

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



6^{TO} INFORME DE LABORES

2 0 1 7 - 2 0 1 8



1 DE SEPTIEMBRE DE 2018

6^{TO} INFORME DE
LABORES

2 0 1 7 - 2 0 1 8

ÍNDICE GENERAL

Presentación	9
Estructura Básica de la Secretaría de Salud	15
Informe de Labores de la Secretaría de Salud	19
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades	25
Estrategia 1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario	27
Estrategia 1.2. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes	33
Estrategia 1.3. Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes	35
Estrategia 1.4. Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones	40
Estrategia 1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables	48
Estrategia 1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente	53
Estrategia 1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores	55
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad	61
Estrategia 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral	63
Estrategia 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud	72
Estrategia 2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales	87
Estrategia 2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento	92

Estrategia 2.5.	Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cérvico-uterino, de mama y próstata	93
Estrategia 2.6.	Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad	98
Estrategia 2.7.	Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes	100
3.	Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida	103
Estrategia 3.1.	Fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios	105
Estrategia 3.2.	Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud	105
Estrategia 3.3.	Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud	110
Estrategia 3.4.	Fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano	113
Estrategia 3.5.	Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa	114
Estrategia 3.6.	Coordinar actividades con los sectores productivos para la detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral	118
Estrategia 3.7.	Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes	119
4.	Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país	121
Estrategia 4.1.	Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil y en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas	123
Estrategia 4.2.	Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas	129
Estrategia 4.3.	Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad	133
Estrategia 4.4.	Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género	135
Estrategia 4.5.	Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad	137

Estrategia 4.6.	Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante	140
Estrategia 4.7.	Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas	143
5.	Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud	147
Estrategia 5.1.	Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud	155
Estrategia 5.2.	Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad	162
Estrategia 5.3.	Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud	164
Estrategia 5.4.	Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población	167
Estrategia 5.5.	Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos	174
6.	Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud	179
Estrategia 6.1.	Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal	181
Estrategia 6.2.	Fortalecer la regulación en materia de salubridad general	183
Estrategia 6.3.	Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud	186
Estrategia 6.4.	Integrar un sistema universal de información en salud	191
Estrategia 6.5.	Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal	194
Estrategia 6.6.	Promover un México con responsabilidad global en salud	196
Estrategias y líneas de acción transversales		207
Perspectiva de Género		209
Gobierno Cercano y Moderno		210
Siglas y acrónimos		223

Anexos estadísticos	235
Directorio	261



SALUBRIDAD E HIGIENE





PRESENTACIÓN

Los avances que ha tenido México en materia de salud son innegables. Esos logros se han alcanzado en años e incluso décadas. Son logros que nos llenan de orgullo como nación y que nos mueven a continuar para preservarlos y acrecentarlos. Sin embargo, también tenemos retos; algunos de ellos forman parte de la coyuntura, mientras que otros, los más preocupantes, son retos estructurales, que han generado rezagos y necesitan ser atendidos. La desigualdad social es uno de esos lastres que obstaculizan el avance de nuestro país, es causa de pobreza, descontento e inconformidad colectiva y falta de oportunidades para muchos mexicanos.

La salud es una de las condiciones indispensables del progreso y el desarrollo de una persona, pero también de una colectividad. Se trata de un requisito imprescindible para conseguir la expresión completa de las capacidades y potencialidades de individuos y de grupos. La salud actúa como elemento de inclusión, de productividad y desarrollo humano, y es uno de los mejores igualadores sociales.

En este informe de labores se describen las acciones y estrategias realizadas durante la administración del Lic. Enrique Peña Nieto. Énfasis especial merecen las efectuadas en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, dando continuidad así a la misión de promover la salud en todos los ámbitos y ofrecer servicios de calidad a la población, a fin de incidir en el combate a la desigualdad que impera en nuestro país.

El Programa de Vacunación Universal en el país cuenta con uno de los esquemas más completos de vacunación a nivel mundial; su alcance nacional y acceso gratuito lo convierten en uno de los factores relevantes de igualdad social. De 2013 a 2018 se aplicaron más de 527 millones de dosis de vacunas.

Como resultado de las acciones realizadas para la prevención y vigilancia epidemiológica de la enfermedad por dengue, los casos anuales confirmados disminuyeron en más de 70% de 2012 a 2017.

Las enfermedades no transmisibles han presentado un notable incremento en los últimos años. Ante ese grave problema de salud pública, en el año 2013 se puso en marcha la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD), con la cual se ha logrado, a través de intervenciones de salud pública, de un modelo integral de atención médica y de políticas públicas intersectoriales, que en México se desacelere el incremento en la prevalencia de diabetes en adultos, al pasar de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016, cuando la tendencia de crecimiento apuntaba a 10.2% para ese año.

Como elemento central de la estrategia, se organizó el Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT), que desde su creación ha realizado actividades para evaluar los avances de la ENPCSOD, y ha concentrado y difundido datos e información a nivel nacional y estatal para apoyar en la toma de decisiones y la evaluación del impacto de las medidas puestas en práctica.

En 2015 se consolidó el Sistema Nominal de Información en Crónicas (SIC) en las unidades de primer nivel de atención, que a julio de 2018 cuenta con información del seguimiento de más de 1.78 millones de pacientes con al menos una enfermedad crónica, atendidos en más de 12,400 centros de salud.

En la presente administración, en la Secretaría de Salud (SS) se han realizado más de 195 millones de pruebas y mediciones para la detección de sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias.

Para fortalecer la atención de nuestras niñas, niños y jóvenes e incidir desde las escuelas en los hábitos y estilos de vida saludable, las secretarías de Salud y de Educación Pública diseñaron la estrategia Salud en

tu Escuela, presentada en mayo de 2017, que tiene por objeto fortalecer la prevención, la promoción de la salud y el cuidado en las niñas, niños y jóvenes para mantener un cuerpo sano, evitar conductas de riesgo y adquirir hábitos saludables.

Para evaluar de manera rigurosa las intervenciones y detectar las prácticas más eficaces, la fase piloto de la estrategia se implementa en 1,560 escuelas de 13 entidades federativas. Hasta el mes de junio de 2018, se ha valorado a más de 64 mil escolares con medición de peso, talla, circunferencia de cintura, estatura para la edad, tamizaje de agudeza visual y auditiva; además, se han visitado 288 escuelas para verificar la aplicación de los lineamientos para bebederos, expendios de alimentos y menús. Se proyecta escalar progresivamente a nivel nacional y tener el acompañamiento de una evaluación de impacto.

En materia de prevención y atención del embarazo en niñas y adolescentes, en 2015 el Gobierno de la República lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), con el objeto de reducir el número de embarazos en adolescentes en México, mediante la promoción del desarrollo humano y las oportunidades de las y los adolescentes, así como incrementar la oferta y la calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva, entre otras acciones.

Hasta junio de 2018, en la Secretaría de Salud operan 2,140 Servicios Amigables para Adolescentes, que otorgan servicios de salud sexual y reproductiva para ese grupo poblacional, lo que representó un aumento de más de 100% en comparación con los 1,055 que prestaban servicios en 2012.

Gracias al trabajo interinstitucional, se ha logrado reducir la tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad, que entre 2012 y 2016 pasó de 78.9 a 69.6 por mil adolescentes. Conforme a las cifras publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2016 se registraron 9,555 nacimientos de madres de 14 años y menores, lo cual representó la cifra más baja desde 1986, y 1,369 registros de nacimientos menos que en 2012. Asimismo, la cifra de registros de nacimientos en madres de 15 a 19 años en 2016 fue de 389,585, la cifra más baja desde 1985, y representó 67,067 registros de nacimientos menos que en 2012.

Desde la Secretaría de Salud se impulsó la estrategia de Desarrollo Infantil Temprano, que promueve el crecimiento de una manera integral; no solo la vigilancia nutricional, sino también el desenvolvimiento de aspectos cognitivos y socioafectivos, importantes para potencializar las capacidades de los menores. De 2015 a la fecha, con la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil se evaluó por primera vez a más de 2 millones 225 mil niñas y niños menores de cinco años. Además, se implementaron y pusieron en marcha 30 Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana. Hoy, la inmensa mayoría de las entidades federativas cuentan con uno de ellos.

Para favorecer el acceso de la población a medicamentos, se impulsó la compra consolidada de medicamentos y material de curación, estrategia coordinada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con la cual se han logrado ahorros estimados en el Sector Salud por casi 17,400 millones de pesos en las compras para los años 2014 a 2018. Para las compras de 2018 participaron el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR), 22 entidades federativas y 23 Institutos Nacionales de Salud (INSalud) y hospitales de la Secretaría de Salud.

Ante los sismos que sacudieron al país en septiembre de 2017, el Sector Salud realizó diversas acciones para atender a la población afectada, entre las que destacan la liberación de más de 3 mil camas hospitalarias para la atención de las emergencias y la instalación de hospitales móviles; se contó con la participación de más de 30 mil médicos, paramédicos, personal de enfermería, psicólogos y brigadistas, entre otros; se brindaron más de 324 mil atenciones médicas, psicológicas, de urgencias y hospitalizaciones, sin importar derechohabiencia, y se visitaron más de 485 mil casas para efectuar acciones de prevención y control de enfermedades (cloración de agua, manejo de letrinas, fumigación y nebulización, promoción de la salud y vacunación, entre otras).

Cabe destacar que no se presentaron brotes epidémicos asociados a los desastres. También se coordinaron acciones de restauración de la infraestructura en salud dañada; resalta la sustitución del Hospital General de Juchitán, en Oaxaca. Es justo hacer un gran reconocimiento a todos los trabajadores, voluntarios y alumnos que participaron en las labores de rescate, de orientación, de vigilancia epidemiológica, de vacunación, de atención y de recolección de víveres, al igual que a la SEDENA y a su titular por el apoyo en la construcción del Hospital General de Juchitán, en Oaxaca, y el Centro de Salud de Paredón, en Chiapas.

En lo que concierne al desarrollo y fortalecimiento de la infraestructura en salud, destaca la puesta en marcha de los nuevos hospitales Materno Infantil M. E. Arcadia Cruz Ramos, en Colima; Materno Infantil en Mérida, Yucatán; General de Acapulco, en Guerrero, y General de Axochiapan, en Morelos, así como la ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de la Mujer, en Puebla. Además, se entregaron los nuevos hospitales del ISSSTE Dr. Belisario Domínguez, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, y el de Mérida, Yucatán; el Hospital General de Zona núm. 5 del IMSS en Nogales, Sonora, en el marco del 75 Aniversario del IMSS, y el Hospital Militar Regional de Especialidades de Mérida, en Yucatán, en el marco del Día Mundial de la Salud, que se suman a la infraestructura en salud en favor de los derechohabientes del ISSSTE, del IMSS y de las Fuerzas Armadas, respectivamente.

El papel que ha tenido México en el plano internacional en materia de salud ha sido crucial en este último periodo del gobierno del Presidente Enrique Peña Nieto. En noviembre de 2017 se celebró por primera vez en un país latinoamericano la Cumbre Mundial de Líderes contra el Cáncer, una de las principales reuniones políticas anuales de alto nivel dedicada exclusivamente al fomento de la lucha mundial contra el cáncer; se efectuó en la Ciudad de México con la participación de representantes de 60 países.

En abril de 2018, México tuvo una participación importante en la Convención Internacional de Salud, celebrada en La Habana, Cuba, evento que fue escenario propicio para compartir con ministros y autoridades de otros países del orbe los logros alcanzados por nuestro país en materia de salud y discutir los retos comunes de salud pública a nivel global. Además, fue un espacio que permitió estrechar lazos de amistad y construir puentes con la República de Cuba para el trabajo conjunto en los temas de regulación de medicamentos, capacitación de profesionales de la salud y cooperación científica y técnica.

Finalmente, en mayo se llevaron a cabo los trabajos de la Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza, en la cual la delegación mexicana estableció pautas para el combate a las enfermedades no transmisibles, en su calidad de integrante de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Enfermedades No Transmisibles.

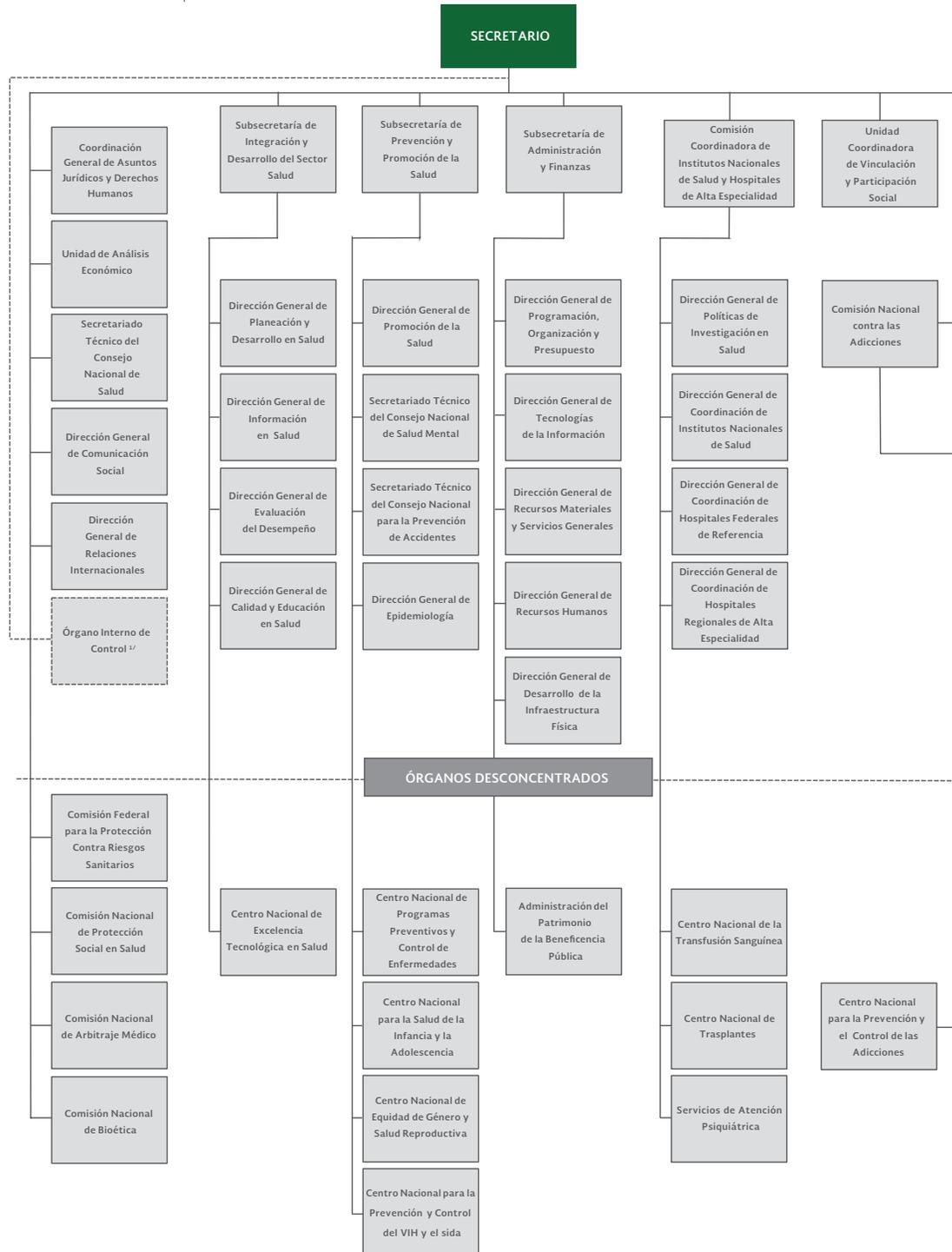
Estos son solo algunos de los elementos que podrán encontrarse con mayor detalle en el presente informe. Son reflejo de los esfuerzos realizados desde la Secretaría de Salud y el resto de las instituciones públicas de salud para hacer cumplir el derecho de protección de la salud, como dicta nuestra carta magna, y con ello aportar al combate a la desigualdad que aún impera en nuestra sociedad.

Dr. José Ramón Narro Robles
Secretario de Salud



ESTRUCTURA BÁSICA
DE LA
SECRETARÍA DE SALUD

Estructura Básica
Estructura dictaminada por la Secretaría de Salud



^{1/} El órgano interno de control se integra por el contralor interno y los titulares de área de auditoría, quejas y responsabilidades, mismos que de acuerdo con los artículos XII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 51 Fracción XIX del reglamento interior de la Secretaría de la Función Pública, dependen jerárquica y funcionalmente del C. Secretario de la Función Pública, dichas Unidades Administrativas se reflejan en la Estructura Orgánica para efectos de representación gráfica, toda vez que el resto del personal que conforman las unidades pertenece y es proporcionado por la propia dependencia.



INFORME DE
LABORES DE LA
SECRETARÍA DE SALUD



Actividades del titular de la Secretaría de Salud

Del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, y en cumplimiento de las funciones y atribuciones de su competencia, el titular de la Secretaría de Salud se focalizó en el desarrollo, implementación y seguimiento de acciones encaminadas a fortalecer la política nacional de salud en materia de planeación, administración y normatividad, tales como:

- Promover la coordinación entre las dependencias que integran el Sector Salud para consolidar las acciones impulsadas por el Ejecutivo Federal en materia de acceso a la salud y mejora de calidad de vida de los mexicanos. Para ello, se dio seguimiento puntual al avance y cumplimiento de los compromisos y prioridades del gobierno. Con ese propósito, se sostuvieron distintas reuniones con representantes del Poder Legislativo, gobiernos estatales, instituciones educativas, representantes de la sociedad civil y actores del Sector Salud. Asimismo, se realizaron diversas giras nacionales e internacionales de trabajo para fortalecer e impulsar las políticas nacionales de salud.
- Fomentar el sano desarrollo de la niñez y la adolescencia en México a través de la estrategia Salud en tu Escuela, presentada en mayo de 2017 como una alianza de las secretarías de Salud y Educación Pública y que actualmente se implementa como piloto en 1,560 escuelas de 13 entidades federativas; se proyecta su escalamiento progresivo a nivel nacional acompañado de una evaluación de impacto. Con esta estrategia se busca fortalecer la prevención, la promoción y el cuidado de la salud de las niñas, niños y jóvenes para mantener un cuerpo sano, evitar conductas de riesgo y adquirir hábitos saludables.
- Dar continuidad al Programa de Vacunación Universal, uno de los más completos a nivel mundial, a través de las acciones de vacunación permanente, las Semanas Nacionales de Salud y la puesta en práctica de campañas específicas de vacunación.
- Empezar 65 giras de trabajo en 23 entidades federativas, así como cuatro giras internacionales,

para participar en actividades relacionadas con la promoción de la salud, el impulso y fortalecimiento de políticas públicas, entre otros.

- Coordinar y supervisar las acciones y atención de la población afectada por los sismos ocurridos en septiembre de 2017. Destaca la liberación de más de 3 mil camas hospitalarias para la atención de las emergencias y la instalación de hospitales móviles; se contó con la participación de más de 30 mil médicos, paramédicos, personal de enfermería, psicólogos y brigadistas, entre otros; se brindaron más de 324 mil atenciones médicas, psicológicas, de urgencias y hospitalizaciones, sin importar derechohabencia; y se visitaron más de 485 mil casas para efectuar acciones de prevención y control de enfermedades (cloración de agua, manejo de letrinas, fumigación y nebulización, promoción de la salud y vacunación, entre otros). Cabe destacar que no se presentaron brotes epidémicos asociados a los desastres. También se coordinaron acciones de restauración de la infraestructura en salud dañada; resalta la sustitución del Hospital General de Juchitán, en Oaxaca. En ese mismo estado, la Secretaría de Salud instaló un albergue en el municipio de Juchitán y además coordinó el apoyo federal en el municipio de Asunción Ixtaltepec.

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

- La Ceremonia de Conmemoración del Día del Médico y Entrega del Reconocimiento al Mérito Médico 2017.
- La celebración del Día de la Enfermera y del Enfermero 2018, evento realizado en el estado de Colima.
- La Conmemoración del Día Mundial de la Salud 2018, evento realizado en la ciudad de Mérida, Yucatán.

Asimismo, acompañó al C. Presidente de la República en la entrega de obras que fortalecen la infraestructura pública en salud, entre las que destacan:

- El nuevo Hospital General del ISSSTE Dr. Belisario Domínguez, con 120 camas censables y 27 consultorios de especialidades, que tuvo una inversión

de 937 millones de pesos, en beneficio de 350 mil derechohabientes.

- El nuevo Hospital Materno Infantil M. E. Arcadia Cruz Ramos, con 30 camas, dos salas de expulsión y dos quirófanos, que tuvo una inversión de más de 206 millones de pesos, en beneficio de casi 250 mil habitantes.
- El nuevo Hospital General de Zona núm. 5 del IMSS, en Nogales, Sonora, en el marco del 75 aniversario del IMSS, con 144 camas, que tuvo una inversión superior a los 898 millones de pesos, en beneficio de más de 235 mil derechohabientes.
- El nuevo Hospital Materno Infantil de Mérida, Yucatán, con 90 camas censables y 70 no censables, que tuvo una inversión de 779 millones de pesos, en beneficio de casi 260 mil habitantes.
- El nuevo Hospital Militar Regional de Especialidades de Mérida.
- La nueva Clínica Hospital Mérida del ISSSTE.

Adicionalmente, el titular de la Secretaría de Salud participó en la entrega de infraestructura y equipamiento en salud, destacando las siguientes obras:

- El nuevo Hospital General de Axochiapan, en Morelos, con 30 camas y 15 consultorios, que tuvo una inversión superior a los 291 millones de pesos en beneficio de más de 180 mil habitantes.
- La ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de la Mujer, en Puebla.
- La nueva área de hemodinamia, cuidados intensivos y laboratorio clínico, en el Hospital General Dr. Salvador Zubirán Anchondo en la ciudad de Chihuahua.

- El Centro de Salud de Tingüindín, en Michoacán.

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

El titular de la Secretaría de Salud sostuvo encuentros de trabajo con 15 gobernadores de las entidades federativas en el edificio sede de la Secretaría de Salud, con el objetivo de identificar las principales necesidades y las vías para atender los distintos retos de salud en cada entidad federativa.

Como parte de sus actividades, el titular de la Secretaría de Salud participó en distintas reuniones de trabajo con el C. Presidente de la República y los titulares del gabinete legal y ampliado.

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





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



ESTRATEGIA 1.1.

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

A fin de impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud, de septiembre de 2017 a mayo de 2018, IMSS-PROSPERA instaló 366 avales para la ejecución del mecanismo de contraloría social denominado Aval Ciudadano. Con esto alcanzó un total de 3,610 representantes de la comunidad que contribuyen al seguimiento de la mejora continua de la atención proporcionada en unidades médicas. En este lapso se firmaron 1,086 cartas compromiso, con atención a 626 de ellas (57.6%) y se dio cumplimiento a 813 compromisos.

En el ámbito del Programa, 378 gobiernos municipales, 156 más que en el periodo anterior, aportaron recursos en especie para más de 1,697 acciones en beneficio de 957 localidades, 273 de las cuales son sede de unidades médicas. De esta forma, entre septiembre de 2017 y junio de 2018, el ámbito municipal contribuyó a mejorar la imagen institucional de unidades médicas de primer nivel de atención (construcción, ampliación o rehabilitación), elaborar materiales de promoción de la salud, apoyar las campañas y jornadas de salud, trasladar a mujeres embarazadas a unidades hospitalarias, controlar vectores transmisores de enfermedades, instalar o rehabilitar redes de distribución de agua y mejorar viviendas, entre otras.

Con el propósito de **generar estrategias de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos y comportamientos saludables**, en la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) se ha optado por usar amplia y activamente las redes sociales, como Twitter, Facebook e Instagram, para informar, difundir, orientar, concientizar y prevenir a la ciudadanía sobre la importancia del cuidado a la salud.

Esta Comisión, además de desarrollar las actividades para dar seguimiento a las disposiciones emitidas por

la Presidencia de la República y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA), atiende los acuerdos tomados en el Grupo Juntos contra la Ilegalidad, que encabeza la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), a través del Servicio de Administración Tributaria (SAT), para difundir mensajes oportunos que contribuyan a mejorar las buenas prácticas en el cuidado de alimentación y la salud, atención y diagnóstico oportuno de enfermedades, actividad física y prevención de riesgos sanitarios.

Igualmente, se publicó información textual y gráfica para mantener a la ciudadanía informada sobre la importancia y el cuidado del uso de dispositivos médicos, medicamentos y vacunas, servicios e insumos para la salud, suplementos alimenticios, consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, publicidad engañosa, vigilancia y alertas sanitarias, trámites y atención al público. Con estas acciones se han cumplido las metas para el año correspondiente.

Para la promoción de actitudes y conductas saludables se desarrollaron 63 diferentes materiales, como carteles, infografías, promocionales de difusión, entre otros, considerando los temas de enfermedades gastrointestinales, seis pasos para la salud y prevención durante el sismo, cáncer de mama, lavado de dientes, tirar el chicle al bote, enfermedades por aparatos electrónicos, golpe de calor y protección contra la influenza.

A fin de **impulsar la comunicación personalizada para el mejor uso de la información y mejorar la toma de decisiones en salud**, la estrategia de la Dirección General de Comunicación Social (DGCS) de la Secretaría de Salud y sus órganos desconcentrados está encaminada a potenciar a través de los medios de comunicación las acciones para la protección, promoción y prevención como un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. De esta forma, se han establecido diversas acciones que permiten cumplir con los objetivos propuestos.

En coordinación con diversos órganos desconcentrados se difundieron en los distintos medios de comunicación masiva las campañas siguientes:

- Prevención de Adicciones, del 10 de septiembre al 31 de diciembre de 2017.

- Primera Semana Nacional de Salud, del 5 al 26 de febrero de 2018.
- Influenza, del 16 de octubre de 2017 al 5 de febrero de 2018.
- DIF Nacional trabaja para quien más lo necesita, del 15 al 28 de marzo de 2018.
- Chécate, Mídete, Muévete, del 9 de abril al 30 de junio de 2018 (en coemisión con el IMSS).
- Segunda Semana Nacional de Salud, del 4 al 31 de mayo de 2018.
- Campaña de difusión para la prevención de la diabetes, sobrepeso y obesidad, del 23 de julio al 31 de agosto de 2018.
- Obras y acciones del Sector Salud, del 9 de julio al 31 de agosto de 2018.

También se publicaron en medios impresos diversas inserciones con motivo de fechas conmemorativas, convocatorias y temas relacionados con el Sector Salud, entre las que se encuentran: Décimo Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria (PNAVS) 2017; Semana Mundial de la Lactancia Materna 2017; Reconocimiento al Mérito Médico 2017; Semana Nacional de Salud de la Adolescencia; Semana Nacional de Reforzamiento de Vacunación Antirrábica Canina y Felina 2017; 28 de septiembre de 2017, Día Mundial Contra la Rabia; 19 de octubre de 2017, Día Mundial de la Lucha Contra el Cáncer de Mama; 23 de octubre de 2017, Día del Médico; Convocatoria para los reconocimientos al Mérito en Enfermería 2017; Segunda Semana Nacional de Salud Bucal 2017; Campaña “Llegó el invierno y también la influenza estacional”; Convocatoria a los Premios al Mérito Médico; México sin Polio; Semana Nacional de Vacunación Antirrábica Canina y Felina 2018.

A través de la Dirección General de Comunicación Social se emitieron 530 boletines, se realizaron 45 conferencias de prensa y se cubrieron 50 giras de trabajo del Secretario de Salud. Se convocó a 395 eventos y se concertaron 804 entrevistas, las cuales fueron atendidas por servidores públicos especialistas en el tema y, en su caso, por el titular de la dependencia.

Como resultado de esta estrategia se publicaron en medios escritos y electrónicos 20 casos de éxito, entre los que destacan: colocación de prótesis de cadera y rodilla, reconstrucción de hueso maxilofacial, detección

temprana de cáncer de colon y cáncer de mama, enfermedad renal crónica y combate contra la obesidad mediante aplicación móvil.

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

Para dar a conocer las acciones del Sector Salud en el mundo y para fortalecer una imagen positiva de México en la prensa internacional, se reforzó el programa de difusión y posicionamiento en medios internacionales.

Los corresponsales extranjeros reciben vía electrónica los boletines de prensa de la Secretaría de Salud y replican su contenido de acuerdo a su interés editorial. Se les envían versiones en inglés y español, en lenguaje de la comunidad extranjera e hispanohablante. En este periodo se enviaron 13 boletines.

También se han fomentado las acciones estratégicas para impulsar la difusión en medios nacionales sobre dos de los temas prioritarios en salud en el gobierno federal: las enfermedades crónico degenerativas y la estimulación temprana.

En el Sistema Nacional de Salud (SNS) la prevención es fundamental para orientar a la población en el desarrollo de un estilo de vida saludable, con el propósito de reducir los factores de riesgo de contraer enfermedades crónico degenerativas.

En coordinación con la Dirección General de Información en Salud (DGIS), la Dirección General de Comunicación Social genera contenidos para las redes sociales de Facebook, Twitter y Youtube con el propósito de lograr un impacto de prevención en la población que utiliza estos medios de comunicación digital.

Se consolidó la difusión de acciones, programas y retos en la página web de la Secretaría de Salud, a través de 350 entradas en su *blog*. Asimismo, se publicaron 98 infografías, postales, *gifs* y videos.

Durante el periodo reportado, las redes sociales de la Secretaría de Salud tuvieron las siguientes publicaciones y alcances:

- Para el caso de Facebook, se realizaron 1,368 publicaciones, con un total de 52,163,595 impresiones. Las métricas de las publicaciones alcanzaron 186,724 compartidos, 366,751 “me gusta” y 20,612 comentarios.

- En Twitter se publicaron 1,874 mensajes, los cuales obtuvieron 16,968,101 impresiones, un total de 72,990 retweets, 1,255 respuestas y 63,127 “me gusta”.

La estrategia de la Dirección General de Comunicación Social busca refrendar el compromiso del gobierno federal en favor de la salud, derecho fundamental del ser humano y una de las prioridades de esta administración.

En el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI) se cuenta con 24 especialidades clínicas, 20 especialidades quirúrgicas y 11 servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Además, ha acreditado 17 servicios para la atención de padecimientos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), 217 diagnósticos del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), Emergencias Obstétricas, 149 diagnósticos de Seguro Médico Siglo XXI (SM SXXI), entre otros, y se acreditará en trasplante de médula ósea y enfermedades del sistema nervioso para brindar atención a la población que más lo requiere en la región en la que se ubica.

En el servicio de audiología y foniatría del Hospital General de México (HGM) se ha implementado el Programa de Implantes Cocleares con la finalidad de detectar pacientes con problemas auditivos y valorarlos para determinar si son candidatos a que se les realice este procedimiento a fin de otorgarles una mejor calidad de vida.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) ofertó un catálogo de Cursos en Línea Masivos Abiertos a través de la nueva plataforma virtual CLiMA, diseñada para acceso del público en general, con los siguientes cursos:

- Ciclos de mejora de la calidad de la atención médica.
- Preparación y atención de casos por enfermedad por virus del Ébola.
- Atención a enfermedades transmitidas por vector.
- Aprendiendo lactancia y amamantamiento.
- *The Essentials of SDH-Net*.
- Conceptos esenciales de los Determinantes Sociales de la Salud, SDH-Net.
- AMBAR: Atención a la mujer y al recién nacido basada en evidencia.

- Medidas de contención y manejo correcto del cólera.
- Prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, con énfasis en atención de la diabetes.
- Conceptos básicos de salud ambiental.
- Salud sexual y reproductiva, y prevención del embarazo en adolescentes.
- Infecciones respiratorias agudas en temporada de frío.
- Biología y control de *Aedes aegypti*: capacitación en operaciones de campo.
- Manejo de infecciones respiratorias agudas y la enfermedad similar a influenza, para médicos de primer contacto.

El Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) dirige sus acciones a la atención de pacientes no derechohabientes de la seguridad social, provenientes de todo el país. Ha mantenido la política institucional de otorgar servicios con eficiencia, calidad y calidez, con enfoque multidisciplinario en los procesos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Aunado a las funciones asistenciales, su principal enfoque es ser un centro de enseñanza médica e investigación, para lo cual se apoya en las áreas sustantivas de Investigación, Docencia y Atención Médica.

Los programas, estrategias y líneas de acción que se realizaron en el INCAN durante el 2017 contribuyeron al cumplimiento de los objetivos contenidos en las metas nacionales y en el PROSESA, sobre todo en lo relativo a la finalidad de asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad y a la estrategia de mejorar el proceso para la detección de neoplasias malignas, como son los cánceres cérvico-uterino, de mama, próstata, colon y recto, entre otros, a lo cual en buena medida están dirigidos los programas de investigación, docencia y atención a pacientes.

Por su parte, el Instituto Nacional de Pediatría (INP) obtuvo la acreditación del Banco de Sangre ante la Entidad Mexicana de Acreditación el 17 de octubre de 2017; asimismo, se estableció el Subcomité de Eventos Adversos para definir indicadores de calidad derivados de la identificación de riesgos, con los siguientes resultados: se recibieron a través del sistema de notificación un total de 456 reportes, de los cuales 382 fueron eventos adversos, cifra menor a los 666 eventos que ocurrieron el año anterior, lo que representa un decremento del 42.6%.

No se reportaron eventos centinela. Se reportaron nueve cuasifallas, cuatro reacciones adversas a medicamentos, tres reacciones transfusionales/hemoderivados, una reacción alérgica a material de curación, 36 incidentes sin daño y 72 eventos múltiples, lo que representó un descenso en relación con los 7,271 ingresos.

Se realizaron dos auditorías clínicas, una respecto al cumplimiento del proceso para evitar neumonías asociadas a la atención a la salud, y otra relativa al cumplimiento del proceso para evitar infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres intravasculares. Además, se conformó un grupo de auditores de calidad y equipos de alto rendimiento y se elaboraron dos Guías de Práctica Clínica (GPC): Asma bronquial y Traumatismo craneoencefálico.

En aras de **impulsar la actividad física y alimentación correcta en diferentes ámbitos, en particular en escuelas y sitios de trabajo**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, el Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física, en coordinación con los servicios estatales de promoción de la salud y sus jurisdicciones sanitarias, realizó 102,456 eventos educativos para la promoción de la alimentación correcta y consumo de agua, y 92,505 eventos de actividad física, con lo cual se logró orientar y educar a más de 7.6 millones de personas de diferentes grupos de edad en estilos de vida saludables para la prevención del sobrepeso y la obesidad.

Con el objetivo de **reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se realizaron 54,956 eventos para la difusión de la cultura alimentaria tradicional saludable; asimismo, se efectuaron 62,032 eventos para la difusión de la lactancia materna, con lo que se orientó en estos temas a más de 4.1 millones de personas. Para fortalecer las competencias del personal de salud sobre alimentación correcta, consumo de agua simple, actividad física y lactancia materna, se impartieron 270 cursos de capacitación, que se suman a los 359 realizados en el periodo anterior.

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 el Programa de Acción Específico Entornos y Comunidades Saludables certificó 670 espacios de recreación como saludables y 559 comunidades. También incorporó 245 municipios de cuatro entidades federativas,¹⁷ los que se suman a los 725 municipios del periodo anterior, para dar

un total de 970 municipios, 25% de los cuales lograron la certificación de municipio promotor de la salud. De igual forma, se capacitaron 9,997 agentes promotores de la salud, que a su vez han replicado esta capacitación en 129,001 procuradores de la salud (uno por familia), poniendo especial atención en el tema de alimentación correcta en embarazadas, padres y madres de menores de cinco años. Con esta actividad que llevó la orientación a 53,264 embarazadas y 141,817 padres y madres que se encuentran en los municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre.

De septiembre de 2017 a junio de 2018 se instalaron 3,332 módulos de promoción de la salud, en los que se entregaron 97,392 cartillas nacionales de salud. Estas fueron activadas con algún servicio de salud, privilegiando la educación para la salud. Además, se impartieron talleres con temas de salud de acuerdo con la necesidad de cada estado, jurisdicción o municipio, en los que se benefició a 232,605 personas, entre las que se encuentran adolescentes, madres de niños menores de cinco años y población migrante. Asimismo, se realizaron 170,473 consejerías sobre el autocuidado de la salud.

La Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social (UCVPS) lleva a cabo de manera ordinaria y constante aproximaciones con las organizaciones de la sociedad civil (OSC). A partir de 2012 se inició la conformación de una Red de OSC en materia de salud, misma que al mes de mayo de 2018 estaba integrada por 1,642 organizaciones participativas a nivel nacional que manejan diversos temas de salud y con las cuales la Secretaría, por conducto de la UCVPS, ha tenido acercamientos a través de los diversos mecanismos de vinculación, conforme al artículo 13 de la Ley Federal de Fomento a las Actividades realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil. La Red se actualiza de forma mensual, por lo que el número de sus integrantes puede variar; para mayo de 2018 había generado un acumulativo de 1,487 vinculaciones a favor de las OSC.

Por otro lado, derivado de los trabajos del Comité Organizador del PNAVS, el cual preside la Secretaría de Salud a través del titular del ramo y cuya Secretaría Técnica recae en la UCVPS, se logró, en conjunto con el grupo interinstitucional que lo integra, superar el número de postulaciones registradas en 2016, que fueron 525. Asimismo, se contó con la participación de todas las entidades federativas. En el periodo 2013 a 2017 se ha recibido un total de 2,114 postulaciones.

El 5 de diciembre de 2017 se llevó a cabo, en el edificio sede de la Secretaría de Salud, la ceremonia de entrega

¹⁷ Hidalgo, Nayarit, Tlaxcala y Veracruz.

del PNAVS 2017, evento que presidió el Titular de la SS en representación del Presidente de la República.

Para la edición del PNAVS 2018, el Comité Organizador inició sus actividades el 13 de febrero, con la instalación del órgano coordinador, que ha efectuado dos reuniones ordinarias, el 21 de marzo y el 17 de abril. En esta última se aprobó la integración del Jurado Calificador y las bases de la Convocatoria 2018, la cual fue publicada el 7 de mayo para la recepción de postulaciones.

Asimismo, como parte de las acciones que ayudan a fortalecer lazos con las OSC que participan en diversas actividades con la SS, la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social y Kellogg's México realizaron el taller "Nutriendo el conocimiento de las instituciones", con el objetivo de brindar herramientas para la educación y operación a los responsables de estas OSC en temas como: rendición de cuentas, estilos de vida saludables, prevención del sobrepeso, obesidad y diabetes, *mindfulness*, entre otros. Participaron más de 100 OSC.

El Programa IMSS-PROSPERA orienta a su población beneficiaria mediante la estrategia de educación para la salud denominada "Talleres comunitarios", organizados en nueve determinantes, 32 temas y 48 subtemas, con énfasis en las prioridades de salud nacionales y locales. De septiembre de 2017 a junio de 2018 se impartieron 371,953 talleres, con 6,137,857 participantes (17 asistentes en promedio por taller). Adicionalmente, personas voluntarias de las comunidades derivaron a unidades médicas a 3,749,937 personas que requerían algún tipo de atención.

En la tarea de **fomentar los entornos que favorezcan la salud, en particular escuelas de educación básica, media superior y superior**, se considera que la exposición involuntaria al humo de tabaco sigue siendo un factor de riesgo significativo de enfermedades respiratorias, por lo cual es fundamental promover el respeto a los ambientes saludables libres de humo de tabaco. Para ello, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), en coordinación con las Comisiones Estatales contra las Adicciones (CECA), implementa el Programa de Reconocimiento de Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco. De septiembre de 2017 a junio de 2018 se ha reconocido a 4,633 espacios, de los cuales 1,564 son unidades de salud, 1,839 edificios públicos y 1,230 edificios privados.

En el marco de este programa, se realizaron en ese mismo periodo 4,763 pláticas de sensibilización sobre los riesgos asociados al consumo de tabaco y la exposición a su

humo, con impacto en 243,992 personas de instituciones públicas, privadas y educativas en todo el país.

A través del Programa Nacional de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, que coordina la CONADIC, se favoreció el desarrollo de conocimientos y habilidades socioemocionales para prevenir el uso de drogas en niños, adolescentes, padres y maestros, mediante la impartición de 3,807 talleres psicoeducativos que beneficiaron a 132,865 personas entre septiembre de 2017 y junio de 2018.

La Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social dio continuidad al proyecto de foros "Moviendo tu salud: impulsando agentes de cambio", que se organizaron en conjunto con distintos aliados estratégicos, universidades públicas y privadas del país, así como con gobiernos estatales. Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se realizaron tres foros en distintas entidades federativas, con la participación de más de 1,300 estudiantes, donde se abordaron temas como la importancia de la prevención de enfermedades (con énfasis en enfermedades crónicas no transmisibles), estilos de vida saludables, embarazo adolescente y cáncer. Con este proyecto se busca resaltar el papel y liderazgo de los estudiantes como promotores de la salud en las comunidades donde tendrán influencia.

En la línea de acción destinada a **promover las estrategias de prevención y promoción de la salud mental** se cubrieron los siguientes aspectos:

En materia de prevención y atención del juego patológico, la CONADIC ha impulsado acciones de promoción, prevención, detección temprana y atención oportuna de este trastorno. De septiembre de 2017 a junio de 2018 se realizaron acciones de sensibilización sobre los riesgos de la ludopatía en la población en general, tarea con la que se ha beneficiado a 33,522 personas. Asimismo, a través de los 340 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) y el Centro de Atención Ciudadana *La Línea de la Vida* se brindan servicios de intervención y tratamiento del juego patológico.

En otros aspectos de la promoción de la salud mental, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE), a fin de favorecer el apego y éxito de los tratamientos, prestan servicios de psiquiatría de enlace y detección de pacientes en riesgo, y llevan a cabo acciones para promover la salud mental. En este sentido, se apoyan en tratamientos como trasplantes y cirugía bariátrica, entre otros.

Es relevante mencionar que en el Centro Regional de Alta Especialidad en el Hospital de Especialidades Pediátricas

(CRAE HEP) opera la atención inmediata con el sistema de referencia de los pacientes con riesgo suicida dentro del primer y segundo niveles de atención. Como unidad de referencia de alta especialidad, impulsa la educación continua para capacitar al personal de salud en la prevención de riesgo suicida en la población infantil y adolescente. El CRAE HEP mantiene vigente el curso de posgrado de alta especialidad en Neuropsiquiatría Infantil, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y único en Latinoamérica, del que han egresado dos especialistas, y en la actualidad se prepara un especialista más, que contará con las competencias necesarias para la atención de los pacientes pediátricos.

El Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY) cuenta con la especialidad de Psiquiatría en la modalidad de atención de consulta externa, a través de la cual se pueden detectar padecimientos que requieren atención hospitalaria y referirlos al hospital psiquiátrico del estado, con el que está vinculado.

En el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria Bicentenario 2010 (HRAEV) se mantienen las acciones de detección de los adolescentes que manifiesta algún riesgo de trastorno mental o suicidio. Es esta una actividad permanente en la consulta externa, ya que los pacientes referidos presentan enfermedades con tratamientos prolongados o recaídas que pueden generar depresión o problemas de la conducta.

El Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN) llevó a cabo el Día de la Genómica de Enfermedades Psiquiátricas-Congreso Bianual, en el que, a través de paneles de análisis y de discusión, destacados especialistas clínicos y científicos de instituciones nacionales y extranjeras analizaron la situación y perspectivas de la genómica en cuanto a las enfermedades psiquiátricas desde diferentes posturas que revisten gran valor para reforzar la colaboración y la necesidad del trabajo interdisciplinario. Dicho evento se realizó el 26 de septiembre de 2017, con la colaboración del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) y la asistencia de 214 personas.

El INPRFM, como parte de un proyecto internacional y en el marco de la revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD11) en su capítulo de trastornos mentales, coordinó los estudios de campo que evaluaron las modificaciones propuestas a los diferentes trastornos mentales, con el apoyo de 11 centros de investigación ubicados en países con diferente nivel de desarrollo.

Con el fin de avanzar en la atención de la población con trastornos de espectro autista, se desarrolló el proyecto “Diagnóstico de infraestructura para la atención de los trastornos del espectro autista en México”. Se cuenta con datos de 6,941 unidades del Sector Salud, de las cuales 90% son de primer nivel de atención, correspondientes a 26 entidades federativas. El estudio se complementó con otros dos estudios para conocer el proceso de búsqueda de ayuda por parte de quienes tienen hijos con estos trastornos, y el tiempo que tardan hasta recibir tratamiento en comunidades urbanas (Chiapas) y rurales (Colima). En noviembre de 2017 se llevó a cabo el curso anual Actualización de los Trastornos del Espectro Autista para profesionales de la salud.

Los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) realizaron 2,872 pláticas sobre promoción a la salud, que tuvieron 48,738 asistentes, con el fin de impulsar acciones preventivas y detección temprana de problemas frecuentes de salud mental.

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN) enfocó 9% de sus protocolos de investigación del periodo hacia el estudio de alteraciones psiquiátricas. Como parte de su plan curricular permanente, impartió el posgrado de Especialidad en Psiquiatría, en el que se formaron seis médicos, y el de Alta Especialidad en Neuropsiquiatría, que formó a cinco médicos. Dictó cursos para 570 estudiantes de la licenciatura en Medicina en temáticas relacionadas con la salud mental y neurológica, y recibió a 357 alumnos que asistieron a las prácticas hospitalarias de adiestramiento bajo tutoría, prácticas profesionales y servicio social; además, gestionó la rotación de 24 residentes de Psiquiatría a otras instituciones de salud. Desarrolló el primer curso de “Neuropsiquiatría para psicólogos”, con 216 participantes. Del total de ingresos hospitalarios, 11% correspondió a afecciones psiquiátricas, con un total de 345 pacientes hospitalizados. Se apoyó que médicos de Neuropsiquiatría del INNN asistieran al curso de actualización “*Neuropsychiatry: A comprehensive update*”, impartido en la Universidad de Harvard, en el que se revisaron los aspectos actuales de la investigación, intervenciones basadas en evidencia y las guías clínicas de los trastornos neuropsiquiátricos más prevalentes.

En el INP, conforme al Programa de Trabajo establecido para 2017 y para dar seguimiento a los procesos de trabajo y fortalecimiento de la cultura de calidad bajo el modelo de mejora basado en el autocontrol, se efectuaron acciones de enfoque hacia la seguridad del paciente y la verificación del cumplimiento de las políticas institucionales de calidad y de los estándares de calidad del Consejo de Salubridad General (CSG).

Durante 2017 se aplicaron instrumentos de evaluación para la estandarización de los procesos de la atención médica utilizados en rondas de seguridad del paciente y verificaciones internas a las áreas médicas, y se continuó con capacitaciones al equipo auditor y al personal médico, residente, de enfermería y personal de la salud en general, sobre temas de seguridad del paciente. Asimismo, se fomentó la vinculación institucional a nivel interno a través de los Comités Técnico Médico Hospitalarios, y en el ámbito externo, con el reconocimiento e intercambio de buenas prácticas con instituciones pediátricas en materia de certificación por el CSG.

En el campo de las tecnologías de la información, en el INP se dio continuidad a las estrategias plasmadas en el programa de trabajo, principalmente en la implementación del expediente clínico electrónico y la interoperatividad entre los diferentes sistemas.

Se consolidó la participación de todos los Comités Técnico Médico Hospitalarios dentro del Comité de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (COCASEP). Durante 10 sesiones, cada comité presentó su forma de trabajo, informe y acciones de mejora. Se uniformó la información de los comités a través de la elaboración de las carpetas gerenciales de los Comités Técnico Médico Hospitalarios.

El INP fue sede del 4^{to} Taller de Evaluación para la Actualización de Evaluadores del CSG. El COCASEP sirvió de enlace, participando como observador de la organización, y colaboró en la logística, recorrido y seguimiento de pacientes y talleres de retroalimentación del mismo curso. Se participó en un taller sobre diseño de procesos. Los resultados de la auditoría practicada fueron tomados como base de la auditoría de certificación y para la elaboración de la matriz de riesgos institucional. Se realizaron juntas de aclaración con el CSG, donde se externaron las dudas y se presentaron los avances de las observaciones realizadas.

Para **promover las estrategias de prevención y promoción de la salud bucal**, tarea que se desempeña de manera permanente, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se realizaron 35,670,480 acciones preventivas y curativo-asistenciales, y se otorgaron 5,090,921 consultas odontológicas, en las que se promueve la consulta subsecuente. Con el objeto de proteger a la población escolar se llevaron a cabo 88,738,877 acciones preventivas en preescolares y escolares. En la fase intensiva del programa se efectuaron dos Semanas Nacionales de Salud Bucal (noviembre de 2017 y abril de 2018), en las que se brindaron 54,868,305 acciones preventivas, en beneficio de 13,373,746 personas.

En busca de dar un viraje de lo curativo a lo preventivo en niños y adolescentes, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se capacitaron 294 odontólogos y 304 integrantes del personal de atención primaria a la salud en cinco entidades federativas, a través del proyecto Salud Oral y Factores de Riesgo, iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

CUADRO 1.1 IMSS-PROSPERA. RESULTADOS EN MATERIA DE ATENCIÓN A LA SALUD BUCAL

Consultas dentales	224,400
Acciones preventivas (técnicas de cepillado, técnica de hilo dental, detección de placa dentobacteriana y aplicaciones tópicas de flúor)	1,476,865
Acciones curativas (amalgamas, resinas, ionómeros, semipermanentes y exodoncias)	101,233

FUENTE: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

CUADRO 1.2 IMSS-PROSPERA. RESULTADOS DE LA SEGUNDA SEMANA NACIONAL DE SALUD BUCAL 2017

Personas beneficiadas	459,431
Consultas dentales	9,661
Actividades preventivas	3,118,480
Actividades curativas	6,428

FUENTE: Unidad del Programa IMSS-PROSPERA.

Estrategia 1.2

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

Con el fin de **desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local**, así como coadyuvar a atender la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, encabezadas por la Secretaría de Salud, el 12 de noviembre de 2017, la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social realizó la Tercera

Carrera Nacional “Moviendo a México por tu Salud”, en la que se contó de manera simultánea con la participación de 43 ciudades de 27 entidades federativas y un total de 68,000 corredores, con lo que esta se constituyó en la carrera atlética más grande a nivel nacional.

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, los servicios estatales de promoción de la salud, en coordinación con el Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física, implementaron en diferentes medios de comunicación local, 53 campañas estatales destinadas a promover estilos de vida saludable para la prevención del sobrepeso y la obesidad. Estas acciones permitieron llegar a 14.5 millones de mexicanos de todas las edades.

Para **fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social**, de septiembre de 2017 a junio de 2018 continuaron las actividades educativas de orientación alimentaria y actividad física de las 130 unidades móviles, que visitaron 16,823 entornos, realizaron 105,942 evaluaciones del estado nutricional, aplicaron 574,213 cuestionarios de hábitos alimentarios y de actividad física, y acercaron la educación en salud a 2.2 millones de personas.

A fin de **promover la actividad física a nivel individual, familiar, escolar y comunitario**, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se implementaron 195,588 “pausas por la salud” dentro de las diferentes actividades de promoción de la salud, lo que implicó un aumento de 24.2% en comparación con las 157,377 pausas realizadas en el periodo anterior. Con estas acciones se logró promover la actividad física entre 14.2 millones de personas en los entornos escolar, laboral y comunitario.

Con el propósito de **promover la creación de espacios para realizar actividad física**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, el Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física recuperó 70 espacios para la práctica de la actividad física, que se suman a los 95 espacios recuperados en el periodo anterior; esto beneficia a 347 mil personas en el país.

Dentro de la tarea de **adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad**, y a fin de contar con información veraz para la toma de decisiones, en octubre de 2017 se publicó, en la página del Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles, el Informe Anual 2016 del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Intrahospitalaria de Diabetes Mellitus tipo 2, y se emitió el boletín anual 2016. De igual forma,

se mantiene vigente el Estudio Mexicano de Cohorte para Enfermedades Crónicas en una Población Metropolitana, que da seguimiento a 4 mil personas y cuyos resultados periódicos permiten identificar los factores de riesgo y determinantes que han contribuido al crecimiento ponderado de las enfermedades crónicas en México.

Como parte del compromiso para **establecer mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre obesidad y diabetes**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, el Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles realizó actividades de seguimiento y monitoreo a las Estrategias Estatales para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, a través del sistema de indicadores de impacto. Estos indicadores permiten comparar de manera transversal el comportamiento de dichas enfermedades, así como de sus principales factores de riesgo.

Paralelamente, a través de los grupos de trabajo conformados por el OMENT se estableció el compromiso de generar estrategias para dar continuidad y atender algunas brechas en la medición de impacto. Por ejemplo, comparar el grado de efectividad de las distintas intervenciones que componen la ENPCSD.

En noviembre de 2017, el OMENT realizó la versión actualizada del panorama anual epidemiológico de sobrepeso, obesidad y diabetes, que conjunta los datos proporcionados por la DGIS y la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la SS.

Con el ánimo de **impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios**, en conmemoración del Día Mundial del Corazón, se realizó la Semana Nacional por un Corazón Saludable, del 25 al 29 de septiembre de 2017, con el lema “Que tu comida sea tu alimento y tu alimento tu medicina”. Se aplicaron 659,364 pruebas para la detección de diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad, en mujeres y hombres de 20 años y más.

Del 13 al 17 de noviembre de 2017 se llevó a cabo la Semana Nacional de la Diabetes, durante la cual se realizaron pruebas para la detección de enfermedades crónicas, distribuidas de la siguiente manera: 417,086 pruebas de diabetes mellitus; 432,786 de hipertensión arterial; 512,814 de obesidad; 90,168 de dislipidemias, y 103,210 de síndrome metabólico.

El Hospital Nacional Homeopático (HNNH) cuenta en 2018 con 50 pacientes a los que se les da seguimiento

de valoración nutricional, odontología, homeopatía, psicología y actividad física.

