0	12.2	9.7	33.4	35.2	31.6
Querétaro	7.0	7.5	6.5	17.8	22.4	13.0
Quintana Roo	10.4	11.1	9.7	8.8	4.7	12.9
San Luis Potosí	4.7	5.0	5.2	21.8	20.2	23.5
Sinaloa	5.4	7.0	3.7	15.2	19.2	11.0
Sonora	4.5	4.4	4.6	14.0	18.5	9.3
Tabasco	7.5	8.4	6.5	14.4	15.7	13.1
Tamaulipas	1.4	2.8	0.0	8.7	6.3	11.1
Tlaxcala	7.4	9.0	5.6	16.5	18.1	15.0
Veracruz	10.8	10.6	10.9	23.4	26.4	20.3
Yucatán	12.3	12.1	12.6	19.1	26.6	11.3
Zacatecas	6.3	7.7	4.8	18.1	18.5	19.3

NOTA: Se excluyeron residentes en el extranjero.

^{1/} Tasa estimada por cien mil niños menores de 5 años.

FUENTE: Secretaría de Salud/DGIS, con base en las defunciones de INEGI y proporcional a las defunciones estimadas en las Proyecciones de Población, CONAPO 2005-2050.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (RMM)
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009

CAUSA	CÓDIGO CIE-10	DEFUNCIONES	RMM ¹
Total	000-095, 098-099, A34, D392, F53, M830 y B20-B24 ²	1 207	62.2
Aborto	000-008	74	3.8
Hemorragia obstétrica	O20, O44-O46, O67, O72	238	12.3
Infección puerperal	O85-O86, A34	27	1.4
Edema proteinuria trastornos hipertensivos en embarazo parto y puerperio (toxemia)	O10-O16	260	13.4
Parto obstruido	O64-O66	10	0.5
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	398	20.5
Otras causas maternas	O21-O43, O47-O63, O68-O71, O73-O84, O87-O95	200	10.3

NOTA: No se incluyeron las defunciones maternas tardías (O96 y O97)

^{1/} Razón por cien mil nacidos vivos estimados por CONAPO

^{2/} B20-B24 Si la mujer estaba embarazada.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2009. Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de Población, 2005-2050.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (RMM) POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009

ENTIDAD FEDERATIVA	RMM ^{1/}
Nacional	62.2
Aguascalientes	57.7
Baja California	53.8
Baja California Sur	51.6
Campeche	55.5
Coahuila	31.9
Colima	29.5
Chiapas	75.0
Chihuahua	92.4
Distrito Federal	55.4
Durango	45.0
Guanajuato	60.9
Guerrero	107.8
Hidalgo	67.3
Jalisco	63.5
México	63.1
Michoacán	55.9
Morelos	80.7
Nayarit	71.3
Nuevo León	33.0
Oaxaca	98.3
Puebla	70.1
Querétaro	37.2
Quintana Roo	38.5
San Luis Potosí	59.2
Sinaloa	40.0
Sonora	47.9
Tabasco	60.1
Tamaulipas	43.0
Tlaxcala	50.0
Veracruz	72.5
Yucatán	44.9
Zacatecas	66.0

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 O00-099, A34, D392, F53, M830, y embarazadas con B20-B24. Se excluyeron muertes tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X)

^{1/} Razón por cien mil nacidos vivos estimados

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2009. Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de Población, 2005-2050.

MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2009 ^{1/}

AÑO	CERVICO UTERINO	MAMA
1995	21.6	14.8
1996	21.6	14.8
1997	21.0	14.8
1998	20.4	15.1
1999	20.0	14.9
2000	19.6	14.6
2001	18.6	14.8
2002	17.3	15.4
2003	16.9	15.2
2004	16.2	15.9
2005	15.9	15.7
2006	15.0	16.2
2007	14.3	16.3
2008	14.0	16.7
2009	13.9	16.6

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE-10 C50-CAMA y CIE-10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero.

^{1/}Tasa observada por cien mil mujeres de 25 años o más.

FUENTE: Secretaría de Salud/DGIS. Base de datos de defunciones 2000-2009, estimaciones 2010.

MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA
 POR ENTIDAD FEDERATIVA
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009 ^{1/}

ENTIDAD FEDERATIVA	CÉRVICO-UTERINO	MAMA
Nacional	16.6	13.9
Aguascalientes	16.8	10.7
Baja California	19.9	13.1
Baja California Sur	22.6	6.8
Campeche	12.3	18.0
Coahuila	21.4	13.3
Colima	19.3	14.5
Chiapas	10.6	22.6
Chihuahua	23.3	13.5
Distrito Federal	23.0	11.2
Durango	13.0	13.7
Guanajuato	14.6	10.6
Guerrero	11.8	20.0
Hidalgo	13.6	11.5
Jalisco	19.7	12.3
México	14.1	11.2
Michoacán	19.3	16.1
Morelos	13.2	22.2
Nayarit	17.9	19.0
Nuevo León	22.4	9.9
Oaxaca	7.7	17.2
Puebla	13.0	14.2
Querétaro	18.6	9.4
Quintana Roo	6.7	12.3
San Luis Potosí	15.8	16.1
Sinaloa	20.6	11.6
Sonora	19.9	14.0
Tabasco	12.2	10.9
Tamaulipas	19.6	16.1
Tlaxcala	13.2	12.2
Veracruz	15.5	20.1
Yucatán	12.0	17.5
Zacatecas	14.0	9.1

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE-10 C50-CAMA y CIE-10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero.

^{1/} Tasa observada por cien mil mujeres de 25 años o más.

FUENTE: Secretaría de Salud/DGIS. Base de datos de defunciones 2000-2009, estimaciones 2010.

MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO, TOTAL Y POR SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995 - 2009 ^{1/}

AÑO	DIABETES MELLITUS			ENFERM. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	36.2	32.1	40.3	41.5	45.8	37.3	14.4	22.9	6.0
1996	37.3	33.3	41.3	43.0	47.5	38.5	14.9	24.0	5.9
1997	38.0	33.8	42.2	44.7	49.6	39.8	15.2	24.1	6.4
1998	43.6	39.1	48.0	44.4	49.3	39.6	14.0	22.2	6.0
1999	46.9	42.0	51.7	45.1	49.6	40.6	14.0	22.2	5.9
2000	47.3	42.7	51.7	44.4	48.9	40.0	14.0	22.2	5.9
2001	50.0	45.2	54.6	45.6	50.7	40.5	13.8	21.7	6.1
2002	54.3	50.4	58.1	47.8	53.4	42.4	14.2	22.3	6.3
2003	58.0	53.1	62.7	49.8	55.6	44.1	14.4	22.6	6.4
2004	60.4	55.8	64.8	49.0	55.1	43.0	14.4	22.7	6.3
2005	64.5	60.2	68.8	51.2	57.9	44.6	15.1	24.0	6.5
2006	65.2	61.7	68.6	51.1	58.0	44.5	15.8	25.0	6.8
2007	66.6	63.9	69.2	52.7	60.1	45.5	14.3	22.7	6.1
2008	70.8	68.0	73.6	55.8	64.1	47.9	15.8	25.4	6.5
2009	72.2	69.9	74.3	58.7	67.0	50.7	16.4	26.2	6.9

NOTA: Se excluyeron residentes en el extranjero.

^{1/}Tasas observadas por cien mil habitantes.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2009. Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.

MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN
Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2009 ^{1/}