Estrategia 1.3

Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes

Con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica, a través del Programa de Acción Específico Vacunación Universal se implementan actividades permanentes e intensivas durante todo el año, las cuales tienen como objetivo garantizar el acceso universal y gratuito al esquema básico de vacunación para toda la población. Asimismo, mediante el Programa de Acción Urgencias Epidemiológicas y Desastres se plantean los lineamientos de abordaje, preparación y coordinación de una respuesta eficaz y oportuna ante daños y riesgos a la salud provocados por eventos como brotes, enfermedades emergentes y reemergentes y desastres naturales, que requieren de atención integral.

A fin de reducir los casos y muertes de las enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación, como parte de la línea de acción destinada a **realizar campañas de vacunación, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades transmisibles en toda la población**, han continuado las actividades tendientes a garantizar la equidad inmunológica de toda la población por medio de la vacunación, con énfasis en los menores de cinco años, adolescentes, embarazadas y adultos mayores.

A pesar de los esfuerzos realizados para cumplir con el esquema de vacunación, la situación internacional de producción de vacunas provocó un desabasto de dos biológicos, lo que impactó en los avances de las coberturas:

- Para el cierre preliminar de 2017, la cobertura del esquema completo de vacunación en niños menores de un año de edad fue de 79.3%. La cobertura con esquema completo de vacunación en niños de un año fue de 83.3%. La cobertura de vacunación en niños de un año contra sarampión, rubéola y parotiditis fue de 78.7%.

- Durante la Tercera Semana Nacional de Salud 2017, realizada en octubre de ese año, se aplicaron más de 13.2 millones de dosis de todas las vacunas, con lo que se alcanzó 89.7% de la meta programada.
- En la Primera Semana Nacional de Salud 2018, que se llevó a cabo en febrero, se aplicaron más de 11.4 millones de dosis de todas las vacunas, para alcanzar 94.5% de la meta programada.
- A lo largo de la Segunda Semana Nacional de Salud 2018, realizada en mayo, se aplicaron más de 3.4 millones de dosis de vacunas.
- De octubre de 2017 a marzo de 2018 se efectuó la campaña de vacunación contra influenza estacional, en la que se aplicaron más de 32 millones de dosis.

En el ámbito del Programa IMSS-PROSPERA se verificaron las siguientes acciones:

- De septiembre de 2017 a junio de 2018 se aplicaron 1,930,689 dosis de vacunas del esquema básico a menores de ocho años de edad y 624,749 dosis de toxoide tetánico diftérico, de las cuales 78,947 se destinaron a embarazadas para la prevención del tétanos neonatal; este grupo de riesgo también recibió 96,555 dosis de vacuna Tdpa para la prevención de la tosferina en lactantes menores de dos meses.
- En la Tercera Semana Nacional de Salud 2017 se aplicaron 138,095 dosis de vacuna contra el virus del papiloma humano, lo que significa el cumplimiento de 96% de la meta. También se aplicaron 813,592 dosis de vacuna Sabin bi-OPV, con lo que se alcanzó 99% de la meta. Se aplicaron, asimismo, otras 101,830 dosis para completar esquemas de vacunación. En dicha actividad se ejecutaron un total de 5,789,150 acciones de salud.
- En la Primera Semana Nacional de Salud 2018 se aplicaron 844,405 dosis de vacuna antipoliomielítica tipo Sabin bi-OPV, lo que implicó el cumplimiento de 99% de la meta. Asimismo, 74,433 dosis de otros biológicos para completar esquemas de vacunación. En dicha ocasión se ejecutaron 2,957,082 acciones de salud.
- En la Segunda Semana Nacional de Salud 2018 se aplicaron 114,023 dosis de vacuna contra el virus del papiloma humano, lo que significó el cumplimiento de 100% de la meta. Además, se aplicaron otras 63,647 dosis para completar esquemas de vacunación. En esa actividad se ejecutaron 4,915,752 acciones de salud.

- Durante la temporada invernal 2017-2018 se participó en la campaña de vacunación contra la influenza estacional, en la que se aplicaron 2,563,985 dosis, lo que significó un cumplimiento de 100.5% de la meta establecida.
- En el periodo se registraron 6,576 personas agredidas por animales transmisores de rabia y se inició tratamiento antirrábico en 5,692 de esos casos (86.5%), gracias a lo cual se ha evitado que se presenten casos de rabia humana transmitida por perros o animales silvestres.
- Se realizaron 6,846 pruebas de laboratorio (rosa de bengala) para el diagnóstico de brucelosis, lo que permitió identificar a 59 personas con esa enfermedad, quienes recibieron tratamiento.
- Se registraron 298 casos confirmados de dengue, sin defunciones.
- Se realizó la detección de paludismo (gota gruesa) en 3,290 personas y se administraron 304 tratamientos radicales.
- Se atendieron 18,380 personas por intoxicación por picadura de alacrán y se garantizó el abasto oportuno y suficiente del fáboterápico antialacrán en las áreas de mayor endemia.

En el Hospital de la Mujer (HM) se realizó tamiz metabólico a 3,076 recién nacidos, representando una tasa de 60 por cada mil nacidos vivos, con un índice de positividad de 0.04; es decir, de 100 sospechosos, cuatro resultan positivos. También se efectuaron 4,329 tamices auditivos durante 2017.

En cuanto a la tarea de **promover la participación comunitaria, municipal e intersectorial en la reducción de riesgos de exposición a las enfermedades transmisibles**, de manera particular en lo que respecta a las acciones integrales para el control de la rickettsiosis, en septiembre de 2017 se apoyó a 10 entidades federativas^{2/} con 4,518 dosis de doxiciclina intravenosa de 100 miligramos. Asimismo, en junio de 2018 se aportaron 4 mil dosis más de este antibiótico a siete entidades federativas prioritarias,^{3/} con recursos del Ramo 12. De septiembre a diciembre de 2017, los estados de Baja California, Chihuahua, Coahuila y Sonora culminaron

los operativos para el control de la garrapata café del perro, transmisora de rickettsiosis.

En diciembre de 2017 se brindó apoyo para celebrar la Tercera Reunión Binacional para la atención integral de la rickettsiosis en la frontera norte de México, con sede en Chihuahua. Asimismo, en marzo y junio de 2018 se realizaron la primera y la segunda capacitación virtual sobre atención médica de la rickettsiosis en México, dirigidas al personal médico y paramédico. La primera cubrió estados de la zona norte: Aguascalientes, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas, mientras que para la segunda fue convocado personal de entidades de la zona centro: Ciudad de México, Coahuila, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Querétaro y Tlaxcala.

Coninformación resultante de la vigilancia epidemiológica, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se registraron 339 casos confirmados de rickettsiosis, cifra similar a la observada en el periodo anterior (337 casos).

A fin de actualizar y unificar los criterios para la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con brucelosis, se realizó en noviembre de 2017, en la ciudad de Zacatecas, la reunión regional para actualización de la NOM-022-SSA2-2012, para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano, así como la revisión de la "Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con brucelosis", con participación del grupo interinstitucional tanto federal como estatal, integrado por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Dr. Manuel Martínez Báez (INDRE), DGE, DGPS, IMSS-PROSPERA, IMSS, ISSSTE y los estados de Coahuila, Durango, Guanajuato, Estado de México, Michoacán, Morelos, Puebla Querétaro, San Luis Potosí y Zacatecas.

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se observó un decremento de 8.3% en los casos de brucelosis: se registraron 1,307 casos confirmados de este padecimiento, en comparación con los 1,426 casos registrados en el periodo anterior.

De 2013 a 2017, la transmisión del paludismo se mantuvo bajo control en prácticamente todo el país; sin embargo, en los estados de Chihuahua y Chiapas se ha revertido la tendencia descendente de este padecimiento. El incremento en Chiapas se debe en gran medida a los movimientos migratorios en el paso fronterizo con Guatemala; en Chihuahua, a los movimientos poco controlados en las localidades de la sierra.

^{2/} Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Durango, Morelos, Nuevo León, Sinaloa, Sonora, Yucatán.

^{3/} Baja California, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Yucatán.

México se sumó a la iniciativa de “Cero casos” de paludismo para 2020 y continúa avanzando en la certificación de áreas en las que se ha eliminado la transmisión. Cabe mencionar que, desde 2015, 24 entidades federativas^{4/} se mantienen sin casos de paludismo. Se han realizado cambios sustanciales para alcanzar su eliminación y se ha logrado ajustar el diagnóstico de las muestras de sangre de casos probables en menos de 72 horas, en apego a las recomendaciones de OPS/OMS. Con base en esto, solo se otorga medicamento a los casos confirmados y el resto de los esquemas de tratamiento han dejado de emplearse. En la actualidad únicamente se usan dos: el tratamiento de cura radical a 14 días y el tratamiento de cura radical a siete días acortado, con lo que se elimina la posibilidad de generar resistencia a los medicamentos, como ha sucedido en otros países de la región.

Con el propósito de **mejorar los sistemas de alerta temprana mediante la vigilancia ambiental y epidemiológica de las enfermedades transmisibles**, México mantiene vigente el Plan Estratégico para la Erradicación de Poliomiélitis. Asimismo, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se llevó a cabo la implementación de un nuevo algoritmo y los Lineamientos para el diagnóstico de dengue y otras arbovirosis (chikungunya, zika, fiebre amarilla, mayaro, entre otras) para la vigilancia epidemiológica, en toda la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP).

México continuó con el proyecto piloto de vigilancia ambiental de poliovirus. El objetivo principal fue la validación de métodos de filtración y separación de fases en aguas residuales para la vigilancia ambiental, con la finalidad de evaluar la permanencia de las cepas de Sabin después de una campaña con vacuna oral trivalente de poliovirus (tOPV) y vacuna oral bivalente de poliovirus (bOPV). Los resultados han mostrado que no existe circulación de virus derivados de vacuna y poliovirus salvaje en la Ciudad de México ni en Hidalgo, entidades en las cuales se validó la metodología. Asimismo, luego del cambio mundial de la vacuna triple viral a la vacuna bivalente (*switch*), no se detectó poliovirus Sabin tipo 2.

Del 30 de octubre al 1 de noviembre de 2017, la DGE participó en la Reunión Subregional para la Preparación de la Respuesta Rápida a Casos Importados de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita en las Américas, organizada por OPS. En marzo de 2018

se envió a la OPS la actualización del Plan Nacional de Respuesta ante Detección de Eventos o Brotes por Poliomiélitis.

Asimismo, la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES) realizó la vigilancia basada en eventos y mantiene un monitoreo permanente de los principales riesgos tanto meteorológicos, volcánicos y sísmológicos, como químicos, biológicos, radiológicos y nucleares. Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, esa unidad generó cinco informes diarios de manera rutinaria, con un total de 1,515 informes, así como 248 informes especiales de riesgos meteorológicos.

El 17 de noviembre de 2017 se realizó la Evaluación Rápida de Riesgos para la Salud Pública, relacionada con la situación de peste neumónica en Madagascar. Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se elaboraron informes especiales de todas las emergencias de salud pública de importancia internacional (ESPII), que se comunican a través del sitio de información de eventos de la OMS y que son notificados al Centro Nacional de Enlace, coordinado por la DGE. Por su parte, la UIES, a través del Centro de Atención Telefónica en Salud, atendió 720 llamadas de la población para otorgarle asesoría y orientación en temas de salud, lo que representó un incremento de 76% en comparación de las 410 llamadas atendidas en el periodo anterior.

A fin de **fortalecer la vigilancia epidemiológica para la adecuada toma de decisiones para el control, eliminación y erradicación de enfermedades transmisibles**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, en cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), se realizó el monitoreo de todas las ESPII y el monitoreo de todos los eventos de salud pública reportados en el sitio de información de eventos de la OMS. Se mantuvo el intercambio de información entre los países miembros de este organismo mundial para prevenir y controlar la propagación internacional de enfermedades, así como fortalecer la vigilancia epidemiológica internacional. El 15 de marzo de 2018 se llevó a cabo la Reunión de Alto Nivel del Centro Nacional de Enlace para el RSI, y del 19 al 20 de abril de 2018, la Reunión Operativa del Centro Nacional de Enlace para el RSI, en las que participaron diversas instituciones.

Mediante la evaluación permanente de la situación epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, se fortaleció la coordinación interinstitucional a través del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE). De septiembre de 2017 a junio de 2018 se realizaron 18 reuniones del grupo de trabajo de enfermedades transmisibles y nueve

^{4/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Ciudad de México, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

del grupo de trabajo de enfermedades no transmisibles del CONAVE para la revisión de dengue, tuberculosis, VIH/sida y enfermedad por virus del Zika, entre otras. Se efectuó la evaluación de sistemas prioritarios para la vigilancia de enfermedad febril exantemática, arbovirosis y el sistema convencional de vigilancia epidemiológica, entre otros, lo que dio como resultado una mejoría de 4.7 puntos porcentuales por encima de la meta.

A efecto de verificar la aplicación adecuada de los procedimientos de vigilancia epidemiológica, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se realizaron 18 visitas de asesoría y supervisión a las entidades federativas. Se mantuvo actualizada la situación epidemiológica de las enfermedades transmisibles sujetas a un sistema especial de vigilancia epidemiológica. Se actualizó el estudio de caso y la plataforma en línea del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza, a fin de contar con un sistema actualizado y apegado a los criterios internacionales actuales, lo que permite la vigilancia de otras enfermedades que producen infección respiratoria aguda grave. También se modernizó la plataforma web del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, con el cual retomará su liderazgo en la vigilancia del uso y consumo de drogas, así como su efecto social en la salud y la mortalidad.

En el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica se agregaron más de 5,300 unidades médicas privadas aledañas a farmacias. Fue publicado el manual de procedimientos estandarizados del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones, en coordinación con la DGIS. Se está concluyendo la prueba piloto de un nuevo sistema de vigilancia epidemiológica sobre factores de riesgo de enfermedades crónicas, que inició su operación en abril de 2018 en un centro de salud de Tlaxcala; se espera su implementación en el país durante el resto de año.

Con el deseo de **promover la participación comunitaria para incidir en la reducción de la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se capacitó a 1,745,045 madres de niños menores de cinco años para el manejo de enfermedades diarreicas agudas en el hogar, prevención de deshidratación, y otras medidas preventivas. Se distribuyeron 4,834,223 sobres de Vida Suero Oral entre la población, en el marco de las Semanas Nacionales de Salud. Para informar y sensibilizar con respecto a las enfermedades respiratorias agudas, 2,031,477 madres de niños menores de cinco años recibieron capacitación relativa a medidas preventivas dentro del hogar e identificación de signos de alarma.

Entre septiembre de 2017 y junio de 2018, integrantes de los Comités de Salud comunitarios del Programa IMSS-PROSPERA impulsaron actividades preventivas para contribuir a la reducción de enfermedades diarreicas, respiratorias y transmitidas por vectores. Esto ocurrió mediante 565,552 visitas domiciliarias para la identificación de factores de riesgo e incremento de vectores; 134,234 acciones de saneamiento en zonas endémicas; 151,231 acciones de mejoramiento sanitario de las viviendas; 269,754 acciones de aplicación de larvicida; 88,109 acciones para el monitoreo de cloro residual y pruebas de agua con unidades bacteriológicas, y 436,899 jornadas comunitarias de limpieza.

Con la finalidad de **promover la participación federal, estatal y municipal para reducir la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias**, en particular en menores de cinco años, a través de las acciones realizadas del Sector Salud se ha logrado mantener la disminución de la mortalidad por estas causas, en razón de que en 2016 la mortalidad fue de 8 y 16 muertes por cada 100 mil niños menores de cinco años, para cada caso, respectivamente. Lo anterior representa una reducción de 14.9% para las enfermedades diarreicas agudas y de 22.7% para las infecciones respiratorias agudas con respecto a la cifra de 2013 (9.4 y 20.7, respectivamente).

En cuanto a las cifras oficiales de mortalidad infantil, se observó una reducción de 9 décimas de la tasa entre 2013 y 2016, que pasó de 13.0 a 12.1 defunciones por cada mil nacidos vivos.

Por otro lado, se integró la información de los certificados de nacimiento de los eventos de 2017, con un total de 2,064,507 nacidos vivos captados en el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). Se observó una cobertura mensual promedio de 83.0% respecto a estimaciones propias basadas en las publicadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). En ese sentido, los nacimientos captados en el SINAC durante 2017 representan 92.3% de los nacidos vivos estimados por el CONAPO para el mismo año.

En 2017 se logró la ratificación de todos los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia y se alcanzó 100% de las 599 sesiones programas por las entidades federativas.

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se registró un adecuado apego a los planes de tratamiento; por ejemplo, para el Plan A: *manejo en el hogar*, se otorgaron 179,314 consultas de primera vez por enfermedades diarreicas agudas a menores de cinco

años de edad, que corresponden a 97.7% de la meta. Además, en cada uno de los casos se otorgaron tres sobres de Vida Suero Oral.

De septiembre de 2017 a junio de 2018, el Programa de Acción Específico Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza impulsó las siguientes actividades:

- Gestión para contar con 32 líderes estatales del programa.
- Una reunión nacional de capacitación y evaluación de los 32 líderes estatales.
- 13 capacitaciones en prevención y control de enfermedades respiratorias y de espirometría para el personal de salud del primer nivel de atención.
- Conmemoración del Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en noviembre de 2017.
- 10 mil espirometrías (incluyen controles biológicos y detecciones de EPOC y asma en pacientes con factores de riesgo).
- Inclusión al CAUSES del Seguro Popular de broncodilatadores de primera elección y de última generación para el tratamiento de asma y EPOC, así como la intervención de influenza y administración de oseltamivir.
- Se contó con 220 unidades de salud equipadas con espirómetros en 31 entidades federativas, así como consumibles y fármacos para la prevención y control de las enfermedades respiratorias.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER) ha colaborado con el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) en la implementación del Programa Nacional de Enfermedades Respiratorias para la capacitación de médicos del primero y segundo niveles de atención en espirometría, así como en las patologías de asma, EPOC, neumonía e influenza.

A fin de **promover la participación del personal de salud y de la población para detección y tratamiento oportuno de la tuberculosis**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, en las 32 entidades federativas se dio seguimiento a las acciones de fortalecimiento en detección y tratamiento oportuno de la tuberculosis. Estas se focalizaron en los estados con

mayor carga de la enfermedad: Baja California, Guerrero, Nuevo León, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz.

De septiembre de 2017 a junio de 2018 se realizaron las siguientes actividades:

- Curso de Actualización en Tuberculosis Resistente, en el marco del 77 Congreso de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, del 3 al 4 de abril de 2018, con 500 asistentes, en la ciudad de León, Guanajuato.
- Conmemoración en el INER, el 21 de marzo de 2018, del Día Mundial de la Tuberculosis.
- 10 Sesiones webEx sobre temas selectos de tuberculosis, con participación de los responsables estatales y de la Red TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) de Enfermería.
- Cuatro sesiones técnicas con el Grupos Asesor Nacional de Farmacorresistencia para dictaminar los esquemas individualizados de los pacientes en esta condición.
- Compra, a través de la Tesorería de la Federación, de medicamentos para la atención de casos de tuberculosis en personas con un peso abajo de 50 kilogramos, niños menores de cinco años y quienes hayan presentado reacciones adversas a fármacos.
- Proyecto en conjunto con los CDC (Centers for Disease, Control and Prevention) de Estados Unidos, en Baja California y Sonora destinado a cortar cadenas de transmisión.
- Actualización de la plataforma para registro de casos de tuberculosis. Se agregaron variables para conocer en detalle el comportamiento de la enfermedad, a fin de tener una mejor planeación y programación de recursos, así como para establecer oportunidades de mejora.

Desde septiembre de 2017, como parte del Programa de Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Tuberculosis en la Región de las Américas (Programa TB-FM), financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, el INDRE llevó a cabo visitas de asistencia técnica a Belice, Panamá, Costa Rica, Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua, a través del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue. Asimismo, a través del convenio AFASPE (Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud

Pública en las Entidades Federativas) 2018, se fortaleció a la RNLSP con un nuevo equipo de PCR en tiempo real para las metodologías moleculares implementadas en cada laboratorio para este padecimiento, las cuales forman parte del marco analítico básico que apoya la vigilancia epidemiológica.

En el Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud de Chiapas (CRAE CS), la clínica de tuberculosis mantiene la atención de pacientes de la entidad como centro de referencia para el tratamiento de TB multidrogo resistente. Se realizó, en el periodo que se informa, el curso “La tuberculosis en el marco de los objetivos de desarrollo sostenible (2030) en Mesoamérica”, con participantes de instituciones de salud, para favorecer la difusión del conocimiento en la materia. Además, avanzaron dos proyectos de investigación sobre el microorganismo causante de la enfermedad y los perfiles genéticos de la farmacorresistencia en pacientes, y se creó la unidad para el estudio de zika, chikungunya y dengue, lo que se consolida como una línea de investigación institucional.

El INCAN puso en marcha el estudio sobre tuberculosis y cáncer de pulmón, este proyecto estudia la relación entre ambas enfermedades, mediante técnicas de biología molecular se ha detectado la presencia de la bacteria y secuencias de su genoma en biopsias de cáncer de pulmón de los pacientes atendidos en el INCAN, por lo que analizan si es posible que la bacteria, no solo sea un factor de riesgo para contraer cáncer, sino que podría ser una causa directa.

El Hospital Juárez de México (HJM) realiza actividades de vigilancia epidemiológica activa, entre las que se promueve con el personal de salud la notificación oportuna de casos sospechosos de tuberculosis para aplicar las medidas de precaución basadas en la transmisión por vía aérea; capacitación del personal de salud, familiares y pacientes, y elementos para iniciar el TAES. Además, se cuenta con comunicación directa con el laboratorio central y de investigación, y el servicio de Patología para la confirmación de casos sospechosos. Los casos nuevos se notifican a la Jurisdicción Sanitaria de la delegación Gustavo A. Madero, y cuando el paciente egresa se le da orientación, a él y sus familiares, para continuar con el tratamiento en su unidad de adscripción.

El INSP llevó a cabo un proyecto de investigación titulado: “Eficacia, seguridad, adherencia y costo efectividad del tratamiento de la tuberculosis latente (TBL) en pacientes con diabetes mellitus (DM) en Orizaba, Veracruz”, cuya finalidad fue evaluar la eficacia, adherencia y toxicidad de dos esquemas de tratamiento de este padecimiento: uno

es el tratamiento estándar con isoniacida administrado durante tres meses; el segundo es un esquema corto a base de rifampicina durante tres meses.

Se espera que este estudio genere evidencia científica que permita mostrar áreas de oportunidad para mejorar las acciones de prevención de tuberculosis y diabetes mellitus tipo 2 en apoyo a la toma de decisiones en salud y fortalecimiento de las políticas públicas en el país.

A su vez, el INSP desarrolló la evaluación de una estrategia integral para el manejo conjunto de tuberculosis pulmonar y diabetes tipo 2, que proporcionará evidencia científica para retroalimentar las políticas públicas sobre la conveniencia del abordaje conjunto para el tratamiento de ambos padecimientos.

Un proyecto nuevo en el INCAN es el que estudia la relación entre las hormonas femeninas y el desarrollo de cáncer de pulmón. Para ello se están utilizando microarreglos de expresión en tres cohortes de pacientes: mujeres premenopáusicas, mujeres posmenopáusicas y hombres, todos con cáncer de pulmón. Se lleva a cabo la recolección y procesamiento de biopsias mediante técnicas de biología molecular (extracción de ADN).

El INER, a través del Servicio de Microbiología Clínica y el Servicio Clínico de Tuberculosis, mantiene el reconocimiento que le otorgó la OMS como Centro Nacional de Referencia de Tuberculosis para diagnóstico y tratamiento, por lo que continúa con el apoyo financiero del Programa FIND (Foundation for Innovative New Diagnostics) para genexpert tuberculosis mediante biología molecular (PCR en tiempo real).

Estrategia 1.4

Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones

En la tarea de **impulsar campañas para informar y concientizar acerca del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas**, resulta esencial el Programa de prevención de la CONADIC, que tiene como ejes prioritarios el informar, sensibilizar y concientizar a la población en general sobre el consumo de sustancias psicoactivas; impulsar acciones sobre promoción a la salud y de prevención universal, selectiva e indicada; y el reforzar la participación de los sectores público, privado y social en dichas tareas. Entre los principales resultados al corte de abril de 2018, se encuentran:

Firma de bases de convenios de colaboración con 17 organismos de la sociedad civil y el sector privado, tales como: Hyperion Digital Group; Universidad La Salle Nezahualcóyotl; Red Nacional de Consejos Ciudadanos de México, A.C.; Consejo Ciudadano de la Ciudad de México de Seguridad Pública y Procuración de Justicia; Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ); Universidad Autónoma de Sinaloa; Asociación Nacional de Escuelas Preparatorias Particulares incorporadas a la SEP, A.C.; Fundación Tony, A.C.; SAP; Federación de Escuelas Particulares del D.F., A.C.; PGR; Secretaría de Gobernación (SEGOB); Sinergia Deportiva, S.A. de C.V.; Cemex Central, S.A. DE C.V.; Asociación Cristiana de Jóvenes de la Ciudad de México, YMCA, A.C.; Asociación Mexicana sobre Adicción, A.C.; Instituto Politécnico Nacional (IPN); Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México, A.C.; Cámara Nacional de la Industria de la Cerveza y de la Malta y Vivo Corp, S.A. de C.V.

Para que la comunidad participe activamente en informar y sensibilizar sobre los riesgos y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas, detectar de manera oportuna casos en riesgo o con consumo y derivar a servicios de tratamiento especializado, se capacitó en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 a 31,331 promotoras y promotores, en proyectos orientados a disminuir los factores de riesgo y a fortalecer la protección, quienes a su vez beneficiaron a 1,244,609 personas.

La prevención en el contexto comunitario busca reforzar los mensajes y las normas de una comunidad en contra del abuso de drogas y preservar la salud mediante distintos medios comunitarios, promoviendo la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, colectivos, grupos y personas de la comunidad. Esto implica que todas las personas son susceptibles de participar y que, entre mayor sea la respuesta comunitaria, se facilita el cumplimiento de los objetivos de contar con comunidades saludables. Por ello, la CONADIC de septiembre del 2017 a marzo del 2018 implementó coaliciones comunitarias en las entidades federativas, a través de las cuales se informó aproximadamente a 297,410 personas.

Por otro lado, con la finalidad de informar, orientar y proporcionar referencias a tratamientos especializados en adicciones acordes con sus necesidades, a través del Centro de Atención Ciudadana denominado “La Línea de la Vida”, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se atendieron 62,480 personas por medio de la asesoría telefónica (17,773), presencial (43,902) y de redes sociales (805); asimismo, se recibieron denuncias sobre el incumplimiento a la

legislación vigente en materia de sustancias psicoactivas legales e ilegales. Este servicio presta atención personalizada a toda la república de manera gratuita y confidencial las 24 horas de los 365 días del año.

Con el propósito de promover el reconocimiento de más Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco, el 31 de mayo se llevó a cabo el evento conmemorativo del Día Mundial sin Tabaco 2018, con el lema “Tabaco y cardiopatías”. De forma simultánea, se realizaron acciones conmemorativas en las 32 entidades federativas, con actividades de promoción de la salud y prevención del consumo de tabaco y de la exposición a su humo, alcanzando una cobertura de 134,124 personas.

Asimismo, con fundamento en lo establecido por la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas para fortalecer las actividades que permitan alcanzar el objetivo de una sociedad internacional libre del abuso de drogas, en junio se conmemoró el Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas. De manera simultánea, se realizaron eventos similares en las 32 entidades federativas, con actividades de promoción de la salud y prevención del consumo de drogas ilícitas, que alcanzaron una cobertura de 85,974 personas.

Para realizar acciones de comunicación educativa capaces de promover estilos de vida saludables que disminuyan los factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en población general, especialmente entre los adolescentes, la CONADIC en coordinación con las 32 entidades federativas realizó 55 acciones de comunicación en medios electrónicos y digitales durante el periodo de referencia.

Con respecto al compromiso de **reforzar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al tabaco y otras sustancias psicoactivas**, la CONADIC es la responsable a nivel nacional de los Programas de Tabaquismo, Alcohol y Farmacodependencia, los cuales tienen entre sus objetivos realizar actividades enfocadas a reducir la demanda, disponibilidad y acceso a dichas sustancias psicoactivas. Con ese fin, se encarga de impulsar la coordinación y vinculación con instancias de los sectores público, privado y social, y de los tres niveles de gobierno para que se sumen a los esfuerzos e implementen acciones de prevención, capacitación e integración ciudadana. Entre los principales resultados durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 está la firma de cinco convenios específicos de colaboración con entidades federativas (Veracruz, Sinaloa, Quintana Roo, Campeche y Coahuila), con los siguientes objetivos: fortalecer los consejos estatales

contra las adicciones; instalar consejos municipales contra las adicciones, especialmente en los municipios prioritarios; fortalecer, homologar e implementar a escala nacional el programa de alcoholimetría “Conduce sin alcohol”; promover espacios 100% libres de humo de tabaco; fortalecer las acciones de prevención de adicciones con la participación de la ciudadanía, y apoyar la implementación del Modelo Mexicano de Justicia Terapéutica.

A fin de prevenir la venta de inhalables a menores de edad, la CONADIC, en conjunto con los CAPA, realiza acciones para sensibilizar a propietarios, responsables y trabajadores de establecimientos expendedores, a fin de que adopten medidas para no vender estas sustancias a menores de edad. De septiembre de 2017 a junio de 2018 se logró difundir información y colocar señalética de No Venta a Menores en 4,516 comercios.

Con el fin de garantizar que la población mexicana disponga de servicios para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, la CONADIC cuenta con una red operativa de 340 unidades, denominadas Centros de Atención Primaria en Adicciones. Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, con el propósito de **consolidar la red nacional para la atención y prevención de las adicciones y promover la vigilancia epidemiológica e investigación**, se registraron los siguientes resultados:

- 4,455,719 personas en actividades de prevención del uso de sustancias psicoactivas, tales como jornadas y sesiones de información y sensibilización sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como talleres de desarrollo de habilidades dirigidos a padres, niños, adolescentes y maestros. De estas personas, 2,645,530 (59.3%), fueron adolescentes de 12 a 17 años de edad, 1,479,781 (33.2%) mayores de 18 años y 330,408 (7.4%) menores de 12 años.
- 656,075 pruebas de tamizaje aplicadas a estudiantes de nivel básico e intermedio.
- 96,607 (14.7%) jóvenes en riesgo de consumir sustancias psicoactivas o con consumo inicial, de los cuales 47,232 (48.8%) acudieron a las Unidades de Especialidades Médicas en Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) a solicitar tratamiento.

Para contar con un diagnóstico actualizado del consumo de sustancias psicoactivas en México, la CONADIC coordinó el levantamiento de la Encuesta Nacional de

Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017), cuya planeación y ejecución estuvieron a cargo del INPRFM y el INSP, con el apoyo financiero de la embajada de Estados Unidos de América, en el marco de Iniciativa Mérida. La ENCODAT 2016-2017 cuenta con representatividad nacional, regional y estatal y su versión impresa, presentada a finales de 2017, se compone de tres tomos que dan cuenta del panorama epidemiológico del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Los Centros de Integración Juvenil, conforme a su objetivo, implementaron acciones preventivas y atención curativa orientadas a reducir la demanda de drogas en el país, incorporando en esta labor a la comunidad. De igual forma realizó estudios sobre los consumos de sustancias de la población y con actividades de enseñanza, incidió en la formación de profesionales en materia de adicciones.

En congruencia con los objetivos, estrategias y líneas de acción del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el PROSESA y el Programa de Acción Específico de Prevención y Atención Integral de las Adicciones, se desarrollaron las actividades y programas institucionales.

Los CIJ funcionan a nivel nacional a través de una red de atención de 117 unidades operativas. En 104 unidades, se otorgaron los servicios de prevención y consulta externa a la población que radica en los municipios y delegaciones políticas consideradas de atención prioritaria y de alto riesgo para el consumo de drogas.

Los pacientes con cuadros agudos de intoxicación y abstinencia por sustancias psicoactivas, así como las personas que presentan cuadros avanzados de adicción recibieron atención en las 11 unidades de hospitalización que operan en las localidades de Tijuana, Ixbalanqué (Chiapas), Ciudad Juárez, Iztapalapa, Punta Diamante, Ciudad García (Nuevo León), Culiacán, Zapotlán, Zapopan, Ecatepec y Naucalpan.

Mientras que los pacientes con problemas por el consumo de heroína fueron atendidos en las Unidades de Tratamiento para Usuarios de Heroína de Ciudad Juárez y Tijuana. En estas unidades se implementan los programas de mantenimiento con metadona para disminuir el consumo de heroína y el de reducción de daños, con la distribución de paquetes sanitarios para disminuir los contagios de enfermedades relacionadas con el consumo de drogas inyectables.

Entre septiembre de 2017 y agosto de 2018, los CIJ, a través de los programas de prevención y tratamiento de las adicciones, realizaron 913,485 acciones, con lo que alcanzaron una cobertura de 10,401,357 personas.

Durante el periodo, se llevaron a cabo 526,823 acciones de prevención, con las que impactó a 10,240,645 personas; 53% son mujeres y 47% hombres. En la modalidad de prevención universal se realizaron actividades con niños, adolescentes, padres de familia y docentes. En prevención selectiva se efectuaron acciones en población en riesgo por violencia, depresión y por consumo de sustancias específicas. En prevención indicada se implementaron actividades de detección temprana, intervención breve y canalización oportuna a tratamiento. Cabe destacar la labor preventiva de los CIJ en el sector escolar: participaron con 8,732 escuelas de todos los niveles, logrando una cobertura de 6,396,000 personas, entre estudiantes, maestros, madres y padres de familia.

Las actividades preventivas tienen como objetivo proporcionar a la población los factores de protección al consumo de drogas y promover estilos de vida saludable, así como desarrollar habilidades y competencias para afrontar situaciones de riesgo. Es importante señalar la participación de la comunidad en estas tareas.

Intervención preventiva con grupos poblacionales

Entre septiembre de 2017 y agosto de 2018, se efectuaron diversas intervenciones preventivas en grupos de poblaciones (en edad temprana, prioritaria y de apoyo), con los siguientes resultados que se describen a continuación:

- **Poblaciones en edad temprana.** Se realizaron sesiones de orientación preventiva temprana, impactando a 42,039 personas. Acciones en las que se promueve el autocuidado ante situaciones de riesgo. Mediante acciones de orientación preventiva infantil, se alcanzó una cobertura de 353,022 niñas y niños de seis a nueve años. Se abordaron temas sobre factores de protección ante situaciones de riesgo, estrategias de autocuidado y acoso escolar, así como para desarrollar habilidades sociales y para la vida, para fomentar valores y de apego escolar.
- **Población prioritaria.** Se llevaron a cabo sesiones informativas y de orientación preventiva para preadolescentes de 10 y 11 años, logrando una cobertura de 773,399 personas. En estas sesiones se desarrollan habilidades para la vida y competencias para afrontar situaciones de riesgo relacionadas con el inicio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Otras temáticas que también se consideran, son el apego escolar y aprovechamiento del tiempo libre, así como las técnicas y recursos de estudio para un mejor desempeño escolar.

- Se implementaron acciones de orientación preventiva para adolescentes de 12 a 17 años, que llegaron a 3,124,077 personas. En estas sesiones se difunden los factores de protección y se desarrollan las competencias y habilidades para el rechazo ante la oferta de sustancias. Se reflexiona sobre los riesgos y daños a la salud por el consumo excesivo de tabaco, alcohol, inhalables y marihuana, para fomentar estilos de vida sanos. La detección temprana en este rango de población permite canalizar en forma oportuna los casos que ameriten tratamiento.

- Con acciones de orientación preventiva en jóvenes de 18 a 24 años, se logró una cobertura de 552,153 personas. Se promueve el desarrollo de competencias cognitivas, emocionales y sociales para afrontar de mejor manera los riesgos que se derivan de las adicciones, la violencia familiar, escolar o en el noviazgo, depresión o ansiedad, prácticas sexuales de riesgo o accidentes. Los jóvenes contribuyen a multiplicar los mensajes preventivos y de promoción de la salud con sus grupos de pares y en su entorno inmediato.

- **Población de apoyo.** A través de acciones de orientación preventiva familiar, se alcanzó una cobertura de 1,815,315 personas. Se habilita a padres y madres de familia, así como a docentes y personal de salud para realizar actividades preventivas. Estas personas organizan talleres y círculos de lectura para reflexionar sobre la prevención de adicciones en la población infantil, adolescente y juvenil, así como para intercambiar experiencias y buscar alternativas ante problemas comunes que se presentan, sobre todo en los ámbitos familiar, escolar, y laboral.

Asimismo, los CIJ desarrollaron diversas actividades preventivas en el contexto escolar, comunitario, laboral, salud y comunitario, con los siguientes resultados:

- **Capacitación a promotores y voluntarios.** Se habilitó a personas que, debido a sus funciones, resultan estratégicas para la prevención como docentes, personal de salud, líderes comunitarios, personal de seguridad, entre otros. Participaron 30,236 personas en actividades de selección de candidatos, formación, observación, acompañamiento y asesoría.
- **Eventos comunitarios.** Se implementaron foros preventivos, así como alianzas, convenios y trabajo en red social impactando a 1,079,613 personas, con el propósito de fortalecer la participación activa y comprometida de la población en el fomento de estilos de vida saludable, libres de adicciones.

- **Actividades de promoción de la salud.** Se logró la participación de 901,801 personas en actividades lúdico-recreativas, educativo-formativa, culturales-artísticas y cursos de verano, para fomentar estilos de vida saludables con la población en general y en diferentes contextos.
- **Difusión institucional.** Con estas actividades se impactó a 1,230,431 personas, lo que ha permitido propagar la información de los servicios institucionales, la promoción para la captación de voluntarios y la promoción y difusión de los servicios institucionales en diferentes ámbitos.
- En actividades desarrolladas por multiplicadores (segunda ola), se alcanzó una cobertura de 337,053 personas.

A través del Programa de Tratamiento, en el periodo comprendido entre septiembre de 2017 y agosto de 2018, los CIJ realizaron 386,662 acciones en consulta externa y hospitalización, con las que se atendió a 160,712 pacientes y familiares. Del total de pacientes, 79% son hombres y 21% son mujeres.

Con los servicios de consulta externa, se atendió a 155,039 personas: 43,113 son pacientes; 46,261 familiares de los pacientes y 65,665 solicitantes de estos servicios. La atención ambulatoria tiene como propósito fundamental que los pacientes dejen de consumir sustancias e implementen estilos de vida saludables.

Los servicios de consulta externa se proporcionaron en las siguientes modalidades:

- **Intervención temprana.** A través de esta modalidad, se atiende a pacientes cuyos problemas con las drogas no son demasiado grandes.
- **Consulta externa básica.** Se otorga a pacientes que por sus problemas de adicción requieren de tratamiento, consistente en sesiones terapéuticas de una o dos veces por semana, hasta conseguir su rehabilitación o mejoría.
- **Centro de Día.** Este nivel de atención se proporcionó a pacientes cuyo consumo de drogas se considera grave, con complicaciones escolares, laborales, familiares y sociales. Es un tratamiento semirresidencial, en cual los pacientes permanecen en las instalaciones de los CIJ, bajo la supervisión del equipo técnico-médico, durante periodos que van de tres a cinco días, hasta conseguir su rehabilitación o egreso por mejoría. Este tipo de tratamiento tiene como propósito mantener a

los pacientes en un ambiente protegido y realizando diversas actividades, como las de capacitación para el trabajo (talleres de cómputo-CISCO), deportivas (gimnasio, fútbol, basquetbol, entre otras), artísticas y culturales (cine-debate, círculos de lectura, pintura, música, entre otras) y lúdico-recreativas (ajedrez, manualidades, yoga).

En el periodo, ingresaron a tratamiento en las unidades de hospitalización de CIJ, un total de 1,896 pacientes con alto grado de intoxicación, con síndrome de abstinencia y cuadros avanzados de adicción. Este nivel de atención se implementa en la modalidad de comunidad terapéutica y comprende actividades psicoterapéuticas, psicoeducativas, artísticas, culturales, deportivas y recreativas. Cabe mencionar que se contó con la participación de 3,777 familiares de estos pacientes.

El tratamiento residencial se otorga en las modalidades de Corta Estancia (30 días), para pacientes que cuentan con mayor apoyo familiar y están integrados al sistema laboral o escolar; y de Estancia Media (90 días), para pacientes que requieren un tiempo mayor para su recuperación y egreso. Ambas modalidades tienen como propósito, lograr que los pacientes cumplan con los objetivos del programa terapéutico y de rehabilitación, así como incidir en su reinserción social, familiar y laboral.

Las Unidades de Tratamiento para Usuarios de Heroína, a través del Programa de Mantenimiento y Deshabitación con Metadona, atendieron a 733 personas: 652 recibieron medicación en el servicio de consulta externa y 81 en las unidades de hospitalización. Como parte del programa de Reducción de Daños se distribuyeron 3,900 paquetes sanitarios para disminuir los contagios por enfermedades derivadas del consumo de drogas inyectables.

Entre septiembre de 2017 y agosto de 2018, el área de investigación de los CIJ realizó 16 estudios en las líneas de investigación: epidemiológica, de evaluación cualitativa, psicosocial y cualitativa. Los estudios tienen como propósito analizar las tendencias recientes y los efectos del consumo de sustancias en el país, así como la actualización y evaluación de los programas de prevención y tratamiento.

Es importante señalar que la información que se genera también es de utilidad para otras instituciones públicas y privadas que se dedican a la atención y estudio de las adicciones en el país.

Otros resultados relevantes en materia de investigación, son la publicación de la "Revista Internacional de

Investigación en Adicciones”, volumen 3, número 2, así como del artículo “*Increasing methamphetamine use trends alert among patients in Mexico*” en la revista especializada “*Journal of Substance Abuse*”, que elaboró el área de investigación. De igual forma, los CIJ participaron en la coordinación editorial del volumen “Estudios del consumo de drogas con perspectiva de género”, en el cual se integran los resultados de diversos estudios realizados por la institución.

En cuanto a enseñanza, se implementaron: 10 diplomados, una especialidad, cuatro maestrías y un doctorado, con el aval académico de diferentes universidades del país. Se encuentran en proceso 17 actividades con 287 participantes. Las actividades de enseñanza tienen como objetivo capacitar, actualizar y formar en materia de adicciones a profesionales interesados en el tema, tanto de CIJ como de otras instituciones.

El área de documentación científica (biblioteca), proporcionaron un total de 58,000 servicios de información, de los cuales 32,000 corresponden al Portal de la Biblioteca Virtual en Adicciones de los CIJ. Cabe mencionar que, después de México, los países con mayores accesos fueron: Estados Unidos, Argentina, Colombia, España y Perú. Por otra parte, en las Bibliotecas Básicas de los 104 CIJ que operan en el país, se registraron 25,000 consultas en temas de adicciones.

Durante el periodo se formalizaron 3,369 convenios de colaboración: 55 con alcance nacional, 35 en la Ciudad de México y 3,279 con municipios y entidades federativas. El 70% de estos convenios corresponde al sector público, 17% al sector privado y 13% al sector social.

Se concertaron acciones de coordinación nacional con sectores de la sociedad y organismos afines, a través de las cuales se conjuntan esfuerzos y se da continuidad a los programas de prevención y tratamiento de las adicciones.

En conjunto con las secretarías de Salud, Educación, Cultura, Gobernación, Trabajo y Previsión Social, así como con empresas y sindicatos, se llevaron a cabo acciones de prevención. Con esta labor interinstitucional se optimizan recursos y se promueven estilos de vida saludable en la población.

En el ámbito internacional, los CIJ participaron en los siguientes eventos:

- 60ª sesión de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, en la definición de una agenda rumbo a la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre drogas, en 2019.

- Primer Congreso Internacional de la World Association on Dual Disorders y 5º Congreso de la Sociedad Española de Patología Dual, en donde se expusieron, ante la comunidad científica de más de 70 países, los avances en el tratamiento e intervención para pacientes con patología dual.
- Teleconferencia organizada por la Federación Mundial contra las Drogas, en la que se abordó el tema del futuro de las políticas de drogas en el mundo, con énfasis en las que implementará Estados Unidos.
- 5ª sesión denominada “Cooperación internacional, responsabilidad común y compartida y colaboración entre agencias internacionales”, en la que desarrolló el tema de las drogas como una problemática global que plantea retos a la seguridad, la salud pública, el desarrollo económico, los derechos humanos y el cumplimiento de la ley.
- Conversatorio en línea “Mujeres jóvenes liderando la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible en América Latina”, organizado por las Naciones Unidas.
- 47º Periodo Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la OEA, “Fortaleciendo el diálogo y la concertación para la prosperidad”, con la finalidad de armonizar la cooperación con las Naciones Unidas y sus organizaciones internacionales.
- Grupo de expertos *ad hoc* en reducción de la demanda y por la salud pública, organizado por la CICAD, en coordinación con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, con el propósito de generar capacidades institucionales y actores sociales involucrados en el desarrollo humano de la región.
- 25ª Conferencia Internacional de Reducción de Daños, en la cual se presentaron principalmente distintos enfoques y mejores prácticas para reducir la mortalidad en usuarios de drogas.
- 5ª Conferencia Internacional sobre Nuevas Sustancias Psicoactivas.
- Conferencia Internacional EuroTC “Buenas prácticas para un tratamiento más eficaz de las adicciones”, donde CIJ participó en la mesa redonda sobre experiencias en el ámbito internacional en el tratamiento de las adicciones.
- 62ª Sesión de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

- Reunión con expertos en trastornos por uso de sustancias en pacientes afectados por comorbilidad mental y somática, organizado por la oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito.

Asimismo, la institución organizó el 19 Congreso Internacional en Adicciones “Patología dual y comorbilidad asociado al uso de sustancias”, en colaboración de la Asociación Mundial de Desórdenes Duales y la Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias.

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, con el propósito de consolidar el proceso de supervisión y verificación de establecimientos residenciales especializados en adicciones para asegurar la calidad y seguridad en la atención, se realizaron las siguientes actividades:

- Se supervisaron 14 establecimientos residenciales en tres entidades federativas (Sonora, Chiapas y Baja California Sur), en coordinación con la COFEPRIS, en los cuales se emitieron 10 medidas de suspensión por el riesgo sanitario.
- Se consolidó el “Padrón de Consejeros en Adicciones”, documento que permite conocer información personal, de formación y laboral de cada uno de los consejeros certificados en el marco del Programa Mexicano de Capacitación, Evaluación y Certificación de Consejeros en Adicciones.

La Secretaría de Salud, a través de la CONADIC, en su compromiso de **ampliar la cobertura de los Centros de Atención Primaria en Adicciones para la detección temprana e intervención oportuna**, actualmente cuenta con 340 UNEME-CAPA, ubicadas en 265 municipios del país, así como 339 centros residenciales distribuidos en las 32 entidades federativas, que cuentan con reconocimiento federal por haber cumplido con los requisitos que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Esta red de servicios constituye el primer paso para la consolidación de la atención y tratamiento de las adicciones, que integran instituciones públicas, privadas y sociales.

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

A través de dichas unidades se realizan jornadas preventivas, sesiones de información y sensibilización dirigidas a prevenir el uso de drogas, actividades encaminadas a detectar oportunamente el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas e identificar a estudiantes con factores de riesgo que precipiten su consumo en población estudiantil; se llevan a cabo tratamientos breves para jóvenes con factores de riesgo o consumidores experimentales y talleres de habilidades para la vida dirigidos a padres, niños y adolescentes, así como prevención de recaídas.

En el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se atendió a 39,392 personas que solicitaron tratamiento en las UNEME-CAPA debido a su consumo de drogas; de estas, 13,820 (35.1%) acudieron por problemas con el alcohol; 12,777 (32.4%) por consumo de marihuana, 4,413 (11.2%) por tabaco; 4,725 (12%) por metanfetaminas; 1,253 (3.2%) por inhalables y solventes; 1,926 (4.9%) por cocaína y 478 (1.2%) solicitaron atención por problemas relacionados con otras sustancias psicoactivas, tales como: benzodiacepinas, opiáceos, alucinógenos y barbitúricos.

En el mismo periodo se brindaron 305,496 sesiones de tratamiento. De estas, 81,610 fueron consultas de primera vez, que constituyen el primer contacto que tiene un usuario que solicita acudir a algún servicio brindado en la unidad de atención. Es importante mencionar que de los 96,607 casos de jóvenes en los que se detectaron factores de riesgo para el consumo de sustancias o con consumo de drogas, 47,232 (48.9%) iniciaron tratamiento en las UNEME-CAPA.

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

- Consejo breve, que consiste en una intervención para brindar información general a personas que inician el consumo de droga acerca de las consecuencias de dicho consumo.
- Intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol u otras drogas. Consta de 11 sesiones y está dirigida a jóvenes con abuso de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Intervención breve para bebedores problema. Está dirigido a personas de 18 años o más que presentan problemas asociados al consumo de alcohol, con dependencia leve o moderada.

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

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, la CONADIC, con la finalidad de **incrementar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al alcohol y evitar su uso nocivo**, otorgó capacitación en 31 estados para la implementación, homologación y/o fortalecimiento del Programa Nacional de Alcoholimetría “Conduce sin alcohol”. Actualmente se reportan avances importantes en la homologación, implementación o fortalecimiento del Programa “Conduce sin alcohol” en los 31 estados^{5/} y 381 ciudades del país. En tal sentido, en los 31 estados se han realizado 505 acciones de capacitación para la operación del programa; 48 de ellas han sido de seguimiento a su implementación y operación. De los municipios donde se ha impartido capacitación, 77% cuenta ya con puntos de revisión de alcoholimetría. Con estas acciones se ha contribuido a que los accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol presenten una reducción que oscila entre 32 y 43%. Asimismo, con el Gobierno del estado de Zacatecas se firmó el convenio para implementar el Proyecto “Zacatecas, ciudad modelo”, destinado a reducir hacia 2018 el consumo nocivo de alcohol en la población de la capital del estado y su zona conurbada,

^{5/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

donde disminuyó el número de accidentes de tránsito relacionados con alcohol y las muertes derivadas de ellos, en 39.5% y 81%, respectivamente.

Se ha concluido el Manual de Operaciones para la Implementación del Programa de Alcoholimetría “Conduce sin Alcohol”, así como la Plataforma del Sistema de Información “Conduce sin Alcohol”, del cual se efectuó el pilotaje en 12 estados de la República.^{6/} Se han reportado 1,574 acciones de alcoholemia en dicha plataforma. La venta de alcohol a menores de edad se ha reducido en 43%; 5,500 padres de familia asistieron a pláticas en 72 escuelas primarias sobre riesgos de consumo por menores.

Con el propósito de fortalecer las acciones contra el uso nocivo del alcohol, se continuó con la Estrategia Nacional para la Prevención del Consumo de Bebidas Alcohólicas en Menores de Edad, a través de operativos de vigilancia sanitaria conjuntos entre la CONADIC, la COFEPRIS, el Sistema Federal Sanitario (SFS) y las CECA. De octubre de 2017 a junio de 2018 se participó en operativos de verificación de no venta de alcohol a menores en 887 establecimientos a nivel nacional y se sensibilizó a 11,159 personas sobre los riesgos del uso nocivo del alcohol, con énfasis en el consumo por parte de menores de edad.

A fin de **promover modelos de justicia alternativa para personas con adicciones en conflicto con la ley**, el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Gobernación (Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana y Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública), y la Secretaría de Salud, a través de la CONADIC, coordina la implementación del Programa de Justicia Terapéutica. En ese contexto, se cuenta con el Modelo Mexicano de Justicia Terapéutica, que considera su implementación en las tres etapas procesales del sistema penal mexicano: etapa de juicio (suspensión del proceso a prueba), etapa de investigación (acuerdos preparatorios y mediación) y etapa de ejecución de sentencias (sustitutivos de pena).

El Modelo Nacional de Justicia Terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas se mandató en los Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Pública, aprobados en su Cuadragésima Tercera Sesión Ordinaria, celebrada el 21 de diciembre de 2017 publicados en el

^{6/} Aguascalientes, Campeche, Colima, Guerrero, Estado de México, Michoacán, Quintana Roo, Oaxaca, Nuevo León, Tabasco, Veracruz y Zacatecas.

DOF el 6 de febrero de 2018 y por los que se instruye su implementación a nivel nacional.

Actualmente, seis estados operan el Programa de Justicia Terapéutica y siete estados más están en proceso de diagnóstico para su implementación.

En el marco de la línea de acción destinada a **promover acciones intersectoriales que fomenten una vida productiva en los adolescentes**, con el fin de proporcionar atención en materia preventiva a la población adolescente y juvenil, CONADIC participó en el diseño e implementación de la Estrategia Salud en tu Escuela, la cual conjunta esfuerzos de las secretarías de Salud y de Educación Pública.

Entre sus objetivos se encuentra la promoción de la salud y la detección oportuna de riesgos que desencadenan el consumo de sustancias psicoactivas. La estrategia se diseñó para implementarse en escuelas de nivel secundaria y medio superior, y considera:

1. Acciones para la detección oportuna y la canalización a instancias especializadas de riesgos de abuso de sustancias, y referencia en los casos que se requiera.
2. Talleres de desarrollo de habilidades para la vida en los casos que se requiera.
3. Capacitación a maestros y personal del sector educativo para formar facilitadores de los talleres psicoeducativos.

La estrategia se iniciará en fase piloto en 13 entidades del país: Campeche, Ciudad de México, Durango, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tlaxcala y Yucatán.

Cabe señalar que la CONADIC, como parte de sus tareas cotidianas, realiza acciones de prevención en el ámbito escolar durante todo el ciclo lectivo, a través de la estrategia Detección Oportuna, que consiste en una intervención integral, donde se aplica un instrumento de medición que evalúa siete áreas de vida, una las cuales es el riesgo de abuso de drogas. Quienes resultan con puntaje de riesgo, reciben atención personalizada en alguna de las 340 unidades especializadas en adicciones (UNEME-CAPA). Los adolescentes en riesgo pueden recibir consejería breve o intervención psicológica. Como parte de esta estrategia, se imparten pláticas de sensibilización a todos los alumnos, así como talleres de habilidades para la vida; también se capacita a los docentes y se interviene con los padres de familia a través de talleres. De esta manera, se realizan intervenciones en las escuelas a lo largo y ancho del país.