ENTIDAD FEDERATIVA	DIABETES MELLITUS			ENFER. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	72.2	69.9	74.3	58.7	67.0	50.7	16.4	26.2	6.9
Aguascalientes	61.7	57.1	66.1	43.9	54.4	33.9	19.5	30.1	9.5
Baja California	53.0	52.5	53.5	55.1	66.4	42.7	8.8	12.8	4.4
Baja California Sur	50.8	52.7	48.7	61.4	75.6	45.7	19.1	31.4	5.6
Campeche	54.5	51.0	57.9	47.0	56.1	38.0	12.6	21.1	4.2
Coahuila	88.4	78.5	98.4	77.6	92.1	63.2	13.6	20.9	6.4
Colima	73.4	75.9	70.8	58.1	66.3	49.8	22.0	34.8	9.0
Chiapas	46.7	40.4	52.8	34.7	40.1	29.6	8.4	13.6	3.3
Chihuahua	69.9	64.6	75.4	77.5	86.9	67.7	16.6	25.7	7.1
Distrito Federal	100.8	104.1	97.7	85.5	88.6	82.5	12.0	18.2	6.2
Durango	71.0	66.3	75.6	90.2	106.7	74.2	23.4	37.5	9.8
Guanajuato	82.0	80.4	83.4	54.7	62.8	47.3	21.4	36.3	7.9
Guerrero	60.8	58.6	62.8	47.5	56.1	39.5	15.6	24.6	7.2
Hidalgo	62.6	62.2	63.1	63.9	73.7	54.8	15.7	23.9	8.1
Jalisco	72.4	72.3	72.5	57.2	64.1	50.5	22.1	34.8	9.8
México	73.3	72.1	74.4	40.1	43.7	36.6	13.6	21.2	6.1
Michoacán	86.4	85.5	87.2	58.9	69.4	49.1	24.1	40.4	9.1
Morelos	78.6	74.7	82.3	52.1	57.6	46.8	13.2	21.3	5.5
Nayarit	67.0	67.1	67.0	66.8	76.2	57.6	27.8	44.4	11.5
Nuevo León	64.3	62.6	66.0	78.4	92.5	64.2	8.9	13.7	4.2
Oaxaca	62.8	61.4	64.0	47.4	54.7	40.8	16.5	28.0	6.1
Puebla	78.2	75.7	80.6	45.5	49.8	41.5	14.9	24.2	6.1
Querétaro	57.5	56.1	58.9	47.7	56.0	39.8	19.1	30.8	7.9
Quintana Roo	37.1	37.6	36.6	22.3	27.3	17.2	11.4	18.6	4.1
San Luis Potosí	61.9	59.2	64.3	56.3	63.4	49.6	17.4	28.8	6.8
Sinaloa	53.8	52.9	54.7	69.3	80.3	58.1	25.6	42.4	8.5
Sonora	60.1	56.7	63.7	84.7	103.6	65.3	22.9	34.5	10.9
Tabasco	74.3	68.7	79.6	46.1	55.3	37.1	27.3	46.9	8.3
Tamaulipas	72.7	68.2	77.3	73.6	88.7	58.5	20.3	31.3	9.2
Tlaxcala	88.4	84.4	92.1	34.3	38.2	30.6	17.5	28.9	6.8
Veracruz	83.5	79.4	87.2	65.7	77.0	55.3	14.4	23.6	5.9
Yucatán	56.5	48.8	64.0	77.5	90.2	65.0	15.1	26.1	4.2
Zacatecas	64.8	62.3	67.2	61.0	70.5	52.0	26.3	42.5	11.2

NOTA: Se excluyeron residentes en el extranjero.

^{1/} Tasas observadas por cien mil habitantes

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud, SINAIS. Base de datos de mortalidad 2009. Consejo Nacional de Población, 2006. Proyecciones de Población, 2005-2050.

TENDENCIA DE LA MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR, PALUDISMO, DENGUE Y DIABETES MELLITUS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1995-2010

	TUBERCULOSIS PULMONAR		PALUDISMO		DENGUE		DIABETES MELLITUS	
	CASOS	TASA /1	CASOS	TASA /1	CASOS	TASA /1	CASOS	TASA /1
1995	17 157	18.7	7 423	8.1	36 568	39.9	272 308	296.9
1996	16 995	18.2	6 293	6.7	36 538	39.2	249 774	268.2
1997	19 577	20.7	4 808	5.1	53 541	56.5	312 892	331.1
1998	18 032	18.8	25 023	26.0	23 639	24.6	336 967	351.7
1999	16 881	14.4	13 450	13.8	23 294	23.8	284 811	293.2
2000	15 649	15.9	7 390	7.5	1 781	1.8	291 135	295.7
2001	16 323	16.4	4 996	5.0	4 955	4.9	299 351	300.2
2002	15 432	15.3	4 624	4.5	15 413	15.0	322 285	319.4
2003	15 055	14.4	3 819	3.7	6 996	6.7	393 844	386.1
2004	14 443	14.0	3 408	3.2	8 202	7.8	417 678	405.5
2005	14 820	14.3	2 957	2.8	21 905	20.6	410 751	395.1
2006	13 813	13.2	2 514	2.3	29 836	27.8	409 580	390.5
2007	14 550	13.8	2 361	2.2	52 369	48.2	419 884	396.9
2008	15 035	14.1	2 357	2.2	35 603	32.5	410 017	384.3
2009	14 856	13.8	2 703	2.5	55 961	52.0	448 451	417.0
2010	15 384	14.2	1 226	1.1	30 150	27.8	438 293	404.3

^{1/} Tasa por cien mil habitantes

FUENTE: Dirección General Adjunta de Epidemiología, SS.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO Y EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010

ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO ^{1/}	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS ^{1/}
Nacional	95.3	98.3
Aguascalientes	98.5	99.4
Baja California	93.3	97.6
Baja California Sur	99.3	99.8
Campeche	100.0	100.0
Coahuila	98.6	99.5
Colima	97.1	98.9
Chiapas	94.8	97.8
Chihuahua	95.0	98.7
Distrito Federal	88.5	95.7
Durango	96.9	99.0
Guanajuato	96.7	98.7
Guerrero	98.5	99.6
Hidalgo	99.8	100.0
Jalisco	93.4	95.7
México	86.6	96.1
Michoacán	99.1	99.8
Morelos	96.4	99.0
Nayarit	98.3	99.5
Nuevo León	95.3	98.6
Oaxaca	97.4	99.3
Puebla	95.7	98.6
Querétaro	98.1	99.2
Quintana Roo	86.2	96.6
San Luis Potosí	99.9	100.0
Sinaloa	99.2	99.8
Sonora	98.5	99.1
Tabasco	100.0	100.0
Tamaulipas	99.2	99.8
Tlaxcala	98.2	99.4
Veracruz	99.1	99.7
Yucatán	97.1	99.1
Zacatecas	98.9	99.7

^{1/} Esquema completo de vacunación.