Estrategia 1.5

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

Para contribuir a la tarea de **diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva**, la SS coordinó la conmemoración, el 26 de septiembre de 2017, del Día Nacional para la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes en los Servicios Estatales de Salud (SESA). Se trata de un esfuerzo conjunto por concientizar a la población adolescente, prestadores de servicio, padres de familia y sociedad en general, sobre las implicaciones de un embarazo no planeado a esa edad. En el marco de este evento, se llevaron a cabo en todo el país una serie de estrategias articuladas con el objetivo de sensibilizar a la población en general, madres y padres de familia, profesoras(es), personas a cargo de adolescentes, agrupaciones juveniles y desde luego, la propia población adolescente sobre la importancia de la prevención del embarazo durante este periodo de la vida, por sus múltiples consecuencias en el ámbito de la salud, en el proyecto de vida, en lo económico, en lo social y familiar.

Bajo el lema: “Nos amamos, nos queremos y nos cuidamos”, se conmemoró en todo el país “Noviembre, mes de la Salud Reproductiva”, lo que representó el esfuerzo conjunto de todos los SESA para realizar acciones intensivas de información, educación, comunicación y prestación de servicios dirigidas a toda la población, en materia de salud sexual y reproductiva. En esta ocasión, México fue sede del Día Mundial de la Vasectomía, el 17 de noviembre de 2017, por lo cual se otorgó especial énfasis a la promoción de la de este método permanente de planificación familiar entre la población. De forma paralela a esta celebración, se efectuaron 40 Encuentros Estatales de Promotores Juveniles, destacando el trabajo realizado por algunas entidades federativas, como fue el caso de Guerrero y San Luis Potosí en donde se organizaron más de dos encuentros en cada estado. Por su parte, Campeche, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Sinaloa, Sonora y Tabasco, llevaron a cabo más de 44 reuniones jurisdiccionales, promoviendo la salud sexual y reproductiva en adolescentes.

Durante 2017, con el propósito de contribuir a la eliminación de barreras institucionales y culturales que dificultan la promoción y difusión de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, se continuó impulsando a través de los SESA y la red nacional de

Servicios Amigables para Adolescentes, la formación de más de 17 mil promotores juveniles activos. De septiembre de 2017 a junio de 2018 se realizaron más de 248 mil actividades de promoción en materia de salud sexual en comunidades, escuelas y/o centros de reunión en estrecha colaboración con los responsables de los Servicios Amigables para Adolescentes, lo que ha permitido sumarse a los procesos locales de implementación de acciones de prevención de embarazos.

Adicionalmente, al cierre de 2017 se contó con un total de 4,188 brigadistas juveniles indígenas para realizar actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva, en 208 localidades, correspondientes a 104 municipios indígenas en 12 entidades federativas.⁷⁷

En aras de **promover acciones para prevenir el embarazo adolescente**, desde el lanzamiento de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes al 30 de junio de 2018, la SS continuó sumando esfuerzos con las instituciones que integran el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes para avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas en esta Estrategia Nacional, estas acciones se llevaron a cabo con absoluto respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente y tomando como referencia las estrategias y líneas de acción del Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

Los Servicios Amigables para Adolescentes son espacios creados específicamente para brindar información, orientación y servicios en materia de salud sexual y reproductiva a población de 10 a 19 años de edad, por personal profesional capacitado y sensibilizado, en un ambiente de privacidad y confidencialidad. De diciembre de 2012 a junio de 2018, el número de Servicios Amigables para Adolescentes aumentó 102.8%, al pasar de 1,055 a 2,140. De acuerdo con ello, de los 2,463 municipios del país, 76.4% cuentan con al menos un Servicio Amigable para Adolescentes y/o con un Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA) del IMSS-PROSPERA. En el periodo del 1 de septiembre a 2017 al 30 de junio de 2018, se atendieron 636,372 jóvenes de 10 a 19 años de edad, de los cuales 61.8% eran mujeres y 38.2% hombres; 37% de la población atendida correspondió a menores de 15 años; se otorgaron cerca de 1.8 millones de atenciones en materia de salud sexual y reproductiva

los adolescentes; y el servicio más demandado por los usuarios fue de orientación-consejería, con 41.7% y en segundo lugar la prescripción de métodos anticonceptivos, con 17.7%.

De septiembre de 2017 a junio de 2018 continuó la capacitación a prestadores de servicios de salud, incluyendo personal médico, de enfermería, trabajo social y promotores que atienden directamente a la población adolescente en los servicios de primer contacto. Entre los temas abordados en estos cursos se incluyó la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad; el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, Derechos Sexuales y Reproductivos, y el Paquete Básico de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, entre otros.

En la presente administración, IMSS-PROSPERA ha contribuido a las acciones para la prevención del embarazo no planeado, mediante la realización de 20 encuentros a los que asistieron 25,632 adolescentes de Campeche, Chiapas, Durango, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas. Dos de estos encuentros se desarrollaron en el bimestre septiembre-octubre de 2017, con la participación de 2,900 jóvenes (1,740 mujeres y 1,160 hombres), quienes recibieron orientación con enfoque de género e interculturalidad en materia de anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de adicciones, violencia en el noviazgo, proyecto de vida, autoestima y masculinidades. De manera paralela a estas acciones, a través de sus 3,685 CARA se formaron 26,804 grupos educativos sobre prevención del embarazo no planeado y se capacitó a 406,434 adolescentes.

Con respecto al compromiso de **coordinar con el sector educativo del nivel básico y medio superior una educación integral de la sexualidad**, de septiembre a diciembre de 2017, en concordancia con líderes estatales del Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, se realizaron cursos-talleres sobre educación integral en sexualidad, dirigidos a 274 docentes de 133 planteles de los Centros de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios y de los Centros de Estudios Tecnológico Industrial y de Servicios de ocho entidades federativas,⁸⁷ lo que permitió capacitar a 237 docentes en este tema.

⁷⁷ Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí y Yucatán.

⁸⁷ Baja California, Campeche, Ciudad de México, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán y Oaxaca.

Como parte del convenio AFASPE 2017, se ministraron recursos del Ramo 12 a los 32 SESA por un monto de 4.4 millones de pesos, para realizar 55 cursos de capacitación dirigidos a personal docente de educación media y media superior de la Secretaría de Educación Pública (SEP), con el objetivo de proporcionar las herramientas para contribuir al desarrollo de habilidades y competencias conceptuales y técnicas en educación integral de la sexualidad.

Por otra parte, del 26 de febrero al 2 de marzo de 2018 se efectuó el curso-taller de salud sexual y reproductiva para adolescentes, en el que participaron 18 médicos pasantes de nuevo ingreso al Programa de Prevención de Embarazo de la UNAM. Se analizaron temas relacionados con el marco legal y normativo para la prevención de embarazo, así como los principios rectores de la atención en salud sexual y reproductiva, lo que permite mejorar el trabajo con adolescentes en los planteles de educación media de dicha institución.

En cuanto al propósito **de promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA) realizó de manera constante adaptaciones a los materiales de promoción de la salud sexual, posicionando 38 nuevos mensajes (materiales) sobre salud sexual y reproductiva, prueba de detección del VIH, Servicios Especializados de Atención primaria del VIH y otras ITS. En la página web del CENSIDA, así como en redes sociales, se brinda la información y asesoría sobre todos los programas preventivos, en Twitter se contó con 23 mil seguidores y en Facebook con 105 mil. Asimismo, se actualizó y publicó material de consulta para servidores públicos que atienden en los Servicios Especializados de Atención, como es la Guía de Atención Estomatológica para Personas con VIH, Guía de Detección del VIH y la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH.

En el periodo septiembre de 2017 a marzo de 2018, el Programa IMSS-PROSPERA impartió 15,082 talleres en materia de prevención del embarazo no planeado, ITS y VIH en escuelas aledañas a las unidades médicas y hospitales. De ellos, 3,798 fueron en escuelas primarias, 6,310 en secundaria y 4,974 en preparatorias. Ello permitió capacitar a 315,211 adolescentes, de los cuales 70,720 fueron de primaria, 123,061 de secundaria y 121,430 de preparatoria. Para prevenir el VIH se distribuyeron 169,012 condones a jóvenes de este grupo.

A fin de optimizar la labor de **garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para**

la prevención del VIH y otras ITS, la UAE continúa analizando el impacto financiero a corto y mediano plazo del Programa de Acceso Universal a Medicamentos Antirretrovirales de la SS considerando como referencia la Guía para la atención de pacientes con VIH/SIDA 2017. Dicho trabajo, lo realiza de manera coordinada con el CENSIDA.

Para 2018, se programó la compra de insumos de prevención necesarios para las poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad a la epidemia: 19.6 millones de condones y 643,755 pruebas rápidas de VIH, 391,850 pruebas rápidas de sífilis y 429,170 de pruebas rápidas duales (para VIH y sífilis a la vez).

En 2017, para **asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH, sida e ITS, con énfasis en poblaciones clave**, a través del Ramo 12, se transfirieron 72 millones de pesos para la adquisición de pruebas rápidas para detección de VIH y 20 millones de pesos para la adquisición de pruebas rápidas para detección de sífilis.

Al cierre preliminar de 2017, en todo el Sector Salud se registraron 141,271 mil personas que viven con VIH en TAR en el país; de la cuales, 81% son hombres y 19% mujeres; 99% son personas de 15 años o más y el resto son menores de 15 años. El número de personas que ingresaron a TAR en el año fueron 18,033, de estas, 84% son hombres y 16% mujeres.

Al 30 de junio de 2018, en la Secretaría de Salud se encontraban 90,773 personas en TAR, a través del FPGC del Seguro Popular, estimándose un gasto aproximado de tres mil millones de pesos para 2018, lo cual permite el acceso gratuito para las personas con VIH a la atención, medicamentos antirretrovirales y exámenes de laboratorio.

Para 2018, se asignaron 9.9 millones de pesos a 23 entidades^{9/} para el acompañamiento de mujeres con VIH a fin de que sean atendidas en Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual y Servicios de Atención Integral Hospitalaria. Estos recursos apoyan a las mujeres con VIH en el pago de transporte y alimentación los días que acuden a consulta, acción que aumentó 48% el apego al tratamiento de mujeres de comunidades dispersas.

^{9/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Ciudad de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

A finales de 2017 se llevó a cabo la encuesta de seroprevalencia de VIH y sífilis, así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero y mujeres trabajadoras sexuales, en siete zonas urbanas de México. A través de esta encuesta, financiada por el CENSIDA, por primera vez se recabó información sobre la seroprevalencia del VIH y comportamiento sexual en poblaciones clave del sur del país e incorporó la medición de la prevalencia de sífilis en estas poblaciones, cuyo procesamiento de muestras en laboratorio se realizará en 2018.

El CENSIDA promueve que las principales acciones y estrategias de prevención lleguen hasta los lugares más apartados y a las poblaciones de difícil acceso, para lo cual establece convenios de concertación de acciones de prevención con las organizaciones de la sociedad civil, otorgando financiamiento a proyectos de prevención combinada que operan y ejecutan las organizaciones a nivel nacional. El proceso se realizó a través de convocatorias públicas y abiertas; el seguimiento, evaluación supervisión y validación de las acciones realizadas por las OSC se formaliza en una plataforma informática que facilita y sistematiza la información de cada proyecto, denominada Sistema de Monitoreo de Actividades de Prevención, la cual permite contar con la información actualizada de manera permanente. En 2017 se financiaron 123 proyectos de 91 OSC dirigidos a poblaciones clave y poblaciones en desigualdad, por más de 102.3 millones de pesos; para 2018 se tiene programado financiar 121 proyectos de 94 OSC, por un monto de 103.5 millones de pesos.

Para **incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres**, y con ello garantizar el acceso efectivo a servicios de anticoncepción en todas las unidades médicas de la SS, en 2018, por quinto año consecutivo se llevó a cabo la compra centralizada de métodos anticonceptivos, lo que ha permitido atender necesidades particulares de la población en los 32 SESA. De 2014 a 2018 se han invertido 4,079.5 millones de pesos en la adquisición de métodos anticonceptivos temporales. Esta acción ha permitido garantizar el abasto y disponibilidad de 14 tipos de anticonceptivos temporales de regulación de la fertilidad en unidades médicas y hospitales, incluyendo métodos reversibles de acción prolongada, como los implantes subdérmicos y los dispositivos intrauterinos, insumos que se proporcionan también en forma gratuita en los Servicios Amigables para Adolescentes. Se ha incluido, asimismo, la compra de anticoncepción de emergencia.

En apoyo a la prestación de servicios de planificación familiar y anticoncepción, se ha distribuido en los SESA

el disco de Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos, a efecto de que el personal de salud cuente con una herramienta práctica para la consejería, oferta y otorgamiento de estos insumos a la población adolescente que los demande.

Durante el primer semestre de 2018, como parte del Convenio de Colaboración con la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), se apoyó a 14 institutos nacionales y hospitales de tercer nivel de atención con material anticonceptivo para establecer servicios de planificación familiar dirigidos a mujeres con alto riesgo reproductivo. A la par, se efectuaron reuniones de evaluación y seguimiento con personal de los hospitales e institutos para fortalecer las acciones del programa.

En noviembre de 2017, los 32 SESA se sumaron a la conmemoración del Día Mundial de la Vasectomía durante la semana del 13 al 19 de noviembre de 2017, llevándose a cabo acciones de promoción y difusión a través de stands móviles, redes sociales, periódicos murales, conferencias de prensa, entrevistas por radio y televisión, entre otros. Como resultado de esta actividad, se realizaron 6,477 vasectomías (3,506 en la SS, 2,839 en el IMSS y 132 en el ISSSTE). Durante 2017, se practicaron en la SS 21,229 vasectomías, lo cual representó un aumento de 52.3% con respecto al cierre de 2012 (13,936).

De septiembre de 2017 a junio de 2018 se registraron en la SS, 410,458 aceptantes de métodos anticonceptivos durante el postevento obstétrico, lo que representó 69.2% de cobertura de anticoncepción postevento en la institución; es decir, que por cada 100 mujeres atendidas por parto, aborto o cesárea, aproximadamente 69 adoptaron un método anticonceptivo durante su estancia hospitalaria o bien durante los 40 días posteriores a la atención del evento obstétrico. En comparación con el valor registrado en 2012 (58.4%), este indicador ha aumentado 18.5%.

Al cierre de 2017 se contó con 4.5 millones de usuarias activas de algún método anticonceptivo, lo que representó una cobertura de 50.9% del total de mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años de edad que son responsabilidad de la SS. En comparación con la cifra registrada en diciembre de 2012, el número de usuarias activas de métodos anticonceptivos aumentó en 20.7%, equivalente a 774,327 usuarias.

Con el propósito de **incrementar la cobertura de detección prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis**

congénita, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se realizaron 474,844 pruebas rápidas de VIH en embarazadas de primera vez y 522,578 pruebas de detecciones de sífilis. Asimismo, como parte del proyecto general para incrementar la cobertura de la detección prenatal y evitar la transmisión vertical de la infección por VIH y la sífilis congénita, se realizaron acciones encaminadas a dotar de pruebas rápidas, y capacitación al personal médico y paramédico del primer y segundo niveles de atención, con un global de 1,116 personas capacitadas en la prevención de la transmisión vertical del VIH.

El seguimiento de las mujeres embarazadas reactivas a prueba de VIH sífilis es nominal y se procura su ingreso a TAR, lo que reduce la probabilidad de transmisión del VIH a los recién nacidos, en caso de confirmarse la infección por VIH en la madre. La meta del Programa Sectorial de Salud para 2018 es reducir a 20 casos nuevos de VIH perinatal y, aunque aún estamos lejos de cumplirla, debido principalmente a la baja cobertura de detección del VIH en mujeres embarazadas, se ha logrado disminuir su número: al cierre del año 2017 se registraron 79 casos, lo que equivale a una reducción de 39.69% respecto de la basal 2013 (131 casos nuevos). De los casos nuevos en este último año, 82% se concentra en Baja California (3), Campeche (3), Chiapas (9), Ciudad de México (3), Guanajuato (3), Estado de México (6), Michoacán (5), Nuevo León (3), Oaxaca (6), Puebla (6), Tabasco (8), Veracruz (7) y Yucatán (3).

En 2017, el Grupo de Trabajo Nacional para la Validación de la Eliminación de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis Congénita concluyó actividades de validación interna en Tlaxcala y Morelos. Ambas entidades cumplen con los objetivos programáticos de eliminación; sin embargo, se identificaron áreas de oportunidad, como son la necesidad de fortalecer los sistemas de información de manera sectorial, la consolidación de sus estrategias en un documento normativo estatal y sectorial, así como el fortalecimiento de la capacitación del personal médico de tercer nivel para la atención del evento obstétrico. El grupo de trabajo dará seguimiento a las recomendaciones con la finalidad de que ambos estados mantengan cifras compatibles con la eliminación. Asimismo, se exhortará a otras entidades federativas a que comiencen la integración de sus grupos estatales de validación, lo cual contribuirá al avance del país hacia la eliminación.

Con objeto de **fomentar el embarazo saludable y un parto y puerperio seguros**, mediante la aplicación de los “Lineamientos técnicos para la atención del embarazo

saludable, parto seguro y recién nacido(a)”, se promueven las acciones para fortalecer los hábitos saludables entre las mujeres en edad fértil y mejorar su estado de nutrición antes, durante y después embarazo, a fin de prevenir complicaciones y procurar un periodo gestacional más seguro y saludable. De septiembre de 2017 a junio de 2018 se otorgaron en la Secretaría de Salud 3,510,726 consultas de control prenatal, 14% de las cuales fueron atendidas desde el primer trimestre gestacional. Del total de consultas de primera vez (807,704), 28% (220,319) fueron para mujeres menores de 20 años. Se atendieron también 1,079,889 nacimientos, 97% a nivel hospitalario.

Entre septiembre de 2017 y junio de 2018 IMSS-PROSPERA otorgó control prenatal a 137,672 embarazadas; 59.5% de ellas (81,857) fue incorporado desde el primer trimestre; con un promedio de 8.8 consultas prenatales por embarazada. De 90,076 partos atendidos en el Programa, 95.1% se realizó de forma institucional por personal médico. Por su parte, se registraron 33,672 adolescentes embarazadas y 18,537 partos en este grupo. Con apoyo de la red de parteras en interrelación, entre septiembre de 2017 y junio de 2018 se otorgaron 180,071 consejerías; se realizaron 49,980 derivaciones de nuevas aceptantes a unidad médica para la prescripción de un método de planificación familiar y 14,032 acciones de seguimiento relativas a la aplicación de métodos orales. Asimismo, 27,674 derivaciones de embarazadas menores de 20 años a unidad médica para control prenatal, 3,343 derivaciones para la adopción de métodos definitivos y atención de 4,451 partos no complicados.

Para **fomentar la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego**, se han llevado a cabo acciones destinadas a aumentar la duración y el apego a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y, en forma complementaria, hasta los dos años de edad, como complemento a la alimentación, con lo que se ha logrado el cumplimiento de la Estrategia Nacional de la Lactancia Materna. Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se evaluaron de manera externa 34 hospitales para su inclusión en la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño y la Niña: 14 de la SS, siete del IMSS, nueve del Programa IMSS-PROSPERA, 2 del ISSSTE y 2 de ISSEMYM; estos se suman a los 62 hospitales evaluados en el periodo anterior. Asimismo, se otorgó capacitación en el tema a 127 evaluadores externos de todas las instituciones del SNS, que se suman a los 126 capacitados en el periodo anterior. Finalmente, se instalaron dos bancos de leche humana en Puebla y Sonora.

Para dar seguimiento a la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, entre septiembre de 2017 y junio de 2018, nueve hospitales rurales en Durango, Hidalgo y San Luis Potosí (uno en el primer estado y cuatro en cada uno de los otros dos) fueron nominados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva como "Amigos del Niño y la Niña". De septiembre de 2017 a junio de 2018, equipos de salud del Programa IMSS-PROSPERA impartieron 20,871 sesiones de orientación sobre salud materno infantil, incluyendo lactancia materna, a parteras voluntarias rurales del Programa.

Estrategia 1.6

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

A fin de **promover el desarrollo de capacidades entre la población adolescente para la construcción de relaciones libres de violencia**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se implementaron tres intervenciones preventivas a jóvenes adolescentes, con objeto de generar mecanismos de deconstrucción de roles y estereotipos de género que provocan conductas violentas, así como para la difusión de factores protectores para la identificación y resolución de estas. Se acreditaron 720 grupos en prevención de la violencia sexual en comunidad, 366 de hombres y 354 de mujeres, y en prevención de la violencia en el noviazgo se acreditaron 564 grupos mixtos.

Con el propósito de **desarrollar modelos y servicios de salud que respondan a las necesidades de la población adolescente**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Con la participación de las 32 entidades federativas, se realizó del 18 al 22 de septiembre de 2017, la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia, en la que se promovió la cultura de prevención a través del desarrollo de actividades deportivas, recreativo-culturales, y el otorgamiento de servicios integrales de salud para las y los adolescentes.
- Se contó con 2,076 grupos de Adolescentes Promotores de la Salud, que atendieron a 43,150 adolescentes en temas de prevención de enfermedades, prevención de violencia y embarazo en

adolescentes, entre otros, fue llevado a cabo a nivel nacional.

- El Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA), con la colaboración de las instituciones del sector, y con la finalidad de establecer las estrategias de prevención y promoción de la salud en adolescentes, efectuó tres reuniones nacionales y 72 reuniones en las 32 entidades federativas.

En el periodo de septiembre de 2017 a junio de 2018, a través de los CARA del Programa IMSS-PROSPERA se mantuvieron activos 10,757 equipos juveniles, integrados por 26,207 líderes adolescentes. Además, se brindaron 1,219,025 consultas a los adolescentes por personal médico, con lo que se logró que 42,763 jóvenes de este grupo aceptaran un método anticonceptivo. Por su parte, 33,672 adolescentes embarazadas recibieron consulta médica para su control prenatal, con la finalidad de prevenir la morbilidad materna.

Con el ánimo de **promover la colaboración interinstitucional e intersectoriales para ofrecer actividades recreativas, productivas y culturales**, la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social colaboró con el Instituto Mexicano de la Juventud en el Comité de Seguimiento al Programa Nacional de Juventud 2014-2018. La 6ª Sesión se realizó el 7 de diciembre de 2017, y la 7ª Sesión el 23 de marzo de 2018, siendo esta la primera y última del año.

Asimismo, la Unidad generó una alianza con la Coordinación de Investigación Científica de la UNAM a efecto de organizar el Primer Festival por la Salud Emocional. El objetivo del evento fue sensibilizar y brindar a la sociedad en general herramientas sobre la importancia de procurar la salud emocional; abordar y atender el tema emocional desde las tres áreas del conocimiento (artes, ciencias y humanidades) y el deporte para tener una concepción integral, además de generar una cultura e interés social por la salud emocional. Dicho festival se realizó en la Casa de Lago Juan José Arreola, ubicada en la Primera Sección del Bosque de Chapultepec, en la Ciudad de México. Se impartieron charlas de divulgación, conversatorios y más de 50 talleres, con la participación de más de 100 académicos y especialistas. Se contó con la colaboración de 20 instituciones, tanto académicas como de gobierno y culturales. Distribuidas en ocho escenarios y salas, se realizaron actividades artísticas y recreativas de manera simultánea, que reflejaron los múltiples aspectos de la salud emocional a escala individual, familiar y social, dirigidas a toda la familia. Se logró convocar a más de 10,000 personas durante toda la jornada.

Entre las actividades para **promover la detección y atención oportuna de trastornos mentales y el riesgo suicida en adolescentes**, los HRAE con atención pediátrica: Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), CRAE HEP, HRAEV y HRAEI han implementado programas de detección, atención médica, capacitación de personal de salud en las redes de servicios y formación de recursos humanos de alta especialidad, a través los servicios de consulta externa incorporando la psiquiatría de enlace y la atención psicológica, apoyando los tratamientos como trasplantes, cáncer infantil, cardiopatías, entre otros.

El INPRFM perfeccionó el proceso de determinación del riesgo suicida en las personas que demandan servicios a lo largo del ciclo vital, con énfasis en los adolescentes. Se realizaron las gestiones necesarias para la atención intrahospitalaria de adolescentes mayores de 16 años en alto riesgo por conducta suicida, de acuerdo con los criterios de hospitalización vigentes. En la Clínica de Adolescencia se perfeccionó el modelo de atención, que incluye la evaluación psiquiátrica estandarizada que permite identificar diagnósticos psiquiátricos y severidad de la psicopatología y su relación con riesgo suicida. En la Clínica de Género y Sexualidad se reciben interconsultas provenientes de la Clínica de Adolescente cuando se detecta que el riesgo suicida se relaciona con algunas situaciones de violencia familiar, sexual o de género.

En septiembre de 2017, el INPRFM llevó a cabo el curso de 30 horas titulado “La prevención del suicidio”, dirigido a profesionales de la salud de primer nivel de atención. Asimismo, continuó con la línea de investigación orientada a mantener un diagnóstico actualizado del problema en la población en general, a contar con modelos de intervención basados en evidencia y a conocer los factores que incrementan la probabilidad de cometer un acto suicida y los que hacen menos probable esta conducta.

La Unidad de Salud Mental del HJM, posibilita en el/la paciente la adquisición de habilidades y herramientas en la solución de sus conflictos, responsabilizándose de sí mismo(a) con la finalidad de encontrar los cambios que favorezcan su salud mental adaptándose y/o cambiando su entorno biopsicosocial.

A nivel interno, el procedimiento es aplicable a los pacientes de las diferentes especialidades médicas del hospital que lo soliciten, así como al propio personal del Hospital. A nivel externo se aplica a los pacientes que son referidos a la Unidad de Salud Mental comunitaria por otras unidades médicas de la Secretaría de Salud,

instituciones educativas, SEP y Sistemas DIF (Desarrollo Integral de la Familia).

Asimismo, a través de la línea de investigación en prevención de lesiones y violencia, el INSP dio inicio a un proyecto de investigación titulado: “Conducta suicida en adolescentes en México”, que permitirá generar conocimiento sobre los elementos contextuales del intento de suicidio en adolescentes en seis estados del país, lo cual reforzará las políticas públicas en México.

Durante el periodo que cubre este Informe, el INSP firmó un convenio de colaboración con el Programa de Inclusión Social PROSPERA para llevar a cabo un análisis sobre el desarrollo infantil temprano y el embarazo adolescente en beneficiarios de ese programa.

El INSP continuó con el desarrollo de vanguardia educativa a través de sus Cursos en Línea Masivos Abiertos, con el curso “Salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo en adolescentes” y mantuvo la colaboración en la ENAPEA.

En los SAP, con el fin de detectar a tiempo trastornos mentales relacionados con el aumento del riesgo del suicidio, así como prevenirlos y darles tratamiento oportuno, se impartieron nueve cursos para personal de salud con la participación de 514 asistentes. Asimismo, se dieron 17 pláticas, tres talleres, seis actividades psicoeducativas y una conferencia a familiares de usuarios y público en general sobre el tema de suicidio, con 9,210 asistentes.

Con el objetivo de **promover la detección oportuna del hostigamiento escolar (bullying) entre adolescentes, para su atención**, en el marco de la ahora Estrategia Global para la Prevención del Acoso Escolar y otros tipos de violencia, y con el apoyo de la asistencia técnica de SOCIEUX (Iniciativa de la Unión Europea para la Protección Social en Cooperación al Desarrollo), se elaboró el “Manual de prevención integral del acoso escolar para el/la responsable estatal”, a fin de apoyar a los Sistemas Estatales DIF de las entidades federativas a prevenir este problema en el ámbito comunitario y escolar. También se elaboró la “Guía de prevención integral del acoso escolar para las/os promotoras/es comunitarias/os”, herramienta de apoyo para el desarrollo de sus actividades comunitarias.

Además, se impartieron dos videoconferencias sobre el tema “El trastorno por déficit de atención asociado a la vulnerabilidad y los riesgos psicosociales que enfrentan niñas, niños y adolescentes”, con la participación de

573 servidores públicos de los 32 Sistemas DIF de la República.

Estrategia 1.7

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

La población de adultos mayores ha sido un grupo focal para el Seguro Popular, por considerarse un grupo vulnerable. A fin de **implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales**, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) ha generado sinergias con otros programas sociales para promover el cuidado y la atención oportuna de este grupo poblacional, a través de la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). En este contexto, de septiembre de 2017 a junio de 2018 el número de personas mayores de 60 años que fueron incorporadas al sistema ascendió a 5.7 millones, esto es, 51.8% más que al inicio de la administración.

Con el objetivo de **cerrar brechas de género en comunidades que garantice envejecimiento saludable**, durante la actual administración y hasta junio de 2018, el Programa IMSS-PROSPERA diagnosticó y brindó consejería y orientación nutricional a 11,272 personas adultas mayores en unidades médicas del Programa, e integró una red de apoyo conformada por 1,887 adolescentes para darles cuidado y acompañamiento.

Durante este periodo se ha hecho énfasis en **fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos y osteoporosis y caídas**.

La atención a la población en edad geriátrica ha sido uno de las más relevantes de los HRAE pues no se contaba con especialistas en algunos de los estados para brindar servicios médicos de alta especialidad principalmente la población de adultos mayores en la región reduciendo las necesidades de traslado de pacientes a otras ciudades principalmente la Ciudad de México.

El Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO), el HRAEPY, CRAE CS y el HRAEV en

particular, brindan atención a mayores de 65 años con padecimientos complejos con consulta externa y hospitalización contribuyendo a una vejez exitosa. La población atendida en CRAE CS tiene en promedio 51 años, lo cual muestra que se atiende un alto porcentaje de adultos mayores.

Se mantiene el fortalecimiento en la atención de pacientes geriátricos a través del área de enfermería, con sesiones informativas en materia de prevención y cuidados especiales del paciente geriátrico.

Se proporciona consulta a la población de adultos mayores a través del servicio de Geriatria de manera integral y conjunta con los servicios de nutrición clínica, rehabilitación, cardiología, medicina interna y ortopedia, con una atención pronta y expedita para favorecer los procesos de rehabilitación de los pacientes que lo requieran, limitar la discapacidad y promover la reinserción social. Sin embargo, a partir de 2018 no se cuenta con geriatras, por lo cual la consulta del paciente adulto mayor queda a cargo del servicio de medicina interna y demás disciplinas.

En el HNH se cuenta con grupos de apoyo para pacientes adultos mayores. Lo anterior enfocado a la capacitación de pacientes y familiares sobre los cuidados especiales del paciente geriátrico y detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas y sus complicaciones.

El Servicio de Geriatria del HJM ofrece dos modelos de atención. El primero es la consulta externa, donde en 2017 se atendieron 1,458 pacientes, 218 de ellos de primera vez. En esa sesión se realiza una evaluación gerontogeriatría para detectar la presencia de riesgo de caídas, si presenta o no datos de fragilidad, colapso del cuidador, inmovilidad y demás síndromes geriátricos. Se da seguimiento de acuerdo a las necesidades de cada paciente y se determina la necesidad de valoraciones exhaustivas en otras especialidades, como oftalmología, audiología y rehabilitación. Además, se cuenta con la Unidad de Agudos, donde a lo largo del 2017 se evaluaron 470 pacientes que reunían características de acuerdo al perfil del paciente geriátrico diseñado por el servicio, los cuales fueron atendidos por un equipo interdisciplinario de geriatras, gerontólogos y psicólogos. El enfoque está destinado a restablecer al adulto mayor a su domicilio con el menor impacto de la agudización y con metas rehabilitatorias, así como evitar complicaciones durante la hospitalización, como lo son úlceras por presión, caídas y delirium. Se están valorando, además, pacientes de servicios quirúrgicos, como ortopedia y oncología, para otorgar orientación encaminada a prevenir síndromes geriátricos (úlceras por

presión, inmovilidad, caídas, infecciones nosocomiales) como complicaciones de la hospitalización.

En el Hospital General Dr. Manuel Gea González (HGMGG) se integró la Clínica de seguimiento al paciente Geriátrico Hospitalizado para dar atención a este grupo poblacional durante su internamiento y permitir que se reintegre como persona funcional a la sociedad. El INSP en coordinación con la Organización Mundial de la Salud llevó a cabo durante los meses agosto y septiembre de 2017 el “Estudio Global sobre el Envejecimiento y la Salud del Adulto (SAGE-México)” en todo el territorio mexicano. Este estudio se llevó a cabo de manera simultánea en seis países y el objetivo fue mejorar la comprensión, los efectos del envejecimiento en el bienestar y el estado de salud de las personas mayores de 50 años, así como conocer las tendencias y patrones que ocurren a través del tiempo. La información que se obtuvo es sobre las condiciones de salud de las personas mayores, su desempeño físico, la cobertura y desempeño de los Sistemas de Salud e información socioeconómica y sociodemográfica.

El INNN enfocó 18% de sus protocolos de investigación del periodo en el estudio de enfermedades neurodegenerativas (principalmente esclerosis múltiple y enfermedades de Parkinson, Alzheimer y Huntington) y 4% en demencias, afecciones que están correlacionadas con el envejecimiento. Como parte de su plan curricular permanente impartió el posgrado de Alta Especialidad en Envejecimiento Cognitivo y Demencias, mismo que formó a tres médicos; el de Enfermedad de Parkinson y Trastornos del Movimiento, que formó a tres médicos, y el de Esclerosis Múltiple, que formó a un médico. Se llevó a cabo el simposio del Día Mundial de Huntington, con 180 asistentes, así como el curso Innovación que Transforma la Esclerosis Múltiple, con 100 asistentes.

El Centro de Instrucción de Enfermería Especializada del INNN implementó la consultoría para el adulto mayor.

Para atención integral de los pacientes, en especial adultos mayores, en los HRAE se cuenta con servicios de psicología y psiquiatría **ampliar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en materia de salud mental**. Este servicio constituye un coadyuvante en el apego a los tratamientos que en el caso de los padecimientos complejos requieren de apoyo para los prolongados tratamientos o procesos de rehabilitación que pueden causar síntomas depresivos. El acceso a los servicios no tiene limitante por condición social ni laboral.

En el HRAEO se ha fortalecido la formación en la especialidad de medicina interna, ya que presta servicios

a un alto porcentaje de pacientes mayores de 65 años, por lo que constituye la alternativa regional para padecimientos complejos y reduce así la necesidad de traslados a otras ciudades.

En el HRAEPY se otorgan cerca de mil consultas externas y hospitalización en atención de la especialidad de geriatría en la que se realiza la detección de padecimientos relacionados con el envejecimiento en la población mayor de 60 años de edad, dando una vigilancia integral de los pacientes.

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez desarrolló un protocolo de investigación denominado “Violencia, salud mental y consumo de sustancias en residentes del INNN”, el cual permitió conocer la epidemiología local de un fenómeno conocido para fortalecer políticas al interior de las instituciones.

El INPRFM, a fin de fortalecer los programas de atención comunitaria y reinserción social de los pacientes y sus familiares, realizó investigación orientada a conocer las necesidades sentidas por los usuarios de servicios, así como su opinión sobre el cumplimiento de lo dispuesto en las convenciones internacionales que protegen los derechos de las personas con discapacidad y acerca de la modificación de los criterios diagnósticos de la OMS y las bases del estigma que rodea a estas enfermedades. Se realizaron modelos de atención integral en:

- Psicoeducación continua para familiares de personas usuarias de sus servicios.
- Curso “Familia a familia” para familiares de las personas con enfermedades mentales.
- Curso “Tierra a la vista” dirigido a personas con trastornos mentales que están en tratamiento.
- Grupo Desafío, en el que participan personas graduadas del curso “Tierra a la vista”.

En el HNH se cuenta con el servicio de Psicología, que en conjunto con el servicio de Trabajo Social crearon grupos de apoyo para pacientes adultos mayores. Lo anterior, enfocado a la capacitación de pacientes y familiares sobre los cuidados especiales del paciente geriátrico y la detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas y sus complicaciones.

Para ampliar la prevención en padecimientos relacionados con la salud mental, los psicólogos adscritos al HJM contribuyen a la depuración del psicodiagnóstico por medio de la aplicación de diferentes pruebas psicológicas

encaminadas a definir estrategias terapéuticas según los requerimientos específicos de cada paciente y/o corroborar diagnósticos. Además, se gesta la situación que posibilite al paciente, de manera grupal, adquirir habilidades y herramientas para identificar y resolver los conflictos emocionales relacionados con su padecimiento, promoviendo el cambio de actitudes y estilo de comunicación en el sistema familiar-social, tendiente a apoyar el fortalecimiento de los pacientes.

El HGMGG conformó un grupo de psicólogos para apoyar la atención integral de los pacientes y sus familiares en el servicio de Urgencias, en los casos de crisis. Se contó con el apoyo psicológico en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, con el objetivo minimizar o canalizar el impacto psicológico que la proximidad de la muerte puede generar en el paciente, su familia y los cuidadores. También se otorga apoyo psicológico en la Clínica de Obesidad para los aspectos emocionales, tales como el estrés, la depresión o las experiencias que causaron el aumento de peso. Se consolidó la atención a médicos residentes y a estudiantes de enfermería por parte del psicólogo adscrito a la Subdirección de Enseñanza.

Los SAP otorgaron un total de 10,474 consultas de primera vez y subsecuentes a personas adultas mayores con el objetivo de dar un diagnóstico y tratamiento oportuno. Asimismo, 197 personas adultas mayores recibieron atención hospitalaria.

El INSP publicó dos artículos científicos de relevancia. Uno de ellos es “Gobernanza y salud mental: aportes para su abordaje en materia de políticas públicas” (“Revista de Saúde Pública”, vol. 51, núm. 4, 2017), en el que se a través de una revisión sistemática se analiza la conceptualización del término “gobernanza” en las políticas de salud mental, y se concluye que este concepto incorpora estándares de calidad y atención centrada en el paciente e incluye a los usuarios en la toma de decisiones. Por su parte, “Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave” (“Gaceta Sanitaria” volumen 31, núm 4, 2017) refiere hallazgos que permiten comprender el proceso de gobernanza en salud mental desde la perspectiva de los propios actores, y señala que “en el proceso de interacción se tiene una gobernanza débil, centralizada, no inclusiva ni sistemática, y actores con distintos niveles de responsabilidad e influencia que inciden directamente en el grado de cumplimiento de los indicadores de gobernanza”.

Con el propósito de **incrementar las acciones de promoción de la salud para lograr el autocuidado de las personas adultas mayores** y fomentar un

envejecimiento activo y saludable, es necesario realizar acciones de promoción de la salud que faciliten un cambio en las conductas con información clara y precisa, para lo cual, ya operan 32 Comités Estatales de Atención al Envejecimiento, que se encargan de garantizar la coordinación sectorial e interinstitucional de acciones que favorezcan la atención de este grupo etario. En el marco de necesidades de información que sustenten al programa, se alcanzó 100% de las metas establecidas en la aplicación de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento.

Para poner en la agenda pública a las personas adultas mayores, se llevó a cabo la Semana de Salud para Gente Grande, del 23 al 29 de octubre de 2017, logrando un avance de 91.4% de las metas, destacando 1,618,492 acciones de promoción de la salud; 4,590,074 detecciones y 3,495,196 intervenciones para el control de enfermedades.

En el marco del Programa de Acción Específico Atención del Envejecimiento, bajo la premisa de los altos costos generados por las fracturas causadas por osteoporosis, se implementó y aplicó el cuestionario de “Riesgo de fracturas por osteoporosis” a través de la herramienta para la evaluación del riesgo de fractura (HERF; FRAX por sus siglas en inglés), lo que permitió alcanzar, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, 61% de cobertura en personas de 50 años y más.

Como parte del compromiso de **fortalecer la acción institucional y social organizada para la atención comunitaria de las personas adultas mayores**, los HRAE, como integrantes de las redes estatales de servicios, ofrecen atención a la población geriátrica y a todo usuario que acude a solicitarla sin importar su condición social o laboral con apego al cero rechazo. Se ofrece una prevaloración médica para que se analicen las alternativas en el difícil contexto de las situaciones económicas específicas.

El HRAEO, para prestar los servicios médicos, ha dispuesto de relaciones con albergues para el apoyo de los adultos mayores, principalmente cuando pertenecen a grupos vulnerables, con un sólido programa de interculturalidad. Esta visión se comparte en el HRAEPY, lo que ha favorecido la concurrencia de pacientes mayores de 65 años, siendo la alternativa regional para padecimientos complejos en sus propias localidades.

El Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) ha impartido de manera permanente el curso en línea autodirigido denominado “Promoción de salud de la mujer adulta mayor”, con el objetivo de transferir la metodología de desarrollo de capacidades que contribuyan a la

promoción de la salud y el empoderamiento de las mujeres adultas mayores. Asimismo, el INGER participa de forma permanente con el grupo de trabajo Vivir Bien, plataforma web en alianza con la Fundación Tagle y el Grupo Ferrer.

El INPRFM mantiene vigente su convenio con la Ciudad de México para realizar prácticas clínicas en los Centros Nacionales de Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico. Participan médicos residentes del curso de posgrado de alta especialidad del área de psicogeriatría, y la rotación se realiza periódicamente durante un año. Como actividad permanente, realiza la difusión de los principios del envejecimiento saludable en la Clínica de Psicogeriatría, mediante la entrega de trípticos y otros materiales informativos para promover el autocuidado, la actividad física, la nutrición apropiada, el uso relacionado de fármacos, la prevención de caídas y la actividad social.

Asimismo, el INPRFM realiza actividades para una detección oportuna de patologías relacionadas, como los trastornos neurocognitivos mayor y leve, a través de actividades como la de la queja subjetiva de memoria.

Por su parte, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), en conjunto con el departamento de Educación Nutricional, obtuvo de la Secretaría de Ciencia y Tecnología del Gobierno de la Ciudad de México financiamiento por 2,100,000 pesos para el proyecto Diagnóstico del Estado de Nutrición, Salud y Estilo de Vida de Adultos Mayores Institucionalizados.

En el HJM el impacto en comunidad se logra a través de educación al paciente y la familia durante la hospitalización y en consulta externa. Se realizan algunas brigadas de información sobre padecimientos prevalentes en la población adulta mayor en la sala de espera de la consulta externa.

Por su parte, el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INC) en octubre de 2017 implementó 15 clínicas como parte de la consulta externa. Entre ellas está la Clínica de Cardiología Geriátrica, cuyo propósito es atender pacientes adultos mayores para generar y ampliar las bases de datos locales y protocolos de investigación que resuelvan los problemas específicos de este grupo poblacional. Se busca, así, continuar con una

atención médica digna y de alta especialidad que incluya el tratamiento integral, tanto farmacológico como de otras intervenciones, para favorecer la evolución satisfactoria del paciente y contribuir a que logre una mejor calidad de vida. Además, coadyuva en la formación de médicos residentes con bases éticas y científicas para la atención integral de este grupo de pacientes.

El Servicio de Geriatría del HGM cuenta con un Modelo de Atención Integral del Envejecimiento, con el que se busca optimizar su capacidad para atender al adulto mayor a través de una reingeniería de procesos que contempla varios puntos estratégicos, con metas a corto, mediano y largo plazo.

Entre sus metas a corto plazo, que ya están en desarrollo, está la optimización de los recursos existentes, tanto humanos como materiales; la reingeniería de los procesos; el establecimiento de clínicas; la aplicación de los programas de atención gerontogeriatrica de acuerdo con las tendencias demográficas y epidemiológica, y la formación de círculos de investigación que desarrollen líneas de estudio acordes con las necesidades gerontogeriatricas detectadas en la población.

A mediano plazo, las metas son gestionar la reestructuración o reubicación física del servicio para brindar una atención más oportuna a los pacientes adultos mayores, así como promover la prevención integral y el control de las enfermedades en los ancianos, en los ámbitos general, grupal e individual.

Las metas a largo plazo son fortalecer el liderazgo y trascender y obtener el reconocimiento de la propia institución como servicio a la vanguardia en las áreas prioritarias de la atención gerontogeriatrica y en la formación de recursos humanos de la especialidad.

Este Servicio cuenta con las unidades de consulta externa, hospitalización y sala de día, dedicado a la atención de los pacientes de 70 años y más con problemas gerontogeriatricos.

Las premisas de este modelo son la equidad, la efectividad en el servicio, la excelencia en el factor humano y la oportunidad en la administración de los tratamientos. Y uno de sus puntos estratégicos es lograr un servicio interconsultante y conseguir que el grupo interdisciplinario que lo conforma sea reconocido por todas las especialidades.





2. ASEGURAR EL ACCESO EFECTIVO A SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD



Estrategia 2.1

Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral

En la línea de acción destinada a **promover un modelo de atención integral a la salud común para todo el Sistema Nacional de Salud**, las acciones realizadas en los tres componentes del Modelo de Atención Integral del 1 de septiembre de 2017 a la fecha fueron:

- En el componente de Redes Integradas de Servicios de Salud se han realizado siete talleres regionales para la actualización/elaboración de Estudios de Regionalización Operativa, en los que han participado las 32 entidades federativas y se han capacitado 188 personas en todo el país.
- En el componente de Sistemas Locales de Salud se obtuvieron y analizaron los resultados de los diagnósticos sobre la operación de las jurisdicciones sanitarias, en los que participaron dos actores externos coordinados por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), entre los que estuvo el Banco Mundial.
- Finalmente, en el componente de Participación Ciudadana se concluyó la versión preliminar de la “Guía de referencia para promover la participación ciudadana en salud”, esfuerzo coordinado con la Dirección General de Promoción de la Salud, que establece estrategias para fortalecer y evaluar la participación ciudadana a nivel jurisdiccional.

Los HRAE brindaron cerca de 420 mil consultas y tuvieron cerca de 32 mil egresos, 88% de ellos por mejoría. Han llevado la alta especialidad a la población de 16 estados que conforman las regiones en las que se ubican. La cifra es inferior a la del periodo precedente por situaciones fortuitas, como los sismos e inundaciones acaecidos en 2017, que afectaron la capacidad de atención en los HRAE de Oaxaca y Chiapas por daños en las instalaciones hospitalarias. El HRAEI disminuyó sus

consultas al reabrirse los hospitales de la red de servicios de las localidades del Estado de México cercanas al hospital. Adicionalmente, se realizó en el primer semestre de 2018 la remodelación del área de Urgencias, que implicó una ampliación del número de camas disponibles, que pasaron de nueve a 26, lo que permite una mejor atención a los usuarios.

El Programa de Mejora de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (DGCHRAE) se lleva a cabo a través de la colaboración entre los HRAE para difundir las mejores prácticas y su adopción. Durante 2017-2018 se contó con 94 servicios acreditados para el FPGC, SM SXXI y CAUSES, entre otros, lo que favorece la atención en las mejores condiciones, por la calidad y seguridad para los pacientes, además de que reduce el gasto de bolsillo. Se programó en el segundo semestre la reacreditación de dos servicios en el HRAEPY a los que se les terminó la vigencia.

La importancia que se otorga a la calidad de la atención ha favorecido la acreditación de los servicios. Se ha incluido a pacientes provenientes de otras instituciones de las redes de servicios de salud de las regiones en las que se ubican, a través de la referencia y contrarreferencia, lo que ha posicionado a los HRAE como hospitales con gran capacidad resolutoria en alta especialidad.

En los HRAE se ha favorecido llevar a cabo procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios de alta especialidad por ser más costo-efectivos. Además, se realizaron cerca de 45 mil sesiones de rehabilitación de alta especialidad, 90% de ellas en pacientes con padecimientos complejos, por equipos de profesionales con capacitación de vanguardia, en instalaciones con equipamiento de alta tecnología.

El HRAEB mantuvo y renovó las 22 acreditaciones para FPGC y SM SXXI y ha avanzado en el proceso de certificación, con lo que está trabajando para implementar un modelo de atención que fortalezca el cumplimiento de los criterios del SNS.

El HRAE CS acreditó 13 servicios en el periodo que se reporta, lo que ha permitido un ingreso al CRAE para enfrentar procesos de renovación, y con apoyo del Fondo

de Desastres Naturales, resolver los graves problemas derivados de dichos eventos.

El HRAEO, el HRAEPY y el HRAV suscribieron convenios de intercambio de servicios a nivel interinstitucional que fortalecen la atención médica integral aprovechando la disponibilidad de infraestructura de tercer nivel de los HRAE.

Se cuenta con convenios para ofrecer servicios con todos los hospitales de la localidad. Asimismo, se acreditaron 17 patologías que entran como FPGC en la Unidad, con lo que en el HRAEV se asegura la atención de enfermedades extremadamente costosas para los pacientes, sin cobro directo para ellos.

La DGCHRAE participa en el grupo interinstitucional para el intercambio de servicios en el análisis de los anexos de intervenciones y demás aspectos técnicos para la definición de los convenios derivados del Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios.

Por su parte, el INER fortaleció su papel como Centro Nacional de Referencia Hospitalaria para el diagnóstico de la influenza, en colaboración con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. En enero de 2018 renovó el convenio “Procesamiento de muestras de influenza”, incluyendo la vigilancia epidemiológica.

El total de pacientes aceptados fue de 5,534, de los cuales 6.4% (353) fueron referidos por diversos centros de salud; el segundo nivel de atención envió a 34.2% (1,893); el tercer nivel a 20% (1,107); el ISSSTE a 0.7% (37); el IMSS a 0.5% (27); médicos particulares refirieron a 36.6% (2,029) y otros, a 1.6% (88).

El Instituto refirió 2,951 pacientes después de la preconsulta sin apertura de registro clínico. De ellos, fueron a centros de salud 5.4% (159), a hospitales generales 34% (1,004), a diferentes instituciones de tercer nivel 18.1% (535), al ISSSTE 1.8% (52) y al IMSS 1.6% (46). En tanto, 36.2% (1,067) regresaron a su lugar de origen con los médicos que inicialmente los habían remitido al Instituto y otros 2.9% (88).

De los pacientes atendidos por primera vez en el INER, 31.6% (1,750) provenía de la Ciudad de México. El 68.4% (3,784) arribó desde diversas entidades de la República, sobre todo del Estado de México, con 28.4% (1,572); Morelos, con 6.5% (359), e Hidalgo, con 6.4% (352). Al resto de los estados correspondió 27.1% (1,501).

El tumor maligno de mama y del cuello de útero ocuparon los dos primeros lugares como causa de consulta de

primera vez, mientras que las principales causas de hospitalización fuerpm el tumor maligno de mama y el de colon/recto.

En el INMEGEN se han registrado durante 2017 y 2018 diversos resultados derivados de la puesta en operación en 2013 de dos unidades mixtas (la Unidad de Vinculación Científica UNAM-INMEGEN en colaboración con Facultad de Medicina de la UNAM, y la Unidad Periférica de Investigación de Poblaciones Aplicadas a la Salud en colaboración con Facultad de Química de la UNAM) y el establecimiento del Laboratorio de Genómica de Enfermedades Psiquiátricas y Neurodegenerativas, en conjunto con Servicio de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud. Así, se han desarrollado estudios relacionados con problemas de salud pública en México (diabetes, obesidad, parto prematuro, genómica del embarazo, estrés postraumático, enfermedades psiquiátricas, entre otros), así como estudios sobre genómica, biología celular, bioquímica y biología de sistemas aplicados al análisis de la etiología y fisiopatología de enfermedades relevantes para la salud pública del país. Asimismo, se ha impulsado el desarrollo de líneas de investigación con el enfoque genómico y otras metodologías biomédicas para profundizar en la comprensión de los mecanismos de las enfermedades psiquiátricas, con miras a mejorar los métodos de prevención y tratamiento.

Durante 2017 se formalizaron convenios específicos a través del Programa de Laboratorios Nacionales CONACYT, en colaboración con el Instituto de Biotecnología de la UNAM, para la consolidación de los proyectos “Laboratorio nacional para la producción y análisis de moléculas y medicamentos biotecnológicos” y “Laboratorio nacional de apoyo tecnológico a las ciencias genómicas”.

En el HJM, con el objetivo de promover un modelo de atención integral a la salud, durante 2017 se proporcionaron alrededor de 210,000 atenciones en el servicio de consulta externa. Además, se fortalecieron las clínicas de atención especializada, como son las de obesidad, del adulto mayor, del dolor y de heridas y estomas, con la finalidad de mejorar la calidad de atención y reducir los tiempos de diferimiento en la consulta. También se incrementó el número de acreditaciones para el FPGC, SM SXXI y CAUSES, lo cual favorece la accesibilidad de la atención en las mejores condiciones, por la calidad y seguridad para los pacientes.

El HGM se ha modernizado tecnológicamente a través del desarrollo de módulos informáticos que permiten al médico solicitar estudios de laboratorio e imagenología

como apoyo a su diagnóstico; pueden consultar desde cualquier equipo de cómputo los resultados de dichos estudios, así como los de biopsias. Se ha trabajado en la programación, seguimiento y resolución de cirugías, lo que permite llevar la agenda de los quirófanos, así como el registro del dictado quirúrgico. Se desarrollaron cuatro apartados del expediente clínico para el paciente hospitalizado, el cual permite al médico registrar la hoja frontal del paciente, las notas de evolución durante su estancia hospitalaria, las interconsultas necesarias como apoyo al tratamiento y la hoja de alta hospitalaria en el momento del egreso del paciente.

A fin de **actualizar los mecanismos y modalidades de prestación de servicios que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud**, en el Programa de Intercambio de Servicios Planificado, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, se llevó a cabo lo siguiente:

- Se suscribieron convenios específicos en 13 entidades federativas,^{1/} en el marco del Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios.
- Se incorporaron al Acuerdo, a través de la suscripción de la hoja de firma de adhesión, 20 entidades federativas.^{2/}
- Se actualizó la información de oferta y demanda de servicios de salud como parte de la integración del diagnóstico interinstitucional, proporcionada por los Servicios Estatales de Salud de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Hidalgo, Puebla, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Zacatecas.
- Se realizó un taller interinstitucional de intercambio de servicios en Tamaulipas, como parte de las acciones de asesoría y seguimiento en favor de la suscripción de convenios específicos de intercambio en las entidades federativas.

La DGCHRAE participó activamente en la obtención de donaciones de equipos de mastografía en el HRAEO en el CRAE CS, con lo que se ha mejorado la infraestructura para el diagnóstico. Esto ha permitido contar con círculos virtuosos en los que se detectan patologías, los pacientes tienen su póliza de seguro y el hospital está acreditado

para atender la enfermedad, con la ventaja de que se reduce el gasto de bolsillo.

En el HRAEB se ha mejorado el área de medicina nuclear y la unidad de investigación dará nuevas opciones de trabajo, que redundarán con sus proyectos en la incorporación de conocimiento de vanguardia para la salud.

El HRAEI remodeló su área de urgencias, con lo que logró un incremento de las camas disponibles de nueve a 26, y eliminó la necesidad de camillas en el área. Esto ampliará las posibilidades de atención médica con mayor calidad para la población.

Después de los desastres naturales que impusieron una problemática muy compleja en los hospitales del CRAE y HRAEO, principalmente, se contó con el apoyo del Fondo de Desastres Naturales para realizar la reparación de los quirófanos, áreas de imagenología, pisos de hospitalización, consultorios y elevadores, entre otros.

Se abrirá para operación la sala de Hemodinamia Pediátrica en el CRAE HEP, que fue donada por el INC. Con la asesoría de los institutos nacionales de Cancerología y de Pediatría y del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), se planea la Unidad de Atención Hematooncológica, que dará servicio a la población del estado de Chiapas, al contar, entre otros equipos, con un acelerador lineal de acuerdo con el proyecto.

La Unidad establece metodología para la revisión, seguimiento, evaluación y control de procesos de atención médica y administrativa, así como de los indicadores de desempeño interno. Además, la fortalece a través del sistema de Control Interno y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (matriz de riesgos) del Órgano Interno de Control, estableciendo mejoras en el manejo del expediente clínico, detección de oportunidades en materia de transparencia y atención médica. Esto da como resultado una mayor calidad y seguridad en la oferta de los servicios, con la consecuente percepción de satisfacción de los pacientes por los servicios recibidos.

Se ha realizado difusión de la cartera de servicios a través de trípticos y de la página web, y se han efectuado visitas a diferentes hospitales pertenecientes a la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, así como a los pertenecientes al Gobierno de la Ciudad de México, e incluso a hospitales generales de los estados de México, Hidalgo y Guerrero. Además, se establecen acuerdos interinstitucionales con la finalidad de asegurar el acceso a los servicios de salud y optimizar los recursos de cada una de las unidades participantes.

^{1/} Aguascalientes, Campeche, Coahuila, Durango, Guerrero, Hidalgo, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán.

^{2/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán.

El INSP contribuyó al perfeccionamiento de mecanismos de evaluación de la investigación basada en indicadores de calidad científica a través de la “Evaluación de los procesos de la gestión de calidad en la atención neonatal del Sistema de Protección Social en Salud: Medición basal”. Otro proyecto realizado por el INSP es la “Estrategia integral para la formación de recursos humanos en gestión de la calidad de los servicios de salud como respuesta al Programa Sectorial de Salud 2013-2018”, para impulsar la formación de profesionales con capacidad técnica para ejercer liderazgo en investigación de alto nivel y en la gestión de estrategias, programas y proyectos a fin de mejorar la calidad de los servicios que integran el Sistema de Salud del país.

En octubre de 2017, el INC incorporó 15 clínicas como parte del modelo de atención en consulta externa, las cuales tienen como objetivo identificar pacientes con patologías específicas para generar bases de datos y protocolos de investigación que resuelvan problemas específicos de la población, que permitan brindar atención especializada y contribuir a la formación de profesionales con especialización en cardiología y ramas afines.

Entre las acciones destinadas a **fortalecer los recursos para la salud que permitan mejorar la capacidad resolutive en las unidades de atención**, y en aras de que el acceso a los servicios sea amplio para la población, los HRAE aplican la política de cero rechazo, manteniendo los estándares más altos de calidad de la atención y seguridad de los pacientes. Cerca de 95% de los pacientes atendidos son de niveles socioeconómicos vulnerables.

En agosto de 2018 se cuenta con 94 acreditaciones y se continuará el programa a fin de concluir el año con cerca de 100 servicios para la atención de enfermedades cubiertas por el FPGC y el SM SXXI. En 2017, el HRAEB y el HRAEI iniciaron las fases previas para la certificación, con lo que se está trabajando para implementar un modelo de atención que fortalezca el cumplimiento de los criterios del SNS.

Durante el periodo que se informa, el HJM reforzó la contratación de los recursos en salud, identificando necesidades específicas y prioritarias, acordes al requerimiento institucional. Actualmente se realizan evaluaciones de seguimiento para medir el impacto deseado.

El HJM mantiene un estricto apego a la política de cero rechazo y conserva los estándares más altos de calidad de la atención y seguridad de los pacientes, con especial atención a la población que no cuenta con ningún tipo de

seguridad social y a los grupos vulnerables. Por ello, es de vital importancia continuar trabajando para incrementar el número de acreditaciones del SPSS, como son Gastos Catastróficos, SM S XXI y CAUSES.

El 90% de la población atendida en el HIMFG está clasificada en los niveles socioeconómicos más bajos (exentos, nivel 1 y 2).

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se tramitaron ante las diversas unidades administrativas e instancias de salud para su atención 3,935 peticiones ciudadanas relacionadas con el acceso a los servicios de salud; referente a la afiliación a los diferentes servicios médicos; para recibir atención médica y/o estudios médicos; solicitud de mejora de servicios médicos; remodelación, ampliación o construcción de unidades médicas, y formalización laboral del personal médico y auxiliar.

Se brindó atención y gestión a las peticiones ciudadanas que son competencia de la Secretaría de Salud, las cuales se remitieron a las distintas unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados, hospitales e Institutos de Salud, así como a las Secretarías Estatales de Salud. Además, se ha trabajado para fortalecer los vínculos con estas instancias con objeto de optimizar el seguimiento de las peticiones ciudadanas. El trámite de dichas solicitudes se cumplió en forma, de acuerdo con lo establecido en las reglas para su trámite por la Dirección General de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República.

Al año 2018, IMSS-PROSPERA ha dado cobertura en salud a 13,121,651 personas que carecen de acceso a la seguridad social, 51% integrado por mujeres y 49% por hombres. De septiembre de 2017 a junio de 2018, mediante su infraestructura médica conformada por 4,303 unidades médicas de primer nivel y 80 de segundo nivel, el Programa otorgó 22,112,335 consultas; atendió 811,085 urgencias; realizó 8,000,533 estudios de laboratorio y 261,612 de rayos X; tuvo 191,985 egresos hospitalarios y 83,127 intervenciones quirúrgicas, con un promedio de 78% de ocupación en sus unidades hospitalarias.

En materia de acercamiento de servicios de tercer nivel y cirugías de alta especialidad a esta población vulnerable, y con el apoyo del IMSS en su régimen obligatorio, IMSS-PROSPERA desarrolló 18 encuentros médico-quirúrgicos en las especialidades de ginecología oncológica (5), oftalmología (6), cirugía reconstructiva (2), urología (1), cirugía reconstructiva pediátrica (1), ortopedia (2) y ortopedia pediátrica (1). Como resultado de lo anterior,

fueron valoradas 11,985 personas y se realizaron 4,187 procedimientos quirúrgicos.

Con el propósito de **fortalecer modelos de atención médica a distancia que favorezcan el acceso efectivo a servicios de salud**, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) desarrolló el catálogo de servicios de telesalud, cuyo objetivo es servir como instrumento de referencia para unificar criterios que permitan que los tomadores de decisiones en el ámbito de la telesalud se comuniquen en los mismos términos. Además, la cédula de instrumentos jurídicos aplicables a la práctica de la telesalud en México constituye una compilación de instrumentos jurídicos que contribuyen a que el profesional de la salud tenga referencias para la práctica de la telesalud.

El CRAE HEP mantiene su vinculación con el INC para la revisión de casos clínicos de pacientes pediátricos con patología cardíaca, lo que ha permitido la atención oportuna de pacientes de escasos recursos.

La CCINSHAE, y en particular la DGCHRAE, ofrecen la posibilidad de realizar las reuniones técnicas con el personal directivo de los HRAE a través de teleconferencias, con lo que se reducen los costos de traslado y se favorece el seguimiento de lineamientos para una atención estandarizada, con la participación de los directores médicos y directores de operaciones de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

Los HRAE de Ciudad Victoria y de Ixtapaluca, así como el CRAE HEP mantienen programas de telemedicina con la red de los hospitales o instituciones con prestación de servicios de salud en las regiones, para el diagnóstico, tratamiento oportuno, seguimiento y control de la salud de los pacientes, sin importar su lugar de residencia.

Al respecto, el INMEGEN participó con el Centro Mexicano de Educación en Salud por Televisión (CEMESATEL) del HIMFG para la realización del programa televisivo “La genómica de las enfermedades mentales”, transmitido el 4 de octubre de 2017 en vivo por el Canal 27 de la Red EDUSAT y a través del sitio web <www.hospitalinfantildemexicofedericogomez.mx>.

Asimismo, el INMEGEN, en colaboración con la Dirección General de Divulgación de la Ciencia de la UNAM, transmitió en vivo desde la Teleaula Luis Estrada, con sede en el Museo de Ciencias, la conferencia “La genómica del cáncer”, el 10 de noviembre de 2017, en esta ocasión dirigida a los alumnos del Colegio de Ciencias y

Humanidades plantel Naucalpan, las preparatorias 7 y 8, así como el Colegio Carol Baur, plantel Estado de México.

El INMEGEN realizó las gestiones para el otorgamiento de tres licencias no exclusivas y gratuitas para la transmisión de la obra audiovisual “El Show del Dr. Gecko” a través de la Red de Radiodifusoras y Televisoras Educativas y Culturales de México A.C., Mexicalan y el Museo Laberinto de las Ciencias y las Artes de San Luis Potosí. A este último se le otorgó la licencia para el uso del personaje del Dr. Gecko.

El INGER, impartió 13 cursos en línea enfocados al envejecimiento y la salud. Lo anterior, en correspondencia con la estrategia institucional de fortalecer la enseñanza a distancia, toda vez que por la naturaleza de las instituciones y los servicios que otorgan, es difícil que el personal acuda a cursos presenciales.

En el HJM no se cuenta con la infraestructura para fortalecer las acciones de telemedicina con los hospitales de la región, pero se viene trabajando en ello y se espera que en un corto plazo, a través de las tecnologías de la información y telecomunicaciones, se pueda ofrecer el servicio para el diagnóstico, tratamiento oportuno, seguimiento y control de la salud de la población.

El HGMGG llevó a cabo un programa piloto para el servicio de teleconsultas a domicilio de pacientes del Servicio de Geriatría y la Clínica de Cuidados Paliativos. Asimismo, se trabaja en una propuesta para fortalecer la referencia y contrarreferencia de pacientes mediante la telemedicina.

El HIMFG realiza, desde mayo de 2017, la transmisión de sesiones clínico-patológicas y del programa académico, con equipo propio de producción. Las sesiones inter e intrainstitucionales forman parte de la programación del CEMESATEL y se transmiten por la página de Internet <www.hospitalinfantildemexicofedericogomez.mx>.

El INNN está gestionando la mejora de sus instalaciones para contar con infraestructura para la telemedicina a fin de desarrollar acciones de este tipo en el futuro.

En materia de informática, en el INP se dio continuidad a las estrategias plasmadas en el programa de trabajo, respecto a la implementación del expediente clínico electrónico y la interoperatividad entre los diferentes sistemas.

Durante el ejercicio 2017 se efectuaron mejoras en la funcionalidad de la solicitud de hemocomponentes a banco de sangre, integración al expediente de las

notas médicas generadas a partir del módulo de prescripción, integración y diseño de las notas médicas de los servicios de inmunoterapia de corta estancia, salud mental, genética, clínica del dolor, rehabilitación, neumología, estomatología, entre otros, así como los reportes correspondientes e interoperabilidad con el sistema de archivo clínico referente al informe diario del médico.

En aras de **adecuar los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población**, la plantilla de especialistas de los HRAE se ha visto permanentemente ampliada con la incorporación de egresados de los INS Salud y Hospitales Federales de Referencia (HFR), quienes han recibido una sólida formación para la atención, pero además cuentan con competencias docentes y de investigación. Se han incorporado cerca de 300 jóvenes médicos de las más prestigiadas instituciones educativas, que al integrarse al cuerpo académico y relacionarse con las instituciones estatales han facilitado que se impartan cursos de formación de recursos humanos especializados con excelencia, en corto tiempo. Los programas de especialización han logrado la retención de los médicos y una mejor distribución del personal altamente capacitado en los estados.

Las carteras de servicios de los HRAE se han ido adecuando al ser revisadas y actualizadas de manera constante, contando con la autorización de los órganos de gobierno, como ha sido el caso del HRAEB. Adicionalmente, han ingresado médicos con formación específica para los servicios.

La atención de migrantes nacionales e internacionales ha sido una prioridad para los CRAE. En los dos hospitales se ha mantenido el apoyo a los pacientes vía consulados a efecto de asegurar la atención a la salud en el caso de migrantes centroamericanos.

En el HRAEO y el HRAEPY los servicios se programan con base en factores como la morbimortalidad hospitalaria, causas de atención por egreso, consulta, mortalidad, entre otros en tercer nivel de atención para el complemento de alta especialidad de las redes de servicios de salud con atención de cáncer, servicios de terapia intensiva, con personal las 24 horas. Estos elementos los vuelven muy relevantes en los estados, por su personal y equipamiento, y fueron factores determinantes para lograr que la UNAM apoye la formación de este personal indispensable para las regiones.

En el HRAEV se tienen campañas permanentes para la realización de estudios de citología, mastografía y densitometría ósea de manera gratuita de esos estudios

para apoyar la prevención y diagnóstico de enfermedades en la población.

Adicionalmente, se prestan los servicios para complicaciones acordes con las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población que acude en los HRAE de enfermedades comunes como son la diabetes mellitus, insuficiencia renal, hipertensión arterial, padecimientos cardiovasculares y neoplasias que permanecen como las primeras causas de atención.

El Hospital Juárez Centro (HJC) se creó con la vocación de servicio de cirugía de corta estancia con la finalidad de reducir tiempos de espera en los grandes hospitales al brindar una atención expedita en patologías quirúrgicas cada vez de mayor complejidad con tecnología que permite reducir costos y tiempos de recuperación del paciente para reintegrarlo a su vida familiar y laboral en un menor tiempo, surgiendo como una unidad de referencia de hospitales de mayor envergadura con tiempos quirúrgicos de atención prolongados.

Los servicios médicos de especialidad y alta especialidad que oferta el HJM se programan con base a la morbimortalidad hospitalaria, causas de atención por ingreso, egreso, consulta, procedimientos quirúrgicos, entre otros; de todas las especialidades con las que cuenta el hospital a través de la cartera de servicios tomando en consideración las necesidades en materia de salud de la población. Asimismo, a fin de adecuar los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población que acude, se ha otorgado atención médico quirúrgica a la población abierta con padecimientos complejos como son la diabetes mellitus y sus complicaciones, padecimientos cardiovasculares y neoplasias que permanecen como las primeras causas de atención.

Para dar cumplimiento a lo solicitado por la DGIS, el HGM realizó modificaciones a los sistemas de registro de pacientes para capturar el CURP y anotar si son indígenas y qué lengua hablan, si presentan alguna discapacidad (y, en ese caso, clasificarla en dificultad, grado y origen); se reclasificó el registro del domicilio en tipo de vialidad y tipo de asentamiento. También se realizaron ajustes a los módulos de Triage, Urgencias Adultos, Pediatría y Ginecoobstetricia, para incorporar el registro del CURP, clasificar el registro del domicilio en tipo de vialidad y tipo de asentamiento, agregar el registro del peso y la talla, así como el código Clasificación Internacional de Enfermedades de la afección principal reseleccionada. En el momento del egreso se registra la afección principal reseleccionada y en caso de tumores se agregará el código. También el peso y la talla, además del número de empleado del médico tratante.

Para contribuir a **fortalecer las acciones de donación de órganos y los trasplantes** y garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral, el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) reportó en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 un total de 1,744 trasplantes renales de donador vivo y 775 de donador fallecido, lo que arrojó un total de 2,519 trasplantes. Por otro lado, entre los múltiples tipos de trasplante se reportaron en el mismo periodo un total de 3,289 trasplantes de córnea, 155 trasplantes de hígado y 20 trasplantes cardiacos.

En lo que corresponde a la donación de órganos y/o tejidos de personas fallecidas, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se reportaron un total de 1,948 donaciones, de las cuales 462 corresponden a donaciones concretadas con diagnóstico de muerte encefálica y 1,486 reportes donaciones concretadas con diagnóstico de paro cardiorrespiratorio irreversible.

En materia de capacitación y enseñanza, durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se realizaron seis ediciones del diplomado para la Formación de Coordinadores Hospitalarios de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante. Durante estas ediciones se capacitaron 295 profesionales: 105 médicos adscritos a servicios de hospitalarios, 32 profesionales de diversas disciplinas y 156 médicos pasantes de servicio social, estos últimos fortalecieron a diversos establecimientos de salud de diferentes instituciones con programas de donación y trasplante.

A fin de impulsar la agilidad en la resolución de los procesos de donación que involucran casos ministeriales a través del Instituto de Formación Profesional Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México se capacitó a 28 ministerios públicos.

Con el objetivo promover y fomentar la cultura de la donación de órganos y tejidos y de difundir su valor e importancia en la consecución de una salud de calidad para todos los mexicanos, el viernes 27 de octubre de 2017 se realizó una ceremonia para la entrega de Reconocimientos al Mérito y Altruismo a las personas donadoras.

El 23 de noviembre de 2017 se realizó la Segunda Reunión Nacional con los Centros y Consejos Estatales de Trasplantes (CEETRA y COETRA, respectivamente) y coordinadores institucionales.

A esta reunión acudieron autoridades de la COFEPRIS y de la PGR, los directores y secretarios técnicos de

los CEETRA y COETRA de 25 entidades federativas^{3/} y dos representantes de PEMEX y SEMAR. Los temas tratados en estas reuniones contribuyen a consolidar el Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes por la relevancia e impacto en su aplicación.

Para tener una mayor comunicación con los representantes de las entidades federativas y las diferentes instituciones de salud, durante octubre y noviembre de 2017 se realizaron tres reuniones a distancia: el 4 de octubre se abordó con Yucatán el tema del diplomado para la formación de coordinadores de donación y otra reunión con representantes de Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco y Veracruz, en la que informaron sobre sus actividades en la celebración del Día Nacional de la Donación y Trasplante de Órganos, y se les invitó a integrar a sus profesionales de la salud a participar en el diplomado en Yucatán. El 27 de noviembre se realizó la tercera reunión, con el estado de Michoacán, para brindarle asesoría sobre las disposiciones legales en el ámbito de las responsabilidades y atribuciones de los coordinadores hospitalarios de donación.

El 9 de marzo de 2018 se coordinó el evento de la activación y puesta en marcha del Protocolo de Actuación en Materia de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, cuya finalidad es plantear el actuar de los profesionales que participan en los procesos de donación y trasplantes. apoyo en el traslado de profesionales, órganos y tejidos. Asistieron 400 personas, entre ellos, representantes de las entidades federativas, de las instituciones de salud, organizaciones no gubernamentales y profesionales de la salud.

En acuerdo con la UNAM para promover y difundir el tema de la donación y trasplantes se participó en 10 de sus planteles de las diferentes facultades, Colegios de Ciencias y Humanidades y preparatorias en los que se instaló un módulo para brindar orientación a la plantilla universitaria, así como distribuir material informativo.

Asimismo, el CENATRA, atendiendo a la obligación señalada en el artículo 339 de la Ley General de Salud, relativa a notificar a la COFEPRIS las posibles irregularidades detectadas con motivo de las atribuciones que le son inherentes, continúa colaborando de manera conjunta con la Secretaría de la Función Pública (SFP), y

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

dicha Comisión Federal a fin de brindar certeza jurídica a los procesos de donación y trasplante.

Cabe señalar que al mismo tiempo se han reforzado los lazos de colaboración con la SFP, que para tal fin se presentó en el marco del Día de la Integridad, el 9 de marzo de 2018, el “Protocolo de actuación para la prevención de responsabilidades administrativas en materia de trasplantes y donación de órganos, tejidos y células”, con el objetivo de establecer acciones específicas para propiciar el cumplimiento de las disposiciones relativas al Registro Nacional de Trasplantes y a la instrumentación de actas administrativas en relación con la disposición, donación, trasplante y asignación de órganos, tejidos y células humanas a efecto de prevenir, detectar y sancionar faltas administrativas.

Dentro de los compromisos de atención a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información, el CENATRA atendió en tiempo y forma 71 solicitudes de información entre septiembre de 2017 y mayo de 2018, referidas a través del Instituto Federal de Acceso a la información y Protección de Datos.

Los HRAE constituyen una alternativa para la realización de trasplantes en las regiones. En el periodo de este informe se llevaron a cabo cerca de 800 trasplantes, en seis de los siete hospitales. El HRAEI cuenta con un servicio formal de urgencias, a diferencia de los demás hospitales de este grupo, y ha realizado exitosamente un programa de procuración de órganos, que se han derivado a instituciones del Estado de México, Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Federales de Referencia.

En el HRAEB, 50% de los trasplantes renales fueron de donador cadavérico, con lo que se mantiene en el primer lugar nacional en este rubro. Los nueve médicos coordinadores de donaciones, formados en el CRAE HEP, impulsan el programa a nivel estatal y nacional.

Pese a que no cuenta con becas para su formación, el programa de formación de especialistas en trasplante del HRAEB mantiene su vigencia contando en este ciclo académico con tres médicos.

El 19 de enero de 2016, se inició el Programa de Trasplante Cruzado de Riñón en el HJM, el primero en su tipo en la medicina pública y privada del país, y durante 2017 se realizó el primer trasplante renal cruzado múltiple con cuatro parejas de donadores y receptores, no consanguíneos, con resultados muy satisfactorios.

Es importante resaltar que donar un riñón a un enfermo con insuficiencia renal crónica es una tarea muy difícil.

Más, si se trata de una persona con la que no se tiene relación de parentesco o amistad. Este no es el caso de quienes donaron uno de sus riñones a personas que hasta hace unos meses ni siquiera conocían, pero que decidieron incorporarse a este procedimiento debido al deseo de ayudar a sus familiares con padecimientos renales crónicos, pero con los que tenían problemas de incompatibilidad. El trasplante cruzado de riñón es un procedimiento en el que el Hospital Juárez de México es pionero.

En el INNN se cuenta con un programa permanente de procuración de órganos. En el periodo se detectaron 43 potenciales donadores, 33 por muerte encefálica y 10 por paro cardíaco, de los cuales se concretaron 16 donaciones. Cabe señalar que 23 procesos no fueron concretados por negativa familiar y cuatro por contraindicación médica. Los principales órganos donados fueron córneas y riñones.

Por otra parte, se llevaron a cabo cuatro sesiones de educación para la salud sobre el tema de donación de órganos. Se proporcionó apoyo al INCMNSZ, a los hospitales generales Manuel Gea González y G. Parres, y al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, con panel viral para agilizar sus procesos de donación. Además, se otorgó el apoyo en el diagnóstico y pronóstico a través de angiotomografía a pacientes potenciales donadores del Hospital Pediátrico Legaria, Hospital de la Mujer (HM) CDMX y Hospital General Ajusco Medio. Se contó con la colaboración de tres médicos pasantes de servicio social de la UNAM y del Centro Nacional de Trasplante, quienes contribuyen en todas las actividades de la coordinación de donación y fomentan la donación dentro y fuera del INNN.

En el INNN se realizaron sesiones informativas mensuales y se difundió material con información sobre la importancia de la donación a pacientes y familiares, en las salas comunes y de espera del hospital. Se impartieron pláticas sobre el proceso de donación y la muerte encefálica a médicos residentes de primer ingreso, personal y estudiantes de enfermería, trabajo social y nutrición de este Instituto, del Hospital General de Cuernavaca y al Banco de Tejidos Novoinjertos. En mayo, se impartió la capacitación al personal médico sobre el Diagnóstico de Muerte Encefálica y Mantenimiento de Potenciales Donadores en el Diplomado para la Formación de Coordinadores Hospitalarios de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante, avalado por la UNAM.

El INNN fue sede de la 1ª Reunión de Fortalecimiento de Unidades Médicas en los Procesos de Donación y

Trasplantes de Órganos y Tejidos, dirigida por el Dr. José Salvador Aburto, Director del CENATRA y el Dr. Abel Delgado Fernández, Coordinador de Servicio Social de la Facultad de Medicina de la UNAM, con la asistencia de 60 personas entre ellos, coordinadores de las diferentes instituciones de salud y médicos pasantes de servicio social que forman parte del programa de donación y trasplantes.

Gracias a la familia de una paciente del INNN, se reanudó el programa de trasplante cardiaco del Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE, con lo que se benefició a una de sus derechohabientes que se encontraba en lista de espera de corazón desde hacía dos años. También se realizó el evento Héroes Anónimos para reconocer a 23 familias de donadores, quienes entre 2015 y 2017 aceptaron la donación de órganos y tejidos de sus seres queridos, dando la oportunidad de vivir a otras personas. Asistieron receptores y coordinadores de donación y trasplante de los institutos nacionales de Pediatría, Cardiología, Ciencias Médicas y Nutrición, y de los hospitales Infantil de México y General de Cuernavaca.

La Coordinación de Donación del INNN recibió en noviembre un reconocimiento por la labor en donación que se lleva a cabo en favor de la niñez de México.

Dentro del Programa de Trasplantes de Órganos, el HGM ha llevado a cabo en el periodo septiembre de 2017 a agosto de 2018, un total de 37 trasplantes de riñón en pacientes que oscilan entre los 20 y 66 años de edad. Del total de pacientes trasplantados, 19 fueron del sexo femenino (51.3%) y 18 del sexo masculino (48.7%). Se informa de una sobrevida del 100% y un injerto funcional del 94%. El total de trasplantes renales realizados desde el inicio del Programa en 2009 es de 310 pacientes trasplantados, de los cuales 219 (75.8%) han sido de donador vivo y 70 (24.2%) de donador fallecido.

Se realizaron exitosamente 43 trasplantes de córnea, con sobrevida de 100%. Los pacientes atendidos oscilaron entre los 16 y 84 años de edad, 15 fueron del sexo femenino (34.9%) y 28 del masculino (65.1%), con una sobrevida del 100%, ya que ninguno presentó complicaciones durante la cirugía ni después a ella. 20 fueron trasplantes de córnea del ojo derecho (46.5%) y 23 del ojo izquierdo (53.5%). Actualmente, los 43 pacientes se encuentran dados de alta, 42 sin complicaciones. Desde el inicio del Programa en 2008, se han realizado 418 trasplantes de córnea, con una sobrevida de 100%.

La Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI) continúa colaborando con el Centro Nacional

de Trasplantes en la configuración de un sistema en sus servidores y software, así como en los ambientes de producción y preproducción del nuevo Sistema Nacional de Trasplantes.

Con el propósito de **brindar atención médica, psicológica y servicios integrales a las víctimas asegurando que se respeten sus derechos humanos**, en el HRAE se han desarrollado programas de capacitación y se ha ofrecido atención integral a todos los pacientes, en específico a los pacientes referidos como víctimas del delito, se les brinda atención como pacientes vulnerables asegurando el respeto de sus derechos.

En los hospitales del CRAE y el HRAEO se ha fortalecido la cultura dentro del personal médico, de enfermería, de trabajo social y admisión hospitalaria a través de sesiones de enseñanza abordando los temas de migración, derechos humanos y atención a víctimas por instancias especializadas. El personal participa en cursos en los que se han difundido información sobre atención a víctimas y trata de personas.

El HRAEI ha dado atención médica a seis casos derivados, en HRAEO en colaboración con la Comisión Nacional de Atención a Víctimas, de acuerdo con la cartera de servicios se brinda seguimiento médico, con el apoyo y seguimiento de la DGCHRAE y de la Oficina del Abogado General de la Secretaría de Salud. Asimismo, en atención a peticiones específicas se han realizado búsquedas de personas con estricto apego a la legislación aplicable.

Del 1 de septiembre de 2017 a abril de 2018 se dio atención a 196 víctimas de lesiones en urgencias pediátricas en el HGMGG.

En el INCAN, el “Registro de Supervivientes de Cáncer” comenzó en julio de 2014. Con esta iniciativa se busca identificar a las personas que vencieron a la enfermedad para comprender sus necesidades físicas, emocionales, psicológicas y sociales.

Al 31 de diciembre y después de tres años de iniciado el Registro, se tienen 3,726 supervivientes registrados, 702 nuevos durante el periodo enero a diciembre, lo cual ha permitido obtener información relevante sobre las alteraciones y vivencias de los participantes, que incluyen efectos físicos a largo plazo, experiencia emocional y apoyo social.

El INNN elaboró y divulgó cinco trípticos para sensibilizar al personal de salud, con los siguientes temas: “De los derechos humanos y sus garantías”. “De los sujetos obligados”. “Causa, condición y responsabilidad por

acción u omisión”. “Prevención, inobservancia o delito. Culpa y/o dolo”. Y “Responsabilidad médica, técnica o auxiliar de los trabajadores de la salud”.

El HNH cuenta con atención psicológica, médica y en colaboración con Trabajo Social, enfocada a todos los pacientes detectados como víctimas para brindar un manejo médico integral durante su estancia; asimismo, en caso de requerir atención médica especializada, se cuenta con la red de referencia y contrarreferencia de pacientes a hospitales de tercer nivel de atención pertenecientes a la red.

En el HJM se brinda atención integral a población abierta y en especial a los pacientes referidos como víctimas del delito, se les brinda atención como pacientes vulnerables asegurando el respeto de sus derechos. Así también se fortalece capacitación a todo el personal del área médica y paramédica así como personal administrativo, en los temas de migración, derechos humanos, violencia de Género y atención a víctimas por instancias especializadas.

En el periodo reportado, el HGM ofreció atención médica a 100% de las personas víctimas de trata que fueron enviadas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) a través de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia.

Estrategia 2.2

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

Con el objetivo de **impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud**, la DGCHRAE ha mantenido un programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente y desde 2012 a 2018 ha promovido la colaboración entre los HRAE, con lo que se han logrado cerca de cien acreditaciones. En coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en salud (DGCES), se han integrado los programas de evaluaciones para la revisión de los servicios e implementar el modelo de atención que fortalezca el cumplimiento de los criterios del SNS.

El aval ciudadano se mantiene en los HRAE convalidando los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios de los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización, de acuerdo con el modelo del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), que fue modificado en el primer trimestre de 2018,

cuando se realizaron los ajustes necesarios así como la capacitación del personal para ese fin.

Se da seguimiento a la integración de los expedientes clínicos a través del indicador que mide el apego a la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico (NOM 004) a través de la herramienta del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad, con un promedio estimado de cumplimiento de 85%, lo que también cumple con lo establecido en los criterios del CSG para la certificación. Con esto no solo se garantiza una mejora de la atención médica ofrecida, sino también la calidad de los registros hospitalarios.

La DGCHRAE participa en coordinación con la Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud (DGCINS), en las reuniones periódicas de Directivos de Calidad, donde comparte las buenas prácticas implementadas en los HRAE con las demás entidades coordinadas.

Se llevaron a cabo, asimismo, las reuniones programadas de gestores de calidad de los HRAE y se participó en la instalación del Comité de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente y otros comités, como el de infecciones nosocomiales, expediente clínico, farmacia, entre otros.

La DGCINS, en el periodo que se reporta ha coordinado y realizado reuniones mensuales con los Directivos de Calidad de las unidades coordinadas por la CCINSHAE, cuyo objetivo es dar a conocer entre los Institutos las buenas prácticas que realizan en favor de la calidad y, como acuerdo de estas reuniones, el INCMNSZ entregó los resultados del diagnóstico sobre el Modelo de Gestión de Calidad emitido por la DGCES, además de las áreas de oportunidad detestadas, para posteriormente realizar su implementación.

Asimismo, el INCMNSZ instaló 23 buzones del Sistema Unificado de Gestión de septiembre a noviembre de 2017 en las principales áreas de atención a pacientes, la primera apertura del buzón se realizó en presencia del aval ciudadano, el representante del seguro popular, el Director de Planeación y Mejora de la Calidad y el representante del Gestor de Calidad, esta actividad se llevó a cabo el día 20 de diciembre de 2017.

A través del Comité de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente se implementó el manual de políticas internas de calidad y seguridad acorde a las metas internacionales y estándares del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SINACEAM) y del CSG, sin olvidar el fortalecimiento de estos mediante

el Sistema de Control Interno y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (Matriz de Riesgos) del OIC, lo cual permitió solventar satisfactoriamente las observaciones de dos auditorías en materia de atención y financiera, por los órganos fiscalizadores.

El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) cuenta con dos líneas de trabajo para mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud. Una de las líneas es la capacitación, rubro en el que se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Diplomado “Sangre y Componentes Seguros”, que permite la homologación de conocimientos actuales para todos aquellos que desempeñan actividades al interior de los servicios de sangre. Durante el periodo, concluyeron la 11ª, 12ª y 13ª generación.
- Conferencias en materia de seguridad sanguínea en colaboración con el CEMESATEL.
- Trimestralmente se llevan a cabo Cursos Regionales de Medicina Transfusional y de Control de Calidad de Laboratorio de Banco de Sangre. Las sedes más recientes fueron Chiapas, Aguascalientes y Zacatecas.

El CNTS realiza un examen de Idoneidad con periodicidad trimestral para todos aquellos que requieren ser responsables de bancos de sangre. En el periodo que se informa se realizaron cuatro exámenes.

Como segunda línea, el CNTS contribuye en la seguridad y calidad del paciente a través del envío de un panel de control de calidad externo de la Red Nacional de Laboratorios de Banco de Sangre (RNLBS), al cual se convoca a 100% de los bancos de sangre. En este periodo se obtuvo un incremento en la participación de 9.8% en serología y de 10% en inmunohematología respecto al periodo anterior (cuadro 2.2).

El INSP, a través de la Línea de Investigación por Misión: Calidad en la Atención, desarrolló el proyecto Diseño e implementación de un modelo de atención y vigilancia epidemiológica para la mejora de los servicios de atención materna y perinatal (Largo Aliento). La finalidad de este estudio multicéntrico realizado en dos estados y ocho hospitales (segundo y tercer nivel) fue buscar la interacción académica de los investigadores de todo el sistema para tratar de romper las barreras que había entre centros e incrementar la colaboración, particularmente alrededor de temas de importancia nacional. Este proyecto es financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

CUADRO 2.1 CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Dictamen/ Establecimiento	Certificado	Plazo perentorio	No certificado	Total
SS	7	1	-	8
IMSS	9	-	-	9
ISSSTE	-	-	-	-
PEMEX	18	-	-	18
SEDENA	1	-	-	1
SEMAR	-	-	-	-
IMSS-PROSPERA	5	-	-	5
Educativa	1	-	-	1
Privados	64	25	41	130
TOTAL	105	26	41	172

FUENTE: Actas de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Datos actualizados al 1 de julio de 2017.

CUADRO 2.2 BANCOS DE SANGRE QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO

	2016-2017	2017-2018
Serología de la RNLBS	400 (78.4%)	429 (88.2%)
Inmunohematología de la RNLBS	427 (74%)	487 (84.3%)

FUENTE: Programa de Calidad Externo de Inmunohematología y de Serología del CNTS.

El INNN participó con dos proyectos en la Convocatoria 2017 del Programa Calidad en la Atención Médica de la DGCES, en la modalidad de gestión en red con el proyecto de implementación del modelo de acompañamiento: “estimulación cognitiva, afectiva y biónica-robótica” para mejorar la calidad de vida en pacientes sobrevivientes de enfermedades neurológicas a través del uso de tecnologías de la información. También en la modalidad de proyectos de Investigación con el proyecto Identificación de pensamientos disfuncionales en cuidadores de enfermos neurológicos y su relación con la codependencia.

A su vez, en el INNN se recibieron 167 reportes de eventos adversos ocurridos en la institución, los cuales fueron analizados y clasificados de acuerdo al tipo de incidente, características, factores y tipo de paciente. La Comisión para el Análisis de Eventos Adversos realizó nueve reuniones para llevar a cabo el análisis causa-raíz de los eventos centinelas y definir acciones de mejora y para prevenir la recurrencia de este tipo de eventos, además de identificar sus patrones y tendencia. Aplicó un total de 3,126 encuestas de satisfacción,

2,047 en las áreas de atención ambulatoria, con un porcentaje de usuarios satisfechos de 86%, y 1,079 en hospitalización, con un resultado de 82% de usuarios satisfechos.

Se realizaron en el INNN los siguientes cursos: "Inducción a médicos residentes de nuevo ingreso de calidad y de uso de SIGMA". "Primer curso de calidad y seguridad del paciente y del trabajador de la salud" y el "Segundo curso de calidad y seguridad del paciente: Herramientas para la evaluación de la calidad", así como el curso "Calidad y seguridad en el paciente", con 130 asistentes.

El COCASEP del INC, durante el periodo de reporte, sesionó de manera mensual, conforme a su acta de instalación, lo que permite atender las áreas de oportunidad detectadas, así como dar seguimiento al Programa de Mejora Continua de la Calidad y Seguridad del Paciente, mismo que tiene como objetivo garantizar que en el Instituto se otorgue una atención segura y de calidad, a partir de una metodología proactiva de Gestión de Riesgos, con enfoque de sistema y participación multidisciplinar, que permita fortalecer una cultura de compromiso con la seguridad institucional. Como parte de dicho Programa, se formalizó la adhesión de la Sociedad Mexicana de Trombosis y Hemostasia al Patient Safety Movement; se difundieron videos de este último organismo, que incluyen testimonios de pacientes y/o familiares que han experimentado un incidente relacionado con la atención en salud.

Asimismo, en diciembre de 2017 se identificó un porcentaje de percepción de satisfacción de calidad en atención hospitalaria de 88.1 y en atención ambulatoria, 92.4.

Aunado a lo anterior, se destaca el porcentaje de egresos por mejoría como uno de los indicadores estratégicos que refleja la calidad de la atención otorgada, ya que 92.3% de los egresos son por mejoría.

Desde el año 2009, cuando se publicaron por primera vez los estándares para evaluar hospitales, el Modelo de Seguridad del Paciente del CSG ha evolucionado dentro del SINACEAM. Hoy contempla a otros establecimientos no hospitalarios (clínicas de atención primaria y consulta de especialidades y unidades de hemodiálisis). El SINACEAM trabaja y coadyuva con las organizaciones para desarrollar una cultura de seguridad del paciente.

El CSG, por medio del SINACEAM, a fin de lograr el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad, hasta el 30 de junio de 2018 realizó las siguientes actividades: dictamen de certificación emitido

a 105 establecimientos de atención médica, plazo preteritorio de seis meses otorgado a 26 establecimientos que se encontraban en espera de cumplir estándares y observaciones de evaluación, y no certificó a 41 establecimientos.

Es importante señalar que el proceso para la implementación del Modelo es voluntario, por lo que para comunicar las actividades a desarrollar como parte de su ejecución se realizan diversos cursos y talleres. Una vez que los establecimientos de atención médica consideran que la implementación del Modelo se ha cumplido y que la mejora continua está presente, se inicia el proceso de certificación con la inscripción para ser sometidos a una evaluación posterior. A través de la evaluación se identifica el cumplimiento de estándares y criterios específicos, con enfoque de sistema, de acciones y barreras de seguridad analizadas acorde al contexto de la organización, a fin de brindar atención a la salud con calidad y seguridad a todos los pacientes, en un marco de mejora continua. Todas estas actividades se realizan a fin de dar cumplimiento al PND 2013-2018.

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, el ISSSTE continuó con el proyecto de fortalecimiento de los servicios de urgencias, a través de la implementación del sistema de triage, el cual se encuentra en 13 hospitales regionales y el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, 22 hospitales generales y 46 clínicas hospital.

Se atendieron 2,436,738 urgencias, de las cuales 600,312 fueron urgencias reales. Los pacientes valorados por triage tuvieron un tiempo promedio de atención de 41 minutos 11 segundos para los clasificados en rojo, que incluye nota y procedimiento médico acorde a su estado de salud; 58 minutos 18 segundos para los clasificados en amarillo, y 60 minutos 36 segundos para los clasificados en verde.

Para coadyuvar al fortalecimiento del sistema de triage, durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se capacitó a 228 personas de las áreas administrativas, enfermería y médicos del servicio de urgencias de las unidades en que operó el sistema, se incluyó en la prioridad en rojo de la herramienta electrónica del Sistema de Información Médico Financiero, el catálogo de Códigos de Urgencias para hospitales, que permite identificar y detonar acciones de atención de infarto agudo de miocardio y enfermedad vascular cerebral para los equipos médicos de atención a pacientes críticos. Adicionalmente, se encuentran en revisión las metas de seguridad del paciente y el catálogo de procesos en los servicios de urgencias, para dimensionar su complejidad de acuerdo al nivel.

En octubre de 2017, se llevó a cabo el “Foro Nacional e Internacional por la Calidad en Salud y Tercer Foro Latinoamericano de Calidad y Seguridad en Salud” cuyo eje temático fue, “La Adopción y Adaptación de las Buenas Prácticas hacia el Escalamiento de la Calidad”, con un componente importante en la prevención de las infecciones asociadas a la atención a la salud, la resistencia antimicrobiana, el uso de la tecnología y las distintas dimensiones de la calidad para alcanzar la cobertura universal, al cual asistió un aproximado de 3,700 personas de diferentes disciplinas relacionadas con calidad de la salud.

Durante la Ceremonia de Inauguración se entregó el Premio Nacional de Calidad en Salud y Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua (cuadro 2.3).

En el mismo evento, se otorgó el reconocimiento al Programa Prospera Digital. También se celebró la presentación del libro “La atención del infarto agudo al miocardio en México”, editado con apoyo del BID y el INC. Asimismo, se presentaron los “Algoritmos de Atención Clínica”, en los que participaron la OPS e instituciones del Sector Salud.

El programa del evento contó con la participación de expertos internacionales de países como Suecia, Estados Unidos, Reino Unido, Chile, Argentina, Dinamarca, Canadá, Suiza, Colombia, además de 23 expertos nacionales. Se realizaron 20 sesiones, 11 de ellas magistrales, y 9 simultáneas, coordinadas por 10 personalidades reconocidas en el ámbito de la calidad y seguridad del paciente. Dicho evento se difundió en tiempo real vía Internet, lo que permitió una amplia difusión con los profesionales de la salud interesados.

Con la finalidad de **impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud**, a diciembre de 2017 se capacitó, por parte de las unidades ganadoras del Premio Nacional de Calidad en Salud, a 203 profesionales de la salud para fortalecer el conocimiento de la gestión de calidad en los establecimientos de salud.

Asimismo, se tiene un registro de 178 hospitales generales y de especialidad en 31 de las entidades federativas y, de manera sectorial, en ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, que al mes de junio de 2018 realizaron acciones para implementar el Modelo de Gestión de Calidad en Salud.

En marzo de 2018 se llevó a cabo la Reunión Interinstitucional para la Actualización y Homologación de Criterios para la Evaluación del Premio Nacional de Calidad en Salud y el Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua 2018, en la que se impartió

CUADRO 2.3 UNIDADES MÉDICAS GANADORAS DEL PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD 2017

Categoría	Establecimiento de salud	Entidad federativa	Institución
1. Unidades de primer nivel de atención	Clínica Tampico	Tamaulipas	Pemex
2. Hospitales generales y de especialidad	Clínica Hospital Naranjos	Veracruz	Pemex
3. Institutos Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de Alta Especialidad, Hospitales federales	Desierta	Desierta	Desierta
4. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Centro Jalisciense de la Transfusión Sanguínea	Jalisco	SS
5.- Administrativas y áreas de calidad	Subdelegación Naucalpan, Delegación Estado de México Poniente	Estado de México	IMSS
Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua	Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura	Ciudad de México	SS

FUENTE: Dictamen del Comité Sectorial para el Reconocimiento de la Calidad 2017, del Programa Calidad en la Atención Médica. <http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2007_dictamen.pdf>.

capacitación a 101 prestadores de servicios de 20 entidades federativas, con la intención de impulsar la implementación en sus estados el Modelo de Gestión de Calidad en el Sector Salud.

En mayo de 2018 se llevó a cabo la sesión ordinaria del Comité Sectorial para el Reconocimiento de la Calidad, en la que se dictaminaron los Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica, ganadores en sus dos modalidades: un proyecto de gestión, y 10 proyectos de investigación.

En la misma sesión se dieron a conocer los ganadores del Premio Nacional de Calidad en Salud y el Reconocimiento al Mérito por la mejora Continua 2018 (cuadros 2.4 y 2.5).

En cuanto al INDICAS, al cierre del primer cuatrimestre de 2018 se contó con el reporte de 10,586 unidades médicas del Sector Salud.

En lo concerniente a participación ciudadana, al cierre del primer trimestre de 2018 se cuenta con 19,505 Aavales Ciudadanos instalados en 15,069 unidades del SNS.

A diciembre de 2017 se firmaron 152, 172 cartas compromiso para la mejora de la Calidad y el Trato Digno a los usuarios y se ha cumplido con 67.6% de los compromisos establecidos en las mismas.

Para la atención de las quejas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes de gestión, 6,652 establecimientos de primer nivel de atención y 670 establecimientos de segundo y tercer niveles de atención utilizan el Sistema Unificado de Gestión, de acuerdo a lo reportado por las entidades federativas a diciembre de 2017.

Durante el primer semestre de 2018, se participó en las mesas de trabajo para la elaboración del anteproyecto de Norma Oficial Mexicana, Para la Prevención, Diagnóstico oportuno, Tratamiento adecuado, Calidad de la atención, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mujer.

Para estandarizar el cuidado de pacientes con terapia de infusión, en septiembre de 2017 se realizó la Quinta Reunión Nacional y Tercera Internacional de Líderes de Terapia de Infusión; se capacitó a un total de 2,631 profesionales de enfermería de septiembre de 2017 a junio de 2018; en diciembre de 2017 se inauguraron seis clínicas de catéteres en el estado de Guerrero, lo que suma un total de 312 clínicas de catéteres registradas en la plataforma dentro del programa de Terapia de Infusión.

Con el propósito de contribuir a la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud relacionadas con sonda vesical, se capacitó a 1,700 profesionales de enfermería, quienes fungirán como monitores en las 32 entidades federativas, así como en hospitales federales e institutos nacionales para su implementación. De septiembre de 2017 a junio de 2018 se han adherido a la estrategia 560 unidades hospitalarias.

De septiembre de 2017 a junio de 2018 se capacitó a un total de 624 profesionales de la salud del primer nivel de atención para mejorar la calidad de atención de los pacientes con heridas y estomas, en los estados de Chiapas, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí y Tlaxcala.

En marzo de 2018 se publicó el Modelo de Atención de las Clínicas de Heridas en conjunto con la DGPLADES, que

CUADRO 2.4 UNIDADES GANADORAS DEL PREMIO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD 2018

Categoría	Entidad federativa	Institución	Establecimiento de salud
1. Unidades de primer nivel de atención	Tamaulipas	PEMEX	Consultorio Periférico Árbol Grande Tamaulipas
2. Hospitales generales y de especialidad	Veracruz	PEMEX	Hospital General Nanchital
3. Institutos Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales de Alta Especialidad, Hospitales federales	Ciudad de México	PEMEX	Hospital Central Sur de Alta Especialidad
4. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Tamaulipas	Secretaría de Salud	Laboratorio de Salud Pública de Tamaulipas
5. Administrativas y áreas de calidad	Estado de México	IMSS	Subdelegación Toluca, Delegación Regional Estado de México Poniente

FUENTE: Dictamen del Comité Sectorial para el Reconocimiento de la Calidad 2017, del Programa Calidad en la Atención Médica. <http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2007_dictamen.pdf>.

CUADRO 2.5. SELECCIÓN DE UNIDADES GANADORAS DEL RECONOCIMIENTO AL MÉRITO POR LA MEJORA CONTINUA 2018

Categoría	Entidad federativa	Institución	Establecimiento de salud
1. Unidades de primer nivel de atención	Ciudad de México	ISSSTE	CMF Cinco de Febrero
2. Hospitales generales y de especialidad	Veracruz	PEMEX	Hospital General Nanchital

FUENTE: Dictamen del Comité Sectorial para el Reconocimiento de la Calidad 2017, del Programa Calidad en la Atención Médica. <http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2007_dictamen.pdf>.

contiene los diferentes modelos médico arquitectónicos de los tipos de clínica de heridas; también se sumaron a esta estrategia 27 unidades de salud de la CCINSHAE, con lo que se cuenta con un total de 240 clínicas de heridas.

En junio de 2018 se realizó en San Luis Potosí la 4ª Reunión Nacional e Internacional de Líderes de las Clínicas de Heridas, donde se capacitó a 500 profesionales de la salud.

En relación con los “Lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a que deberán sujetarse los licenciados en enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras referidas en el numeral 1 a 5 del artículo 28 Bis^{4/} de la Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos”, en diciembre de 2017 se concluyó el diseño del curso virtual “Prescripción por Enfermería” en colaboración con el INSP, en el que se ha capacitado a un total de 11,403 profesionales de enfermería de la Secretaría de Salud de los diferentes niveles de atención de las 32 entidades federativas.

A través del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, se ha logrado:

- Avanzar en el proceso para la publicación de respuesta a comentarios y como normas definitivas de las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-002-SSA3-2017, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia, NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, NOM-033-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina, Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA3-2016, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos en la prestación del servicio social de enfermería.
- Contar con los proyectos de normas PROY-NOM-001-SSA3-2018, Educación en Salud, Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas en Establecimientos para la Atención Médica, PROY-NOM-003-SSA3-2016, para la práctica de hemodiálisis, PROY-NOM-005-SSA3-2016, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, para su publicación como proyectos en el Diario Oficial de la Federación.
- Iniciar el proceso de revisión y actualización quinquenal de las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-

004-SSA3-2012, del expediente clínico, NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología, NOM-007-SSA3-2011, para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, NOM-015-SSA3-2012, para la atención integral a personas con discapacidad, NOM-017-SSA3-2012, regulación de servicios de salud, para la práctica de la acupuntura humana, métodos y técnicas relacionadas, NOM-026-SSA3-2012, para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria, NOM-029-SSA3-2012, regulación de los servicios de salud, para la práctica de la cirugía oftalmológica con láser excimer.

- Contar con el proyecto y con la aprobación del Comité para la publicación en el Diario Oficial de la Federación, del Aviso de Cancelación del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM 036-SSA3-2015, Para la regulación de la atención médica a distancia.

De septiembre a diciembre de 2017, en el marco del Programa Hospital Seguro ante Desastres, se efectuaron 33 evaluaciones de unidades hospitalarias del SNS, con lo que estas unidades han obtenido su clasificación por capacidad de respuesta e índice de seguridad hospitalaria, conforme los criterios establecidos por la OPS/OMS. Adicionalmente, en septiembre de 2017 se concluyó la capacitación como evaluadores hospitalarios de 1,862 trabajadores de las instituciones del SNS.

En el ejercicio 2017 del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, se otorgaron 9,350 estímulos: 1,866 a médicos; 5,574 a enfermeras; 343 a odontólogos; 571 a químicos; 327 a trabajadores sociales y 669 a personal de otras disciplinas. Para el ejercicio 2018 de este Programa, se inscribieron 14,501 candidatos, de los cuales 3,005 son médicos, 8,333 enfermeras, 540 odontólogos, 906 químicos, 539 trabajadores sociales y 1,178 de otras disciplinas, los cuales finalizan su proceso de evaluación en diciembre de 2018.

Con la finalidad de dar cumplimiento a los estándares de calidad en la atención y seguridad del paciente, el Programa IMSS-PROSPERA ha impulsado diversas acciones en sus unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, entre las que destacan:

- Continuidad a la implementación del proceso de certificación con los estándares del CSG en 12 hospitales rurales de Chiapas, Coahuila, Durango, Hidalgo, Michoacán (2), Puebla, San Luis Potosí (2), Sinaloa, Nayarit y Zacatecas. Destaca la obtención del dictamen de Hospital Certificado ante dicho Consejo para los hospitales rurales de Concepción del Oro,

^{4/} Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de marzo de 2017.

en Zacatecas, y Matehuala, en San Luis Potosí por un lapso de tres años; en tanto que los dictámenes de los Hospitales Rurales de Tuxpan, Michoacán; Vicente Guerrero, Durango; Villa Unión, Sinaloa, y Ramos Arizpe, Coahuila, tienen vigencia por cinco años. En lo que resta de 2018 se espera la evaluación y certificación de seis hospitales más.

- Se continúa con la mejora organizacional y fortalecimiento de las competencias de acuerdo con el perfil de puesto del personal de enfermería, en los servicios de Urgencias y la Unidad de Cuidados Especiales del Neonato y de esta manera proveer soporte vital a personas en estado crítico. Las categorías no clínicas han sido capacitadas en procesos seguros, lo que incluye al paciente, su familia, el personal e instalaciones.
- En el ámbito del Programa, los Comités de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente efectuaron 320 sesiones, con un cumplimiento de 130% de la meta, toda vez que se incorporaron sesiones extraordinarias en apoyo a la implementación de mejoras como el bienestar materno-infantil, atención de pacientes con diabetes e hipertensión arterial; manteniendo un promedio de tres a cuatro sesiones por hospital. En cada reunión se emiten en promedio cuatro recomendaciones para la mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- Seguimiento a la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en 100% de unidades hospitalarias del Programa, lo que permite prevenir riesgos y la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela en procedimientos clínicos.