FUENTE: Informes de Servicios Estatales de Salud.

PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2011

ENTIDAD EDERATIVA	DATOS ANUALES				JUNIO		
	OBSERVADO				2010	2011	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	2010	META 2011			
Nacional	27 176 914	31 132 949	43 518 719	51 303 424	36 818 558	48 474 217	31.7
Aguascalientes	369 410	392 765	416 961	478 378	427 053	452 691	6.0
Baja California	581 575	594 928	797 261	1 131 022	632 082	976 721	54.5
Baja California Sur	119 958	123 015	164 681	181 137	145 315	184 760	27.1
Campeche	327 980	362 705	416 328	447 914	402 972	454 060	12.7
Coahuila	418 265	469 323	630 000	662 109	551 153	666 323	20.9
Colima	227 421	234 625	275 487	294 317	272 006	291 424	7.1
Chiapas	1 756 549	2 069 736	2 997 900	3 216 412	2 623 609	3 267 024	24.5
Chihuahua	557 374	665 328	1 033 038	1 111 810	872 101	1 134 046	30.0
Distrito Federal	773 299	1 108 461	1 744 419	2 746 801	1 453 673	2 153 919	48.2
Durango	317 693	383 101	538 607	701 402	471 092	636 837	35.2
Guanajuato	1 893 335	2 080 049	2 560 975	3 075 835	2 383 994	2 824 561	18.5
Guerrero	1 073 795	1 146 246	1 973 798	2 234 665	1 458 569	2 132 196	46.2
Hidalgo	922 157	1 072 325	1 403 601	1 535 601	1 273 739	1 515 823	19.0
Jalisco	1 455 938	1 710 472	1 967 804	2 734 651	1 830 437	2 366 348	29.3
México	2 718 024	3 371 043	5 826 998	6 356 920	4 128 233	6 159 432	49.2
Michoacán	938 091	1 231 370	1 647 610	2 328 580	1 450 194	2 014 136	38.9
Morelos	541 479	603 442	780 672	931 125	678 233	895 842	32.1
Nayarit	370 033	399 759	550 000	613 971	493 747	600 715	21.7
Nuevo León	519 124	611 148	946 529	1 073 938	794 806	1 072 254	34.9
Oaxaca	1 291 324	1 547 336	2 069 971	2 612 786	1 878 766	2 328 609	23.9
Puebla	1 453 284	1 571 934	2 188 072	3 121 361	1 960 115	2 693 761	37.4
Querétaro	470 140	515 916	711 236	784 138	638 857	799 821	25.2
Quintana Roo	250 822	315 719	509 134	559 317	388 774	570 503	46.7
San Luis Potosí	764 334	861 518	1 211 402	1 301 488	1 038 163	1 327 518	27.9
Sinaloa	724 208	770 155	1 007 979	1 060 333	857 709	1 054 143	22.9
Sonora	537 033	511 152	689 720	765 277	611 126	780 583	27.7
Tabasco	1 192 720	1 259 003	1 381 712	1 501 194	1 327 144	1 501 261	13.1
Tamaulipas	953 306	983 673	1 220 269	1 285 365	1 117 859	1 311 072	17.3
Tlaxcala	492 949	533 082	725 497	750 824	678 216	761 545	12.3
Veracruz	2 057 432	2 392 627	3 620 147	4 056 717	2 620 962	3 899 496	48.8
Yucatán	549 666	618 059	783 368	834 320	705 094	851 006	20.7
Zacatecas	558 196	622 934	727 543	813 716	652 765	795 787	21.9

FUENTE: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

NÚMERO DE NIÑOS AFILIADOS AL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN POR ENTIDAD FEDERATIVA.
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2011