Las actividades de difusión del Modelo de Seguridad del Paciente que realizó el CSG fueron diversas y corresponden a múltiples escenarios como conferencias, talleres, cursos, sesiones de resolución de dudas, entre otros. En total, al 25 de abril se habían realizado 135 actividades de difusión del CSG: 31 conferencias, nueve cursos y talleres, y 95 sesiones de apoyo.

Es de considerar que en comparación con el mismo periodo anterior de medición se tuvo un aumento de 16% en la cantidad de actividades llevadas a cabo, obteniendo con estas acciones el cometido de difundir en mayor medida el conocimiento de las actividades y beneficios en la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG, con el objetivo final de lograr la adopción por los diferentes establecimientos de atención médica del país, dentro del SNS.

Además, se realizan trabajos de complementariedad entre el CSG y la DGCEs, con la finalidad de evitar duplicidades entre ambos procesos, lo cual conlleva al fortalecimiento de ambas autoridades dentro del ámbito de facultades de cada una. Los primeros resultados de estos trabajos de complementariedad son la elaboración de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, así como la publicación en el DOF el 8 de septiembre de 2017 del “Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General, declara la obligatoriedad de la implementación de las ‘Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente’, en todos los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud” (corte al 25 de abril de 2018).

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, en el ISSSTE se dio seguimiento al registro de información de los indicadores de calidad de las 191 unidades médicas registradas en el INDICAS (en 22 subdelegaciones médicas, 162 unidades del primer y segundo nivel de atención, y siete hospitales regionales).

Asimismo, se dio seguimiento a la implantación del Modelo de Gestión de Calidad en Salud en cuatro unidades médicas: en la Clínica de Medicina Familiar Cuitláhuac, en la Clínica de Especialidades Leonardo y Nicolás Bravo, y en los hospitales regionales General Ignacio Zaragoza y Centenario de la Revolución.

Por otra parte, el ISSSTE llevó a cabo la implementación de las Guías de Práctica Clínica para los algoritmos de diabetes, hipertensión arterial sistémica, infarto agudo al miocardio, depresión, sobrepeso y obesidad y leucemia, en las siguientes clínicas de medicina familiar: Guadalupe, Aragón, Gustavo A. Madero, Tlalpan, División del Norte, Dr. Ignacio Chávez, Balbuena, Oriente, Cuitláhuac, Marina Nacional, Ecatepec y Nueva Oxtotitlán.

A fin de lograr la consolidación del proceso de acreditación de establecimientos y servicios atención médica, cuya finalidad es asegurar el cumplimiento de los criterios de Calidad, Seguridad y Capacidad resolutive de los establecimientos que ofertan servicios a la población afiliada al SPSS. Se continua con la actualización y aprobación de los instrumentos técnico-jurídicos, en el año 2017, se concluyeron los trabajos de las cédulas de evaluación con fines de acreditación para establecimientos que otorgan servicios hospitalarios en el segundo nivel de atención cuya tipología es: hospital general o especializado (pediátricos o materno infantil), así como la actualización para la cédula de establecimientos en el primer nivel de atención, cabe resaltar que en dichos instrumentos de evaluación se incorporaron las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente con base en el Acuerdo de

obligatoriedad emitido por el CSG el 8 de septiembre de 2017. Adicionalmente, durante el primer trimestre de 2018 se trabajó en la actualización de ocho cédulas relativas a las intervenciones del FPGC: malformaciones congénitas y/o adquiridas del aparato urinario, digestivo, columna vertebral y cardiovasculares, cáncer en la infancia y la adolescencia e infarto agudo al miocardio, bajo el nuevo modelo de evaluación, por lo que se integrarán en tres cédulas; asimismo, se dará inicio a los trabajos para el diseño de las cédulas de evaluación con fines de acreditación de las intervenciones del FPGC: trasplante de hígado, pulmón y corazón, cáncer de esófago, derivado de la aprobación del financiamiento por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Dentro de las estrategias de capacitación para fortalecer las competencias del personal evaluador, se diseñó un curso en línea dirigido a profesionales de la salud y ramas afines de las 32 entidades federativas, de la CCINSHAE y de IMSS-PROSPERA, que participan en la ejecución de las visitas de acreditación. A la fecha se cuenta con más de 700 evaluadores que han terminado el curso y se espera que alrededor de 300 más lo concluyan durante el ejercicio 2018.

De 2004 a junio de 2018 se acreditó un total acumulado de 11,508 establecimientos para brindar servicios del CAUSES, incluidas 300 unidades médicas móviles. Asimismo, se acreditó un acumulado de 1,151 intervenciones del FPGC y 46 del SM SXXI. Durante el periodo de septiembre de 2017 a junio de 2018 se logró la acreditación de 105 establecimientos de primer y segundo nivel para las intervenciones del CAUSES y en 64 servicios del FPGC y nueve servicios del SM SXXI.

En el mismo periodo, se acreditó un establecimiento que forma parte del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, lo que da un acumulado de 268 establecimientos acreditados y representa un avance de 57.5%.^{5/}

A efecto de ratificar el cumplimiento de los criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad y en seguimiento a lo establecido en el Cuarto Transitorio del Manual para la

Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, se publicaron en el año 2017, los Criterios y Requisitos para la Reacreditación de los Establecimientos y Servicios de Atención Médica acreditados en el periodo 2004-2012, y durante los meses de noviembre y diciembre se realizaron las visitas de reacreditación a 30 entidades federativas y la CCINSHAE, y durante el primer trimestre del 2018 se concretaron la del Estado de México y HRAE, con base en las Autoevaluaciones firmadas bajo protesta de decir verdad.

Además, a finales de 2017, la DGCES y la CNPSS solicitaron a las Autoridades Estatales elaborar un Programa de Trabajo de cada una de los establecimientos que no tenían ponderación aprobatoria y el envío de las autoevaluaciones faltantes, a efecto de llevar a cabo una segunda fase de visitas en el segundo semestre de 2018. Cabe señalar que en esta segunda fase serán evaluado el estado de Oaxaca debido a los daños ocurridos por los sismos de septiembre de 2017.

De igual manera, como parte de las acciones para mantener los aspectos de calidad y seguridad en los establecimientos acreditados con anterioridad, a junio de 2018 se realizaron 78 supervisiones en 50 establecimientos de 22 entidades federativas, obteniendo los siguientes resultados:

- En siete establecimientos se suspendió la acreditación en 10 intervenciones del FPGC y en un CAUSES, en los estados de Chihuahua, Guerrero, Jalisco, Sonora, Veracruz y Yucatán.
- En 18 establecimientos se dejó sin efecto la acreditación en 20 intervenciones del FPGC y en cinco CAUSES, en los estados de Oaxaca, Zacatecas, Guanajuato, Veracruz, Ciudad de México, Chiapas, Querétaro, Tamaulipas, Michoacán, Tabasco, Coahuila y Nuevo León.
- En 25 establecimientos se ratificaron las acreditaciones en 33 intervenciones del FPGC y dos en CAUSES y un SM SXXI, en Ciudad de México, Coahuila, Durango, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora y Veracruz.
- En cuatro establecimientos se encuentran en el término para la solventación de hallazgos en tres intervenciones del FPGC y tres del CAUSES, en Guerrero, Estado de México y Tabasco.

En 2018 se realizó una priorización de los establecimientos a supervisar y se conformó un Programa Anual de

^{5/} Con información al corte de julio de 2017, se integró por primera vez una base de datos con los establecimientos acreditados del periodo 2004-2017 en las intervenciones del CAUSES, en FPGC y en SM SXXI. Dicha base fue construida con la documentación enviada por las entidades federativas y la CNPSS. Asimismo, se realizó el análisis por parte de la DGIS a efecto de cotejar que estos establecimientos contarán con CLUES vigente. Esto dio como resultado cambios en la información reportada con anterioridad.

Supervisión el cual incluye 10 establecimientos en tres intervenciones del FPGC, ocho CAUSES y un SM SXXI.

Adicionalmente, desde 2016 se aprobó el Programa presupuestario Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005, cuyo objetivo es contribuir a elevar la calidad y disminuir los riesgos derivados de la prestación de los servicios de atención médica. Desde entonces a la fecha se han suscrito con las entidades federativas Convenios Específicos de Colaboración para la Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales con el carácter de subsidios con los Servicios Estatales, lo cual ha permitido fortalecer la supervisión de los establecimientos para la atención médica por parte de las entidades federativas, fortalecer las competencias del personal, así como ejecutar el proceso de reacreditación a nivel nacional.

Con el fin de mejorar el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios a las unidades de tercer nivel, en los HRAE se ha priorizado la acreditación y reacreditación para atender diversos padecimientos, los servicios de atención médica y ofrecer a la población calidad y seguridad, se estima obtener a finales de 2018 las 23 acreditaciones en el HRAEB; 11 en el CRAE Ciudad Salud; 12 Hospital de Especialidades Pediátricas, 12 en el HRAEPY; 16 en el HRAEV; cuatro en el HRAEO y 22 en el HRAEI.

La DGCHRAE trabaja en los grupos técnico y financiero para la mejora de los instrumentos que permitan un intercambio de servicios entre las instituciones del SNS con calidad y seguridad como ejes de la atención.

Durante 2017 y 2018 las autoridades el HNH acudieron a reuniones de trabajo coordinadas por el Consejo General de Salubridad con el propósito de iniciar el proceso de acreditación para el Programa Hospital Seguro.

Con el fin de mejorar el acceso a los servicios de salud a los beneficiarios del Seguro Popular en el HJM, en diciembre de 2017 se tuvo la visita de reacreditación por parte de la DGCES de las siguientes patologías: tumores sólidos en el sistema nervioso central, hematopatías malignas, linfoma no Hodgkin, cáncer de mama, cáncer del cuello uterino y cáncer de próstata; se continua en espera de los dictámenes de reacreditación. Asimismo, en abril de 2018 se evaluó la cédula de hepatitis C, y de igual manera se está en espera del dictamen.

Se preparó la acreditación del HGMGG para el Programa de Gastos Catastróficos en cáncer de próstata, se hicieron tres preevaluaciones por parte de la Coordinación de Hospitales Federales de Referencia. Se incorporó el curso de especialización de cirugía plástica y reconstructiva

al Programa Nacional de Posgrados de Calidad de la UNAM/CONACYT, con lo que ya son cuatro cursos de especialidad del hospital incorporados a este programa.

El HIMFG cuenta con 18 servicios acreditados: 15 por el FPGC, dos del CAUSES y uno de SM SXXI.

En aras de **consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutive**, durante 2018 en IMSS-PROSPERA se ha programado la acreditación de 59 unidades médicas rurales y la reacreditación de 47 hospitales rurales, los cuales fueron admitidos por la DGCES para ser visitados en el periodo marzo-noviembre de 2018. Como resultado de dicha programación, siete unidades médicas rurales ya cuentan con dictamen de acreditación.

A fin de **actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud**, al primer trimestre de 2018, en seguimiento de la operación del Sistema de Registro de Eventos Adversos, se han otorgado 444 claves de acceso para establecimientos de 31 entidades federativas, y se cuenta con 16,630 reportes. En el mismo periodo, se ha capacitado de manera presencial en el uso del sistema a los gestores de calidad de la Ciudad de México, del Hospital General de México y de Oaxaca.

Durante febrero y marzo de 2018 se efectuó la encuesta del Marco de Autoevaluación sobre la Estrategia Multimodal de la Organización Mundial de Salud para la Higiene de Manos, así como el Cuestionario de Conocimientos y Percepción sobre Higiene de Manos, en los que participaron 58,834 profesionales de 623 establecimientos de salud.

En junio de 2018 se realizó el evento conmemorativo del Día Mundial de Higiene de Manos, con la participación de representantes de las instituciones del sector, así como hospitales privados, facultades y escuelas de Medicina, con la finalidad de fortalecer la difusión y formación del personal de salud en las técnicas y momentos para la higiene de manos para reducir las infecciones asociadas a la atención a la salud y, en consecuencia, la resistencia a los antibióticos.

En junio de 2018 se realizó el curso “Entrena entrenadores”, en el que se contó con representantes de la OMS en materia de higiene de manos e instituciones del Sector.

Se publicó en el Diario Oficial de la Federación del 8 de septiembre de 2017 el documento denominado

Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, que establece el marco normativo en materia de calidad de la atención médica y es de observancia obligatoria para todos los establecimientos de salud públicos y privados.

Con la finalidad de fortalecer la ejecución del Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica mediante algoritmos de atención clínica, en diciembre de 2017 se estableció en el seno del Comité Nacional por la Calidad en Salud el Acuerdo 002/I/2017: “Las Entidades Federativas e Instituciones del Sector, desplegarán los mecanismos necesarios para fortalecer la capacitación, difusión e implementación de los algoritmos de atención clínica, en los municipios que se encuentren por encima de la media estatal de la tasa de mortalidad en los padecimientos prioritarios, iniciando con diabetes mellitus e infarto agudo al miocardio”.

A junio de 2018, se han realizado acciones de difusión, capacitación o implementación de GPC mediante algoritmos de atención clínica en 4,264 establecimientos en 28 entidades federativas, lo que equivale a un avance de 87.5% a nivel nacional. De manera sectorial, han participado ISSSTE, SEDENA y PEMEX.

Con el propósito de brindar a profesionales de la salud conocimientos, habilidades y actitudes para realizar acciones de detección temprana y derivación oportuna de consumidores excesivos de alcohol y usuarios de tabaco, en 2017 la CONADIC integró el estándar de competencias “Consejo breve para la cesación del consumo de alcohol y tabaco en los servicios de salud”. Para ello, contó con el apoyo de un grupo de expertos de diversas instituciones académicas y de salud (HGM, IMSS, ISSSTE, facultades de Medicina y de Psicología de la UNAM, institutos de Enfermedades Respiratorias y de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz) y con la colaboración del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales de la Secretaría de Educación Pública

Con el interés de que las mejores prácticas sean la constante entre los HRAE, en el esfuerzo por lograr y mantener que todos los hospitales cuenten con servicios acreditados, se espera tener cerca de 100 acreditaciones a fines de 2018, en cumplimiento del programa anual establecido para brindar atención a pacientes del FPGC y del SM SXXI. Asimismo, se estima que el HRAEB y el HRAEI estarán inscritos para el proceso de certificación.

Se trabaja intensamente en lograr mejoras en el trato y satisfacción de los usuarios, evaluando indicadores de desempeño a considerar únicamente resultados de excelencia, se ha logrado que en promedio, se tenga

98.6% de los cursos de especialidad con más de 80 puntos de satisfacción de los residentes; con una percepción de la calidad de los cursos de educación continua de 90.0%; y 90.0% de satisfacción de los usuarios con más de 80 puntos en la atención ambulatoria y hospitalaria en los HRAE en 2018.

El INER en enero de 2018 implementó la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio, con el propósito de acortar los tiempos de espera para la realización de poligrafía respiratoria.

Con la finalidad de homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud que oferta el HJM, se cuenta con un Aval Ciudadano que participa de manera sistemática en el proceso de apertura de buzones, aplicación de encuestas y guías de cotejo para evaluar el trato a los usuarios y así establecer programas de mejora. Así también se cuenta con una división de calidad, la cual se encarga de dar seguimiento a las quejas, denuncias, sugerencias y felicitaciones al personal o la institución.

Asimismo, el INC cuenta con el Aval Ciudadano y con el Sistema Unificado de Gestión para la atención y orientación al usuario de los servicios de salud.

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, el ISSSTE continuó impulsando el desarrollo y actualización de las siguientes Guías de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de tumores cerebrales en población pediátrica en primer y segundo nivel; Tratamiento de verrugas vulgares; Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones ontogénicas causantes de infecciones cérvico-faciales en los tres niveles de atención; Extracción de cuerpo extraño de la vía aérea en niños; Tratamiento quirúrgico de oclusión intestinal por adherencias en el adulto en segundo nivel de atención; Prevención, diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis en niños y adolescentes en primero y segundo nivel de atención; Prevención, diagnóstico y tratamiento farmacológico de la giardiasis en niños y adolescentes de 1 a 18 años en el primer y segundo nivel de atención; Tratamiento de la perforación de úlcera péptica en pacientes adultos en el segundo nivel de atención, y Prevención y diagnóstico de enfermedad cerebral vascular isquémica en mayores de 45 años en unidades primer nivel.

Para **fomentar el uso de las NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud**, se han implementado manuales, lineamientos y el cumplimiento de la NOM 004 y en particular del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad, que establece el registro del uso

de Guías de Práctica Clínica como uno de los criterios evaluables. Se ha favorecido la aplicación de los Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería de acuerdo con la morbilidad presentada en los hospitales apegados a los análisis específicos de los pacientes y las intervenciones requeridas; la clasificación de discapacidad, la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión actualizada para su la adopción y estandarización.

A dos años de la implantación de la auditoría clínica, se están evaluando no solo el apego a los mejores estándares internacionales en materia de atención u organización, sino los impactos de los ciclos concluidos, tanto para los pacientes como para los hospitales. En coordinación con la DGCINS, se llevó a cabo la Tercera Reunión Institucional de Auditoría Clínica, los días 26 al 28 de septiembre de 2017 en la ciudad de Oaxaca, con 15 auditorías, de las cuales cerca de 50% fueron presentadas por los HRAE.

El Hospital Juárez Centro cuenta con un nuevo modelo de gestión de procesos hospitalarios, con un total de 129 procedimientos del área médica y paramédica, así como 89 procedimientos del área administrativa que permiten homologar la atención, garantizar el acceso a los servicios otorgados con adecuados estándares de calidad y seguridad, y reducir los índices de variabilidad en la atención.

El INSP desarrolló la Estrategia de mejora de la atención. Evaluación de las guías de práctica clínica para la atención infantil y las enfermedades crónicas no transmisibles. Este estudio incluye evaluaciones comparativas de intervención para la mejora de la calidad, como son las estrategias de implementación de GPC realizadas por el Sector Salud. Este proyecto permitirá contar con un instrumento guía de las recomendaciones e indicadores clave para evaluar el proceso de la atención en la práctica clínica a nivel nacional y local.

El INNN participó en la actualización de la NOM-004-SSA, del expediente clínico, en la DGCES, y cuenta con 84.1% de expedientes clínicos revisados aprobados conforme a dicha NOM.

El Programa para la Mejora Continua del INC tiene como objetivo garantizar que en el Instituto se otorgue una atención segura y de calidad, a partir de una metodología proactiva de gestión de riesgos, con enfoque de sistema y participación multidisciplinario que permita fortalecer una cultura de compromiso con la seguridad institucional. Dentro de sus grandes estrategias se encuentran:

- Desarrollar e implantar una cultura de atención a la salud con calidad y seguridad a partir del Modelo

de Calidad Institucional, que tiene como base los propuestos por la Secretaría de Salud, a fin de obtener el reconocimiento de las diferentes entidades certificadoras y acreditadoras del país.

- Impulsar la implementación de prácticas basadas en la evidencia científica, así como estandarizar procesos con enfoque sistémico y multidisciplinario.
- Consolidar el Sistema de Reporte y Seguimiento de Eventos Adversos.
- Seguimiento y control de las barreras de seguridad y acciones de mejora mediante auditorías internas y el desarrollo de indicadores.

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

Para homologar la calidad y atención de los servicios de salud, entre el 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018 el CENETEC coordinó el Secretariado Técnico del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, y se logró la autorización de 16 GPC de nueva creación y 32 GPC de actualización, para sumar un total de 815 GPC publicadas en el Catálogo Maestro. Entre las GPC publicadas destaca la actualización de las siguientes: "IMSS-142-18 Diagnóstico y tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda en el adulto"; "S-146-18 Prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de lesiones precursoras del cáncer del cuello cérvico-uterino en primer y segundo nivel de atención"; "SS-290-18 Tratamiento de linfoma no Hodgkin en pediatría" e "IMSS-191-18 Diagnóstico y tratamiento de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST", que contribuyen a las acciones de respuesta a prioridades de salud pública en el país.

La Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social participa en las sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud Federal.

A junio de 2018 se realizaron cuatro sesiones WebEx, como parte de las acciones de difusión y capacitación dirigidas a responsables estatales e institucionales de

calidad para la implementación de los 11 algoritmos de atención clínica del Plan Estratégico Sectorial para la Implementación de Guías de Práctica Clínica.

Asimismo, de septiembre de 2017 a junio de 2018 la DGCES participó en 10 sesiones con los Grupos de Trabajo Estratégicos de GPC, coordinando el grupo de difusión e implementación de GPC.

En la tarea de **fortalecer la conciliación y el arbitraje médico para la resolución de las controversias entre usuarios y prestadores de servicios**, destaca la labor que desde hace 22 años realiza la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Este organismo apoya a la sociedad como una institución confiable, en la cual se pueden esclarecer de forma amigable y de buena fe las controversias que surgen entre usuarios y prestadores de servicios médicos; es un órgano creado por el Ejecutivo Federal con el propósito de contar con una instancia a la cual puedan acudir los usuarios y proveedores de servicios médicos para apoyarlos en la solución de conflictos derivados de la prestación de dichos servicio, a través de mecanismos alternativos de solución de controversias. Los beneficios de estos mecanismos alternativos son conocidos y valorados en todos los ámbitos, ya que aportan mayor rapidez a la solución de conflictos, al mismo tiempo que disminuyen los costos, tanto para el sistema de justicia como para las partes involucradas.

Adicionalmente, la Comisión colabora con órganos de procuración y administración de justicia, así como con los órganos internos de control, mediante la emisión de dictámenes médicos institucionales y con las comisiones estatales de Arbitraje Médico en la aplicación del proceso arbitral.

En el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2018, la CONAMED concluyó 12,559 asuntos relacionados con inconformidades derivadas de la prestación de servicios de salud, de los cuales 7,776 fueron por orientaciones; 2,238 por asesorías especializadas, 1,091 de estas a través de gestiones inmediatas en instituciones de salud; 1,308 fueron quejas por conciliación o arbitraje. Asimismo, se emitieron 146 dictámenes médicos institucionales relacionados con solicitudes de instituciones de procuración e impartición de justicia y algunos órganos internos de control.

Investigaciones

Una de las actividades destacadas de la CONAMED, es realizar el análisis e investigación de las desviaciones, omisiones o irregularidades encontradas en los procesos de revisión de los casos de queja. Por tal razón, se impulsa

el trabajo con un enfoque académico y científico, con el objeto de promover una política de prevención del error y estimular la mejora continua de la calidad de la práctica médica, a través de proyectos de investigación y emisión de recomendaciones.

En el periodo de este Informe, se iniciaron los siguientes proyectos:

- Validación y medición de la Escala de Empatía Médica de Jefferson, versión estudiantil, en población mexicana. En colaboración con Escuela Superior de Medicina del IPN, Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Milpa Alta.
- Factores predictores del nivel de empatía en estudiantes mexicanos de enfermería. En colaboración con la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Factores psicosociales predictores de la comunicación asertiva de la mujer embarazada en la relación médico-paciente. En colaboración con la Escuela Superior de Medicina del IPN, Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomás.
- Revisión de las bases fisiopatológicas de la inflamación.
- Representaciones sociales del médico, paciente y atención médica.
- La eficacia de la nota de Enfermería en el expediente clínico.
- Coherencia diagnóstico/intervención de enfermería en la hoja de registros clínicos y uso de lenguaje estandarizado.

Publicaciones

La “Revista CONAMED” es un foro especializado en materia de arbitraje médico, derecho y salud, tiene como objetivo influir en la calidad de la práctica de la medicina y proyectar las actividades de investigación, educación y difusión de esta Comisión en el ámbito nacional e internacional, así como coadyuvar a la difusión del quehacer, filosofía, objetivos y atribuciones de la CONAMED.

Durante el periodo que cubre este Informe se publicaron los números 3 y 4 del volumen 22 (2017), con un tiraje de 500 ejemplares cada uno, así como el suplemento del mismo volumen, con un tiraje de 800 ejemplares, que con motivo del centenario de la promulgación

de la carta magna hace un recuento del impacto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en la salud pública (<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/issue/view/issue/157/198>).

A partir del número 1 del volumen 23 (2018), la “Revista CONAMED” se desarrolla en un formato electrónico para ampliar su proceso de consulta en línea. Se hospeda en la plataforma Medigraphic (<http://www.medigraphic.com/>). Además, se imprimieron los números 1, 2 y 3 con un tiraje de 50 ejemplares cada uno.

La “Revista CONAMED” también se encuentra alojada en la página de Internet de esta Comisión. De septiembre de 2017 a agosto de 2018 se registraron 54,416 accesos para consulta.

Para difundir información de interés para una adecuada atención de los pacientes, se realizaron las siguientes recomendaciones:

- Recomendaciones a profesionales de la salud para uso racional de medicamentos.
- Recomendaciones para mejorar la comunicación enfermera-paciente.
- Recomendaciones a profesionales de la salud para el tratamiento de la anafilaxia en un consultorio médico.

- Datos de alarma en el embarazo.

- Recomendaciones a la mujer embarazada para mejorar la comunicación con el personal de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio (la cuarentena).

Difusión entre profesionales de salud y pacientes

Se implementó la campaña “CONAMED, una instancia para la atención de quejas médicas” del 13 de noviembre al 13 de diciembre de 2017 en espacios exteriores de 12 estaciones del Metrobús de la Ciudad de México (líneas 1, 2, y 3) con visibilidad las 24 horas; el objetivo de la campaña fue promover los servicios que ofrece la CONAMED en cuanto a la atención de inconformidades derivadas de la prestación de servicios médicos públicos o privados. El alcance de impactos estimado fue de 38, 501,220 personas. Esta misma campaña se replicó en agosto de 2018 en ocho estaciones de la línea 1 del Metrobús.

La CONAMED realizó la difusión de materiales impresos relacionados con sus actividades, los derechos generales de los pacientes y de las y los trabajadores de la salud, así como las recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina en los siguientes eventos: Tercera edición de la Feria del libro de ciencias de la salud en el Antiguo Palacio de la Escuela de Medicina de la UNAM, la cual contó con una asistencia de más de 15,000 personas; Baile Anual “Bailar es Recordar” organizado por el Instituto Nacional

CUADRO 2.6 ASUNTOS CONCLUIDOS POR LA CONAMED 2010-2018¹

Concepto	Datos anuales								
	Observado								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Por orientación	4,421	6,225	6,156	9,391	9,609	8,042	7,695	9,894	5,081
Por asesoría especializada	4,555	5,299	3,484	4,646	4,013	3,985	3,499	2,481	1,327
Por gestiones inmediatas en instituciones de salud	654	915	1,046	1,179	1,370	1,409	1,208	1,312	726
Por emisión de dictámenes médicos institucionales	358	309	300	249	245	294	186	227	80
Como queja	1,671	1,794	1,699	1,775	1,654	2,022	1,972	1,964	747
<i>Conciliación</i>	852	975	845	918	758	822	609	519	189
<i>Laudo</i>	42	71	91	92	55	37	83	71	30
<i>Otras modalidades</i>	777	748	763	765	841	1,163	1,280	1,374	528
Total de asuntos concluidos	11,659	14,542	12,685	17,240	16,891	15,752	14,560	15,878	7,961

¹Datos para el periodo enero-junio 2018.
FUENTE: CONAMED.

de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), con una concurrencia de más de 10,000 mil personas; también se participó en la ruta por la salud en las 16 delegaciones de la Ciudad de México.

Por lo que se refiere a la difusión realizada a través de las redes sociales, se contó con Wikipedia, Twitter, Facebook, Instagram, YouTube y el *blog* CONAMED Contigo, en las cuales, se realizaron publicaciones relacionadas con los cursos impartidos por la CONAMED, la revista, el suplemento, el boletín, entre otros.

En Twitter, cuenta con 18,124 seguidores, Facebook con 22,316 seguidores y 22,326 “me gusta”, para el Blog CONAMED Contigo se registraron 180,231 visitas, el canal de YouTube tiene 38 suscriptores y 572 reproducciones de los videos publicados.

El Centro de Documentación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CENDO CONAMED) cuenta con un acervo de 3,601 libros especializados en el área de derecho sanitario y arbitraje médico que se encuentra a disposición de usuarios tanto internos como externos. El CENDO CONAMED, en el periodo que se reporta, cuenta con 21 convenios interbibliotecarios y, durante ese mismo periodo, se atendió a 257 usuarios, los cuales tuvieron una satisfacción de 100% en la calidad del servicio.

A fin de **consolidar los mecanismos de retroalimentación en el Sistema Nacional de Salud para el mejoramiento de la calidad**, los HRAE mantienen la vigilancia en el trato a los usuarios y pacientes por medio de los instrumentos del INDICAS, Aval Ciudadano y buzones. En todos los hospitales han permanecido evaluaciones por arriba de los estándares establecidos por el sistema, y se espera cerrar en 2018 con indicadores de 90.0% en satisfacción de los usuarios de hospitalización y ambulatorios (consulta externa y urgencias).

La implementación del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA), se ha llevado a cabo de manera intensa lográndose resultados diversos de acuerdo con la infraestructura y personal disponibles, tratando de que los datos se integren al expediente electrónico, en el caso de algunos hospitales como el HRAEI y el HRAEV.

Se ha dado seguimiento a la implementación del Catálogo de Indicadores IAMAE (Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad) en los HRAE, se realizaron análisis y teleconferencias para la asesoría en coordinación con

la DGCINS, en sesiones con los directores médicos se han reestructurado y adecuado para la mejora de los indicadores en la alta especialidad.

LA DGCHRAE, ha brindado asesoría y comentarios al desempeño de los HRAE en los 24 informes presentados en las sesiones de órganos de gobierno, el establecimiento de las metas anuales y estimaciones de las actividades sustantivas a llevar a cabo en 2019.

El análisis de los resultados de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) de los tres programas presupuestales de los HRAE es realizado y entregado trimestralmente a los directivos para la toma de decisiones y correcciones necesarias a la planeación por condiciones específicas.

En el periodo que se reporta, el HNH mantiene en vigor los programas Aval Ciudadano, así como el proceso para encuesta de usuarios con fines de evaluación de la percepción de satisfacción y calidad en los servicios que se otorgan.

Durante 2017, en el HNH 83% de los usuarios manifestó satisfacción con la calidad de la atención médica recibida, mientras que en 2018 esa percepción alcanzó 92.5%. Esto refleja una mayor la calidad de la atención y se traduce en un mejor estado de salud para la población atendida.

La CCINSHAE desarrolló e implementó el Programa Institucional de Auditorías Clínicas, un sistema de mejora continua de la calidad que tiene como finalidad fortalecer de manera sistemática los resultados clínicos obtenidos durante la atención médica y hospitalaria que reciben los pacientes atendidos por las entidades coordinadas en la propia CCINSHAE.

El HJC cuenta con mecanismos que le permiten tener una retroalimentación para implementar un modelo de atención que fortalezca el cumplimiento de los criterios del SNS, como son: la Junta de Gobierno, los Indicadores de Calidad en Salud, los IAMAE, la MIR, el Aval Ciudadano, entre otras.

El HGMGG consolidó la atención a médicos residentes y a estudiantes de enfermería por parte del psicólogo adscrito a la Subdirección de Enseñanza.

El INSP cuenta en su oferta académica con los programas de posgrado en formación de Recursos Humanos y orientación profesional en dos especialidades: Maestría en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud y Doctorado en Calidad de los Sistemas de Salud, con la finalidad de contribuir en la mejora de la calidad del SNS.

El 11% del personal de enfermería del INNN está certificado por el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería y se ha mejorado el Centro de Instrucción de Enfermería Especializada con apoyo de la Fundación Río Arronte con la finalidad de incrementar las capacidades del personal de enfermería e incrementar el porcentaje de certificación. Se impartió la conferencia magistral: ¿Marketing en enfermería? En la que se mostró cómo la enfermera se puede hacer presente ante la sociedad y la importancia de la certificación de los profesionales de la salud ante un organismo colegiado. Se presentaron temas innovadores en el cuidado de enfermería, así como intervenciones de enfermería en cirugía robótica; tres mesas redondas y dos talleres.

Con respecto al objetivo de **promover los procesos de certificación de programas y profesionales de la salud**, en 2017 se realizaron reuniones entre el Consejo de Salubridad General y la Dirección General Adjunta para la Coordinación de los Sistemas Estatales de Salud a fin de apoyar y fortalecer los procesos de certificación de hospitales y clínicas existentes. En 2018 ha continuado dicha colaboración con el Consejo para incentivar a los hospitales públicos y privados a certificarse, a fin de dar un paso en la homologación de la calidad de los servicios prestados en el país a los connacionales y a los extranjeros que, hablando de turismo médico, buscan en este país los buenos precios y los calificados y eficientes servicios médicos, ventajas que se suman a nuestra privilegiada posición geográfica.

Las certificaciones de los servicios y de profesionales de la salud han sido de suma importancia. Se contará a finales de 2018 con cerca de 100 acreditaciones de servicios. El HRAEB y el HRAEI están en proceso de certificación.

Además, se ha considerado como una de las variables fundamentales en la selección de personal médico, el contar con las certificaciones correspondientes a la especialidad o subespecialidad, en su caso, para poder ingresar a los HRAE y vigilar que los directivos también cumplan con este requisito.

Se promueve la obtención de registro en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad del CONACYT. Todos los HRAE cuentan con registro en el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas para poder acceder a diferentes fondos o fuentes disponibles en el consejo a través de las convocatorias respectivas. Los servicios disponibles estarán acreditados para la atención de pacientes del FPGC, SXXI y CAUSES, con cerca de cien acreditaciones y reacreditaciones de acuerdo con los estándares nacionales aplicables.

En febrero de 2018 se envió al Consejo de Salubridad General, la autoevaluación del HJM para la certificación hospitalaria, actualmente se trabaja en el proceso de certificación bajo los estándares del Modelo de Certificación de Hospitales 2015.

El 28 de febrero de 2018, en la Primera Sesión Extraordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica del SINACEAM, dependiente del CSG, se aprobó la Certificación del INER por un periodo de cinco años, con una calificación de 9.4.

Por su especialidad, en el INC 100% de sus cardiólogos cuenta con certificados vigentes expedidos por el Consejo Mexicano de Cardiología.

En beneficio de la seguridad del paciente, en el ISSSTE, durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, se dio continuidad al llenado del formato de verificación de cirugía segura en las unidades médicas que realizan procedimientos quirúrgicos en el Sistema de Información Médico Financiero y en actividades de supervisión en las unidades médicas. El registro de aplicación de la cédula a los procedimientos quirúrgicos es de 89.87%.

Con la finalidad de **establecer nuevas modalidades de concertación de citas y atención que reduzcan los tiempos de espera en todos los niveles**, los HRAE han trabajado para el establecimiento de la cita vía telefónica o por Internet, lo que contribuye a mejorar la atención y a hacer más ágiles y transparentes los trámites para los usuarios de los servicios. Dichas ligas pueden consultarse en las páginas oficiales de los hospitales, en cumplimiento de abrir la información relevante a la población.

EL INCAN cuenta con una página electrónica en la dirección: http://incan-mexico.org/incan-movil/incan-movil.jsp?iu_p=/incan-movil/pub/areas/pacientes/principal.xml, en la cual se trata de exponer a los pacientes interesados en concertar una cita de primera vez de los requisitos que deben cumplir para obtener dicho servicio.

El HJM cuenta con un *call center* para la cita telefónica de primera vez, el cual permite otorgar consulta en forma oportuna con un horario de atención de 8 de la mañana a 4 de la tarde, de lunes a viernes. A partir del segundo semestre de 2017 se están realizando las siguientes acciones de mejora de los tiempos de espera: 1. Coordinación con archivo clínico para disminuir el número de expedientes faltantes en la consulta, mejora del proceso entrega/devolución de expedientes, entrega puntual de las listas de solicitud de expedientes el día anterior; 2. Coordinación con los

jefes de División: se hará la programación de citas en diferentes horarios; 3. Con el personal de recepción de la Consulta Externa: fortalecer la permanencia en el sitio de trabajo, verificación de expedientes en la entrega/devolución con el archivo clínico; 4. La Jefatura de Consulta Externa: supervisión del inicio/término de consulta, supervisión de proceso entrega/devolución de expedientes, supervisión del personal de recepción.

El HGM dispone de un *call center* que agenda las citas de primera vez de Medicina General y de Pediatría. Al interior del Hospital se ha implementado la agenda para que los diferentes servicios realicen la programación de citas de primera vez, a través del personal administrativo del servicio y las citas subsecuentes las realizarán los médicos desde su consultorio y la entregarán al paciente.

Estrategia 2.3

Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales

En aras de **fortalecer las unidades médicas de primer nivel como el eje de acceso a las redes de servicios**, al sexto año de esta administración, en colaboración con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), IMSS-PROSPERA logró la construcción de 26 nuevas Unidades Médicas Rurales, una de ellas, en proceso durante el periodo que se reporta. Dicha infraestructura se ubica en Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz Norte, delegaciones que concentran 78.6% de los 4.2 millones de personas a las que beneficia el programa en comunidades predominantemente indígenas.

Con el objetivo de **diseñar la implementación de redes de servicios que favorezcan el acceso efectivo con las diferentes instituciones públicas**, la DGPLADES en el marco de los talleres para la elaboración/actualización de los Estudios de Regionalización Operativa, integró equipos de trabajo estatales para el análisis y gestión de redes. Según las diferentes fechas de capacitación, fue programada la entrega de los estudios para cada entidad federativa capacitada incorporando la red de servicios del primer nivel de atención de la Secretaría de Salud e IMSS-PROSPERA, en una primera etapa.

Por otra parte, se realizó una reunión con el coordinador de asesores del Programa IMSS-PROSPERA, con el propósito

de articular mecanismos para actualizar y mejorar la regionalización en las entidades. Como resultado de esta colaboración, dicho programa compartió el último corte de la población beneficiaria de su programa por localidad para verificar la ausencia de duplicidad de atención. Adicional a ello, se tuvo una reunión de coordinación con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en la que se acordó la configuración de un equipo de trabajo técnico para las actualizaciones en las asignaciones a establecimientos médicos que deriven de los Estudios de Regionalización Operativa y cuyo impacto radique en la actualización reafiliaciones según las asignaciones de los estudios estatales.

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

Es importante mencionar que el HRAEPY ha incrementado de 17.0 a 26.2% y el HRAEV de 15.9 a 31.6%, el porcentaje; HRAEB se mantiene cercano a 98.5% y los demás entre 40 y 70%, lo que hace evidente la mejora en los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes y podría ser una variable que indique también que los pacientes cuentan con apoyos tener tratamientos más oportunos y mayor apego; acceso concertado y al contar con seguro, podría suponerse que concomitantemente, disminuir los gastos de bolsillo.

El HJM, cuenta con convenios de colaboración formales y no formales en materia de prestación de servicios, formación de recursos, se continúa ofertando servicios de especialidad y alta especialidad los Hospitales de segundo y tercer nivel, lo cual permiten intercambio de intervenciones entre todas las instituciones del sector, favoreciendo la oportunidad de atender a los pacientes que requieren servicios médicos de alta especialidad a través del sistema de referencia y contrarreferencia.

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, el HGM para fortalecer y favorecer el acceso a la atención médica, y bajo la política de cero rechazos, recibió en total a 9,974 pacientes, que acudieron a la Institución mediante un documento escrito de referencia provenientes de otras instituciones de Salud, Públicos y Privados, de diferentes entidades de la República Mexicana y de la Ciudad de México.

Las instituciones que más pacientes refirieron durante este periodo fueron: hospitales generales de la Ciudad de México, 21.7%; hospitales generales del Estado de México, 18.3%; hospitales generales de alta especialidad, 17.8%; centros de salud de la Ciudad de México, 11.9%, e Institutos Nacionales de Salud con 9.7%.

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

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

Se publicó el Programa Nacional de Capacitación en Cuidados Paliativos para Equipos de Primer Contacto en Atención Primaria, a partir de lo cual se han realizado 28 cursos en cuidados paliativos en 25 entidades federativas, en los cuales se han capacitado 3,201 profesionales de la salud de Secretaría de Salud, Programa IMSS-PROSPERA, PEMEX, SEMAR e IMSS. A través de convenio bilateral entre México-Uruguay mediante la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo se realiza la implementación en México del Proyecto ECHO en Cuidados Paliativos (Proyecto de Extensión a la comunidad para Obtener Resultados en la Atención Médica).

Con el interés de brindar una atención integral a niños con factores de riesgo para daño neurológico pre, peri y posnatal, a base de un conjunto de actividades terapéuticas diseñadas para prevenir y detectar posibles alteraciones o desviaciones del neurodesarrollo, en el servicio de parálisis cerebral del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII) se lleva a cabo el Programa de Estimulación Temprana para Pacientes con Alto Riesgo para Daño Neurológico. La evaluación y seguimiento de este grupo de pacientes permite diferenciar alteraciones transitorias propias del

CUADRO 2.7 ACTIVIDADES DEL BANCO DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL ACEPTADAS EN EL PERIODO

Unidades de sangre de cordón umbilical aceptadas en el periodo	10
Solicitudes de búsqueda de unidades con fines de trasplante	64
Unidades de sangre de cordón umbilical entregadas para trasplante	8

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

CUADRO 2.8 INSTITUCIONES QUE RECIBIERON EL SERVICIO DE IRRADIACIÓN

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

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

desarrollo de anomalías neurológicas mayores, a fin de dar tratamiento para prevenir secuelas de aparición tardía, incluyendo trastornos de aprendizaje y conducta. De septiembre de 2017 a junio de 2018 se ha atendido a 539 pacientes de primera vez, y 1,751 subsecuentes; en total, 2,290 pacientes atendidos.

En la tarea destinada a **consolidar las herramientas para la operación de redes integradas de servicios interinstitucionales**, se han revisado los avances en la elaboración de los ERO de 12 entidades federativas (Aguascalientes, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Tlaxcala y Zacatecas), con énfasis en el primer nivel de atención.

Para **fomentar una perspectiva intercultural, intersectorialidad y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud**, en los Servicios de Salud del estado de México, la DGPLADES realizó acciones de sensibilización intercultural y se impulsa el modelo de “Hospitales interculturalmente competentes” en el Hospital General de Chimalhuacán, el Hospital General Dr. José María Rodríguez de Ecatepec, el Hospital para Enfermos Crónicos de Tepexpan, Dr. Gustavo Baz Prada y en la Cruz Roja Mexicana Delegación Naucalpan.

Se promovieron acciones de sensibilización y difusión de modelos interculturales, como un compromiso de la Dirección de Atención Médica del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM). Se cuenta con la designación de un Enlace de Interculturalidad por parte de esta institución con la DGPLADES.

Con el fin de **ampliar la red de atención a través de unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional**, el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM), contribuye a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante el otorgamiento de acciones de atención primaria a la salud a través de unidades médicas móviles, por medio de la transferencia de recursos presupuestarios federales a las entidades federativas, por lo que representa un elemento estratégico para extender la atención de salud a las localidades que por su dispersión geográfica no cuentan con ella.

Las 729 unidades médicas móviles dieron cobertura a 10,855 localidades en un total de 705 municipios de las 32 entidades federativas. En el periodo del 1 de septiembre de 2017 a junio de 2018 se transfirió un total de 237,936,711.42 millones de pesos para los conceptos de sueldos y salarios del personal gerencial y operativo, viáticos y pasajes del personal gerencial.

Durante la actual administración, IMSS-PROSPERA desplegó 139 unidades médicas móviles adquiridas con recursos de la CDI. Dichas unidades cuentan con un consultorio médico y uno de enfermería y entre otros servicios proporcionan atención médica ambulatoria, prevención y detección de cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias y anemia, promoción de la salud a través de talleres comunitarios, vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor de cinco años, control de enfermedades y vigilancia epidemiológica y atención a contingencias.

Una acción destinada a **fortalecer la red de atención de telemedicina en regiones de alta marginación y dispersión poblacional**, es la capacitación que ofrece el CENETEC a profesionales de la salud mediante el curso “Modelo Operativo para la teleconsulta en telemedicina”. El curso se proporciona en la plataforma del campus virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

A fin de **promover la implementación del modelo de atención prehospitalaria para la homologación de la atención de emergencias en salud**, se han tomado medidas para consolidar la implementación del número 911 como número único armonizado nacional para la prestación de servicios de emergencia. Con este propósito, el 25 de octubre de 2018 se firmaron las Bases Generales de Colaboración entre la Secretaría de Gobernación y la Secretaría de Salud, incluyendo líneas de acción y la conformación de una comisión de seguimiento.

Se realizó el primer foro del Sistema Nacional de Atención Médica de Urgencias, del 2 al 4 de mayo de 2018 con integrantes de: SAMU 94 de Francia, Secretario Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, Centro Nacional de Información de SEGOB, titulares de los Centros Reguladores de Urgencias Médicas y/o Sistemas de Atención Médica de Urgencias de Aguascalientes, Jalisco, Querétaro, Sonora, San Luis Potosí, Chihuahua, Michoacán, Tamaulipas, Veracruz Guanajuato, Morelos, Tlaxcala y Puebla.

En la tarea de **consolidar las acciones en materia de calidad, autosuficiencia, cobertura y acceso efectivo de sangre, componentes sanguíneos y células troncales**, el 27 de octubre de 2017 se aprobó la realización de un protocolo titulado “Efecto en la Calidad de Vida en sujetos de 45 a 90 años de edad, antes y después de la aplicación por vía intravenosa de células troncales mesenquimales autólogas derivadas de tejido

adiposo cultivadas y expandidas, en pacientes con calidad de vida deteriorada por procesos degenerativos inherentes a su edad o secundariamente porque cursan con procesos inflamatorios crónico degenerativos (artritis reumatoide, osteoartritis) con o sin comorbilidades (diabetes, sobrepeso, obesidad e hipertensión).” Y se realizó una guía.

Se estipularon los criterios generales para los establecimientos en los que se llevarán a cabo alguna de las actividades de toma, procesamiento o aplicación de células mesenquimales adultas, se informó que se deberían de contar con lo siguiente, según sea el caso: licencia Sanitaria de Actos Quirúrgicos, licencia Sanitaria de Medicina Regenerativa, licencia Sanitaria de Banco de Células Troncales, Aviso de Responsable Sanitario y Autorización de Protocolo de Investigación por COFEPRIS.

El CNTS promueve con diferentes hospitales de las entidades federativas la firma de convenios de colaboración para el suministro de unidades de sangre y sus componentes con fines terapéuticos, así como de unidades de células troncales hematopoyéticas de cordón umbilical; esta última acción es de gran relevancia debido a que en la población pediátrica los padecimientos oncohematológicos son una de las primeras causas de mortalidad. Se han firmado 36 convenios y en el periodo que se informa se suscribieron 17.

Aunado a esto y con la finalidad de consolidar acciones en materia de calidad, autosuficiencia, cobertura y acceso efectivo de sangre, componentes sanguíneos y células troncales, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se tamizaron 1,875 unidades para los marcadores infecciosos obligatorios. El CNTS realiza pruebas confirmatorias y suplementarias a los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea (CETS) que lo requieran.

Durante este periodo, el CNTS incrementó su inventario de Unidades de Sangre de Cordón Umbilical (USCU)

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

El CNTS cuenta con un equipo irradiador auto blindado para irradiación de la sangre, para las instituciones públicas y privadas, que lo soliciten. La irradiación de componentes sanguíneos elimina la posibilidad de desarrollo de la Enfermedad Injerto contra Huésped Asociada a Transfusión (EICH), la cual es mortal en 95% de los casos. En el periodo, el total de componentes sanguíneos irradiados fue de 1,546 (cuadro 2.10).

Entre las acciones relevantes que realizó el CNTS durante el periodo se encuentran:

- Participación en la reunión de APEC (Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico por sus siglas en inglés) sobre control de calidad para laboratorios de banco de sangre y aportaciones de México en los programas de seguridad sanguínea.
- Recertificación bajo la Norma Mexicana NMX-CC-9001:2015/ISO 9001:2015 “Sistemas de gestión de la calidad”.
- Participación en el Programa de Evaluación Externa de Desempeño en Serología, Brasil OPS. Resultados satisfactorios al 100%.
- Participación en el Control de Calidad Externo de Serología del INDRE con resultados 100% satisfactorios.
- Participación en el Control de Calidad Externo de Inmunoematología Suiza-OPS con resultados 100% satisfactorios.
- Participación en el grupo de la OPS para la gestión del Plan Regional de Acceso Universal a Sangre Segura. Washington, D.C., 2018.
- Participación en el X Congreso Colombiano y XVII Congreso Iberoamericano de Bancos de Sangre y Medicina Transfusional. Barranquilla, Colombia, 2018.
- Presentación de dos trabajos de investigación en el marco del XXXV Congreso Internacional de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea. Toronto, Canadá, 2018.

Publicaciones

Spindler-Raffel E, *et al.* Enlargement of the WHO international repository for platelet transfusion-relevant bacteria reference strains. “Vox Sanguinis” 2017, 112(8): 713-722. Doi 10.1111/vox.12548.

Estudio internacional multicéntrico de la OMS, liderado por el Instituto Paul-Ehrlich de Alemania, en el cual el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea fue el único colaborador de Latinoamérica.

Treatment of platelet concentrates and plasma with riboflavin and UV light: Impact in bacterial reduction. *Transfusion Clinique et Biologique*. Artículo en prensa. DOI <https://doi.org/10.1016/j.tracli.2018.03.004>.

CUADRO 2.9 ACTIVIDADES DEL BANCO DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL ACEPTADAS EN EL PERIODO.

Unidades de sangre de cordón umbilical aceptadas en el periodo	15
Solicitudes de búsqueda de unidades con fines de trasplante.	62
Unidades de sangre de cordón umbilical entregadas para trasplante.	8

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

CUADRO 2.10 INSTITUCIONES DE SALUD A LAS CUALES SE PROPORCIONÓ EL SERVICIO DE IRRADIACIÓN DE HEMOCOMPONENTES.

Unidades hospitalarias	Cantidad
Sanatorio Durango	76
Star Médica Infantil Privado	125
Instituto Nacional de Pediatría	413
Secretaría de Marina	74
CETS Querétaro	40
Pemex	63
CETS Hidalgo	7
Hospital Infantil de México Federico Gómez	587
HRAE Ixtapaluca	146
Instituto Nacional de Perinatología	8
Hospital Moctezuma	6
Bite Médica	1
TOTAL	1,546

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

35th International Congress of the ISBT Toronto, Canada. "Vox Sanguinis" 2018, (113) 5-347 doi:10.1111/vox.12658

Los HRAE, en apego a la NOM 253 Para la Disposición de Sangre y sus Componentes con fines Terapéuticos, han mantenido una vigilancia estrecha para la obtención y aplicación de sangre. En el HRAEV se ha realizado una

auditoria clínica sobre las indicaciones para transfusiones sanguíneas y se ha elaborado una guía rápida para la toma de decisiones y el cuidado de medicina transfusional que ha incrementado la seguridad de los pacientes, con resultados muy favorables que podrían replicarse en los demás hospitales.

En cuanto a medicina transfusional, se han tenido índices muy bajos de complicaciones, por la promoción de criterios para las indicaciones de transfusiones, en todos los hospitales y los casos reportados se han atendido puntualmente.

Para este tema, el HJM realiza participa con:

1. La garantía del abasto de sangre y sus componentes a través del fomento de la donación sanguínea entre la población que acude a la Institución.
2. Fomento y educación de la población en relación a la donación sanguínea a través de medios de comunicación.
3. Fomento y educación de la donación sanguínea a instituciones públicas y privadas por medio de actividad presencial (pláticas).
4. Conformar un stock de donadores de grupos poco frecuentes (RH negativos).
5. Establecer convenios interinstitucionales como lo indica la normatividad vigente en materia de Deposición de Sangre Humana con Fines Terapéuticos NOM-253-SSA1-2012.
6. Fomento de donación altruista a través educación y sensibilización de esta modalidad como opción de mayor seguridad.
7. Aseguramiento de la calidad, a través de mantener tecnología de vanguardia en el escrutinio serológico infeccioso, rastreo de anticuerpos irregulares, procesos analíticos hematológicos e inmunocompatibilidad.
8. Personal altamente capacitado en los diferentes procesos de la cadena transfusional y personal suficiente en los diversos turnos.
9. Mantener el aseguramiento de la calidad mediante control externo de la calidad en procesos inmunohematológicos y escrutinio serológico infeccioso. (Control externo del CNTS, Control externo de programa Evcesi y Ceci).

10. Insumos oportunos y suficientes.
11. Mantener un programa de mantenimiento preventivo de equipos y red fría, para el adecuado proceso analítico y preservación de temperatura de hemocomponentes.
12. Resguardo de información de pacientes y/o donadores, a través de un sistema electrónico para banco de sangre, para garantizar su confidencialidad.
13. Agilizar trámites de donación sanguínea aprovechando los recursos tecnológicos (Internet) para facilitar el servicio al usuario.
14. Aseguramiento de donación de plaquetas a través de aféresis y seguridad del paciente y prevenir los riesgos de sensibilización del paciente.

En cumplimiento de la NOM 253-SSAI-2012 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, el banco de sangre del INC garantiza el abasto las 24 horas, los 365 días del año, además de apoyar a bancos de sangre de otras instituciones públicas.

Estrategia 2.4

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

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

A fin de **priorizar la implementación de modelos comunitarios y familiares de atención integral**

de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento, del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018 el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental ha trabajado en conjunto con la DGPLADES para la construcción del Modelo de Villas de Transición Hospitalaria como la alternativa a la construcción de hospitales psiquiátricos con base en el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, con lo que se busca la reinserción de los usuarios a la sociedad. Durante este periodo se autorizó la construcción de Villas de Transición Hospitalaria en el estado de Yucatán.

Para **reforzar el diagnóstico y la atención integral de los trastornos mentales y del comportamiento en todos los niveles de atención**, de enero de 2013 a junio de 2018, basados en la Guía de intervención del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP por sus siglas en inglés) para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, se capacitaron 6,123 médicos de centros de salud.

Con el propósito de **fortalecer la cobertura de atención a los trastornos mentales con enfoque familiar, comunitario y respeto a los derechos humanos**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, el Centro Integral de Salud Mental de la Ciudad de México brindó 102,154 intervenciones. Asimismo, se otorgaron 65,016 consultas en los 51 centros integrales de salud mental distribuidos en todo el país. Finalmente, Los 32 hospitales psiquiátricos cuentan con una capacidad de atención continua hospitalaria para 4,000 personas.

En SAP se impartieron 99 cursos, talleres, conferencias o pláticas, de los cuales 72 se dirigieron a familiares, usuarios y público en general, con la participación de 7,517 asistentes y 27 a personal de salud, con 812 asistentes.

Asimismo, se continuó con el Programa de Acción de Mejora en Derechos Humanos en las seis unidades adscritas a SAP.

El equipo de la Unidad de Salud Mental del HJM busca establecer los criterios para el ingreso del paciente/familia que deberán acudir a terapia familiar. Con respecto a los derechos humanos del paciente terminal –si está en condiciones físicas y psicológicas– y su familia, se les brinda la psicoeducación adecuada sobre los procesos que sobrevendrán tras el diagnóstico. Se facilitará la reflexión acerca de las alternativas para propiciar calidad de vida, cuidados paliativos y abordajes tanatológicos,

siempre y cuando sea demandado por el paciente y su familia. A nivel interno, el procedimiento es aplicable a los pacientes de las diferentes especialidades médicas del hospital que lo soliciten, así como al propio personal del hospital.

En aras de **impulsar la atención integral de enfermos con trastornos mentales para lograr su reinserción social y productiva**, al 30 de junio de 2018, cuatro entidades^{6/} cuentan con Casas de Medio Camino, que son unidades abiertas para personas egresadas de hospitales psiquiátricos y personas con enfermedad mental que viven en situaciones familiares inestables o de conflicto grave. Son de permanencia voluntaria y en ellas se apoya al usuario en su proceso de reintegración social y se presta el servicio de acompañante terapéutico. La casa es un espacio físico donde pueden tener pertenencias y desarrollar actividades individuales o grupales en comunidad.

Con el propósito de **incorporar gradualmente los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica con la red de servicios de salud**, el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental pretende homogenizar la calidad de atención, a través de la red existente y el incremento de los servicios de salud mental, integrando la red de servicios, a la red general de servicios de salud. El fortalecimiento de la cobertura, se desarrolla a través del establecimiento de servicios de salud mental al interior de los servicios de salud. Al 30 de junio de 2018, todo el país cuenta con módulos de salud mental en los centros de salud; asimismo, se dispone de 51 centros integrales de salud mental, 32 hospitales psiquiátricos, 54 villas de transición hospitalaria y 19 entidades federativas cuentan con 10% de hospitales generales con al menos una cama de psiquiatría.

Para **impulsar modelos de atención no institucionales de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento**, en 2018 se transfirieron 10 millones de peso por Ramo 12, a cuatro entidades federativas,^{7/} para la operación de los Programas de Rehabilitación Psicosocial e Invierno Sin Frío, al interior de los hospitales psiquiátricos. Ambas acciones están destinadas a impulsar modelos de atención no institucionales de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

^{6/} Ciudad de México, Hidalgo, Jalisco y México.

^{7/} Hidalgo, Jalisco, Estado de México y Yucatán.

Estrategia 2.5

Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cérvico-uterino, de mama y próstata

Establecer acciones de comunicación de riesgos de neoplasias malignas es una línea de acción central de esta estrategia. Las neoplasias malignas se encuentran en las principales causas de atención en todos los HRAE por ser unidades de tercer nivel, se mantiene en el HRAEB el programa de acceso directo telefónicamente para que el paciente con sospecha de neoplasia pueda ser atendido y en su caso dirigido al servicio tratante con prioridad para su atención oportuna.

Desde 2016, se estableció la colaboración entre el HRAEO y el INCAN, capacitando personal para la atención y asesorando la atención médica especializada e investigación.

En el CRAE CS, el HRAEPY y HRAEV, se tienen campañas para la realización de mastografías, logrando una buena participación de la comunidad para cáncer de mama y de próstata, con muy buena aceptación tanto de las instituciones de salud como de la población. Se mantienen acciones en días especiales como el 10 de mayo y en junio el día del padre para fomentar la detección.

El INCAN en noviembre de 2017 participó en la Séptima Edición de la Cumbre Mundial de Líderes de Cáncer, la cual es una de las principales reuniones políticas de alto nivel dedicada exclusivamente al fomento de la lucha mundial contra el cáncer.

Asimismo, el INCAN de forma permanente en su sitio de web www.infocancer.org.mx y en sus redes sociales han publicado noticias e información para la concientización sobre los siguientes tipos de cáncer: infantil, de colon y recto, de piel, de ovario, de próstata, de testículo, de mama y de pulmón.

El HJM cuenta con un servicio de Oncología el cual atiende a paciente el mismo día que acude a solicitar atención médica, y en el caso de presentar una neoplasia sospechosa de malignidad se inicia el protocolo de estudio en forma inmediata.

Con la finalidad de **promover la detección temprana de neoplasias malignas** y fomentar la sensibilización para la detección temprana de neoplasias malignas

en mujeres de mayor riesgo, se realizó una campaña en relación a cáncer de la mujer en octubre de 2017, a fin de impulsar el Mes de la Lucha contra el Cáncer de la Mujer, con el lema #DateUnaMano, en medios de comunicación y unidades de salud en las 32 entidades federativas.

Para **focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-uterino y de mama**, y a fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados en el Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer y con el propósito de llevar a cabo acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-uterino y de mama en la población considerada de mayor riesgo, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, en la SS se realizaron las siguientes acciones:

- 429,709 mastografías a mujeres de 40 a 69 años de edad.
- 608,309 procedimientos para detectar cáncer de cuello uterino a mujeres de 25 a 64 años de edad, de las cuales 316,750 corresponden a citologías cervicales y 291,559 pruebas de detección de virus de papiloma humano.
- En 87 Centros de Femeniles de Readaptación Social, distribuidos en las 32 entidades federativas del país se han realizado pruebas de detección para cáncer de mama y cáncer del cuello uterino (exploraciones clínicas, mastografías, citologías cervicales y pruebas para la detección de virus de papiloma humano).
- En los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual y los Servicios de Atención Especializada de 29 entidades federativas^{8/} se ha brindado atención a mujeres viviendo con VIH a través de la detección oportuna de cáncer del cuello uterino.

El HRAE CS tiene permanentemente la campaña de mastografías gratuitas, con lo que se logra detectar y establecer el tratamiento más oportunamente de cáncer de mama, con el beneficio de la población que lo requiera sin costo alguno al utilizar los programas implementados por el Gobierno como es el programa CAUSES.

El HRAEV y HRAEI mantienen vigentes su certificación para la atención de cáncer de mama y la emergencia obstétrica del embarazo, parto y puerperio, en los tres niveles de atención. En particular en el HRAEI se cuenta con una clínica de cáncer en el embarazo que ha obtenido productos vivos en 90% de los casos y controlado el tratamiento oncológico de la madre con buenos resultados.

En su página web www.infocancer.org.mx el INCAN publica diversas infografías e información preventiva, de detección y tratamiento del cáncer de mama y del cáncer cérvico-uterino.

En el Servicio de Ginecología, específicamente en la Clínica de Displasias, de lunes a viernes de 7.30 a 9.00 horas se realizan estudios citológicos para detección de cáncer cérvico-uterino a todas las pacientes que lo soliciten. También se realizan estudios de detección optoelectrónicas (*truscreen*), que tiene la ventaja de otorgar el diagnóstico de forma inmediata. En esta clínica se da seguimiento a todas las pacientes con citologías anormales y se otorgan tratamientos como la electrofulguración para las lesiones de bajo grado y cono de cérvix para las lesiones de alto grado, así como seguimiento periódico. Los casos de detección de cáncer cérvico-uterino se refieren a la unidad de oncología del hospital. Su seguimiento posterior se realiza en conjunto con dicha unidad.

Los lunes y miércoles en el consultorio 21 se otorgan las consultas de la clínica de mama, en este espacio se ven y exploran a todas las pacientes que solicitan tamizaje para cáncer de mama o bien a las pacientes que acuden por un nódulo mamario, se les solicita como apoyo diagnóstico los estudios de mastografía y ultrasonografía según corresponda a su grupo de edad y se realizan diferentes tipos de biopsias (baaf: biopsia por aspiración con aguja fina; baag: biopsia con aspiración con aguja gruesa; baag guiada por ultrasonografía; biopsias por marcaje) así como biopsias excisionales definitivas de quirófano. De igual manera las pacientes con diagnóstico de cáncer se refieren a la unidad de oncología. El seguimiento de las pacientes se realiza de forma periódica según corresponda su diagnóstico definitivo.

Como parte de las clínicas implementadas en el INC en octubre de 2017, está la Clínica de Cardio Oncología, cuyo propósito es otorgar y regular las consultas en la clínica de con el fin de realizar diagnóstico y tratamiento médico específico de su patología cardiovascular en particular.

Para fortalecer la prevención y atención al cáncer cérvico-uterino en la población femenina de las comunidades

^{8/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chihuahua, Ciudad de México, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

rurales, de septiembre de 2017 a junio de 2018, IMSS-PROSPERA efectuó 471,643 citologías cervicales (Papanicolaou) a mujeres de 25 a 64 años, lo que permitió identificar a 3,863 pacientes que presentaban algún tipo de lesión premaligna del cuello uterino o infección por el virus del papiloma humano, quienes fueron referidas a los módulos de salud ginecológica de los hospitales rurales para su estudio complementario y tratamiento. En relación con la detección oportuna del cáncer de mama, 1,543,195 mujeres de 25 años y más fueron exploradas por personal de salud del Programa entre septiembre de 2017 y junio de 2018, lo que permitió identificar y derivar a aquellas a quienes se les detectaron lesiones iniciales.

En el Hospital de la Mujer se organiza anualmente, durante el mes de octubre, la Feria de la Salud. En 2017 se hicieron 1,046 tomas de citologías vaginales y 1,028 mastografías a través de modulo ambulatorio solicitado al Instituto Nacional de las Mujeres; además, se realizaron 25 posters de difusión, tres mantas informativas y se entregaron 3,500 trípticos de información sobre cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino y cáncer de ovario.

El HNH realizó en octubre de 2017 su primera campaña de mastografías para la detección oportuna de cáncer de mama, tanto para la población en general como para trabajadoras del nosocomio. Debido al éxito de esta campaña, durante 2018 tomó carácter permanente. Se han realizado 1,133 estudios a mujeres entre los 40 y 70 años de edad.

Con la meta de **fomentar la revisión rutinaria para detectar factores de riesgo de enfermedad prostática, cáncer de próstata y otras neoplasias malignas**, el HRAEO se estima cumplirá adecuadamente con los criterios de acreditación en algunos catastróficos, dentro de los que se incluyen cáncer de ovario, cáncer de próstata y leucemias después de corregir las afectaciones debidas a los desastres naturales de último trimestre de 2017.

Cuentan con acreditaciones CRAE CS, HRAEV y HRAEI. El HRAEPY cumplirá con los estándares para obtener la reacreditación que había sido suspendida.

Siendo el cáncer de próstata la primera causa de muerte en hombres después de 50 años es muy necesario insistir en la población abierta en la necesidad de acudir a revisión urológica a partir de los 40 años de edad. Consiste en realizar interrogatorio de antecedentes familiares de cáncer prostático, y de igual manera interrogar sobre sintomatología de vaciamiento y llenado vesicales, un tacto rectal prostático, así como, determinar el nivel de antígeno prostático específico sérico. De no haber alteración en esta revisión se

repetirá a los 45 y 50 años de edad para realizar el mismo procedimiento. A partir de los 50 años dicha revisión deberá ser anual. Ante la alteración de un acto rectal anormal y/o antígeno prostático elevado se someterá a consideración el realizar una biopsia prostática transrectal para la eventual detección de un adenocarcinoma prostático. Dentro de los lineamientos preventivos se encuentran: el no fumar, disminuir la cantidad de carbohidratos consumidos y realizar actividades deportivas.

CUADRO 2.11 CASOS DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Diagnóstico	Sep. 2016-Ago. 2017	Sep. 2017-Ago. 2018
Cáncer de colon	2,559	2,206
Cáncer de recto	1,471	1,653
Cáncer de próstata	2,420	2,388
Cáncer de testículo	1,912	1,694
Linfoma no Hodgkin	2,254	1,754

FUENTE: 6° Informe de Labores del Hospital General de México.

Uno de los objetivos en el HGM es detectar a tiempo diagnósticos de alto impacto en la población, como lo es el cáncer, para poder brindar un tratamiento oportuno.

En 2017, se incorporó la detección integral, la cual está constituida por la aplicación del cuestionario de sintomatología prostática, tacto rectal y prueba de antígeno prostático; entre el 1 de septiembre de 2017 y el 30 de junio de 2018, se realizaron 389,314 detecciones en población masculina de 45 años, lo cual permite un tratamiento más temprano.

En la Feria de la Salud que se realiza anualmente en el Hospital de la Mujer, se llevan a cabo pruebas de detección de antígeno prostático. En octubre de 2017 se realizaron 130 pruebas, entre las que hubo 20% de casos sospechosos, que fueron canalizados al IMSS, el ISSSTE y a las instituciones del Gobierno de la Ciudad de México.

Para **fortalecer la detección temprana y referencia oportuna para el tratamiento adecuado de pacientes oncológicos en menores de 18 años**, a

partir de 2016 se implementó como estrategia medular la “Búsqueda intencionada de casos con sospecha de cáncer en menores de 18 años”, tanto en centros de salud y en escuelas, como una estrategia eficaz y menos costosa que las dirigidas a las etapas o edades posteriores. El fundamento se basa en la transición que viven los menores entre el ámbito exclusivo familiar y el ingreso escolar, supone un momento decisivo para poner en marcha estrategias preventivas. La búsqueda intencionada permitirá a los maestros a corto plazo, colaborar con los tutores en la identificación de estos signos y síntomas y de las necesidades de salud de sus hijos.

Para ello, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- A nivel nacional, se realizó un programa de capacitación dirigido al personal de primer y segundo nivel de atención, con el fin de favorecer la identificación de signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de 18 años de edad y facilitar la detección de forma oportuna, así como al personal de las Unidades Médicas Acreditadas que son los establecimientos médicos ligados directamente con la atención de los pacientes, con un total de 4,970 médicos pasantes de servicio social, 5,531 médicos generales, familiares y pediatras y 5,501 enfermeras(os) de primer nivel de atención y de Unidad Médica Acreditada (UMA).
- Las acciones a nivel nacional de búsqueda intencionada de casos con sospecha de cáncer en menores de 18 años contemplaron la aplicación de 1,738,978 cédulas de detección a igual número de menores de 18 años que asistieron a consulta de primera vez en el año. Se obtuvieron 5,661 casos con sospecha, que fueron referidos a unidades médicas de mayor complejidad.
- La supervisión que se realizó al interior de las unidades médicas de primer nivel implica la identificación, análisis y registro de cada una de las actividades del programa, la detección de posibles retrasos en los procesos de atención de los menores de 18 años de edad, así como su pronta referencia a las UMA para su diagnóstico y tratamiento; se realizaron 1,789 supervisiones a unidades médicas de primer nivel de atención y 78 supervisiones a las UMA. Esta supervisión incluyó la compilación de información sobre el conocimiento de signos y síntomas de los médicos generales y personal de salud, así como de médicos especialistas, para asegurar el avance de las actividades.

- Al 30 de junio de 2018, se contó con 53 UMA con convenio con el Seguro Popular para la atención de estos menores. Adicionalmente, se tienen cinco UMA solo acreditadas y tres UMA con convenio únicamente.
- Las acciones de búsqueda dirigidas a la población, se apoyan en una campaña permanente de difusión sobre los signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de edad con la finalidad de concientizar a la población sobre el tema y que acudan a los servicios de salud, volviéndose coparticipante de su salud y la de sus hijos. En ese sentido, se otorgaron pláticas a 1,432,098 padres o tutores.
- En septiembre de 2017 se realizó la tercera edición del concurso de pintura de barda con el tema “Creando un futuro para... niñas, niños y adolescentes con cáncer”, en el que participaron 24 entidades federativas^{9/} para fomentar la difusión del tema en la población, así como la participación organizada de adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, quienes promovieron la importancia de la detección oportuna a través de dibujos de expresión artística en su entidad.

El 15 de febrero de 2018 se realizaron diversas acciones académicas o de capacitación (jornadas, cursos, pláticas y talleres) alusivas al Día Internacional del Cáncer Infantil: 4,398 actividades de difusión (entrevistas en medios masivos y distribución de materiales impresos); 1,056 actividades lúdicas, deportivas, de entretenimiento, ceremonias conmemorativas en las entidades federativas, así como otras 172 actividades, entre las que estuvieron campañas de donación de sangre, firmas de convenios e inauguración de espacios físicos.

Como apoyo a las acciones antes mencionadas, durante el segundo semestre de 2017 y al 31 de junio de 2018, los 31 Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y Adolescencia^{10/} (COECIA), operaron conforme a su normatividad oficial vigente, así como a los lineamientos de funcionamiento indicados por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA). Asimismo, se celebraron 56 sesiones de los COECIA y 52 de Comités Técnico, Normativo y Financiero. La importancia de

^{9/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

^{10/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

estas sesiones reside en desarrollar una gestión efectiva y apoyo interinstitucional al interior del estado para favorecer acciones encaminadas a la detección temprana y el tratamiento oportuno de menores de 18 años con sospecha de cáncer o casos confirmados.

Los medios digitales son una alternativa para promover acciones en materia de prevención y diagnóstico oportuno de enfermedades. Como parte de la campaña permanente, las acciones en materia de promoción y difusión de un diagnóstico oportuno, así como la identificación temprana de las señales de sospecha del cáncer en la infancia y adolescencia, del último trimestre de 2017 al junio de 2018, se publicaron 3,736 mensajes en las principales redes sociales, como Facebook y Twitter. Finalmente, se distribuyeron entre la población 39 modelos de material impreso (postales, trípticos, volantes y lonas) para concientizar en la identificación oportuna de signos y síntomas del cáncer.

Con la firma de un convenio de concertación de acciones entre la Secretaría de Salud, a través de la UCVPS, y Grupo Editorial Porrúa, destinado a promover y difundir estilos de vida saludables en beneficio de la salud de la población, se realizó el Tercer Concurso de Cuento Infantil y Juvenil “Por un Grito de Vida”. En septiembre de 2017 se llevó a cabo el cierre de convocatoria, con la recepción de 186 obras, y el 1 de marzo de 2018 tuvo lugar la ceremonia de premiación de dicho concurso.

En la población de responsabilidad del ISSSTE,^{11/} durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, se aplicaron 87,728 dosis de vacuna contra el virus de papiloma humano a niñas de quinto año de primaria y de 11 años de edad no escolarizadas.

Entre las diversas actividades destinadas a **impulsar la atención oportuna de las neoplasias malignas**, están las siguientes:

La atención de las neoplasias en los HRAE es una de las primeras causas de consulta y hospitalización, se ha buscado contar con el equipamiento actualizado (mastógrafos, imagenología complementaria y acelerador lineal, entre otros), para brindar la atención oportuna con menores gastos de bolsillo para la población con estándares altos de calidad y seguridad.

En febrero de 2018, Infocáncer México, del INCAN, se sumó a la campaña de la Unión Internacional contra el

Cáncer para conmemorar el “Día Mundial del Cáncer 2018”, cuya campaña tienen como objetivo concientizar sobre la prevención y el control de esta enfermedad a escala mundial, con el lema “Nosotros podemos, yo puedo, promover acciones, actuar”.

La CCINSHAE ha realizado el planteamiento de la necesidad del Programa Integral de Prevención y Control de Cáncer con carácter Nacional que permita la articulación de políticas nacionales de prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos que incluya la rehabilitación y los cuidados paliativos con base a la instrumentación que se tienen en el Instituto Nacional de Cancerología.

La DGCINS coordinó el desarrollo de las X Jornadas de Médicos Residentes de Unidades de la CCINSHAE, con un Programa Académico orientado a la convergencia de todas las especialidades en la Oncología, el cual tuvo una asistencia total de 924 médicos residentes de los INSALUD, HRAE, Hospitales Federales, Centros de Atención Psiquiátrica de la SS; así como médicos residentes de la SEMAR, PEMEX, IMSS, ISSSTE y de los estados de México y Puebla al Programa Académico de la Jornada. Se desarrollaron 21 talleres con objeto de capacitar a los médicos residentes asistentes con temas como sutura mecánica y energía avanzada en cirugía convencional y laparoscópica; abordaje inicial en sarcomas de tejidos blandos y óseos para el cirujano general, ¿qué hacer, cómo hacerlo y qué no hacer?; prevención y detección temprana del cáncer cérvico-uterino, por mencionar solo algunos.

En la Jornada, se otorgó el Premio al Mérito Académico al médico oncólogo Jaime de la Garza Salazar por su destacada labor en la enseñanza de la oncología en México y su labor asistencial. Las memorias de la reunión se localizan en las siguientes direcciones electrónicas: <https://drive.google.com/file/d/1s3VHj_D-pMd5cBcGydfxmcmvUfrhaDv/view?usp=sharing>; https://drive.google.com/file/d/1XdgPSL6i4ZC_vHHKQuXgmAdGRdYXF6J-/view?usp=sharing.

Se obtuvieron 73 becas para la certificación de competencias en BLS y ACLS.

El Servicio de Oncología del HJM tiene el compromiso, de iniciar el protocolo de estudio del paciente que presenta una neoplasia sospechosa de malignidad en el día 1 de su visita, el cual se deberá concluir antes de 30 días, debiendo iniciar tratamiento médico oncológico y/o quirúrgico en forma inmediata.

^{11/} En 2018, la vacuna se aplicará en la 2a. Semana Nacional de Salud a celebrarse del 28 de mayo al 1 de junio.

El INSP, a través de la Línea de Investigación por Misión: Prevención y Control de Cáncer, durante el periodo de reporte llevó a cabo 33 proyectos de investigación. Destaca el proyecto titulado: Identificación de Biomarcadores Asociados a Lesiones Gástricas Premalignas y de Transformación a Cáncer por Medio de Electroforesis Bidimensional y Espectrometría de Masas (LC-MS). Los resultados de este estudio proporcionaron evidencia importante sobre las transformaciones requeridas para la progresión al carcinoma invasivo. Los hallazgos de perfiles de proteínas específicos para las lesiones premalignas ayudarán a desarrollar métodos de diagnóstico temprano y tratamientos efectivos que resultarán potencialmente en una disminución de la mortalidad por cáncer gástrico.

Realización en el INMEGEN, por primera vez en México, del diagnóstico genómico de un desorden hereditario de manera agnóstica, es decir, sin tener un diagnóstico clínico presuntivo. Esto se logró mediante el análisis de todos los genes del genoma, en un ensayo conocido como secuenciación de exoma completo, realizado en una paciente pediátrica con cáncer ovárico. La cita completa del artículo donde se reportan los resultados de este estudio es: Melendez-Zajgla J, Mercado-Celis GE, Gaytan-Cervantes J, et. al. Genomics of a pediatric ovarian fibrosarcoma. Association with the DICER1 syndrome. 2018;8(1):3252. Esta publicación apareció en la prestigiosa revista Scientific Reports, del grupo Nature.

A fin de **fortalecer las competencias profesionales del personal de salud en la atención integral del paciente oncológico menor de 18 años**, se considera que el tratamiento de estos pacientes es multidisciplinario, por lo cual se basa en mejorar la capacitación del personal de salud. Con ese objetivo, el grupo de enfermería se ha capacitado acudiendo a cursos sobre temas tales como: errores de medicación y trato digno; asimismo, el diplomado en Seguridad del Paciente, el Congreso de la Agrupación Mexicana de Oncohematología Pediátrica en Morelia, el curso de actualización de heridas y estomas, el Simposio de Enfermería Oncológica Pediátrica, Oncología para enfermeras, y Profesional de Enfermería en la atención al paciente pediátrico. En tanto, el grupo médico acudió a congresos nacionales e internacionales, en calidad de ponentes, asistentes y presentadores de carteles, en las diferentes asociaciones, Agrupación Mexicana de Oncohematología Pediátrica, Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos y Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica.

Estrategia 2.6

Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad

Entre las diversas tareas destinadas a **fortalecer la cadena de suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas de salud**, están las siguientes:

Los HRAE han adoptado las mejores prácticas para el manejo de la farmacia hospitalaria o el abasto de medicamentos y otros insumos. Se han terciarizado los servicios integrales, lo que ha reducido los gastos por medicamentos caducos o con mínimo movimiento, no se cuenta con almacenes o subalmacenes en los servicios o áreas ni se necesita personal adicional lo que hace más ágiles los trámites y la dispensación.

El HRAEI implementó el Centro Integral de Servicios Farmacéuticos (CISFA) considerado una buena práctica para su difusión entre las entidades coordinadas por la operación de un sistema de medicación segura que incluye barreras de seguridad en cada una de las etapas de medicación: selección y adquisición, almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación, administración y control.

En el HRAEB se mantiene el reporte de los eventos adversos y la farmacovigilancia para el análisis y atención especial de eventos reportados por el personal o los pacientes.

Se ha promovido por la DGCHRAE, la licitación consolidada de medicamentos y material de curación en los HRAE que así lo requieren para beneficiarse en lo posible, de los precios obtenidos a nivel sectorial.

En el HJM, se crearon los catálogos de medicamentos y Material de curación, a fines a las necesidades de las diferentes especialidades con las que cuenta este nosocomio y se llevó a cabo un proceso de licitación bajo un contrato plurianual, el cual contiene todas las características de operación para fortalecer la distribución de insumos (material de curación y medicamentos), lo cual permite la equidad en la distribución y un abasto oportuno del 98 a 100%, lo cual permite sostener los costos de insumos por tres años (duración del contrato).

Así también, se integró al organigrama funcional del HJM, a la Farmacia Hospitalaria en el área médica, bajo la autoridad de la Dirección Médica.

Se cuenta con un sistema integral de uso y gestión de medicamentos y materiales de curación con orientación en una mejora continua centrada en la calidad y seguridad al paciente. Se logró crear una Farmacia Hospitalaria Subrogada con una estructura apegada a la normatividad vigente, que funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, y se lleva a cabo la validación diaria de los insumos consumidos, para posteriormente se realice el proceso de facturación quincenal.

Durante el periodo de reporte, el INC contó con 96.3% de recetas surtidas al 100%; el 3.7% restante se atendió con sustitutos terapéuticos.

En 2017, por séptimo año consecutivo se llevó a cabo un proceso de captación de datos de medicamentos a través del Centro Sectorial de Gestión Web de Información sobre Medicamentos en la plataforma del Sistema de Información Básica en Materia de Salud. Se obtuvo respuesta de 71 de 80 instituciones consideradas.

La información que se capta en este sistema permite ordenar los datos en el sector en esta materia, y realimentar estrategias sectoriales como la negociación de precios de medicamentos y otros insumos para la salud de patente o fuente única y la definición de precios de referencia, entre otros.

Con el objetivo de **fomentar el uso racional de la prescripción de medicamentos**, todos los HRAE mantienen programas de vigilancia epidemiológica hospitalaria y en los Comités de Farmacia y de Infecciones Nosocomiales para la selección de los medicamentos y de manera especial, la prescripción de antibióticos. Esto ha sido encargado a los infectólogos que deben autorizar y supervisar los tratamientos. Esto se refleja en las tasas de infecciones nosocomiales por mil días que se han mantenido cercanas a 8.0, de acuerdo con los estándares.

Los IMAE vigilan un mayor número de indicadores de calidad del control de infecciones, que se han reportado con buenos resultados por parte de los HRAE. Por su parte, el HRAE implementó el CISFA considerado una buena práctica para su difusión entre las entidades coordinadas por la operación con un sistema de medicación segura.

En el HJM cuenta con un subcomité de vigilancia de antimicrobianos este mismo regula que la prescripción de cada antibiótico en cada paciente este indicada. Cada prescripción viene junto con un formato que revisa y autoriza el área de infectología con ello se pretende disminuir el uso indiscriminado de antibióticos.

También se implementaron las siguientes Políticas de operación, para el uso racional de medicamentos:

1. Crear una cultura del uso racional de medicamentos.
2. Establecer los criterios para validar las prescripciones.
3. Preparación de medicamentos por dosis unitaria.
4. Indicaciones médicas cada 24 horas.
5. Capacitación continua al personal usuario durante la vigencia del contrato
6. Brindar información técnico-científica, objetiva procesada y oportuna acorde a las necesidades del solicitante en materia de uso de medicamentos y Toxicología.

El INSP, a través de la Línea de Investigación por Misión: Medicamentos en Salud llevó a cabo el proyecto de investigación Caracterización fenotípica de enzimas β -lactamasas de clase "A" que confieren resistencia a cefalosporinas en enterobacterias multirresistentes. En este proyecto se identificó el tipo de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE) expresadas en diferentes aislamientos clínicos de enterobacterias como *E. coli*, *K. pneumoniae*, *E. cloacae*. En un estudio que abarcó casi ocho años se colectaron estos géneros bacterianos y se identificaron dos puntos importantes: *E. coli* ha aumentado como patógeno nosocomial, en lugar de *K. pneumoniae*. Y el tipo de BLEE codificada por cada uno de estos patógenos correspondió a la del tipo fue CTX-M y SHV, respectivamente del patógeno. Es de gran importancia identificar estos cambios ya que permiten conocer la dinámica de recambio de las diferentes enzimas que confieren la resistencia a cefalosporinas en las poblaciones bacterianas.

El HGM puso en marcha la Clínica de Atención Integral al Paciente con Diabetes y Obesidad, con el fin de lograr un diagnóstico temprano y un adecuado control de la diabetes, para evitar o retrasar las complicaciones de esta enfermedad hasta 30 años y tiene una capacidad para atender en promedio a 50 pacientes diarios.

En el periodo septiembre de 2017 a agosto de 2018, la Clínica ha realizado más de 6,000 consultas con diagnósticos diversos. Además, la Clínica desarrolla diversas actividades en la materia, como sesiones de grupo para difundir programas de cambios de estilo de vida, planes nutricionales, y talleres de seguimiento a pacientes operados y con programas alimenticios.

Además, cuenta con un equipo de psicología para combatir el problema de raíz, así como un equipo de nutrición, de oftalmología con alta especialidad de retina y vítreo, de pediatría y de educación médica en obesidad y diabetes.

Durante este periodo, el Programa IMSS-PROSPERA ha dado seguimiento a la regulación de la normatividad interna generada para el segundo nivel de atención en 31 de los 80 establecimientos con que cuenta, en materia de: acciones del Comité de Farmacia y Terapéutica, cumplimiento normativo en los servicios de farmacia, conciliación de la medicación, idoneidad de la prescripción, tratamiento farmacológico de dolor, manejo y uso de medicamentos controlados, actualización del catálogo del Programa, pasando de 302 a 437 claves de medicamentos. Asimismo, se han implementado de forma paulatina los estándares de certificación relacionados con el Sistema Crítico de Manejo y Uso de Medicamentos del CSG en los seis hospitales certificados por el CSG y en los seis que se encuentran en proceso de certificación. Por otro lado, se ha comenzado a trabajar en la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el segundo nivel de atención en materia de almacenamiento de medicamentos, así como en la actualización del catálogo de medicamentos para el primer nivel de atención del Programa.

Por su parte, la COFEPRIS en estrecha colaboración con el sector farmacéutico y el Sistema Federal Sanitario, desarrolló la “Estrategia para el Fortalecimiento de la regulación en Farmacias con Consultorio” basada en tres principales fases:

Primera fase: De 2013 a 2015 se realizaron visitas de Fomento Sanitario; aplicándose 7 mil Guías para las Buenas Prácticas Sanitarias en Farmacias y Consultorios, con una calificación promedio nacional de cumplimiento de la normatividad de 75%.

Segunda fase: Vigilancia Sanitaria; en junio de 2015, concluyeron las visitas a las 32 entidades federativas; a marzo de 2018 se han realizado 12,185 visitas de verificación a consultorios anexos a farmacias, obteniendo como resultado 488 suspensiones, lo que equivale a 4% de los establecimientos verificados.

Tercera fase: Calidad en el Servicio. De abril de 2015 a diciembre de 2017, los médicos de los consultorios adyacentes a farmacias aplicaron 14,509,611 cuestionarios para determinar riesgos de padecer alguna enfermedad crónica no transmisible (ECNT), con lo cual concluyó esa actividad.

Estrategia 2.7

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

A fin de **fortalecer la detección temprana y el control de pacientes con ECNT**, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se realizaron 24,233,938 pruebas para la detección de enfermedades crónicas, distribuidas de la siguiente manera: 7,145,801 para diabetes, 8,651,059 para hipertensión arterial, 7,076,072 para sobrepeso/obesidad, y 1,361,006 para dislipidemias.

El HJM cuenta con una clínica para pacientes con Obesidad, atención del síndrome metabólico y diabetes Mellitus.

El INSP firmó un contrato con el Programa Nacional de Inclusión Social PROSPERA, cuyo objetivo es elaborar un diseño conceptual, metodológico y logístico de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2017-2018, que permita recolectar información estratégica para la Coordinación Nacional de PROSPERA a través de una muestra representativa de la cobertura del programa, con capacidad para realizar inferencias para la medición y seguimiento de indicadores estratégicos de nutrición y alimentación, así como para la toma de decisiones.

Asimismo, el INSP realizó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT MC). Esta encuesta permitió conocer el estado de salud y las condiciones nutricionales de los diversos grupos que forman la población mexicana. Se realizó un documento intermedio, por primera vez ante el acelerado incremento de población con sobrepeso y obesidad, y la aparición de enfermedades relacionadas con la nutrición –como la diabetes, la anemia o la hipertensión–. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (Ensanut MC) es una encuesta nacional probabilística, polietápica, estratificada y por conglomerados con representatividad regional, urbana y rural. Su objetivo fue identificar oportunamente el estado de salud y nutrición de los mexicanos para reforzar o, en su caso, ajustar las acciones de política social implementadas hasta el momento.

Para **instrumentar el Modelo Clínico Preventivo Integral**, en las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME-EC), en el periodo que comprende del 1 de septiembre de 2017 al 30 de

junio de 2018 se incorporaron a tratamiento 35,988 pacientes y se otorgaron 696,750 consultas por parte del equipo multidisciplinario. Se logró el control glucémico en 31.7% de los pacientes con diabetes mellitus (evaluado con HbA1c); 65.2% de control de presión arterial en pacientes con hipertensión arterial; 16.6% de pérdida de peso de 5 a 10% en pacientes con obesidad; 28.9% de control en pacientes con dislipidemias. Es importante resaltar que de enero a junio de 2018, 63% de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 redujeron variables clínicas, con lo cual disminuye significativamente su riesgo cardiometabólico global.

En lo que respecta a los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), de septiembre de 2017 a junio de 2018 se acreditaron 1,407, con un total de 30,572 integrantes. Lo anterior, de conformidad con los lineamientos para la operación de la estrategia y de la Plataforma del Sistema de Vigilancia y Estudios de GAM, con la finalidad de educar a más personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles para lograr su automonitoreo, adherencia al tratamiento y control metabólico.

Al 30 de junio de 2018, el sistema de Información en enfermedades crónicas (denominado Sistema Nominal de Información en Crónicas, SIC) permite dar el seguimiento a través del tarjetero de control digital a más de 1.7 millones de pacientes atendidos con al menos una consulta, de los cuales 72.2% son mujeres y 27.8% son hombres. Del total de pacientes que acuden a consulta regularmente, 607,006 viven con diabetes; 680,406 tienen hipertensión; 398,507 sufren obesidad y 307,757 presentan dislipidemia. En 27 entidades se cuenta con Redes de Excelencia con 137 centros de salud y 25 UNEME-EC, en donde se atiende a 1,010,257 personas mayores de 20 años.

Con objeto de **capacitar continuamente a los profesionales de la salud de primer contacto**, los HRAE

organizaron 130 cursos de actualización para profesionales de las redes de servicios estatales, al obtener en promedio 9 de calificación la calidad de los cursos y un porcentaje de 50% de participantes externos, consolidándose como alternativa para la educación continua en los estados.

El HJC continúa fortaleciendo los cursos de educación continua y capacitación médica y técnico administrativa acorde a la realidad epidemiológica.

El HNH mantiene vigente la programación de cursos alusivos a la Obesidad y Diabetes Mellitus dirigido al personal médico y paramédico que lo solicite. Asimismo, como parte de sus actividades de Enseñanzas, programa sesiones generales semanales que contemplan temas de interés médico, incluyendo estas patologías.

El HJM oferta curso para médicos generales de primer contacto, especialistas y de alta especialidad, cuenta con un calendario de cursos de educación médica.

El HGMGG capacitó al personal técnico-médico, impartiendo 44 cursos de actualización y profesionalización a 1,357 profesionales de la salud.

Con el propósito de **asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos**, en las UNEME-EC se implementaron los módulos de farmacia que contemplan los componentes de gestión para monitorear el abasto y surtimiento de medicamentos, estos módulos actualmente se encuentran operando en 35 unidades médicas siguientes: Xochimilco, Guadalupe, Álvaro Obregón, Celaya, Irapuato, Tláhuac, Río Verde, Cuautitlán, Cuauhtémoc, Pozos, Ticul, Santiago, León, Durango, Tlalpan, Rincón de Romos, Santa María del Río, Gómez Palacio, Chihuahua, San Luis Potosí, Ciudad Valles, Iztapalapa, Cuernavaca, Nezahualcóyotl, Tamazunchale, Iguala, Venustiano Carranza, Soledad, Acapulco, Pachuca, Tula, Bermejillo, Matehuala, Ciudad Juárez y Lerdo.



3. REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTAN LA SALUD DE LA POBLACIÓN EN CUALQUIER ACTIVIDAD DE SU VIDA



PALUBISMO

Estrategia 3.1

Fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios

A fin de **fortalecer la supervisión de establecimientos y servicios de salud**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se han realizado 1,041 visitas de verificación sanitaria a establecimientos de servicios de salud y atención médica, así como clínicas de cirugía y procedimientos estéticos; es decir, 115 visitas mensuales, lo que representa un incremento de 36% en las actividades de vigilancia en esta materia en relación con el periodo anterior (78 visitas mensuales).

El CNTS realiza mensualmente el análisis estadístico de los bancos de sangre del país a través de los informes de ingresos y egresos de sangre. Se informa a su vez a la COFEPRIS, de los incumplimientos a fin de aplicar las sanciones correspondientes con base a la normatividad vigente.

Para **modificar la regulación de los procesos de prevención, fomento, vigilancia y control de riesgos sanitarios para hacerla más efectiva**, la regulación de los procesos de prevención, fomento, vigilancia y control de riesgos sanitarios se encuentra actualizada, y a lo largo de 2017 a la fecha se encuentra disponible en la página electrónica de la COFEPRIS <http://transparencia.cofepris.gob.mx/>, lo anterior como parte del proceso de transparencia para brindar certeza jurídica a los regulados.

Con objeto de **fortalecer el cumplimiento de la normatividad con la consolidación del Sistema Federal Sanitario**, al 30 de junio de 2018 se han firmado 18 Acuerdos de Coordinación de Facultades entre la COFEPRIS y las entidades federativas.

El CNTS en coordinación con la COFEPRIS cuenta con Bases de Colaboración para el intercambio de información de servicios de sangre, que permite a ambas instituciones ampliar coordinadamente la cobertura y supervisión, a fin de verificar la correcta aplicación de la normatividad vigente.

El HRAEV cuenta con un Banco de Sangre se llevaron a cabo procedimientos con respecto de movilización y

recolección de células progenitoras hematopoyéticas con fines de trasplantes esto a 2 pacientes en el periodo comprendido de agosto a abril de 2017.

En aras de **promover permanente y sistemáticamente todos los programas y acciones que permitan alcanzar una efectiva reducción de riesgos**, el 7 de abril del 2016 se logró la publicación en el Diario Oficial de Federación del Estándar de Competencia 0686: Facilitación del Programa “6 Pasos de la Salud con Prevención”, con el cual se ha beneficiado a 4,149,992 personas a través de 30,872 capacitadores. Se cuenta con 17 capacitadores bilingües que han impartido 709 cursos en lengua indígena a 86,504 personas; el curso se ha replicado 52,542 veces en todo el país.

Estrategia 3.2

Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud

Los simulacros forman parte de los Programas Internos de Protección Civil en los inmuebles y tienen el propósito de probar la eficiencia de los planes de emergencia para crear y fomentar hábitos de respuesta, es por ello que al concientizar a la población de los inmuebles que ocupan las Unidades Administrativas (UA) y los Órganos Administrativos Desconcentrados (OAD) de la Secretaría de Salud, por lo que del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, se llevaron a cabo actividades diversas, entre las que destaca la siguiente:

El 19 de septiembre de 2017, en 34 inmuebles que albergan a los servidores públicos de las UA y OAD se realizó un macro-simulacro, con hipótesis de sismo, en el que se evacuaron 10,154 personas, con la participación de 820 brigadistas. Asimismo, el 17 de mayo de 2018, en 24 inmuebles se realizó un simulacro con hipótesis de incendio, en el que se evacuaron 6,093 personas con el apoyo de 479 brigadistas, quienes en ambos casos pusieron en práctica sus conocimientos, facilitando que la población se capacite a través de actividades de difusión antes, durante y después de cada ejercicio, ya que al simular escenarios

reales y practicarlos con frecuencia se preparan para situaciones de desastre.

Ante un mundo globalizado, la agenda de la salud pública del país, debe considerar los riesgos por la introducción al país de enfermedades de carácter epidémico o pandémico, la presencia de eventos como las grandes concentraciones de personas o el uso intencional de agentes biológicos y químicos, así como la ocurrencia de desastres, ante los cual se hace necesario que el SNS cuente con un esquema dinámico de seguridad en salud ante todo tipo de emergencias en salud que puedan ocurrir en el territorio nacional.

Con el objetivo de **fortalecer la vigilancia epidemiológica y la Red Nacional de Laboratorios para la oportuna atención de emergencias y desastres**, del 1 de septiembre al 30 de junio de 2018, se realizaron 14 avisos preventivos de viaje por los brotes de sarampión en la región de Europa, en Venezuela, y casos en Estados Unidos de América y Canadá. Asimismo, en se realizó un aviso preventivo de viaje dirigido a Brasil por la situación de fiebre amarilla en febrero de 2018 y este se actualizó en marzo de 2018. Se llevó a cabo el monitoreo 24/7 de todos los eventos meteorológicos, volcánicos, sismológicos, químicos, biológicos, radiológicos y nucleares ocurridos en el país.

Se mantiene la vigilancia epidemiológica de dengue, zika y chikungunya por el riesgo de reintroducción de nuevos serotipos virales de esta y otras arbovirosis. Estas acciones brindan información oportuna para la implementación de estrategias de prevención y control de enfermedades que pongan en riesgo la salud de la población mexicana en emergencias y desastres.

Del 7 al 9 de noviembre de 2017 se participó en la ciudad de Panamá, Panamá, en la Reunión de Seguimiento de la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y el control del dengue, en el marco de transición hacia el manejo integrado de las arbovirosis. Del 5 al 7 de diciembre de 2017 se realizó el Taller de Eliminación de la Malaria en los países 2020 de Mesoamérica, en San Salvador, República de El Salvador, organizado por la OPS. Asimismo, del 4 al 6 de diciembre de 2017 se participó en la Quinta Reunión Regional de Polio efectuada en Lima, Perú, cuyo objetivo fue fortalecer la capacidad de los equipos nacionales para detectar y responder de manera oportuna y adecuada a la importación de un poliovirus o la emergencia de un poliovirus derivado de la vacuna circulante. En marzo de 2018 se participó en la reunión de Implementación de la Estrategia de Gestión Integrada-Arbovirosis, efectuada en Bogotá, Colombia.

Finalmente, en mayo y junio de 2018 se participó en el Taller regional para la revisión y ajuste de la “Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales” en las Américas, efectuado en Guatemala; además, se actualizaron las directrices para la vigilancia epidemiológica de fiebre amarilla bajo la coordinación de la OPS.

La participación de los HRAE en los comités de vigilancia epidemiológica de las jurisdicciones o en los estados, han resultado en la interacción e intercambio de instrumentos desarrollados para el control de infecciones hospitalarias (HRAEB), vigilancia de enfermedades emergentes (CRAE), control de registro de enfermedades en el caso del HRAEI, y otros aportes a los sistemas.

La coordinación se ha visto en los casos de los desastres naturales en Chiapas y Oaxaca con la colaboración entre los HRAE y los SESA. Asimismo, en otros hospitales se ha prestado la atención a víctimas de violencia social, como en el HRAEV y CRAE CS; se ha promovido la certificación de hospitales seguros en todos los casos, en coordinación con la DGINs, para mejorar las condiciones en las que el personal y los usuarios son atendidos. Cuentan también con los planes de reconversión de las áreas hospitalarias, lo que se observó en el caso de los hospitales del CRAE durante la emergencia por los sismos de septiembre de 2017.

Las tareas de vigilancia epidemiológica activa se llevan a cabo de forma diaria y sistemática, lo cual permite que en caso de atención de emergencias y desastres se pueda adecuar a la situación que pueda llegar a presentarse. El equipo de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) del HJM tiene constante comunicación con la Jurisdicción Sanitaria de la delegación Gustavo A. Madero para la notificación oportuna de casos y envío de muestras al INDRE para el diagnóstico oportuno de enfermedades emergentes y reemergentes, y en caso de emergencias y desastres.

El INSP ha dado cobertura al tema de desastres y asistencia sanitaria desde 1986, a través del Curso HELP, en colaboración con el Comité Internacional de la Cruz Roja. Asegurando la excelencia que exigen las instituciones que requieren la formación de profesionales en atención a la población en situación de emergencia, el INSP desarrolló el Diplomado Internacional en Salud Pública y Asistencia Sanitaria en Casos de Desastre dirigido al profesional dedicado a la salud pública que requiere preparación para atender a la población que se ve afectada por el impacto de un fenómeno natural, sobre todo a niveles

operativos donde son indispensable las técnicas para la identificación de los problemas de salud en áreas específicas y de las diferentes necesidades de salud de la población en situación vulnerable.

Este Diplomado asegura la capacitación indispensable, en doce áreas del conocimiento: elaboración de planes de contingencia, servicios de asistencia sanitaria, ética profesional, salud ambiental, enfermedades transmisibles, nutrición y seguridad económica, epidemiología, salud mental, derecho internacional humanitario y derechos humanos, para culminar con la aplicación del conocimiento adquirido en un simulacro.

En 2017 el Diplomado se impartió a 20 profesionales procedentes de 8 países: Brasil, Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá; y diversas instituciones de salud: Ministerios de Salud, Organización Panamericana de la Salud Regional y Cruz Roja Regional.

Para **consolidar la organización y coordinación de la preparación y respuesta ante emergencias en salud y riesgos sanitarios**, de septiembre de 2017 a junio de 2018 se mantuvieron activos los Comités Estatales para la Seguridad en Salud:

- Subcomité Técnico de Enfermedades Emergentes, actualizó las Declaratorias de Emergencia Epidemiológica sobre rickettsiosis (facilitar la compra de medicamento), arbovirosis (fortalecer las acciones de prevención, promoción y control), tuberculosis farmacorresistente (riesgo de incremento de casos), sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus (fortalecer las acciones del estrategia nacional de prevención y control) y se emitió la correspondiente para leishmaniasis (facilitar la compra de medicamento).
- Subcomité Técnico de Seguimiento y Evaluación se realizó una reunión en donde se presentó el informe de atención a los sismos de septiembre de 2017, así como sobre el Atlas Nacional de Riesgos, actividad volcánica y avances en la implementación de los Equipos Médicos de Emergencias en México.

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, se atendieron en el país 52 desastres y 1,969 brotes, destacando los operativos para la seguridad en salud implementados para la atención a la población afectada por los sismos ocurridos el 7 y 19 de septiembre de 2017, principalmente en los estados de Oaxaca, Ciudad de México, Morelos y Puebla, en donde no se presentaron brotes epidémicos y se limitaron los daños a la salud en la población de las zonas afectadas.

Los HRAE han participado en el programa de hospital seguro y cuentan con un área de Epidemiología hospitalaria, y comités internos que mantienen actualizados el protocolo de actuación en desastres además del manejo de enfermedades transmisibles en coordinación con las secretarías de salud de los estados.

En lo referente a la organización y coordinación en caso de emergencias, se impartieron pláticas al personal del hospital en los diferentes turnos sobre el Plan Integral de Atención en Emergencias y Desastres (PIAED) durante el año 2017 a la fecha, capacitando a 422 servidores públicos. Dentro de las actividades, se trabaja en la planeación de un simulacro de sismo y de atención masiva de pacientes para el mes de junio.

A fin de **fortalecer los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes, reemergentes y las asociadas a desastres**, a partir de octubre de 2017 y como parte de las acciones ante la temporada de frío, se distribuyeron de la reserva estratégica nacional, 37,117 tratamientos del antiviral oseltamivir a los 32 SESA e instancias del sector, para garantizar su disponibilidad para la atención de las personas que acuden a las unidades médicas.

El HRAE CS continúa de forma permanente en vigilancia de enfermedades emergentes; de enero a agosto no se reportaron casos de estas. Por su parte, el HRAEV cuenta con un área de epidemiología hospitalaria que mantiene actualizado el protocolo de manejo de enfermedades transmisibles y mantiene informada en tiempo y en forma a Secretaría de Salud estatal.

Luego de los sismos registrados en septiembre de 2017, el HNH, así como los diferentes hospitales que forman la Red de Hospitales Federales de Referencia, implementaron mecanismos de conversión en las instalaciones para otorgar atención eficiente y oportuna a las víctimas derivadas de este desastre. En materia de prevención, se cuenta con la Unidad Interna de Protección Civil, responsable de la capacitación y organización de constantes simulacros de situación de desastre, y que se mantiene de manera permanente para todo el personal que labora en el hospital.

El HJM cuenta con la UVEH, que desempeña una vigilancia epidemiológica activa para la detección oportuna de enfermedades emergentes, reemergentes y asociadas a desastres. La UVEH tiene constante participación en el Comité de Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica y en la Reunión Anual del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), donde se brindan actualizaciones sobre estos temas para la

detección y notificación oportuna y el manejo de estos casos.

El INSP, en colaboración con la Red de Salud Ambiental Infantil, participó en las discusiones técnicas con autoridades de la COFEPRIS, que concluyeron en la modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-199-SSA1-2000, Salud ambiental. Niveles de plomo en sangre y acciones como criterios para proteger la salud de la población expuesta no ocupacionalmente. La modificación baja el nivel criterio de acción para proteger a niños y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia de 10 a 5 microgramos de plomo por decilitro de sangre ($\mu\text{g}/\text{dl}$). La NOM entró en vigor el 1 de septiembre de 2017.

Para **fortalecer la capacitación y actualización del personal involucrado en la preparación y respuesta ante emergencias y riesgos sanitarios**, en el marco del Comité Especializado de Alto Nivel sobre Desarme, Terrorismo y Seguridad Internacional y del Programa de Acción Específico Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres, se participó en las acciones de preparación en respuesta a eventos QBRE, con la colaboración de diversas áreas de la SS: CENAPRECE, DGE, INDRE, COFEPRIS, DGPLADES (Centro Operativo para la Atención de Contingencias) y el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA). Para dar seguimiento a estos temas y en cooperación con la Fundación México-Estados Unidos para la Ciencia, del 11 al 13 de junio se realizó el “Taller de capacitación de coordinadores de salud ante emergencias por amenazas químicas, biológicas y radiológicas”, en Mérida, Yucatán, con la participación de 28 responsables estatales del Programa de Atención a Urgencias Epidemiológicas y Desastres.

En el plano internacional la SS participó en cinco eventos:

- Taller Regional de Coordinadores de Equipos Médicos de Emergencia (EMT por sus siglas en inglés), en Viña del Mar Chile del 4 al 8 de septiembre de 2017, con la finalidad de capacitar a los representantes de la región de América Latina en las actividades relacionadas a la respuesta efectiva ante emergencias en salud.
- Segunda Reunión Regional de las Américas para Equipos Médicos de Emergencia, llevada a cabo en Quito, Ecuador del 27 al 29 de noviembre de 2017, con el propósito de dialogar acerca de la implementación estratégica de la iniciativa sobre EMT, y de las innovaciones y buenas prácticas en el despliegue y coordinación de los equipos desde la perspectiva clínica, logística y operacional.

- Reunión de la Cumbre de Respuesta Humanitaria de América del Norte, realizado en Washington, DC, Estados Unidos, del 14 al 15 de marzo de 2018, con el objetivo de alcanzar acuerdos de cooperación, consolidar estratégicamente apoyos, hallazgos, recomendaciones y mejorar la coordinación entre los tres países (México, Estados Unidos y Canadá) para una mejor respuesta ante una emergencia y una mejor colaboración transfronteriza.
- Taller Subregional para la Integración de la Célula de Información y Coordinación Médica (CICOM) en los Centros de Operaciones de Emergencias de Salud, con sede en Antigua, Guatemala, del 23 al 25 de mayo de 2018. La finalidad de este taller fue definir la importancia de la CICOM y el mapeo de recursos para asegurar una atención clínica adecuada durante una emergencia o desastre, así como identificar y fortalecer los procedimientos y las herramientas para la solicitud, recepción y envío de EMT.
- Taller Internacional sobre lecciones aprendidas 2018, realizado en Washington, DC., del 6 al 9 de junio de 2018, con el objetivo de establecer las acciones de preparación ante el siguiente incidente biológico.

Del 6 al 10 de noviembre de 2017 se impartió el curso de mosquitos vectores, el objetivo principal fue conocer las especies de mayor importancia médica en salud pública para la transmisión de las enfermedades vectoriales y el fortalecimiento además la vigilancia de entomoviroológica (arbovirosis).