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES			JUNIO		
	OBSERVADO			2010	2011	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	2010			
Nacional	1 852 891	2 958 973	4 263 760	3 542 078	4 976 362	40.5
Aguascalientes	20 192	33 523	45 939	40 167	55 544	38.3
Baja California	33 030	53 296	67 245	51 824	87 124	68.1
Baja California Sur	6 628	12 628	19 706	16 134	22 712	40.8
Campeche	19 165	28 095	37 844	32 439	44 843	38.2
Coahuila	34 859	53 435	68 954	63 385	74 086	16.9
Colima	14 181	20 411	26 117	23 849	29 770	24.8
Chiapas	112 328	180 602	261 894	221 757	306 130	38.0
Chihuahua	42 828	66 862	102 975	85 574	122 301	42.9
Distrito Federal	92 395	160 670	182 917	182 050	199 059	9.3
Durango	25 182	42 800	62 276	50 469	71 440	41.6
Guanajuato	109 010	185 118	259 056	226 166	309 177	36.7
Guerrero	62 247	88 301	146 395	109 542	183 879	67.9
Hidalgo	51 008	87 793	123 962	111 689	140 979	26.2
Jalisco	120 649	192 239	248 446	221 663	318 401	43.6
México	232 076	373 411	588 688	441 350	646 457	46.5
Michoacán	58 785	105 922	176 651	130 428	205 782	57.8
Morelos	33 009	44 156	64 786	50 226	84 665	68.6
Nayarit	23 004	34 690	52 757	45 559	62 061	36.2
Nuevo León	49 676	78 866	107 359	91 436	121 692	33.1
Oaxaca	68 926	122 612	184 261	153 782	218 374	42.0
Puebla	108 227	157 113	225 378	196 090	273 679	39.6
Querétaro	34 254	49 786	77 216	63 462	93 325	47.1
Quintana Roo	20 747	42 258	71 706	49 916	76 948	54.2
San Luis Potosí	44 670	76 404	117 025	97 385	141 353	45.1
Sinaloa	43 618	70 181	96 917	81 055	108 252	33.6
Sonora	40 768	58 064	75 858	64 831	92 589	42.8
Tabasco	54 218	84 066	120 772	100 523	142 368	41.6
Tamaulipas	59 027	88 965	124 876	109 788	140 830	28.3
Tlaxcala	33 107	43 182	57 840	49 694	66 413	33.6
Veracruz	134 836	213 880	314 711	251 485	358 422	42.5
Yucatán	34 197	52 622	74 966	63 294	86 534	36.7
Zacatecas	36 044	57 022	78 267	65 066	91 173	40.1

^{1/} Para 2011 el Anexo II del Acuerdo de Coordinación con Entidades Federativas contempla la cobertura universal, por lo que se garantiza el acceso al Sistema a todo aquel núcleo familiar que solicite su incorporación, incluyéndose los niños menores de 5 años.

FUENTE: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

MUJERES EMBARAZADAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR MEDIO DE LA ESTRATEGIA EMBARAZO SALUDABLE
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2011

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES			JUNIO		
	OBSERVADO			2010	2011	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	2010			
Nacional	188 913	568 264	1 407 863	1 166 054	1 646 892	41.2
Aguascalientes	1 930	5 012	15 588	13 203	18 886	43.0
Baja California	5 082	14 366	34 805	28 394	39 495	39.1
Baja California Sur	2 490	4 973	11 522	8 968	13 152	46.7
Campeche	1 339	4 119	10 562	8 722	12 705	45.7
Coahuila	6 124	15 620	24 173	19 217	28 548	48.6
Colima	795	2 042	7 120	5 942	8 341	40.4
Chiapas	9 694	28 867	69 156	60 024	77 363	28.9
Chihuahua	9 194	21 114	47 881	42 297	53 409	26.3
Distrito Federal	3 311	22 360	41 187	36 117	48 610	34.6
Durango	4 351	11 924	22 297	19 440	25 463	31.0
Guanajuato	12 367	33 997	84 909	74 448	98 012	31.7
Guerrero	11 426	32 865	66 362	56 640	78 142	38.0
Hidalgo	5 593	16 241	43 964	37 164	49 834	34.1
Jalisco	14 039	37 453	103 000	83 625	124 304	48.6
México	7 573	48 394	133 170	103 582	156 048	50.7
Michoacán	10 680	32 353	83 485	65 925	96 470	46.3
Morelos	3 373	9 297	25 553	20 687	30 696	48.4
Nayarit	2 651	6 058	14 348	12 442	16 657	33.9
Nuevo León	4 354	14 958	42 975	35 829	49 747	38.8
Oaxaca	10 685	29 328	62 885	52 537	73 957	40.8
Puebla	9 379	28 800	73 507	58 837	91 388	55.3
Querétaro	2 241	8 129	21 599	17 176	24 934	45.2
Quintana Roo	3 197	8 865	23 394	19 485	27 049	38.8
San Luis Potosí	2 839	10 080	30 576	25 879	35 615	37.6
Sinaloa	7 019	16 700	45 028	38 622	51 980	34.6
Sonora	5 709	13 967	34 127	28 056	40 102	42.9
Tabasco	5 261	16 304	38 206	32 409	46 621	43.9
Tamaulipas	7 162	18 540	41 144	36 560	47 625	30.3
Tlaxcala	3 673	8 260	17 404	14 552	20 957	44.0
Veracruz	9 226	30 834	91 091	71 639	106 839	49.1
Yucatán	2 223	6 996	19 278	16 189	21 963	35.7
Zacatecas	3 933	9 448	27 567	21 447	31 980	49.1