Tras los sismos de septiembre de 2017, la COFEPRIS instrumentó los planes de atención a emergencias sanitarias, a través del personal brigadista, con acciones de vigilancia sanitaria, saneamiento básico, y fomento sanitario, entre otras, orientadas a la identificación y prevención de riesgos para la salud que pudieran surgir derivado, por ejemplo, de la falta de servicios como agua potable, electricidad y recolección de basura en las zonas más afectadas. Los brigadistas también colaboraron en la habilitación de refugios temporales, albergues y cocinas públicas y prestaron apoyo en las comunidades afectadas para prevenir brotes de enfermedades en la población.

Para la atención de la emergencia causada por el sismo que afectó a los estados del sureste del país el 8 de septiembre de 2017, la COFEPRIS desplegó personal brigadista de las Comisiones de Operación Sanitaria (COS) y de Fomento Sanitario (CFS) a los municipios de Juchitán, Oaxaca y Pijijiapan, Chiapas, dirigidos por los titulares de ambas unidades administrativas.

La presencia del personal brigadista fue permanente en las regiones afectadas, en los estados de Oaxaca y Chiapas, se realizaron 2,967 evaluaciones sanitarias a establecimientos, 2,521 determinaciones de cloro residual libre en red, pipas y depósitos, se entregaron 15,281 frascos de plata coloidal, se distribuyeron 400 kilos de hipoclorito de calcio, se impartieron 1,603 pláticas de saneamiento básico, así como 1,182 pláticas de manejo higiénico de alimentos, y se encalaron 21 focos infecciosos que representaban un riesgo para la salud de la población. Por otra parte, en los estados de Morelos, Puebla y Ciudad de México, las brigadas conformadas realizaron 1,779 evaluaciones sanitarias a establecimientos, 4,372 determinaciones de cloro residual libre en red, pipas y depósitos, se entregaron 15,669 frascos de plata coloidal y 1,002 kilogramos de hipoclorito de calcio, se impartieron 1,854 pláticas de manejo higiénico de alimentos y 1,986 de saneamiento básico y se encalaron 25 focos de infección.

Derivado de los sismos, se llevó a cabo la 12° Reunión Nacional de Atención a Emergencias 2017, en la Ciudad de Salinas Cruz, Oaxaca con la participación de 180 asistentes, en la que se trataron temas concernientes a la atención de los eventos de emergencia y a la consolidación del Sistema Federal Sanitario.

Los HRAE mantienen programas de seguridad hospitalaria y realizan simulacros de evacuación, así como la capacitación del personal en caso de emergencias o desastres, algunos de ellos en coordinación con Protección Civil del estado, principalmente en las zonas de alto riesgo para este tipo de eventos como son Chiapas y Oaxaca.

Se capacita al personal del HJM y personal becario con pláticas periódicas sobre la respuesta en caso de Emergencias y Desastres. Están formados los equipos de atención médica por servicio en caso de Emergencia y desastre. Se cuenta con el Plan Integral para la Atención en Emergencias y Desastres, con los pasos a seguir en caso de cualquier eventualidad. En 2018 se realizará un simulacro sobre atención masiva de pacientes, en el que participará la UVEH.

En el HGMGG se elaboró el directorio de los responsables de la Referencia y Contrarreferencia en los diferentes turnos de los Hospitales Federales de Referencia y en la temporada de Influenza se activa el proceso de referencia tanto entre Institutos, Hospitales Federales de Referencia y la red de Hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, contando con responsables por unidad con un teléfono único. Se

impartieron cursos de capacitación en enfermedades respiratorias y sarampión.

En la línea de acción destinada a **consolidar la seguridad sanitaria nacional y la cooperación internacional mediante la correcta aplicación del Reglamento Sanitario Internacional** se realizaron diversas actividades:

Se gestionó la participación de la DGE en la 4ª Reunión Ministerial de la Agenda de Seguridad Global en Salud, que se celebró del 25 al 27 de octubre de 2017 en la ciudad de Kampala, Uganda. El objetivo de la reunión consistió en intercambiar experiencias en materia de seguridad global en salud, incorporando la visión de asuntos agrícolas y financieros. La reunión giró en torno al lema: “Seguridad en Salud para todos: comprometiendo a las comunidades, a las organizaciones no gubernamentales y al sector privado”, a fin de fortalecer la colaboración multisectorial en todos los niveles de gobierno.

En el marco del Grupo de Trabajo de la Iniciativa de Seguridad Global en Salud (GHSAG, por sus siglas en inglés), la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud organizó en la Ciudad de México la 30ª Reunión de Red de Laboratorios GHSAG, que tuvo lugar el 29 y 30 de noviembre de 2017, con la intención de coordinar las capacidades de diagnóstico de los países participantes (Alemania, Canadá, Estados Unidos de América, Italia, Japón, México y Reino Unido) y contribuir a la vigilancia de enfermedades en todo el mundo.

Se participó en Reuniones del Comité de Enlace y Presidentes de Grupo de Trabajo de GHSAG, que se llevaron a cabo el 6 de diciembre de 2017; el 7 de marzo, 7-8 de mayo, y 6 de junio de 2018, respectivamente; en las cuales se revisaron cuestiones técnicas de los diferentes grupos de trabajo de la Iniciativa de Seguridad Global en Salud (GHSI, por sus siglas en inglés), relacionados con el manejo y comunicación de riesgos, red global de laboratorios, influenza pandémica, incidentes químicos y amenazas radio nucleares; así como asuntos logísticos para llevar a cabo las Reuniones Ministeriales.

En la Reunión de Oficiales Superiores de GHSI, que se realizó el 7 y 8 de diciembre de 2017, en Washington, D.C., se revisaron las actividades, los ponentes y temas centrales para la Reunión Ministerial en Londres de 2018. En la Reunión del 7 y 8 de junio de 2018, en Ottawa, Canadá se discutió el formato técnico para la Ministerial de 2019, cuya sede será la Ciudad de México, los temas que se propusieron para la discusión fueron Resistencia a los Antimicrobianos (RAM) y comunicación de riesgos antes una emergencia de salud pública.

La 18ª Reunión Ministerial de GHSI se celebró el 9 de marzo de 2018, en Londres, y se enfocó en la necesidad de fortalecer la respuesta política ante una emergencia, así como las lecciones aprendidas, el marco de trabajo de la Iniciativa y el futuro de la Organización Mundial de la Salud en cuestiones de emergencias sanitarias.

Del 1 de septiembre al 30 de junio de 2018, la SS participó en el grupo de trabajo de comunicación de riesgos mediante la asistencia a 40 teleconferencias semanales para vigilar los potenciales riesgos para la población y alertar así de forma temprana sobre los sucesos de relevancia para la salud internacional. En el Grupo de Alerta y Reporte Temprano de la GHSI, México participó en cinco ocasiones como responsable del monitoreo de la plataforma de vigilancia basada en eventos; estas participaciones se deben a que nuestro país pertenece a la GHSI, formada por los países del G-7 más la Unión Europea y la OMS.

De igual forma, como parte del proceso de implementación de las capacidades básicas en puntos de entrada referidas en el Reglamento Sanitario Internacional, se designó en diciembre de 2017 al puerto marítimo de Lázaro Cárdenas, para desarrollar las capacidades necesarias destinadas a detectar, notificar y atender las ESPII.

La DGE fue designada como el Centro Nacional de Enlace de México para el Reglamento Sanitario Internacional para el todo el territorio nacional y todas las instituciones dentro y fuera del Sector Salud mexicano.

Con el propósito de **promover las acciones intersectoriales para controlar emergencias y desastres y de seguridad en salud** y derivado de los sismos ocurridos los días 7 y 19 de septiembre de 2017 que afectaron a los estados de Chiapas, Oaxaca, Puebla, Morelos, el Estado de México y la Ciudad de México, la COFEPRIS a través de la Comisión de Operación Sanitaria realizó 4,746 evaluaciones sanitarias a establecimientos, 6,893 determinaciones de cloro residual libre en red, pipas y depósitos, se entregaron un total de 30,950 frascos de plata coloidal y 1,402 kilogramos de hipoclorito de calcio, se impartieron 3,036 de manejo higiénico de alimentos, 3,589 pláticas de saneamiento básico y se encalaron 46 focos infecciosos que representaban un riesgo para la salud de la población.

A través de las reuniones de los Comités Estatales para la Seguridad en Salud y los Subcomités Técnicos de Enfermedades Emergentes y de Seguimiento y Evaluación, se organizó la preparación de la respuesta para emergencias y desastres, con la participación de las instancias del sector y otras como CONAGUA

y Protección Civil. En el ámbito de la SS, del 6 al 8 de diciembre de 2017 se realizó en Guadalajara, Jalisco la Reunión Nacional de los Programas de Acción Específico Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera y Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres, en donde se revisaron los avances de metas, aspectos técnicos y administrativos. Asimismo, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, se realizaron tres reuniones del Grupo Intersectorial de Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera, en donde se revisan los puntos críticos en la prevención de las diarreas y cólera y se presentan análisis técnicos para la toma de decisiones, con la participación de las instancias del Sector Salud y áreas técnicas responsables de las acciones de prevención y control.

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, la SS a través de la UIES anidada en la DGE realizó el Perfil Nacional de Riesgos con información recopilada de múltiples fuentes de información, que tiene como objetivo identificar los factores climáticos, sismológicos, volcánicos, así como los componentes de riesgo químico, biológico, radiológico y nuclear.

Estrategia 3.3

Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud

La NOM-220-SSA1-2016, instalación y operación de la farmacovigilancia, que fue publicada en el DOF el 19 de julio de 2017 y entró en vigor el 15 de enero de 2018, contribuirá a **fomentar la farmacovigilancia y tecnovigilancia de insumos para la salud**. Del cuerpo de la norma se desprendieron una serie de guías que se detallan a continuación:

- Guía de farmacovigilancia para el desarrollo de actividades de los CIFV, de los CICFV y de las UFV del SNS con fecha 27 de noviembre de 2017.
- Guía de farmacovigilancia para el desarrollo de las actividades de los CEFV con fecha 6 de diciembre de 2017.- Instructivo de conexión con NotiReporta con fecha 19 de diciembre de 2017.
- Guía de farmacovigilancia para la elaboración de Planes de Manejo de Riesgos con fecha 11 de enero de 2018.

- Guía de farmacovigilancia para la notificación de EA, SRAM, RAM o cualquier problema de seguridad relacionado con el uso de medicamentos con fecha 25 de enero de 2018.
- Lineamientos para la solicitud del Informe de Farmacovigilancia con fecha 15 de marzo de 2018.
- Guía de farmacovigilancia para la elaboración del reporte periódico de seguridad.

Se ha logrado 50% de avance del proyecto de NOM-240, referente a la tecnovigilancia, gracias al grupo de trabajo conformado en marzo de 2017, que aprobó la “Guía administrativa para dar aviso de alta, modificaciones o baja de unidad y/o responsable de tecnovigilancia”.

Se han llevado a cabo las siguientes reuniones:

- El 4 de octubre de 2017, donde el grupo de trabajo acordó de los puntos 7.5 a los puntos 8.2.7.
- El 9 de noviembre de 2017 donde el grupo de trabajo acordó de los puntos 4.5, 4.18, 4.34, 4.44, 8.3 al 8.3.3.7.

Se mantiene la obligatoriedad del informe de eventos adversos que permita la evaluación y análisis para la toma de decisiones para beneficio de los pacientes. Los Comités de Farmacia en los HRAE autorizan de manera colegiada después de la presentación para incorporar o dar de baja medicamentos de las opciones terapéuticas, con revisión de evidencias científicas que permitan la toma de decisiones, la conformación de los anexos de las licitaciones de servicios integrales, con fundamentos firmes.

Las áreas de ingeniería biomédica realizan la vigilancia de los equipos médicos y participan en los proyectos de incorporación de nueva infraestructura para la atención, para la asesoría a los médicos para la selección y adquisición de estos.

En septiembre de 2017, el INER constituyó el Centro Institucional de Farmacovigilancia, el cual mantiene un sistema de notificación y seguimiento de sospechosas reacciones adversas a medicamentos acorde a lo establecido por la NOM-220-SSA1-2016, esto permite contar con información de seguridad sobre los medicamentos del cuadro básico institucional y la evaluación de los proveedores de estos insumos durante los procesos de licitación.

El Departamento de Estudios Jurídicos, Éticos y Sociales del INMEGEN participó en octubre de 2017 en el II

Congreso Latinoamericano de Farmacogenómica y Medicina Personalizada, organizado por la Sociedad Latinoamericana de Farmacogenómica y Medicina Personalizada y el IPN. Ahí se estableció un primer contacto con grupos de investigación de Brasil y Chile. Asimismo, el INMEGEN recibió la visita del director del Instituto de Ética Médica e Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ruhr de Bochum, Alemania, para establecer futura colaboración con el Departamento de Estudios Jurídicos, Éticos y Sociales.

El INC realizó las siguientes acciones:

- Elaboración (en proceso) del Manual de Procedimientos del Centro Institucional de Farmacovigilancia.
- Estudios piloto de farmacovigilancia en los pisos 7 y 9 de hospitalización.
- Inscripción en la página NotiReporta de COFEPRIS.
- Celebración de 11 reuniones con el grupo interinstitucional de Farmacovigilancia de la CCINSHAE.

El HJM busca:

1. Establecer los lineamientos para operar de forma eficiente del Centro Institucional de Farmacovigilancia dentro del hospital a través de la notificación, prevención, evaluación, vigilancia y control estadístico de las reacciones adversas a medicamentos y con ello proveer la salud de los pacientes mediante la adecuada vigilancia y crear una cultura de uso racional de medicamentos.
2. Gestionar convenios con universidades para la rotación permanente de pasantes de químico en farmacia.
3. Reforzar la capacitación al personal médico y de enfermería para identificar los errores de medicación.
4. Iniciar los análisis proactivos individualizados de los errores por medicación reportados o detectados con la finalidad de identificar acciones de mejora.

Con la finalidad de garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad y fomentar su uso racional, en el HGM se prescriben dosis de medicamentos unitarias a través del sistema de unidosis, el cual ofrece la oportunidad de efectuar un adecuado seguimiento farmacoterapéutico del paciente y coadyuva a la

utilización eficiente y racional de los recursos, con lo que favorece el control de los medicamentos y disminuyendo los índices de mermas y productos caducos.

Con el sistema de unidosis se evitan los sobreinventarios (dinero invertido innecesariamente) y se reduce el almacenamiento de medicamentos de lento y nulo movimiento, además de que se evita el robo hormiga.

Administrativamente, permite la trazabilidad precisa del medicamento que es administrado al paciente para garantizar un mejor control. El surtimiento de medicamentos se realiza las 24 horas del día, los 365 días del año, alcanzando un abasto de 98% en relación con el total de recetas surtidas.

Asimismo, 71% de los medicamentos que se emplean en la institución son genéricos; 29% son medicamentos innovadores.

En el rubro destinado a **facilitar la liberación de nuevas moléculas de medicamentos y biológicos seguros, de calidad y eficaces**, se presentó el onceavo paquete de innovadores, compuesto por 26 nuevas moléculas. Con ello, de 2011 al 30 de junio de 2018, la COFEPRIS ha emitido 336 medicamentos en total, los cuales atienden más 23 clases terapéuticas distintas, que suman 75% de las causas de muerte en la población mexicana. Durante la actual administración se han introducido siete nuevas moléculas cuyo primer país de comercialización es México.

A fin de **fomentar el ingreso de nuevos medicamentos genéricos y biocomparables seguros, de calidad y eficaces**, la Secretaría de Salud, a través de la COFEPRIS, hasta el 30 de junio de 2018 ha liberado 16 paquetes de medicamentos genéricos compuestos por 50 nuevos registros de medicamentos, que corresponden a 590 nuevos registros de medicamentos genéricos.

De igual forma, el CSG, a través de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, mediante un proceso sustentado en criterios de transparencia y eficiencia, e incorporando la evidencia de los avances de la ciencia y la tecnología en medicina para fomentar la calidad y el uso racional de los insumos en las instituciones públicas del SNS, elabora, actualiza y difunde el Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud (CBCISS) con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad, seguridad y eficiencia de la atención a la salud que otorgan las instituciones públicas.

El CBCISS es el documento en el que se agrupan, caracterizan y codifican todos los medicamentos empleados por las instituciones del SNS para otorgar servicios de salud a la población. El Cuadro Básico de Insumos se aplica en el primer nivel de atención y el Catálogo de Insumos, en el segundo y tercer nivel.

Tiene por objeto colaborar en la optimización de los recursos públicos destinados a la atención de los problemas de salud del país, mediante el empleo de insumos que han probado su seguridad, eficacia terapéutica y eficiencia. Adicionalmente, es un instrumento de referencia sobre los insumos para la salud que sirve para informar y colaborar en la actualización de los profesionales de la salud.

Referente al Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018 se recibieron 64 solicitudes para su actualización.

Para **promover el ingreso de dispositivos médicos seguros, de calidad y eficaces**, a través de los terceros autorizados para el predictamen de trámites de dispositivos médicos, de 2012 al 30 de junio de 2018 se ingresaron 11,523 dispositivos médicos y se aprobaron 10,963.

Por otra parte, a fin de fomentar el desarrollo de la farmacogenómica, la CCINSHAE cuenta con un grupo de expertos en farmacovigilancia, coordinado por el titular de la DGCINS, que trabaja en el diseño de diversas estrategias para una plataforma de control de eventos adversos y/o centinela, con objeto dar seguimiento integral a los efectos farmacológicos de medicamentos. En un segundo momento se orientará a los hallazgos de las investigaciones genéticas para diseñar tratamientos mejor dirigidos hacia la causa de afecciones específicas, que incrementen al máximo los efectos terapéuticos y además reduzcan el daño a las células sanas. Al respecto, el INMEGEN lleva a cabo el curso de Farmacogenómica en línea, en la siguiente página web: <<http://www.inmegen.gob.mx/ensenanza/cursos-virtuales/>>.

Con el propósito de promover la importación de productos, dispositivos médicos e insumos para la salud que sean seguros y eficaces, el comisionado federal ha realizado visitas oficiales a Colombia, Cuba, Chile, Estados Unidos e India. Esto, para dar cumplimiento a la línea de acción destinada a **eliminar barreras de entrada al mercado de productos que sean seguros, de calidad y eficaces**.

Estrategia 3.4

Fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano

Con el propósito de **vigilar la calidad del agua para uso y consumo humano**, en 2017 el número de muestras de agua clorada dentro de las especificaciones de la NOM fue de 829,485, y el total de muestras realizadas fue de 896,741, lo que representa 92.5% de las pruebas de las muestras de agua consideradas dentro de las especificaciones de la NOM. A junio de 2018, el número de muestras de agua clorada dentro de las especificaciones de la NOM fue de 416,862, y el total de muestras realizadas fue de 448,870; el valor observado del indicador en 2018 para junio fue de 92.75%. La meta que se prevé alcanzar para 2018 es de 93.0%.

Para **llevar a cabo el control, vigilancia y fomento sanitarios en la producción, almacenamiento, distribución y comercialización de alimentos**, durante 2017 se realizaron 130,923 visitas de verificación; en los dos primeros trimestres de 2018 se llevaron a cabo 53,809 visitas de verificación sanitaria a los giros de productos y servicios, entre los que se incluyen: rastros, mataderos y puntos de venta de productos cárnicos, fábricas de alimentos, servicios de alimentos, productos de la pesca y plantas de proceso y puntos de venta de agua purificada.

A fin de **vigilar y controlar los riesgos sanitarios de la prestación de los servicios de salud**, se han llevado a cabo acciones de vigilancia sanitaria en los siguientes establecimientos que prestan servicios de salud:

1. De noviembre de 2013 a junio de 2018 se realizaron 12,556 visitas de verificación a consultorios anexos a farmacias, de las cuales la COFEPRIS realizó 497 y las entidades federativas 12,099, con un resultado total de 407 suspensiones de actividades.
2. De 2010 a junio de 2018, la COFEPRIS, junto con el Sistema Federal Sanitario, verificó 4,190 clínicas con prestación de servicios de cirugía estética, procedimientos de los que se han derivado 272 suspensiones de actividades.
3. De 2010 a junio de 2018 se realizaron 1,488 visitas a hospitales y clínicas, de las cuales 299 han derivado en suspensión de actividades.

Con la implementación del nuevo modelo de verificación, en la línea destinada a **apoyar al proceso de exportación de alimentos fortaleciendo el proceso de certificación con base en un análisis de riesgo**, se ha logrado lo siguiente:

- Se han disminuido los puntos de verificación de 3,346 a 979; es decir, 70%, sin descuidar la protección contra riesgos sanitarios.
- Se han reducido los tiempos empleados para efectuar visitas de verificación en 54% y de dictamen en 35%, lo que resulta en una disminución global de 57% en las actividades de vigilancia sanitaria. Así, las autoridades sanitarias federales y estatales incrementaron considerablemente su capacidad de verificación sanitaria y ampliaron su cobertura al 100% al poder cubrir en seis meses lo que antes realizaban en un año.
- Se ha producido un ahorro de recursos públicos equivalente a 587.2 millones de pesos, es decir, una reducción de 60% en los costos de verificación.
- Se acortaron los espacios de subjetividad en las visitas y se le dio transparencia al proceso.

Con el objetivo de **controlar y vigilar la producción, importación y comercialización de productos de alcohol y tabaco**, se aseguraron 440,531 litros de alcohol adulterado; 1,252,377 cigarrillos; 2,117,605 piezas de productos milagro; 69 toneladas de medicamentos y 1,128,892 dispositivos médicos irregulares.

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley General para el Control de Tabaco y con lo dispuesto en las directrices del artículo 11 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT-OMS) para informar sobre los riesgos del consumo de tabaco y desalentar y evitar su consumo, la CONADIC coordinó la integración de la novena ronda de imágenes, leyendas, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberán figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo, que tendrá por primera vez una vigencia de 24 meses, con imágenes totalmente nuevas.

Para **consolidar y ampliar el esquema de terceros autorizados para el fortalecimiento de la capacidad operativa de la COFEPRIS**, y en particular con el objeto de ampliar la capacidad operativa en el área de registros sanitarios de plaguicidas y nutrientes vegetales de la COFEPRIS se presentó la Convocatoria para

Unidades de Verificación bajo el esquema de terceros autorizados para el predictamen del control sanitario de plaguicidas y nutrientes vegetales. Como resultado de la convocatoria se autorizaron dos unidades de verificación bajo el esquema de terceros autorizados con un personal de 30 dictaminadores certificados, quienes coadyuvan en las actividades técnicas que realizan 23 dictaminadores del área de plaguicidas y nutrientes vegetales. A partir del 26 de marzo de 2018 se dio la apertura para que las unidades de verificación ingresaran solicitudes de registros sanitario de plaguicidas y nutrientes vegetales.

Se tienen seis terceros autorizados, con un personal de 27 dictaminadores certificados. El esquema comenzó a funcionar a partir del 1 de junio de 2017; a junio de 2018 se han autorizado 520 permisos de publicidad de manera electrónica en un tiempo menor a tres días hábiles.

Se cuenta con 19 terceros autorizados (unidades de verificación) para el predictamen de trámites de medicamentos y dispositivos médicos; con este modelo, del 27 de junio de 2012 al 30 de junio de 2018 se han aprobado 16,830 registros sanitarios en un periodo menor a 20 días hábiles. Dichos datos se desglosan de la siguiente manera:

- a. Dispositivos médicos, 10,963 registros aprobados (registros nuevos, modificaciones y prórrogas).
- b. Medicamentos, 5,867 registros aprobados (registros nuevos, modificaciones y prórrogas).

La aprobación de estos registros se ha logrado con un personal de 268 dictaminadores en las unidades de verificación, mismos que coadyuvan en las actividades que realizan los 141 dictaminadores de COFEPRIS para incrementar la productividad en la emisión de registros.

Se cuenta con 20 terceros autorizados para predictaminar protocolos de investigación clínica (Unidades Habilitadas de Apoyo al Predictamen, UHAP), los cuales son centros de investigación pertenecientes a instituciones de educación superior en el país (IMSS, Universidad Autónoma de Nuevo León e INSalud). Durante el periodo 2015-2017, COFEPRIS recibió 135 trámites de autorización de nuevos protocolos de investigación, de los cuales siete fueron realizado en el IMSS, 116 en los INSalud y CCINSHAE, y 12 en el resto de los terceros autorizados (UHAP).

Estos terceros autorizados pueden predictaminar los protocolos con los mismos estándares y guías utilizados

por la COFEPRIS para que esta pueda autorizarlos en tiempos reducidos.

Para **impulsar la vigilancia y control de los riesgos sanitarios por intoxicación de plaguicidas, mediante una mayor prevención y capacitación**, se han fortalecido las acciones de la vigilancia sanitaria de nutrientes vegetales y plaguicidas. Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se realizaron 367 visitas de verificación, con un resultado de 24 suspensiones de actividades y el aseguramiento de 45,301 toneladas de plaguicidas.

Estrategia 3.5

Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa

México, al igual que otros países, enfrenta un gran reto de salud pública como consecuencia de las lesiones generadas por la inseguridad vial, la cual constituye un grave problema que repercute en la calidad de vida y provoca grandes pérdidas económicas. Los accidentes viales se ubican como la décima causa de muerte, con una tasa de 13.2 defunciones por cada 100 mil habitantes en 2016, lo que representó una reducción de 9.5% con relación a la tasa de 14.6 defunciones por cada 100 mil habitantes registrada en 2012. Es importante considerar que 41.3% de las muertes por accidentes viales se concentran en el grupo de 20 a 39 años de edad, que 44.1% son peatones y que las defunciones de motociclistas registradas en 2016 se incrementaron considerablemente (55.4%) en comparación con las reportadas en 2012. En las entidades federativas se observó una tendencia descendente, dado que la tasa de mortalidad de 14 de ellas se ubicó por debajo de la media nacional y solo cinco entidades (Durango, Nayarit, Sinaloa, Tabasco y Zacatecas) registraron una tasa por arriba de 20 víctimas fatales por cada 100 mil habitantes.

Para contar con información confiable y oportuna que dé cuenta de la magnitud y características de los accidentes ocurridos en el país, se busca de manera permanente **mejorar la calidad y oportunidad de información a través del fortalecimiento del Observatorio Nacional de Lesiones**.

Con este fin, se ha impulsado la instalación de los Observatorios Estatales de Lesiones (OEL). En 2013, se contaban con 13 OEL instalados, cifra que se incrementó a 31 para 2018, quedando pendiente el del estado de Tabasco. Con ello se ha rebasado en tres puntos porcentuales la

meta establecida en el Programa de Acción Específico de Seguridad Vial de 93.8% de entidades federativas con OEL instalado; de los cuales, 81% registraron de manera periódica su información en la plataforma Registro de Accidentes Viales en México (RAVMex), herramienta que permite disponer de información oportuna y georreferenciada sobre los accidentes viales de su localidad.

Con la información disponible, se actualizaron las cifras correspondientes al perfil nacional y los perfiles estatales de 2017 (cierre 2016), los cuales incluyeron información de las tasas de mortalidad y por lesiones causadas por accidentes de tránsito, número de accidentes de tránsito registrados, aumento del parque vehicular, número de egresos hospitalarios de víctimas con lesiones causadas por accidentes de tránsito, entre otros datos.

Como parte de los compromisos de colaboración con la Secretaría de Comunicaciones y Transporte (SCT) se asistió a las reuniones trimestrales de trabajo del subgrupo 4A para la revisión de estadísticas y metodología para obtener indicadores de accidentes viales y sus causas convocadas por el Instituto Mexicano del Transporte (IMT) órgano desconcentrado de la SCT.

Con objeto de **contribuir a mejorar el marco jurídico para la prevención de accidentes de tráfico con base en evidencia científica**, se han realizado tareas en diversos ámbitos. La existencia de un marco jurídico estandarizado y su correcta aplicación es una condición indispensable para abatir la inseguridad vial. Por ello, el STCONAPRA realizó las siguientes acciones en coordinación con los gobiernos de los estados y municipios:

- De manera continua se mantiene el seguimiento de las modificaciones a las disposiciones jurídicas a fin de regular la seguridad vial y la prevención de accidentes en 20 entidades federativas,^{1/} abarcando 103 municipios prioritarios.
- En el último trimestre de 2017 se dio continuidad a los trabajos del Grupo de Coordinación para la Seguridad Vial en Carreteras y Vialidades Urbanas en coordinación con el IMT, posicionando el tema legislativo a través de los seis factores de riesgo y la protección de los peatones como usuarios de las vialidades.

- Durante abril de 2018, por parte del cabildo del municipio de Valladolid, Yucatán, se logró la aprobación de la Ley Municipal de Seguridad Vial, en la que se trabajó de manera coordinada con las autoridades locales y las OSC.

- En este sentido, se están realizando trabajos de análisis legislativo en los municipios de los estados de Hidalgo y Oaxaca, a fin de elaborar sus respectivos proyectos de ley en materia de seguridad vial.

Para **fortalecer los mecanismos de colaboración multisectorial para la prevención de lesiones de causa externa intencionales y no intencionales**, el 27 de febrero de 2018, se llevó a cabo la primera sesión ordinaria del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes con el objeto de dar seguimiento a los acuerdos adoptados en materia de prevención de accidentes.

En la presente administración se ha trabajado de manera coordinada con las entidades federativas para la instalación y operación de los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRA), que pasaron de 17 conformados en 2013 a 31 en 2018. Queda pendiente la instalación del correspondiente a la Ciudad de México.

Del 29 al 30 de noviembre de 2017 se realizó la Segunda Reunión Nacional de Prevención de Accidentes en la que se presentaron ponencias magistrales por parte de representantes del Instituto de Geofísica de la UNAM, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, OPS, de la Comisión Nacional de Seguridad y de la SCT. A esta reunión asistieron 170 personas de 28 entidades federativas.^{2/}

Se dio continuidad a la Acción Estratégica de Alcohometría, pasando de 58 municipios prioritarios en los que se instalaban operativos de alcohometría en 2013 a 175 en 2017, rebasando la meta establecida en el Programa de Acción Específico Seguridad Vial, en 38 puntos porcentuales, esta cifra se ha mantenido estable durante el primer trimestre de 2018. Además, en coordinación con la Policía Federal, se mantiene la instalación de puntos de control de alcohometría en carreteras federales de 16 estados.^{3/}

^{1/} Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Chiapas, Ciudad de México, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

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

^{3/} Baja California, Coahuila, Colima, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Sonora, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán.

Las lesiones por tránsito son, en su mayoría, el resultado evitable de comportamientos de riesgo como: conducir bajo la influencia del alcohol, no usar cinturón de seguridad ni los dispositivos de retención infantil, conducir a velocidades inadecuadas, no usar cascos cuando se conducen motocicletas, entre otros. En este sentido, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Se capacitó en la medición de factores de riesgo en ciclistas a 15 entidades federativas^{4/} y a 16 entidades federativas^{5/} para la aplicación de la encuesta de uso de distractores en conductores de vehículos de motor, con el objetivo de dar cuenta de la situación de la seguridad vial a nivel local para implementar acciones de prevención focalizadas a la población de mayor riesgo. Se recibieron bases de datos de ambas mediciones de factores de riesgo de 31 entidades federativas^{6/}, con 28 planes de acción de la medición en ciclistas y 27 planes de acción de la encuesta de uso de distractores en conductores de vehículos de motor.
- Se desarrolló un nuevo formato para el registro y la encuesta de uso de cinturón y sistemas de retención infantil que incluye los datos de la ubicación de los pasajeros dentro del vehículo que se presenta en la Guía para la medición de uso de cinturón y sistemas de retención infantil. El nuevo formato fue piloteado en la ciudad de León, Guanajuato en la semana del 16 al 22 de abril de 2018, y se utilizará a partir del segundo trimestre del mismo año.
- Con el apoyo de los COEPRAs, se capacitó a 436 personas integrantes de estos y de otras instituciones relacionadas con la seguridad vial para formarlos como Promotores en Prevención de Accidentes, con la finalidad de hacer del conocimiento de la población los factores de riesgo y los factores protectores de la movilidad vial.
- Se realizaron 10,721 pláticas de sensibilización en 31 entidades federativas^{7/}, beneficiando a 775,185 personas, en su mayoría de 10 a 49 años de edad.

^{4/} Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz.

^{5/} Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz.

^{6/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

^{7/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca,

- Del 2 al 22 de abril de 2018 se abrió el curso en línea Prevención de Accidentes Viales en la plataforma del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS, en el que participaron 113 personas de 20 entidades federativas.^{8/}
- Se impartieron cinco cursos de capacitación en auditoría de seguridad vial en coordinación con dependencias de los tres niveles de gobierno de los estados de Colima (16 a 19 de octubre de 2017), Baja California (6 a 9 de noviembre de 2017), Guanajuato (9 a 11 de abril de 2018), Michoacán (22 a 26 de abril de 2018) y Sinaloa (28 a 31 de mayo de 2018), en los que se capacitaron en total 160 personas de las regiones noroeste y occidente. Como producto de estas capacitaciones se realizaron 107 estudios viales en 26 entidades federativas, 45 de los cuales fueron implementados.

En materia de comunicación social se difundió la campaña Evita Comportamientos Riesgosos a través de televisión, publicidad exterior, redes sociales y diferentes sitios web en 26 entidades federativas.^{9/} Su propósito fue promover la forma correcta en que los peatones deben cruzar las calles, el uso de casco en motociclistas, el empleo de sistemas de retención infantil, el respeto de los límites de velocidad y el no uso de distractores durante la conducción.

En coordinación con el Gabinete Turístico y los COEPRAs se recabó evidencia de las acciones de comunicación sobre seguridad vial puestas en marcha en las entidades federativas para reportar las acciones realizadas durante las temporadas vacacionales. De estas, 25 entidades federativas^{10/} reportaron sus acciones de la temporada de verano; 22,^{11/} las correspondientes a la temporada de invierno, y 17 estados^{12/} informaron sobre las actividades referidas a Semana Santa.

Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

^{8/} Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco, Veracruz y Zacatecas.

^{9/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

^{10/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Quintana Roo, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

^{11/} Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz y Zacatecas.

^{12/} Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Ciudad de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

De octubre de 2017 a junio de 2018 se llevaron a cabo las reuniones del Comité Técnico Intersecretarial de seguimiento a la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020, con el fin de consolidar el Decenio de Acción de la Seguridad Vial 2011-2020, impulsando diversas estrategias a nivel nacional en coordinación con 10 secretarías de estado, tres direcciones generales del IMSS, ISSSTE y DIF Nacional y la Procuraduría General de la República.

A fin de **fortalecer los mecanismos de cooperación internacional para el mejoramiento de la seguridad vial**, junto con el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes se coordinó la elaboración de elementos para las consultas informales con los Estados miembros referente al diseño de las metas mundiales voluntarias sobre seguridad vial, relacionadas con los factores de riesgos y los mecanismos de prestación de servicio, las cuales se llevaron a cabo los días 22 y 23 de febrero de 2018 en Ginebra, Suiza.

Dichos elementos también sirvieron como apoyo para la integración de la intervención que formuló la Delegación mexicana en el evento de presentación del proyecto de resolución bienal: "Mejoramiento de la seguridad vial en el mundo", que Rusia sometió al Plenario de la Asamblea General de Naciones Unidas el 12 de abril de 2018.

La Secretaría de Salud y con sus contrapartes del Sistema Mesoamericano de Salud Pública retomaron la propuesta realizada para la convocatoria de Bienes Públicos Regionales del Banco Interamericano de Desarrollo 2017 y la presentaron en la edición 2018 a fin de conseguir financiamiento adicional para la implementación del Plan Maestro Mesoamericano de Seguridad Vial.

Se participó en la elaboración del Informe Comparación entre 10 Países Latinoamericanos Respecto de su Desempeño en Seguridad Vial. Benchmarking de la Seguridad Vial en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Paraguay y Uruguay, dando respuesta a la solicitud del International Traffic Safety Data and Analysis Group (IRTAD). Asimismo, se proporcionaron datos sobre siniestralidad vial reportando los avances con la información disponible al 2016 para contribuir al reporte anual de IRTAD del capítulo de México sobre el tema.

Se aportaron los datos e indicadores nacionales para el VII Informe Iberoamericano de Seguridad Vial para el capítulo México como miembro del Observatorio Iberoamericano de Seguridad Vial, los cuales permiten la reformulación de políticas, normativas y campañas destinadas a reducir las víctimas de siniestros viales en la región.

Con objeto de **establecer los mecanismos de comunicación permanentemente en los servicios de urgencias**, una de las prioridades del STCONAPRA ha sido el fortalecimiento de la atención médica prehospitalaria, principalmente mediante la instalación de Centros Reguladores de Urgencias Médicas (CRUM) y la capacitación, tanto del personal que labora a bordo de una ambulancia como de la población en general. Entre las tareas más importantes que se han realizado destacan las siguientes:

- Se ha trabajado de manera coordinada con los COEPRA para la instalación y operación de los CRUM y se ha logrado pasar de 12 centros instalados en 2013 a 21^{13/} en 2018, rebasando en tres puntos porcentuales la meta establecida en el Programa de Acción Específico de Seguridad Vial de 62.5% de entidades federativas con CRUM instalado.
- De septiembre de 2017 a junio de 2018 se impartió capacitación a 219 personas como instructores para la formación de Primeros Respondientes en Atención Inmediata de Urgencias Médicas de seis entidades federativas (Aguascalientes, Baja California, Colima, Hidalgo, Querétaro y Sinaloa), para contar a nivel nacional con un total de 2,441 instructores.
- Los COEPRA forman primeros respondientes de acuerdo a los indicadores de Caminando a la Excelencia reportando, de septiembre de 2017 a junio de 2018, 15,371 capacitados con el objetivo de brindar una atención oportuna y de calidad al momento de ocurrir un accidente.

A fin de **promover la participación comunitaria, educativa, municipal y multisectorial para la prevención de accidentes en el hogar**, de septiembre de 2017 a junio de 2018 se realizaron las siguientes acciones:

- 14 cursos de atención especializada del paciente quemado, en los que se capacitó a 519 profesionales en 11 entidades federativas: Baja California, Coahuila, Durango, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí y Zacatecas.

^{13/} Aguascalientes, Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Durango, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas.

- Cinco cursos de rescate acuático en Nayarit, Quintana Roo, Sonora y Tabasco, en los que se capacitó a 120 personas.
- Cuatro cursos de manejo de envenenamientos e intoxicaciones, en los que se dio capacitación a 143 profesionales de Aguascalientes, Puebla, Querétaro y Tabasco.
- Visitas domiciliarias a 5,288 hogares ubicados en 12 municipios de 11 entidades federativas a fin de identificar riesgos al interior de dichos hogares y brindar consejería sobre cómo prevenir lesiones accidentales en estos espacios.
- Inspecciones de seguridad en 102 guarderías ubicadas en Guerrero, Sinaloa y Quintana Roo para identificar riesgos y brindar consejería a sus responsables con el fin de minimizarlos.
- Sensibilización de 2,884 personas adultas mayores para prevenir lesiones accidentales.

De septiembre de 2017 a junio de 2018, en coordinación con la OPS y la DGCES, y con el apoyo financiero del estado de Baja California, se realizaron cuatro ediciones del curso virtual “Principios para la prevención de lesiones accidentales”, con la participación de 487 profesionales, 94 de los cuales lo acreditaron. Asimismo, con el apoyo de la OPS y de la Red Toxicológica Mexicana se diseñó y piloteó el Sistema de Información Estadístico de los Envenenamientos y las Intoxicaciones. Este sistema permitirá recabar información estratégica sobre distintos factores de riesgo y los tipos de sustancias específicas causantes de las intoxicaciones y envenenamientos que se presentan en los Centros de Información y Asistencia Toxicológica adscritos a la Red.

Estrategia 3.6

Coordinar actividades con los sectores productivos para la detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral

Para **proporcionar información sobre los riesgos para la salud y los estilos de vida saludable en el entorno laboral**, en el IMSS estuvieron representadas 3,225 empresas en los Foros Promocionales de Seguridad y Salud en el Trabajo, que se realizaron por los Servicios de

Seguridad en el Trabajo de las delegaciones del IMSS, y se realizaron 10,487 acciones de seguridad e higiene en el trabajo, con las Comisiones de Seguridad e Higiene de las empresas afiliadas y centros laborales del IMSS que participaron en estos eventos.

Con el propósito de **promover mayor inspección a los lugares de trabajo**, se realizaron 5,417 estudios y programas preventivos de seguridad e higiene en el trabajo en empresas afiliadas al IMSS de alta siniestralidad, así como en centros laborales del propio Instituto, mediante los cuales se proporcionaron recomendaciones y se implementaron medidas de prevención de accidentes y enfermedades de trabajo. Se realizaron 7,616 seguimientos a empresas con estos programas, para verificar su implementación e impacto en la prevención de los riesgos de trabajo.

Se desarrollaron cerca de 1,800 investigaciones de probables accidentes de trabajo y más de 4 mil de probables enfermedades de trabajo para la determinación y calificación del riesgo. También se realizaron 318 investigaciones de accidentes de trabajo con defunción o incapacidad permanente parcial con calificación igual o mayor a 50%. A partir de esa información se generaron recomendaciones para implementar mejores prácticas de prevención y evitar que ocurran casos similares.

También se realizaron 6,986 evaluaciones de factores de riesgo presentes en los ambientes laborales a los que se exponen los trabajadores en las empresas afiliadas, para promover la prevención de posibles enfermedades de trabajo.

Para **revisar el esquema regulatorio de salud ocupacional, en coordinación con la STPS**, se participó en cinco reuniones del Comité Consultivo Nacional de Normalización en Seguridad y Salud en el Trabajo, de la Dirección General de Seguridad y Salud en el Trabajo, de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en las que se aprobó la norma sobre el manejo de sustancias químicas peligrosas y se revisaron los proyectos de normas oficiales mexicanas sobre equipo de protección personal, almacenamiento y manejo de materiales mediante el uso de maquinaria y factores de riesgo ergonómico por el manejo manual de cargas.

Con el fin de **establecer mecanismos de coordinación entre la SS, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social para articular acciones en materia de salud ocupacional**, se participó en tres reuniones del

Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, que preside la SS, en la que se le da seguimiento a la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020, así como al funcionamiento del Observatorio Nacional de Lesiones; en cuatro reuniones del Comité Científico Técnico de Vigilancia sobre la Contaminación de la Ciudad de México, que preside la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México, y en las reuniones convocadas de la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, que preside la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Estrategia 3.7

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

En aras de **actualizar la regulación en materia de alimentos y bebidas industrializados a las mejores prácticas internacionales** se realizaron 47 dictámenes de actas de visitas sanitarias a puntos de fabricación, en los cuales se evaluaron 1,002 etiquetas con un porcentaje de cumplimiento de 30% del etiquetado frontal nutrimental de alimentos y bebidas no alcohólicas pre-ensadas, mismas que están en proceso de corrección e incorporación al mercado con total cumplimiento.

Por otro lado, bajo el esquema de *Copy advice* implementado por la COFEPRIS como mecanismo de cumplimiento de las etiquetas previa a la fabricación de los productos, se ingresaron 238 etiquetas para evaluación, de las cuales 35% han obtenido el estatus de viabilidad.

La UAE continuó su participación en el grupo de trabajo “Efectos en la salud de la disminución del consumo de alimentos y bebidas de alto contenido calórico” del OMENT. La UAE inició la estimación de los indicadores definidos en el grupo de trabajo para apoyar el proceso de monitoreo de la implementación del IEPS en bebidas azucaradas y alimentos de alta densidad calórica.

Para **proveer información transparente del contenido calórico en el etiquetado frontal de todos los alimentos y bebidas industrializados**, se realizaron 11 dictámenes de actas de verificación a puntos de venta, en los cuales se evaluaron 275 etiquetas con un porcentaje de cumplimiento de 20% del etiquetado frontal nutrimental de alimentos y bebidas no alcohólicas pre-ensadas, mismas que están en proceso de corrección

con el punto de fabricación para su incorporación al mercado con total cumplimiento

Entre las labores destinadas a **prohibir la publicidad dirigida a público infantil de alimentos y bebidas que no cumplan con criterios científicos de nutrición**, a partir de la entrada en vigor de las medidas señaladas en los “Lineamientos por los que se dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad que deberán observar los anunciantes de alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitar sus productos en televisión abierta y restringida, así como en salas de exhibición cinematográfica”, conforme a lo dispuesto en los artículos 22 Bis, 79, fracción X y 86, fracción VI, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, se identificaron pautas publicitarias violatorias en horarios infantiles. Las pautas representan 0.05% de las 27,500 pautas estimadas en horarios restringidos, por lo que el cumplimiento es de 99.95%. Durante 2017 se suspendieron siete pautas en televisión de algunos productos.

Con objeto de **fomentar la reformulación de productos para hacerlos nutricionalmente más balanceados** y derivado de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, anunciada en 2013, se implementó como parte del pilar de regulación sanitaria, el distintivo nutrimental, el cual puede ser otorgado a aquellos productores que así lo soliciten y que cumplan con los estándares nutricionales que para tal efecto emitió la Secretaría de Salud; los cuales comprenden ocho categorías de alimentos, en ningún caso podrán contar con distintivo nutrimental refrescos y bebidas saborizadas, chocolates y productos similares al chocolate, confitería y botanas. A partir de su entrada en vigor, 16 de abril de 2014, la COFEPRIS ha recibido 851 solicitudes para la obtención de distintivo nutrimental, de las cuales 124 derivaron en el otorgamiento, 410 fueron negadas, 316 prevenidas y una cancelada.

Como parte de las acciones de carácter intersectorial destinadas a **vincular acciones con la Secretaría de Educación Pública para la regulación de las cooperativas escolares**, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se llevó a cabo el seguimiento del proyecto para la supervisión de los Lineamientos Generales para el Expendio y Distribución de Alimentos y Bebidas Preparados y Procesados en las Escuelas del Sistema Educativo Nacional. Esta actividad se enmarca en la Estrategia Salud en Tu Escuela, la cual incluye acciones de promoción de la salud en el entorno escolar dirigidas a educandos, padres de familia y maestros.



4. CERRAR LAS BRECHAS EXISTENTES EN SALUD ENTRE DIFERENTES GRUPOS SOCIALES Y REGIONES DEL PAÍS



Estrategia 4.1

Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil y en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) tiene entre sus prioridades garantizar la concurrencia y colaboración de la Federación, las entidades federativas y los sectores social y privado respecto a la promoción y fomento de la prestación de los servicios en materia de asistencia social (acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación). En conjunto con los DIF de las entidades federativas y las OSC lleva a cabo programas en beneficio de los individuos y las familias en situación de riesgo, con prioridad en aspectos como el fortalecimiento de la integración familiar; el respeto a los derechos de las niñas, niños y adolescentes; la atención de los adultos mayores, y la atención de quienes presentan algún tipo de discapacidad.

Con ese propósito, a través de diversos programas se fomenta el acceso efectivo de las familias (principalmente en pobreza extrema) a sus derechos sociales y, de manera particular, de las niñas y niños de familias con carencias, a fin de contribuir al mejor desempeño escolar a través de la nutrición y buen estado de salud de niños y jóvenes. Por ello, la protección a la salud concebida como un derecho constitucional es un elemento prioritario.

Son diversas las tareas que se realizan a fin de **asegurar la participación de todos los actores para reducir la mortalidad infantil**. Por ejemplo, con el objeto de contribuir al mejoramiento del estado de nutrición y de salud de la población mexicana, y prevenir el sobrepeso y la obesidad en niños y mujeres, la CNPSS continúa realizando acciones para promover una mejor nutrición familiar a través de fomentar una alimentación adecuada, mediante el seguimiento, control y distribución de suplementos alimenticios.

De septiembre de 2017 a junio de 2018, a través del componente de Salud de PROSPERA, recibieron

suplementos alimenticios 1,225,815 niñas y niños de entre seis y 59 meses de edad, así como 270,203 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia beneficiarias de PROSPERA.

En el marco de la atención a familias beneficiarias de PROSPERA Programa de Inclusión Social, el Programa IMSS-PROSPERA proporcionó suplemento alimenticio a 314,582 menores de seis a 59 meses de edad, y a 72,602 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Con el proyecto “Moviendo Corazones y Sonrisas”, que se realiza en el marco de la lucha contra el cáncer infantil, y en el que se busca brindar un mensaje de apoyo a pacientes pediátricos internados en los Hospitales e Institutos públicos del Sector Salud en México; se entregaron diversos apoyos como juguetes, pañales, jugos, ropa, biberones, baberos, productos de higiene bucal, entre otros, siendo beneficiados 1,400 niños y niñas con sus familias, a través de las 19 visitas realizadas a 13 hospitales, en 12 entidades federativas, durante 2017 y el primer trimestre de 2018. El Proyecto se llevó a cabo gracias al trabajo en conjunto con Gobiernos Estatales y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), así como aliados estratégicos.

Con el propósito de **mejorar la calidad de la atención de la salud en recién nacidos y en menores de cinco años**, hasta 2018, IMSS-PROSPERA otorgó cobertura en salud a 528,757 menores de cinco años. Entre su población recién nacida, de septiembre de 2017 a junio de 2018, el Programa desarrolló acciones preventivas como la profilaxis oftálmica con cloranfenicol, con la que se benefició a 87,338 recién nacidos; aplicó vitamina A entre 85,985 infantes y vitamina K para 86,690. Además, se dio atención a 5,306 recién nacidos con bajo peso y a 2,315 prematuros en los servicios de cuidados especiales del neonato en los hospitales rurales.

El Componente Salud de PROSPERA ha fortalecido las acciones de detección y atención oportuna para mejorar el desarrollo infantil de los niños y niñas menores de cinco años de edad, con la creación y puesta en operación de 30 Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana, 13 de los cuales se inauguraron y pusieron en operación de 2015 a septiembre de 2016, 14 se inauguraron de septiembre de 2016 a agosto de 2017, mientras de septiembre de 2017 a junio de 2018

se pusieron en operación tres centros más (Tamaulipas, Guanajuato-Unidad de Desarrollo Infantil León y Colima).

A fin de **asegurar una cobertura efectiva en vacunación**, en los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V. (BIRMEX) se desarrollaron las siguientes actividades:

El Instituto Nacional de Virología (INV) produjo 20.1 millones de dosis de vacuna bOPV e inició la producción de granel tipo 1 (50 millones de dosis), lo cual permitirá asegurar la producción de vacuna bOPV para suministrar a los programas de vacunación de 2019-2020 y se participa en el Plan Global de Erradicación de la Polio.

Por su parte, el Instituto Nacional de Higiene (INH) produjo 350,007 frascos de antialacrán y 16,796 de antiviperino, al tiempo de que evalúa un nuevo proveedor de toxoide tetánico, que permitirá reanudar la producción de vacuna Td adulto en 2019. Se trabaja para producir y comercializar antiviperino para el mercado de África Subsahariana, en colaboración con el Instituto Clodomiro Picado de la Universidad de Costa Rica, así como en el proceso para lograr la certificación de la planta ante la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés). Se tiene planeado adecuar su infraestructura, a efecto de cumplir con las normas aplicables; por lo cual se remodelarán las esclusas, los laboratorios de monitoreo ambiental y la unidad de producción de plasmas hiperinmunes de Tecámac.

CUADRO 4.1.

Institución	Producto	Dosis
CENSIDA	Antirretroviral	50,176
CENSIA	Biológicos	36,530,354
IMSS	Biológicos	6,389,326
SEDENA	Biológicos	36,200
PEMEX	Biológicos	203,965
OPDS	Biológicos	21,093,851
ISSSTE	Biológicos	1,397,850
	TOTAL	65,701,722

FUENTE: Facturas emitidas por BIRMEX a diversos clientes, por compromisos de venta por licitaciones y adjudicaciones.

Ambos institutos mantienen sus Certificados de Buenas Prácticas de Fabricación que emite la COFEPRIS, gracias a

que luego de que se realizaran 4,486 análisis de calidad en materias primas y productos, se encontró que 95.5% cumplieron con las especificaciones; se llevaron a cabo 61,862 pruebas para evaluar la calidad de los sistemas críticos y monitoreo ambiental de las áreas clasificadas de los procesos de fabricación, las cuales resultaron satisfactorias en su totalidad.

De septiembre de 2017 a junio de 2018 se comercializaron 74,732,596 dosis de medicamentos y vacunas, de las cuales 95% corresponde a vacunas virales, 2% a vacunas bacterianas y 3% a sueros, reactivos y medicamentos. Los beneficiarios de estas vacunas y medicamentos son el CeNSIA con 51.8%, organismos públicos descentralizados con 28.2%, IMSS con 16.7%, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y CENSIDA con 3.3%. Se trabaja para establecer alianzas estratégicas con diferentes productores y comercializadores de vacunas (GSK, Pfizer, LG, SK Chemicals); antirretrovirales (Amarox, Macleods); y medicamentos antituberculosis (Macleods).

La operación de la asociación público privada (APP) con Sanofi asegura el suministro de vacunas contra influenza y combos pediátricos, y abre la posibilidad de realizar exportaciones a América Latina y a Lejano Oriente. En el periodo se suministraron al CENSIA 1,533,000 dosis de pentavalente acelular y se está en proceso de entregar 4.3 millones de dosis más de pentavalente, de las cuales, 2.9 millones de dosis serán de hexavalente, que incluye la vacuna contra hepatitis B. De esta forma, los beneficios que otorgará la APP van de 175 a 600 millones de pesos y se establece la posibilidad de ampliar el beneficio de precios a todo el Sector Salud. Cabe destacar que se inició la construcción de la planta para la producción de vacunas antiinfluenza en Cuautitlán Izcalli, la cual será entregada a BIRMEX sin costo alguno al final del periodo de vigencia de la APP.

Se llevaron a cabo los talleres de Planeación Estratégica y Planeación Táctica de BIRMEX, que sirvieron de base para integrar el Perfil Estratégico de la entidad y su Plan Táctico para el 2018. A partir de ello se elaboraron los Planes Operativos 2018 de Ventas, Producción y de Control y Aseguramiento de la Calidad; al mismo tiempo, se logró integrar y autorizar el Manual de Organización Específico y el Manual de Procedimientos, que la entidad no tenía desde 2012.