^{1/} Para 2011 el Anexo II del Acuerdo de Coordinación con Entidades Federativas contempla la cobertura universal, por lo que se garantiza el acceso al Sistema a toda aquella persona que solicite su incorporación, incluyéndose a las mujeres en proceso de gestación.

FUENTE: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

PRINCIPALES SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010 - 2011

SERVICIOS	2010 ^{P/}	2011 ^{E/}	VARIACIÓN PORCENTUAL
Consulta			
Externa general ^{1/}	88 507 096	89 228 628	0.8
Especializada ^{2/}	15 420 673	15 446 804	0.2
De urgencias	7 816 941	8 281 873	5.9
De planificación familiar ^{3/}	6 149 452	6 109 269	-0.7
Odontológica	9 020 249	9 368 513	3.9
Hospitalización			
Intervenciones quirúrgicas	1 539 071	1 613 992	4.9
Egresos	2 666 643	2 776 653	4.1
Partos atendidos	1 033 841	1 083 125	4.8

^{1/} Se refiere a las consultas que otorgan los médicos generales y pasantes de medicina.

^{2/} Se refiere a las consultas que otorgan médicos especialistas y residentes.

^{3/} No incluye información de la estrategia de extensión de cobertura.

^{P/} Cifras preliminares.

^{E/} Cifras estimadas.

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS POR ENTIDAD FEDERATIVA^{1/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2010^{P/}

ENTIDAD FEDERATIVA	MÉDICOS POR HABITANTE ^{2/}	ENFERMERAS POR HABITANTE ^{3/}	CAMAS CENSABLES POR HABITANTE ^{4/}	UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA POR HABITANTE ^{4/}	APORTACIÓN AL GASTO EN SALUD PARA LA POBLACIÓN NO ASEGURADA	
					FEDERAL ^{5/}	ESTATAL ^{6/}
Nacional	1.6	2.2	0.8	0.2	81.8	18.2
Aguascalientes	1.9	2.8	0.8	0.1	93.5	6.5
Baja California	1.2	1.8	0.6	0.1	63.4	36.7
Baja California Sur	2.1	3.0	0.9	0.2	89.9	10.1
Campeche	2.5	3.3	1.2	0.3	72.7	27.3
Coahuila	1.7	2.6	1.0	0.1	85.3	14.7
Colima	2.3	3.0	0.9	0.3	98.5	1.5
Chiapas	1.0	1.4	0.5	0.4	95.9	4.1
Chihuahua	1.2	2.0	0.8	0.2	66.5	33.5
Distrito Federal	3.3	4.6	1.7	0.1	73.8	26.2
Durango	1.9	2.4	0.9	0.3	93.9	6.1
Guanajuato	1.4	1.9	0.6	0.1	87.4	12.6
Guerrero	1.4	1.9	0.5	0.3	96.1	3.9
Hidalgo	1.5	2.1	0.6	0.4	95.7	4.3
Jalisco	1.5	2.1	0.8	0.1	74.0	26.0
México	1.0	1.4	0.5	0.1	55.8	44.2
Michoacán	1.5	1.8	0.6	0.3	95.4	4.6
Morelos	1.5	2.1	0.5	0.2	91.7	8.3
Nayarit	2.2	2.6	0.7	0.4	93.7	6.3
Nuevo León	1.4	2.2	0.9	0.1	87.4	12.6
Oaxaca	1.5	1.9	0.5	0.4	96.9	3.2
Puebla	1.3	1.7	0.6	0.2	96.5	3.5
Querétaro	1.4	1.7	0.5	0.2	90.5	9.5
Quintana Roo	1.2	1.9	0.6	0.2	81.8	18.2
San Luis Potosí	1.5	1.8	0.6	0.2	90.1	9.9
Sinaloa	1.8	2.3	0.8	0.2	80.5	19.5
Sonora	1.9	2.7	1.1	0.2	74.3	25.7
Tabasco	2.2	2.7	0.8	0.3	63.7	36.3
Tamaulipas	1.7	2.4	0.9	0.2	81.7	18.3
Tlaxcala	1.4	1.8	0.6	0.2	93.4	6.6
Veracruz	1.5	1.9	0.6	0.2	90.1	9.9
Yucatán	1.7	2.3	0.9	0.2	90.5	9.5
Zacatecas	1.8	2.3	0.7	0.3	89.3	10.7

^{1/} Incluye datos de Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA, Hospitales Estatales y Hospitales Universitarios. Para los indicadores del gasto se incluyen cifras de la Secretaría de Salud, del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), Gasto Estatal e IMSS-Oportunidades.

^{2/} Médicos en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, médicos, pasantes y residentes.

^{3/} Enfermeras en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares.

^{4/} Por mil habitantes.

^{5/} El Gasto Federal incluye el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), del FASSA e IMSS-Oportunidades. Información preliminar.

^{6/} El Gasto Estatal es el efectuado por los Servicios Estatales de Salud. Información preliminar.

^{P/} Cifras preliminares.

FUENTE: Secretaría de Salud/DGIS. Recursos físicos, humanos y financieros. México 2010. Las poblaciones 2010 son estimaciones de la DGIS, con base en las Proyecciones de Población 2005-2050.

ACRÓNIMOS

ACRÓNIMOS

AFASPE's	Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados
AFI	Agencia Federal de Investigación
AME	Atención a la Mujer Embarazada
AMIFAC	Asociación Mexicana de la Industria Fitosanitaria
APBP	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
APEO	Anticoncepción Post-Evento Obstétrico
ARV	Antirretroviral
BCG	Bacilo Calmette Guerin
BIRMEX	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México
CADI	Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil
CAIC	Centros de Asistencia Infantil Comunitarios
CANACINTRA	Cámara Nacional de la Industria de la Transformación
CANIFARMA	Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
CAPASITS	Centros Ambulatorios para la Prevención y el Control del SIDA e ITS
CARA	Centro de Atención Rural al Adolescente
CARO	Centros de Atención Rural Obstétrica
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CBCISS	Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud
CCAYAC	Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CCNNIDTIS	Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e información en Salud
CEAM	Comisiones Estatales de Arbitraje Médico
CEDIB	Centro Estatal de Ingeniería Biomédica
CEMECE	Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México
CENADIC	Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CENATRA	Centro Nacional de Trasplantes
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CENIAQ	Centro Nacional de Atención a Quemados
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CETIFARMA	Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica en México

CETS	Centros Estatales de Transfusión Sanguínea
CIBIOGEM	Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
CIJ	Centros de Integración Juvenil
CISAME	Centro Integral de Salud Mental
CITI	Collaborative Institutional Training Initiative
CLUES	Clave Unica de Establecimientos de Salud
CMTI	Cita Médica Telefónica y/o por Internet
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNINV	Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
CNTS	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
CNV	Centros Nueva Vida
COCODI	Comité de Control y Desempeño Institucional
COFEMER	Comisión Federal de Mejora Regulatoria
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios
COMERI	Comité de Mejora Regulatoria
CONACIA	Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONADIC	Consejo Nacional Contra las Adicciones
CONADIS	Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad
CONAGO	Convención Nacional de Gobernadores
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONASA	Consejo Técnico Consultivo Nacional de Sanidad
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA
CONAVA	Consejo Nacional de Vacunación
CONAVE	Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica
CONBIOETICA	Comisión Nacional de Bioética
CONCAMIN	Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

ConMéxico	Consejo Mexicano de la Industria de Productos de Consumo
CONOCER	Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales
CONUEE	Comisión Nacional para el Uso Eficiente de la Energía
COP	Conferencia de las Partes
COT	Centro de Orientación Telefónica
CROC	Confederación Revolucionaria de Obreros Campesinos
CSG	Consejo de Salubridad General
CTESS	Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud
CTM	Confederación de Trabajadores Mexicanos
CURP	Clave Unica de Registro de Población
DEPPES	Dirección de Evaluación de Programas Prioritarios y Especiales de Salud
DESS	Dirección de Evaluación de Servicios de Salud
DGCHFR	Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia
DGDIF	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DGPOP	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
DGRI	Dirección General de Relaciones Internacionales
DGRMSG	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales
DICONSA	Distribuidora CONASUPO
DJPI	Dirección Jurídica y de Patrimonio Inmobiliario
DOF	Diario Oficial de la Federación
DPEF	Decretos de Presupuesto de Egresos de la Federación
DPT	Difteria, Tosferina y Tétanos
ECE	Expediente Clínico Electrónico
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EED	Evaluación Específica de Desempeño
EIDC	Estrategia Integral de Desarrollo Comunitario
EISEVI	Encuentro Iberoamericano de Seguridad Vial
ENARE	Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas
ENARM	Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas
ENEO	Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servidores de Salud
FASSC	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad

FELAIBE	Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética
FONDEN	Fondo Nacional de Desastres Naturales
FOROSS	Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud
FOSISS	Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social
FPCGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud
GAM	Grupos de Ayuda Mutua
GAPS	Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud
GPC	Guías de Práctica Clínica
HFR	Hospitales Federales de Referencia
HR	Hospitales Rurales
HRAE	Hospital Regional de Alta Especialidad
HTA	Health Technology Assessment
ICAA	International Council on Alcohol and Addictions
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IMESEVI	Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial
IMPI	Instituto Mexicano para la Propiedad Industrial
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAPAM	Instituto Nacional para los Adultos Mayores
INDESOL	Instituto de Desarrollo Social
INDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática
INGER	Instituto de Geriátrica
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INP	Instituto Nacional de Pediatría
INR	Instituto Nacional de Rehabilitación
INSalud	Institutos Nacionales de Salud
ISES	Instituciones de Seguros Especializados en Salud
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
JICA	Agencia Internacional del Japón
LSM	Lengua de Señas Mexicana
MAAGTIC	Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
MAIS	Modelo de Atención Integral a la Salud
MIR	Matriz de Indicadores de Resultado

NOM	Norma Oficial Mexicana
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OIC	Órgano Interno de Control
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONCT	Oficina Nacional para el Control del Tabaco
ONU	Organización de Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PABI	Iniciativa Panamericana de Bioética
PAE	Programa Anual de Evaluación
PASA	Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
PBP	Patrimonio de la Beneficencia Pública
PBR	Presupuestos Basado en Resultados
PCB	Programme Coordinating Board
PDHO	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
PDMF	Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PETIC	Plan Estratégico de Tecnologías de la información
PF	Planificación Familiar
PFP	Policía Federal Preventiva
PGR	Procuraduría General de la República
PIMSA	Programa de Investigación de Migración y Salud
PLACE	Planes de Cuidados de Enfermería
PMG	Programa de Mejora de la Gestión
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPS	Proyectos para Prestación de Servicios
PPTMI	Plan de Acción para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil
PROBEI	Programa de Becas de Inicio a la investigación
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
PROMESA	Programa México Sano
PRONASA	Programa Nacional de Salud

PROSESA	Programa Sectorial de Salud
PROSEV	Programa de Seguridad Vial
PROVAC	Programa de Vacunación Universal
PTISS	Plataforma Tecnológica de Integración del Sector Salud
RCNA	Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SAF	Subsecretaría de Administración y Finanzas
SAGARPA	Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
SAI's	Servicios de Atención Integral
SALVAR	Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales
SAREO	Sistema para la Aprobación y Registro de las Estructuras Organizacionales
SAT	Sistema de Administración Tributaria
SC	Sífilis Congénita
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
SED	Sistema de Evaluación del Desempeño
SEDNA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDIF	Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia
SEED	Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones
SEMAR	Secretaría de Marina
SEMARNAT	Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
SEP	Secretaría de Educación Pública
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIARHE	Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud
SICOP	Sistema de Contabilidad y Presupuesto
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIDIS	Sistema de Información sobre Discapacidad
SIDSS	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SINGREM	Sistema Nacional de Gestión de Residuos de Envases de Medicamentos
SINTOX	Servicio de Información Toxicológica
SIRAIS	Sistema de Registro Automatizado de Incidentes de Seguridad

SIVAL	Sistema de Validación de la Valuación y del Nivel del Tabulador
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SMSP	Sistema Mesoamericano de Salud Pública
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SNTSA	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SREO	Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas
SRI	Sistemas de Retención Infantil
SS	Secretaría de Salud
STCONAPRA	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
TB	Tuberculosis
TI	Tecnologías de la Información
UAE	Unidad de Análisis Económico
UCVPS	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social
UMM	Unidades Médicas Móviles
UMR	Unidades Médicas Rurales
UMU	Unidades Médicas Urbanas
UNEMES	Unidades de Especialidades Médicas
UNEMES-EC	Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas
VDS	Ventanillas de Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

Quinto Informe de Labores

Se terminó de imprimir el mes de agosto de 2011

en Soluciones Gráficas Lithomat, S.A. de C.V., 5 de Febrero N° 494-B

Colonia Algarín, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06880, México, D.F.

Esta edición consta de 2,000 ejemplares.