Para la adquisición, arrendamiento de bienes y prestación de servicios se ejerció un monto de 109.8 millones de pesos, mediante 15 procedimientos de licitación pública y 28 de invitación a cuando menos tres personas. Asimismo, por concepto de compra de vacunas se ejerció un importe de 3,431.7 millones de pesos, a través de

adjudicación directa, incluyendo la adquirida en el marco de la APP.

A partir del 1 de febrero de 2018, la Auditoría Superior de la Federación (ASF) inició un proceso de revisión y determinó 30 resultados del ejercicio 2017, sobre la APP de BIRMEX con Sanofi. Se atendieron los requerimientos en tiempo y forma y se está al pendiente del informe que para tal efecto expida esta instancia fiscalizadora.

La entidad atendió un rezago de 23 asuntos relativos a los acuerdos del Consejo de Administración y a las recomendaciones del Comisariato y del Órgano Interno de Control. Al cierre de este Informe, quedan solo aquellas vinculadas al mejoramiento del control administrativo y financiero de la entidad, que son de observancia permanente (5).

Se da cumplimiento a todos los requerimientos relativos al proceso de entrega-recepción de la administración; se integra el correspondiente Libro Blanco sobre la APP y dos memorias documentales sobre las sesiones del Consejo de Administración y la Cuenta Pública.

Para **proveer intervenciones de salud enfocadas en prevención y atención oportuna del menor de cinco años**, los HRAE brindan atención a poblaciones vulnerables como indígenas y migrantes, esto es particularmente importante en los hospitales del CRAE, HRAEO y HRAEPY, pero cobra más relieve al tratarse de pacientes pediátricos. En promedio, los pacientes recibidos para su atención tienen condiciones socioeconómicas precarias, 90% o más son de las clasificaciones socioeconómicas más bajas lo que pone en riesgo la continuidad de los tratamientos.

En el CRAE HEP, se cuenta con un programa de quimioterapia en casa que facilita el apego y el éxito de los tratamientos la nueva sala de hemodinamia pediátrica permitirá ofrecer alternativas terapéuticas de vanguardia y con este mismo fin se han establecido vínculos con organismos no gubernamentales que pueden dar soporte a la familia con albergue o insumos de alto costo.

Los cardiópatas que trata el HRAEPY en su unidad médica, reciben tratamientos que no pueden ofrecerse en otros hospitales de la región, cumpliendo con el objetivo de llevar la alta especialidad a la población de menores que la requieren para mejorar sus expectativas de vida.

La clínica de atención a pacientes desordenes de la diferenciación sexual, ofrece alternativas terapéuticas en casos tan complejos y se posicionan como una alternativa en el Bajío para este tipo de padecimientos.

En el HNH se cuenta con acceso al servicio de Pediatría tanto en Consulta Externa y Hospitalización, para la atención eficiente y oportuna de toda la población infantil que lo solicite.

Las acciones que se realizan en el HJM en la atención del menor de cinco años, enfocadas a la prevención y atención oportuna, se basan mucho en la atención del RN al realizar tamizaje metabólico y auditivo.

En la Consulta Externa de Pediatría del HGMGG, se lleva a cabo control y seguimiento de los niños que nacen en el Hospital y que son egresados de los Servicios de Neonatología, para la detección y atención oportuna de secuelas derivadas de las patologías de la etapa neonatal, como la prematuridad y sus comorbilidades. Se impartieron a los médicos cursos de capacitación en enfermedades respiratorias y sarampión.

El Programa IMSS-PROSPERA realiza sistemáticamente somatometrías para establecer el estado nutricional en menores de cinco años. En el periodo se realizaron 2,434,577 de estos procedimientos, lo que permitió detectar y atender hasta su recuperación 9,109 casos de desnutrición aguda.

Con un enfoque preventivo se suministró hierro profiláctico a 14,415 menores de un año. Esto se complementó con el diagnóstico y tratamiento oportuno de la anemia en todos los menores de cinco años. Para ello se realizaron 287,268 determinaciones de hemoglobina en sangre, con diagnóstico y tratamiento hasta su recuperación de 13,741 niños de este grupo de edad.

Respecto a la atención oportuna y efectiva de los cuadros de enfermedades diarreicas agudas, se otorgaron 44,377 atenciones en menores de cinco años; en 97.6% de los casos se instauró el Plan A de hidratación oral y se repartieron 215,846 sobres de Vida Suero Oral. A lo anterior se agregan 9,861 atenciones por parte del personal de enfermería a menores con diarrea no complicada.

En materia de infecciones respiratorias agudas se otorgaron 362,009 atenciones, 99.4% de manera oportuna, sin signos de alarma, mientras en 57.8% se otorgó solo tratamiento sintomático, a fin de evitar el abuso de antimicrobianos.

Personal de enfermería proporcionó 44,265 atenciones a menores con cuadros de infección respiratoria no complicados.

Para fortalecer el manejo efectivo en el hogar se capacitó a 723,344 madres con respecto a enfermedades

diarreicas agudas y a 921,992 en cuanto a infecciones respiratorias agudas.

El SNDIF, dentro de las acciones para **coadyuvar en la provisión de alimentos y suplementos alimenticios para una nutrición adecuada**, cuenta con la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria, operada con recursos federales del Ramo 33 Fondo V.i, con la cual se contribuye a la seguridad alimentaria de la población atendida a través de cuatro programas alimentarios con esquemas de calidad nutricia, acciones de orientación alimentaria, aseguramiento de la calidad alimentaria y producción de alimentos. En el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, se tuvieron los siguientes resultados:

- Programa Desayunos Escolares: los Sistemas Estatales DIF distribuyeron 797,328,201 desayunos, lo que representa un incremento de 8.6% con respecto al periodo anterior, en beneficio de un promedio de 5,498,950 niñas y niños al día, 5% más que en el ejercicio pasado, repartidos en 2,416 municipios.
- Programa Atención Alimentaria a Menores de Cinco Años en Riesgo no Escolarizados: se distribuyeron 61,483,531 raciones alimenticias, en 1,641 municipios, que beneficiaron a un promedio diario de 311,919 niñas y niños.
- Programa Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo: se distribuyeron 1,169,752 despensas, con lo que se apoyó a 209,667 familias, 29% más que en el periodo anterior (162,271 familias y 1,083,353 despensas) en 518 municipios.
- Programa Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables: los Sistemas Estatales DIF distribuyeron 8,957,909 despensas, en apoyo a 1,309,344 sujetos vulnerables en 2,061 municipios.

El SNDIF, a través del Programa de Desarrollo Comunitario “Comunidad Diferente” contribuye a mejorar las condiciones sociales de vida de la población en situación de marginación, cuyos resultados del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, con el Subprograma Comunidad DIFerente son: impulso a 1,290 Grupos de Desarrollo con 2,716 capacitaciones y con el otorgamiento de insumos para 239 proyectos comunitarios. Se beneficiaron con capacitaciones y apoyo de insumos a 21,700 personas, integrantes de los Grupos de Desarrollo, en 1,278 localidades de alta y muy alta marginación, de 490 municipios.

En el marco de la Cruzada Nacional Contra el Hambre, el SNDIF en coordinación con los 32 Sistemas Estatales DIF, a

través del Subprograma de Infraestructura, Rehabilitación y Equipamiento de Espacios Alimentarios, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 invirtió en la construcción, rehabilitación y /o equipamiento de 1,503 espacios alimentarios, en 437 municipios, 1,258 localidades, con lo que se benefició a 142,639 personas.

Con el propósito de **promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad**, del 1 de septiembre de 2017 al 31 de junio de 2018, se capacitó a 109 profesionales de la salud de la SS en todas las entidades federativas con el propósito de promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y en forma complementaria hasta los dos años de edad. Estos profesionales se sumaron a los 879 capacitados en el periodo anterior.

Una de las acciones primordiales que realiza IMSS-PROSPERA en cada consulta prenatal entre las embarazadas es el fomento de la duración y el apego a la lactancia materna durante el primer semestre de la vida; de septiembre de 2017 a junio de 2018 fueron capacitadas en este sentido 137,672 mujeres.

A fin de **fomentar el desarrollo de capacidades para ofrecer a los niños y niñas buenas prácticas de crianza y estimulación temprana** mediante el Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, en el periodo 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, el SNDIF otorgó capacitaciones de nivel básico a 560 responsables de las estancias y asistentes. En materia de capacitación complementaria, se impartieron talleres a 27,064 responsables y asistentes en los temas: “Crecer con ellos”, “Crecer juntos”, “Alineación al estándar de competencia laboral”, “Estándar de competencia 0435”, “Evaluación del desarrollo infantil”, “Alimentación”, “Alineación al estándar de competencia laboral”, “Estándar de competencia 0335”, “Aprendizajes clave para la educación integral” y “Lego”.

Adicionalmente, se realizaron 1,421 procesos de evaluación para certificar a responsables y asistentes de estancias en los estándares de competencia EC0435 “Prestación de servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral de las niñas y los niños en centros de atención Infantil” y EC0335 “Prestación de servicios de educación inicial”.

En el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, se realizaron las siguientes actividades en el ámbito del SPPS:

- A 905,945 madres y cuidadores de menores de cinco años de edad se les instruyó en objetivos de estimulación temprana en menores de cinco años de edad.

- Se brindó atención oportuna al detectar de manera temprana 34,870 (8.9%) niños y niñas con rezago en el desarrollo y 13,428 (3.4%) de una muestra de 390,163 niñas y niños, al aplicar la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil. La detección temprana permitió incorporar intervenciones con mayor impacto en el desarrollo de estos niños.

Las acciones para **promover la realización del tamiz neonatal metabólico, auditivo y de retinopatía** llevadas a cabo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, contemplaron la capacitación de 162 profesionales de la salud de la SS, en temas relacionados con la toma, procesamiento y seguimiento de resultados en tamiz neonatal metabólico, auditivo y oftálmico, estos profesionales se suman a los 774 profesionales capacitados en el periodo previo. Desde 2017, el tamiz neonatal metabólico está conformado por seis marcadores que permiten detectar de forma oportuna (hipotiroidismo, fenilcetonuria, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística y deficiencia de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa).

Con el objetivo de **reforzar la acción comunitaria en el desarrollo infantil y la educación inicial**, en el tema de adicciones, 28 Sistemas DIF de las entidades federativas, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, reportaron la aplicación de la Estrategia de Intervención para disminuir el Impacto de Factores de Riesgo Psicosocial en Niñas, Niños y adolescentes a fin de favorecer el desarrollo de habilidades para la vida en edades tempranas, y lograr su formación como personas resilientes, con lo cual se benefició a: 39,672 niñas y 38,896 niños, 89,610 adolescentes mujeres y 84,124 adolescentes hombres.

Se impartieron tres videoconferencias sobre los temas:

- “Autolesión ¿Qué es y cómo prevenirla?”, con la asistencia de 260 servidores públicos de los Sistemas DIF de Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- Presentación de la nueva serie de “Guías Preventivas de la CONADIC”, con la participación de 136 servidores públicos de los Sistemas DIF de Aguascalientes, Campeche, Colima, Chiapas, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas.
- “El Trastorno por Déficit de Atención asociado a la vulnerabilidad y los riesgos psicosociales que enfrentan niñas, niños y adolescentes” con la participación de 159 servidores públicos de los Sistemas DIF de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, con el propósito de apoyar la labor que realizan los Sistemas DIF se realizó una videoconferencia sobre la presentación del Protocolo para la Prevención del Abuso Sexual a Niñas, Niños y Adolescentes, con la participación de servidores públicos de las Procuradurías de Protección de los Sistemas DIF de las entidades federativas de Aguascalientes, Baja California, Durango, Hidalgo, Nayarit, Oaxaca, Sonora, Tabasco, Tlaxcala y Veracruz con la asistencia de 76 servidores públicos.

Asimismo, los Sistemas DIF de ocho entidades federativas reportaron que, con las acciones de Prevención del Abuso Sexual a Niñas, Niños y Adolescentes, se beneficiaron a 13,025 niñas, 13,716 niños y 5,018 adolescentes mujeres y 8,401 adolescentes hombres.

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, los Sistemas DIF de 27 entidades federativas, realizaron acciones preventivas en materia de Trabajo Infantil, mediante las que atendieron a 42,472 niñas y 38,179 niños, 16,559 adolescentes mujeres y 15,732 adolescentes hombres en riesgo de incorporarse a actividades laborales, así como 10,950 niñas, 10,561 niños y 8,572 adolescentes mujeres y 9,039 adolescentes hombres incorporados en actividades laborales.

Asimismo, se impartió la videoconferencia Trabajo Infantil “Trabajo Doméstico –Niños en la Agricultura”, con la participación de servidores públicos de los Sistemas DIF de las entidades federativas de Aguascalientes, Campeche, Chiapas, Ciudad de México, Hidalgo, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Tabasco, Veracruz y Zacatecas, con la participación de 80 servidores públicos.

Se impartieron dos capacitaciones sobre el tema de trabajo infantil a servidores públicos de las entidades federativas de Hidalgo y Puebla con la participación de 54 servidores públicos.

En el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, en materia de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes y Trata de personas se realizaron las capacitaciones siguientes:

- La explotación sexual se abordó de manera indirecta dentro del tema de Trata de personas, aun cuando es importante destacar que no necesariamente la explotación sexual es trata de personas.
 - Se presentó el estudio “Explotación Sexual Comercial de niñas, niños y adolescentes en México”, con la participación de 67 servidores públicos de los Sistemas DIF de las entidades federativas de Aguascalientes, Oaxaca, Querétaro, Tlaxcala, San Luis Potosí, Nayarit y Zacatecas.
 - Trata de Personas “Desarrollo Psicosexual de Niñas, Niños y Adolescentes”, dirigido a servidores públicos de los Sistemas DIF de las entidades federativas de Aguascalientes, Colima, Chiapas, Ciudad de México, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca y San Luis Potosí, con la participación de 81 servidores públicos.
 - Trata de Personas “explotación sexual comercial”, dirigido a servidores públicos de los Sistemas DIF de las entidades federativas de Aguascalientes, Ciudad de México, Hidalgo, Michoacán, Tabasco y Tlaxcala, con la participación de 23 servidores públicos.
 - Trata de Personas “Detección Psico-diagnóstico y Acompañamiento de Niñas, Niños y Adolescente Víctimas de Trata de Personas”, en el que participaron servidores públicos de los Sistemas DIF de las entidades federativas de Campeche, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí y Tlaxcala.
 - Trata de personas y sus Modalidades de Explotación de la Infancia, impartida por la Comisión Nacional de Derechos Humanos con la participación de 27 servidores públicos de los Sistemas DIF de las entidades federativas de Baja California Sur, Ciudad de México, Hidalgo, San Luis Potosí, Sinaloa, Oaxaca, Tlaxcala y Veracruz.
 - Se impartieron siete pláticas de sensibilización sobre el tema de trata de Personas, explotación sexual, dirigido a servidores públicos de los municipios de Metapa de Domínguez, frontera Hidalgo, Unión Juárez y Suchiate Chiapas, Othón P. Blanco Quintana Roo, Tenosique Tabasco y Calakmul Campeche, con la participación de 148 servidores públicos.
 - Se impartió una capacitación sobre el tema de “Trata de Personas”, en el Sistema DIF Nayarit, con la participación de 43 servidores públicos.
 - Se impartió una capacitación a servidores públicos adscritos a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes en el municipio de Tepetzotlán, Estado de México y Sistema DIF Estado de México, con el tema de trata de personas con la participación de 11 servidores públicos y 20 personas de la Sociedad Civil.
- En materia de acciones de prevención de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes y trata de personas, 13 Sistemas DIF de las entidades federativas reportaron la participación total de 32,203 niñas, 28,602 niños y 24,236 adolescentes mujeres y 22,522 adolescentes hombres.
- Durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, los Sistemas DIF de 19 entidades federativas reportaron que, con las acciones de Promoción de Buen Trato se contó con la participación de 17,983 Niñas, 17,726 Niños y 17,211 adolescentes mujeres y 16,463 adolescentes hombres.
- Respecto a la Promoción del Buen Trato a Niñas, Niños y Adolescentes, se promovió la 5° Semana Nacional de Buen Trato” con el lema “Conéctate con tus hijas e hijos en el uso del Internet” contando con la participación de los Sistemas DIF de 17 entidades federativas, quienes realizaron actividades con niñas, niños y adolescentes en el marco de dicha Semana.
- Se impartió una videoconferencia con el tema “Promoción del Buen Trato”, con la participación de 47 servidores públicos adscritos a los Sistemas Estatales DIF de Aguascalientes, Durango, Nayarit y Zacatecas.
- Se llevó a cabo el Curso de Adolescentes en Riesgo y Buen Trato, dirigido a 27 jueces especializados del Tribunal Superior de Justicia del Estado de Chiapas.
- Se realizó una videoconferencia sobre el “Buen Trato a Abuelas y Abuelos”, en la que participaron 28 servidores públicos del Sistema Estatal y los Municipios.
- Se impartieron seis Cursos de “Inducción sobre la Metodología para Promover el Buen Trato a Niñas y Niños”, en la que participaron 447 servidores públicos adscritos a las Procuradurías de Protección y del Sistema DIF Estado de México, contando con la participación de 121 municipios.
- Se llevó a cabo una capacitación con el tema “Cualidades Resilientes y Buen Trato de Niñas, Niños y Adolescentes”, dirigido al personal que labora en Casa Cuna Coyoacán, con la participación de 18 servidores públicos.

En materia de atención a la primera infancia en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, se benefició a 33,798 niñas y niños en 475 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI) en 183 municipios; y 70,273 niñas y niños en 1,701 Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC). Asimismo, se tienen registrados 630 Clubes de Salud del Niño, distribuidos en 179 municipios, con un total de 24,902 niñas y niños socios.

En los Centros Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan y Coyoacán dependiente del Sistema Nacional del Desarrollo Integral para la Familia, se otorgaron del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, 31,851 atenciones pedagógicas para dar atención a la educación inicial de Niñas y Niños de tres a cinco años 11 meses de edad.

Para reforzar las acciones en desarrollo infantil temprano, entre septiembre de 2017 y junio de 2018, IMSS-PROSPERA valoró a 21,734 menores de cinco años con la prueba Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI), realizó 35,684 sesiones de estimulación temprana y asesoró a 44,658 madres, padres y cuidadores primarios en desarrollo infantil. Se realizaron 1,275 valoraciones a niños con riesgo de retraso en el desarrollo a través del Modelo de Evaluación Psicológica que incluye la inclusión de la prueba Inventario de Desarrollo Battelle, segunda edición.

Estrategia 4.2

Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas

Con el propósito de **asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, en 10 entidades federativas^{1/} se realizaron 16 talleres para fortalecer las redes comunitarias de apoyo a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. La

línea 01-800-MATERNA donde se brinda orientación telefónica a usuarios y usuarias a nivel nacional recibió 4,136 llamadas y se realizaron 16,571 de seguimiento.

Los HRAE que cuentan con atención obstétrica son el HRAEV y el HRAEI, ambos acreditados para brindar servicios de emergencia obstétrica y atención del embarazo, parto y puerperio de alto riesgo, sin haberse presentado casos de muerte materna en ninguno de ellos durante 2017-2018.

Por su parte, el CRAE CS, tiene la única terapia intensiva con capacidad de atender a pacientes obstétricas en la región, siendo la referencia para pacientes complejas del ISSSTE y un curso de actualización que incluso ha sido tomado por especialistas de Guatemala.

Para dar cumplimiento a esta línea de acción, el HJM ha establecido en el Servicio de Obstetricia la tarea de detectar en las primeras áreas de contacto con la paciente el identificarlas como de alto o bajo riesgo. Lo anterior permite su seguimiento, con base en las Guías de Práctica Clínica vigentes desde su etapa de gravidez hasta la resolución del embarazo. Una vez concluido el embarazo, se ofrece anticoncepción post-evento obstétrico, lo que favorece el intervalo genésico y disminuye a su vez el riesgo reproductivo materno-perinatal. Es de importancia señalar que la atención brindada es multidisciplinaria.

Como parte de las clínicas implementadas en el INC en octubre de 2017, está la Clínica de Cardiopatía y Embarazo, cuyo objetivo es concentrar pacientes embarazadas con cardiopatía de nuevo o preexistente para generar bases de datos locales y protocolos de investigación que resuelvan problemas específicos del diagnóstico y tratamiento de esta población que permita brindar atención médica digna y especializada tanto a la madre como al producto; y al mismo tiempo generar expertos en la temática que proporcione asesoría y docencia a los residentes del instituto.

Para **mejorar la calidad de la atención materna en todos los niveles de atención**, en materia de atención materna y de emergencias obstétricas, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, se capacitó a personal médico sobre el Lineamiento Técnico Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, al personal de primer nivel de atención en atención pregestacional y control prenatal con 2,515 participantes; por otra parte se actualizó al personal médico especialista, médicos generales y personal de enfermería de primero y segundo nivel de atención, en emergencias obstétricas con la participación de 3,046 profesionales de la salud.

^{1/} Aguascalientes, Campeche, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Nuevo León, Oaxaca y Yucatán.

En 2017 en el ámbito del Programa IMSS-PROSPERA se redujo a 32 el número de defunciones maternas (información preliminar, sujeta a modificación), cinco casos menos con respecto al 2016.

El HRAEI está certificado para la atención de la emergencia obstétrica del embarazo, parto y puerperio, además de contar con la clínica de atención de pacientes oncológicas hasta la conclusión del embarazo, con excelentes resultados. Cuentan con un programa en conjunto con la UNAM y el Estado de México en la jurisdicción para la detección de riesgo materno con un sistema de referencia de las unidades médicas para garantizar la atención de las mujeres.

La calidad de atención materna se ofrece a través de la certificación de los médicos especialistas y la supervisión del personal médico y paramédico del HJM, que permite formar personal de excelencia. Todo ello uniformado en el actuar a través del seguimiento de Normas Oficiales, Guías de Práctica Clínica, protocolos de atención vigentes y capacitación periódica intra o extra hospitalaria.

En cuanto al Hospital de la Mujer, cabe señalar que ha reportado tasa cero de muerte materna del 2016 al 2017, lo que constituye uno de los mayores logros a la fecha.

En cuanto a la tarea de **fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad**, la DGPLADES, con apoyo de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la Federación Nacional de Escuelas y Facultades de Enfermería y la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, promueve la implementación del “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque intercultural, humanizado, y seguro”. En el periodo del 1 septiembre de 2017 al 31 agosto de 2018, se realizaron las siguientes acciones:

- Capacitación teórico-práctica a personal de 87 unidades de salud (hospitales, centros de salud ampliados y casas de la mujer), de los Servicios Estatales de Salud de Chiapas, Ciudad de México, Guanajuato, Jalisco, Oaxaca, Querétaro, Sonora, Tabasco y Tlaxcala.
- Se realizaron “Encuentros de enriquecimiento mutuo” entre personal de salud, terapeutas y parteras tradicionales en los estados de Hidalgo, Morelos y Michoacán. Se contó con la participación de 98 parteras y 38 personas de los servicios de salud.
- En febrero de 2018, se participó en la Sexta reunión del Comité Interno de Análisis, Planeación y Evaluación

de los Servicios de Salud del estado de Tlaxcala, para la difusión e implementación de este modelo intercultural. Participaron 57 personas (directivos y administradores de tres jurisdicciones sanitarias del estado). Derivado de ello, en mayo de 2018 se realizó el curso de formación de replicadores en el “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro”, en Tlaxcala.

- En abril de 2018, se participó en el evento “Derechos humanos y salud intercultural”, organizado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la CNDH y la Secretaría de Salud, para difundir los derechos de las mujeres en la atención de su embarazo, parto y puerperio, y en especial con las mujeres indígenas y parteras tradicionales. Se contó con una asistencia de 150 personas de los estados de Campeche, Chiapas, Ciudad de México, Durango, Guerrero, Estado de México, Oaxaca y Veracruz, con amplia participación de parteras indígenas.

A través del Enfoque Intercultural en Salud, el Programa IMSS-PROSPERA ha propiciado la atención del parto y de la población recién nacida en un marco de respeto a las costumbres y tradiciones de las comunidades. De septiembre de 2017 a junio de 2018, con la participación de las parteras voluntarias rurales se logró la atención de 4,451 partos y servicio a recién nacidos, cifra a la que se adicionan 593 partos atendidos de manera conjunta entre los equipos de salud y las parteras. Asimismo, las parteras voluntarias rurales derivaron a 18,189 recién nacidos para atención médica en establecimientos de salud del Programa.

A fin de **proporcionar consejería y el acceso a la anticoncepción para prevenir el embarazo no planeado** del 1 de septiembre de 2017 a junio de 2018 se realizó una capacitación regional sobre el Modelo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (MNPAENA), en la que participaron 38 personas de los Sistemas DIF de los estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Yucatán, Zacatecas. Al 30 de junio de 2018, se impartió un curso-taller de inducción al MNPAENA al personal de los Sistemas Estatal y Municipales DIF Chihuahua, así como integrantes del Grupo Estatal para Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA), con un total de 46 participantes.

En 2017 se realizó una videoconferencia denominada “Embarazo en la adolescencia y derechos de niñas,

niños y adolescentes: retos, riesgos y oportunidades en el siglo XXI”, con la participación de 123 personas de los Sistemas DIF de Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. Al 30 de junio de 2018 se han realizado dos videoconferencias de seguimiento a la implementación del Modelo, con una participación de 89 servidores públicos de 29 Sistemas Estatales DIF: Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Se impartió la plática “Mitos y realidades del embarazo adolescente”, destinado a profesionalizar y brindar herramientas que fortalezcan el trabajo y la operatividad de la temática de embarazo en niñas y adolescentes, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, con la participación de 214 servidores públicos de los Sistemas Estatales DIF de Aguascalientes, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Zacatecas y del Sistema Nacional DIF.

En el ámbito del Programa IMSS-PROSPERA, la consejería y el otorgamiento de métodos anticonceptivos se ejecutan como parte del modelo de prevención de la muerte materna, para incidir en la reducción tanto de embarazos no planeados como de aquellos en condiciones de riesgo. De septiembre de 2017 a junio de 2018 se incorporaron 226,927 mujeres al uso de un método anticonceptivo, 70,015 de ellas durante el posparto y 4,916 durante el postaborto. Por su parte, integrantes de la red comunitaria del Programa orientaron a 1,004,784 personas sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos; derivaron a 71,283 adolescentes para su integración y participación en los Centros de Atención Rural al Adolescente y atendieron a 61,773 jóvenes en reuniones de módulos ambulantes.

En lo referente a **vigilar el embarazo con enfoque de riesgo y referencia oportuna para evaluación especializada**, de septiembre de 2017 a junio de 2018, a través de la SS, se otorgaron 807,704 consultas prenatales de primera vez; de estas, a 997,422 mujeres

embarazadas se les realizó la prueba de detección de VIH y sífilis, lo que representó una cobertura de 61.7%.

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Morbilidad Materna Severa (SISVEMMS) participaron 141 hospitales para la notificación de morbilidad severa y 125 unidades de primer nivel para la notificación de embarazos de alto riesgo. Asimismo, se registraron 3,417 casos de morbilidad materna severa y 2,236 embarazos de alto riesgo.

En el HRAEI, los avances del proyecto de riesgo materno que ha involucrado a la jurisdicción sanitaria de Amecameca que comprende 14 municipios, 19 Coordinaciones municipales, 75 centros de salud y ocho hospitales, por lo que hoy día, 75% de los embarazos que atiende el HRAEI. Este proyecto no solo podrá reducir los riesgos, brindar atención oportuna, sino que dará conocimiento sobre las condiciones de los determinantes de la salud materna en la zona.

Por ser hospitales de referencia los índices de cesáreas son motivo de preocupación y en el HRAEV se ha realizado un análisis exhaustivo de las causas para poder reducirlo en lo posible.

A consecuencia de que el HJM se considera un nosocomio de referencia cuando se reciben pacientes con embarazo de alto riesgo ellas son seguidas por un médico materno-fetal, así como por los especialistas de otras áreas si se necesita. El Hospital es una institución de referencia resolutoria por lo que su capacidad instalada ha permitido atender hasta la conclusión del embarazo aquellos casos que le son enviados o que acuden por iniciativa propia. Excepcionalmente el HJM contra refiere pacientes a otra institución de la Secretaría de Salud.

En el Hospital General de México se atienden pacientes con embarazos de alto riesgo e incluso varias de las pacientes son referidas de otros centros de atención. Las cesáreas representan 46% del total de partos atendidos y para llevar a cabo este procedimiento es necesario el criterio de dos médicos de la especialidad. En el cuadro 4.2 se muestra el número de partos atendidos en la institución.

Con el objetivo de **fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios**, de septiembre de 2017 a junio de 2018 se elaboraron cédulas de seguimiento y supervisión a 61 hospitales y 61 centros de salud de las 32 entidades federativas para verificar los procesos de atención del embarazo, parto,

emergencia obstétrica, puerperio y del recién nacido. Asimismo, se capacitó a 2,817 profesionales de la salud, lo que incluye primer nivel de atención y atención de la paciente en estado crítico, en el marco de la Estrategia de Salud Materna, como se indica en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y los lineamientos técnicos publicados para este fin.

CUADRO 4.2 NÚMERO DE PARTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, 2016-2017 y 2017-2018

Eventos obstétricos	sep. 2016-ago. 2017	sep. 2017-ago. 2018
Partos eutócicos	1,786	1,726
Partos distócicos (fórceps)	27	19
Cesáreas (realizadas en partos)	1,532	1,479
Total de partos	3,345	3,225

FUENTE: 6° Informe de Labores del Hospital General de México; lo correspondiente a diagnósticos de alto impacto; lo que corresponde a partos atendidos 2016-2018 y 2017-2018.

En el marco de la atención oportuna y efectiva de las emergencias obstétricas, IMSS-PROSPERA desarrolla acciones de coordinación entre personal de las entidades (delegaciones) y del ámbito central para monitorear a las mujeres con embarazo de alto riesgo, a través de un censo quincenal; en tanto que a las embarazadas con alguna complicación o emergencia obstétrica se les da seguimiento puntual hasta la resolución de su embarazo y la complicación. Además, a partir de 2006 opera un acuerdo institucional que posibilita que las beneficiarias embarazadas del Programa cuyas condiciones de riesgo o gravedad así lo ameriten, sean derivadas a hospitales del IMSS, con el costo de atención solventado por parte de IMSS-PROSPERA. Entre septiembre de 2017 y junio de 2018 fueron derivadas 699 mujeres complicadas o con emergencia obstétrica para recibir atención especializada en unidades hospitalarias del Instituto.

En el HRAEI, opera con el código MATER para la atención de emergencias obstétricas, lo que favorece la atención de manera inmediata de la paciente por un grupo multidisciplinario de obstetras, imagenólogos, banco de sangre, laboratorio, terapia intensiva, anestesiología y neonatología. El tiempo de respuesta es de dos minutos máximo sin ninguna defunción de muerte materna.

Realizó los cursos de capacitación para los médicos en “Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO)”. Tiene la especialidad de ginecología y obstetricia y en febrero egresará la primera generación por la importancia de la atención en la región del Estado de México.

El HRAE CS sigue perteneciendo a la Red Materna de Hospitales para la atención de emergencias relacionadas con muerte materna, pues cuenta con la única terapia intensiva en el área con la capacidad de dar la atención a mujeres que, una vez resuelta la atención obstétrica, presenten complicaciones severas. Médicos de Guatemala han acudido a formarse en este hospital por el reconocimiento de la calidad de sus áreas de terapia para este tipo de situaciones.

El HM sufrió daños en el sismo del 19 de septiembre de 2017, por lo que estuvo tres meses limitado en el ingreso de pacientes. Sin embargo, continuó el “cero rechazo” y la atención de la emergencia obstétrica. Valoró en urgencias 7,230 revisiones y dio atención a 1,350 nacimientos en este periodo, durante el cual recibió el apoyo de diversas instituciones (IMSS, ISSSTE, HNH, Hospital Materno-Infantil de Inguarán de la Ciudad de México) para la referencia de pacientes hasta que se reabrió el total de sus espacios hospitalarios.

El HM tiene un “código rojo Mater” con la finalidad de detectar factores de riesgo para morbilidad y mortalidad materna y tratarlos con oportunidad. Además, se inició un protocolo de atención para la hemorragia obstétrica, en particular para el acretismo placentario, capacitando al personal médico de todos los turnos para su aplicación, lo que ha reducido la mortalidad materna a cero en el periodo de septiembre de 2017 a mayo de 2018.

En torno a la tarea de **consolidar el proceso de vigilancia epidemiológica, búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas**, se han realizado diversas acciones, entre las que cabe destacar:

La razón de la mortalidad materna en 2016 fue de 36.7 muertes maternas por cada mil nacidos vivos, lo que representa una reducción de 3.9% con respecto a la razón observada en 2013, que fue de 38.2. Esta información fue obtenida mediante el proceso de vigilancia epidemiológica, búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas llevado a cabo entre la Dirección General de Epidemiología, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, y la Dirección General de Información en Salud.

Por lo que respecta a la mortalidad neonatal, en 2016 (16,612 defunciones) se reporta 7.5 defunciones por

cada mil nacidos vivos, lo que representa una reducción de 3.8% respecto a 2013 (17,586 defunciones), donde la tasa fue de 7.80.

Cabe resaltar que a través del certificado de defunción, la DGIS recopila mensualmente la información de defunciones ocurridas en nuestro país, la cual se captada en el Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones. En ese sentido, en 2017 se tuvo una cobertura mensual de 79.4% en promedio respecto a estimaciones propias basadas en las publicadas por el CONAPO, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de los programas en cuanto a resultados finales de sus acciones.

Los HRAE de Ciudad Victoria y de Ixtapaluca, si bien cuentan con atención obstétrica y acreditación para emergencia obstétrica no han tenido muertes maternas. En el HRAEI se cuenta con un protocolo de atención inmediata que ha sido objeto de auditoría clínica, dando excelentes resultados al garantizar la aplicación del algoritmo un equipo de profesionales multidisciplinario, laboratorio y gabinete para iniciar la atención inmediata en dos minutos después del ingreso, este proceso puede señalarse como una de las mejores prácticas implementadas. Se participa en la Comisión para la coordinación de acciones del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la atención de urgencias obstétricas que tiene por objeto registrar y reducir las muertes maternas.

En el HJM se tiene establecido el Comité de Prevención de la Muerte Materna y Perinatal. Se han analizado periódicamente los casos presentados con predominio de los que se consideran de Muerte Materna Indirecta o Tardía. Adicionalmente se tiene comunicación permanente con los funcionarios de la Jurisdicción Sanitaria y de común acuerdo se lleva a cabo el análisis de los casos presentados en nuestra institución para su posible reclasificación y los que por Metodología RAMOS se han captado.

Para **promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se albergaron 41,099 embarazadas, puérperas y familiares en 153 espacios y Posadas para el Apoyo de la Mujer Embarazada. Asimismo, se apoyó a 79,736 embarazadas y puérperas con la participación de 78,422 madrinas y padrinos comunitarios para la identificación de señales de alarma en 435 municipios de 19 entidades federativas.^{2/}

Mediante la estrategia denominada Red Social, conformada en más de 94% de las localidades donde el Programa tiene presencia, IMSS-PROSPERA conjuntó la participación de la comunidad, de la red de personas voluntarias, autoridades locales y equipos de salud, para la realización de 33,942 acompañamientos de embarazadas y/o puérperas a unidades médicas.

Por otra parte, a través de 68 albergues comunitarios en 18 entidades federativas, el Programa contribuyó a la atención oportuna de emergencias obstétricas, parto institucional y seguimiento al puerperio. Entre septiembre de 2017 y febrero de 2018, en estos inmuebles se brindó atención a 436,492 personas, de las que 27% correspondió a mujeres en periodo de embarazo o puerperio; se otorgaron 20,324 sesiones de educación para la salud, con 291,364 participantes y se proporcionaron 1,045,227 raciones alimenticias. Cabe señalar que durante la presente administración, con apoyo financiero de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, IMSS-PROSPERA fortaleció la infraestructura de albergues comunitarios mediante la construcción de dos de ellos en Guachochi, Chihuahua, y en Axtla de Terrazas, San Luis Potosí. Además, en 2018 se tiene programada la ampliación del albergue ubicado en el Hospital Rural de Huejutla de Reyes, Hidalgo.

Estrategia 4.3

Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad

A fin de **incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población**, de septiembre de 2017 a junio de 2018, en el marco del Programa de Acción Específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, se actualizó la Guía para Promover la Salud de los Migrantes; la cual brinda al promotor de la salud o facilitador las herramientas necesarias para realizar recomendaciones interculturales en materia de alimentación correcta.

^{2/} Campeche, Ciudad de México, Guanajuato, Guerrero, Durango, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sonora, Tabasco,

Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Asimismo, con el fin de acercar a la población indígena que habita en las zonas marginadas o de difícil acceso, a los servicios de promoción de la salud, prevención y atención con pertinencia cultural y lingüística, se realizaron del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, 80 ferias interculturales de la salud, en las cuales se proporcionó atención médica, acciones de detección, prevención, consejería, talleres en temas de salud y entrega y activación de Cartillas Nacionales de Salud para los diferentes grupos de edad. Finalmente, se otorgaron 32,352,387 consultas de primer nivel en municipios indígenas, de las cuales, en 20,552,084 se proporcionaron acciones integrales de la línea de vida. Esto representó un logro importante en la disminución en la brecha entre indígenas y no indígenas en el otorgamiento de consultas con atención integrada de línea vida, que alcanzó 63% en comparación con 58% del mismo periodo en el año anterior.

El 23 de octubre de 2017 se instaló el Grupo Estatal Interinstitucional e Intersectorial de Atención a la Salud de Pueblos Indígenas y Entornos Saludables del estado de Tabasco, el cual se suma a los 10 grupos ya instalados en Chihuahua, Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Puebla, Quintana Roo, Sonora y Veracruz, los cuales promueven interinstitucionalmente, acciones coordinadas de salud bajo un modelo intercultural. En este último estado se realizó en la ciudad de Xalapa el curso de formación de replicadores “Interculturalidad y género en el marco de los derechos humanos”, con participación de personal del grupo interinstitucional, a fin de que las instituciones participantes potencien sus acciones de incidencia en salud con el modelo intercultural.

Entre septiembre de 2017 y junio de 2018 IMSS-PROSPERA realizó 142 cursos sobre interculturalidad en salud, en los que se capacitó a 3,949 personas que laboran en el Programa, lo que permitió una cobertura de 15% del personal total en este periodo.

Los HRAE han mantenido programas de capacitación del personal en interculturalidad y equidad de género, principalmente en los hospitales del CRAE, Oaxaca y la Península de Yucatán en el que se cuenta con traductores; la señalización del CRAE CS se encuentra en español y en lenguas indígenas; situación similar con los carteles de derechos de los pacientes del HRAEO traducidos en tres lenguas indígenas para su difusión.

El HRAEI también cuenta con personal capacitado en interculturalidad, pero en todos los hospitales se ha promovido por parte de la DGCHRAE que se cuente con capacitación en equidad de género y se realicen las

actividades de difusión, mismas que se han cumplido y se ha documentado con evidencias las acciones instrumentadas.

Durante el periodo del primero de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, en el HJM se fortalece el tema de interculturalidad con sesiones en temas de atención a pacientes con barreras culturales.

Con el fin de promover entre la sociedad y los profesionales de la salud la diversidad lingüística y cultural de México, la CONAMED difunde los audios y traducciones en las lenguas indígenas: chol, huichol, maya, mam, mixteco, náhuatl, otomí, poptí, purépecha, tarahumara, tenek, tojolobal, tseltal, tzotzil, zapoteco y zoque, sobre recomendaciones a la mujer embarazada para mejorar la comunicación con el personal de salud, recomendaciones generales dirigidas a los pacientes para mejorar la relación con su médico durante la consulta y recomendaciones dirigidas a los pacientes para mejorar la atención del adulto mayor. Asimismo, se realizó un spot de radio de 30 segundos relacionado a los servicios que ofrece la CONAMED, para su trasmisión en 14 radiodifusoras comunitarias e indígenas.

Para **fortalecer la red de atención primaria a la salud con énfasis en unidades móviles de salud**, el programa FAM fortalece los servicios de atención primaria a la salud proporcionados por las entidades federativas con equipo de salud itinerante en unidades médicas móviles, mediante la articulación de recursos presupuestarios, humanos, medios de transporte y recursos materiales, para otorgar servicios en materia de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica, incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud.

En el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018 se realizaron 11,341,438 acciones, de las cuales 1,927,940 corresponden a atenciones médicas y 9,413,498 a acciones de promoción y prevención.^{3/}

Entre septiembre de 2017 y junio de 2018 a través de 139 Unidades Médicas Móviles en operación, IMSS-PROSPERA proporcionó 782,192 consultas. De estas, 27,980 fueron para embarazadas; 83,010 detecciones de diabetes mellitus; 125,790 detecciones de hipertensión arterial; 12,208 detecciones de cáncer cérvico-uterino y 40,672 detecciones de cáncer de

^{3/} Las cifras que se reportan son preliminares e incluyen la proyección de abril a junio de 2018.

mama. Se registraron 5,730 aceptantes de métodos anticonceptivos y se impartieron 18,978 sesiones de promoción para la salud, con 253,908 asistentes.

En apoyo a la tarea de **incorporar redes de telemedicina y uso de la telesalud en zonas de población que vive en situación de vulnerabilidad**, el CENETEC emitió un dictamen técnico de telemedicina aprobatorio para la obtención de recursos por un monto de 23 millones de pesos. Dicho proyecto busca beneficiar cada año a 4,050 pacientes que se encuentran en áreas rurales y municipios de alta marginación.

Entre las tareas destinadas a **adecuar los servicios a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de los grupos en situación de vulnerabilidad**, cabe señalar lo siguiente:

Desde la creación del Seguro Popular la población indígena ha sido contemplada como un sector prioritario para su cobertura, por considerarse un grupo en situación vulnerable. De septiembre de 2017 a junio de 2018 se realizaron diversas acciones en materia de protección social en salud para su atención.

Por un lado, se ha fomentado la afiliación en localidades con 40% o más población de habla indígena, que de septiembre de 2017 a junio de 2018 ascendió a 5,095,135 beneficiarios, cifra superior en 11.0% a los 4,588,655 registrados al inicio de la presente administración. Por otro lado, en coordinación con la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas se realizaron 17 entrevistas a médicos especialistas del Sistema sobre hipertensión arterial, rickettsiosis, métodos de planificación familiar y cáncer de mama, las cuales fueron traducidas al náhuatl, maya, mixteco, zapoteco, otomí, entre otras lenguas indígenas del país; y fueron transmitidos en el programa “Ecos Indígenas” a través de 21 estaciones del Sistema de Radiodifusoras Culturales Indigenistas durante septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2017.

Los HRAE ubicados en las entidades con mayor porcentaje de población indígena o migrante han tomado acciones concretas para ofrecer servicios accesibles con respeto a las necesidades culturales, con señalización, carteles y materiales traducidos a lenguas indígenas, capacitación de personal.

El CRAE CS trabaja con las autoridades consulares para la atención de población migrante centroamericana principalmente, lo cual le ha valido reconocimiento de esas comunidades.

Todos los hospitales atienden población con vulnerabilidad por razones socioeconómicas, pero se han instrumentado para crear círculos virtuosos con acreditaciones y módulos de afiliación, así como campañas de detección con la realización de estudios como mastografía, pruebas de laboratorio, densitometrías, entre otros para la detección de padecimientos y su atención oportuna con menores gastos de bolsillo.

Asimismo, el HJM ha otorgado atención médico quirúrgica a la población abierta con padecimientos complejos, los cuales se programan con base a la morbilidad hospitalaria, causas de atención por ingreso, egreso, consulta, procedimientos quirúrgicos, entre otros; de todas las especialidades con las que cuenta el hospital a través de la cartera de servicios tomando en consideración las necesidades en materia de salud de la población.

El INC, mediante su Dirección de Enfermería, implementa programas de apoyo al paciente, su familia y en algunos casos a los trabajadores del Instituto; ya que dentro de sus políticas, contempla otorgar una atención integral de calidad y segura, especialmente en aquellos grupos vulnerables, por ello como parte de la atención se integran actividades educativas y recreativas.

Estrategia 4.4

Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género

A fin de **impulsar la detección de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres en las unidades de salud**, de septiembre de 2017 a de junio de 2018, como parte del modelo integral para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual, se llevó a cabo la aplicación de 1,518,274 herramientas de detección por parte del personal médico de las unidades esenciales de salud, lo que contribuyó a la detección oportuna de 265,441 mujeres que resultaron positivas.

Entre septiembre de 2017 y junio de 2018, en el marco de la estrategia de prevención, detección, atención y derivación de violencia de género en mujeres mayores de 15 años, IMSS-PROSPERA realizó 307,450 detecciones, de las que 1,926 resultaron positivas. En 620 casos se

proporcionó orientación legal; en 316, plan de seguridad, y en 403 se hizo valoración del riesgo.

Con el objetivo de **coadyuvar en campañas promotoras del derecho de niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres a una vida libre de violencia**, el 27 de noviembre de 2017, en colaboración con la SS del estado de San Luis Potosí, se realizó el evento conmemorativo del Día Internacional por la no Violencia Contra las Mujeres y las Niñas, con el desarrollo de un Acto Protocolario y un Evento Académico, ambos con la participación de autoridades a nivel federal, estatal pertenecientes a instituciones que trabajan a favor de la igualdad de género, así como la colaboración de las OSC.

En materia de derechos humanos, entre septiembre de 2017 y junio de 2018 IMSS-PROSPERA desplegó acciones de capacitación en materia de prevención de violencia obstétrica (Recomendación General 031/2017 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud) entre 139 integrantes del Programa (62 mujeres y 77 hombres) que laboran en Oaxaca y Puebla.

Para **ampliar la cobertura de atención a las personas que viven violencia familiar y de género**, en los Centros Nacionales Gerontológicos y Casas Hogar para Ancianos, en su modalidad de residencia se llevan a cabo acciones que se encuentran dentro del Modelo de Intervención Gerontológica bajo un esquema de cuatro macroacciones. Una de ellas es la atención integral, a través de la cual se otorgaron 1,061,806 servicios de atención médica, enfermería, terapia rehabilitatoria, nutricional y psicológica, terapia ocupacional, gericultura y de trabajo social durante los 365 días del año. La modalidad de atención de día se brinda de lunes a viernes de 9:00 a 16:00 horas, con actividades recreativas, sociales, atención médica y psicológica, entre otras, con las cuales se beneficiaron en promedio a 216 personas adultas mayores.

Por su parte, del 1 de septiembre al 30 de junio de 2018, los Centros de Asistencia Social del SNDIF ubicados en la Ciudad de México otorgaron atención integral a 188 niñas, niños y adolescentes de 0 a 18 años en promedio, derivados por la Procuraduría Federal de Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se brindó atención especializada a 201,782 mujeres de 15 años y más que vivieron algún tipo de violencia familiar o de género. Asimismo, se otorgaron 416,748 servicios de consejería especializada; 92,641 atenciones médicas especializadas y 549,140

atenciones de apoyo psicoemocional a través de los servicios especializados de atención a la violencia. Se coadyuvó en la alimentación, hospedaje, atención médica, psicológica y jurídica de 1,344 mujeres, 1,021 niñas y 1,090 niños a través de subsidios a 45 refugios (31 operados por las OSC y 14 por instituciones públicas) instalados en 30 entidades federativas.^{4/}

Para **promover la referencia de los casos de violencia a servicios especializados**, de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Sexual y Familiar, se realizaron entre el 1 de septiembre de 2017 y el 30 de junio de 2018 un total de 134,880 referencias de casos de mujeres en situación de violencia familiar y/o de género severa para su atención en los servicios especializados de las 32 entidades federativas.

En el SNDIF, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, se atendieron y canalizaron 111 reportes de maltrato infantil. Asimismo se solicitó una medida de protección urgente a favor de niñas, niños y adolescentes.

En el contexto de las 1,926 detecciones positivas de violencia registradas entre septiembre de 2017 y junio de 2018, el Programa IMSS-PROSPERA refirió a 308 mujeres a servicios del segundo nivel de atención, 1,189 a servicios de psicología, 566 a trabajo social, 144 a ministerio público, y 81 a refugios.

Entre las tareas destinadas a **instrumentar acciones para facilitar la prevención de embarazos, la profilaxis a VIH y otras ITS ante violencia sexual**, durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, como parte de las acciones a favor de la instrumentación de la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, se realizó la compra y distribución de 3,990 tratamientos profilácticos contra el VIH, de los cuales, 2,700 fueron esquemas para adultos y 1,290 para menores. Lo anterior en coordinación con los 32 SESA, con el propósito de instrumentar acciones para facilitar la prevención de embarazos, la profilaxis de VIH y otras ITS ante casos de violación sexual.

^{4/} Aguascalientes, Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Estrategia 4.5

Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad

Como parte de los objetivos de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública (APBP) se encuentran el generar y canalizar recursos a la atención en salud de personas en estado de vulnerabilidad carentes de seguridad social, o bien, cuyos padecimientos no están previstos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, a través de la entrega de apoyos directos o mediante alianzas estratégicas con OSC sin fines de lucro.

Para el seguimiento de los objetivos antes mencionados, la Beneficencia Pública administra recursos del erario federal, así como un patrimonio propio, conformado por: diversos donativos gestionados ante fundaciones, asociaciones y empresas, recursos financieros y bienes muebles e inmuebles.

Las acciones para la entrega de Ayudas a Personas Físicas en Especie y de Proyectos de Coinversión de la Beneficencia Pública han sido fundamentales durante estos seis años para la atención de la población objetivo. Conscientes de las necesidades y contribuyendo día con día a la mejora en los resultados para ayudar a la gente más necesitada, la Beneficencia Pública durante 2018 signó 30 convenios de colaboración con beneficencias públicas estatales u homólogas e instituciones de salud en las distintas entidades federativas.

En seguimiento a la transparencia, profesionalismo y eficiencia, este órgano desconcentrado continuó del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 con las acciones destinadas a atender a la población más vulnerable del país, ya sea de forma directa con la entrega de ayudas funcionales en especie, la investigación, la entrega en comodato de inmuebles de su propiedad, o bien apoyando los programas y proyectos de coinversión en materia de salud y asistencia social de las OSC.

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 la APBP continuó desarrollando las acciones denominadas: Para Oírte Mejor, Para Verte Mejor (lentes intraoculares y lentes de armazón) Jornadas Protésicas, Una Rodada de Vida y Apoyos Funcionales, Para Comer Mejor, Para Sentirme Mejor y Mi Cuna PROSPERA.

Ayudas personas físicas

La entrega de Ayudas a Personas Físicas en Especie, tiene la finalidad de entregar de manera directa a las personas

que tienen algún padecimiento, los insumos que requieren para mejorar su salud y calidad de vida. Los resultados en cada una de las diferentes acciones durante este año, han sido los siguientes:

- Para Oírte Mejor, que aporta a mejorar la audición de quien lo necesita, logró durante este periodo la entrega de 4,624 auxiliares auditivos en beneficio de 2,567 personas.
- Jornadas Protésicas tiene como finalidad la entrega de prótesis de cadera y rodilla a personas que, por el costo de estos insumos y derivado de sus condiciones socioeconómicas, no pueden adquirir los. En diferentes estados del país, en hospitales federales e INSalud se apoyó a 849 personas con 222 prótesis de cadera y 627 prótesis de rodilla, que requerían para reincorporarse a la vida productiva.
- Para Verte Mejor tiene como objetivos mejorar la discapacidad visual y dar la oportunidad a las personas más necesitadas del país a recuperar la visión. Esta acción, así como sus objetivos, se dividen en dos vertientes; la primera, mediante el otorgamiento de kits de lentes intraoculares para cirugía de cataratas, acción con la cual se logró beneficiar a 2,893 personas con la colocación del mismo número de lentes intraoculares; la segunda, con la donación de 4,314 lentes de armazón en beneficio del mismo número de personas.
- Una Rodada de Vida y Apoyos Funcionales contribuye a la movilidad e independencia de quienes son beneficiados. Gracias a esta acción, 5,752 personas se favorecieron al recibir una silla de ruedas estándar, todo terreno, para parálisis cerebral infantil y adulto, así como la entrega de 5,525 apoyos en todo el país consistentes en andaderas, muletas (para adultos y menores) y bastones.
- Para Comer Mejor brinda la oportunidad, principalmente a personas de la tercera edad y mujeres víctimas de violencia, de contar con prótesis dentales completas, mismas que les permiten tener una correcta función masticatoria, mejorar el habla y elevar su calidad de vida. Durante este periodo se logró la entrega de 1,277 prótesis dentales completas a beneficiarios de diversas entidades federativas.
- Para Sentirme Mejor es una acción destinada a la atención de mujeres de escasos recursos sobrevivientes de cáncer de mama, a las que se les realizó una mastectomía. Con esta acción, que funciona en coordinación con las beneficencias públicas estatales y los servicios de salud de los

estados, se busca asegurar que las beneficiarias sin seguridad social o con Seguro Popular reciban las prótesis o expansores mamarios que requieren para que se les realice una cirugía reconstructiva, que forma parte integral de su tratamiento. Dentro del periodo que nos ocupa y con la realización de la campaña Octubre Rosa 2017, la Beneficencia Pública ha entregado 98 prótesis y 55 expansores de mama, beneficiando así a 153 mujeres en la Ciudad de México y diversos estados de la República Mexicana.

- A través de la acción denominada Mi Cuna PROSPERA, misma que se realizó en coordinación con la Coordinación Nacional de PROSPERA, Programa de Inclusión Social, se entregaron 10,630 cunas de cartón a mamás beneficiarias del programa en diferentes entidades federativas. Es importante destacar que al programa “Mi cuna PROSPERA”, además de la Dirección de Equidad y Género de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, se sumaron y otorgaron su aval, el Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Además de las acciones antes mencionadas, se entregaron 73 ayudas funcionales en especie, que consistieron en: medicamentos, material de osteosíntesis, concentradores de oxígeno, equipos respiratorios, pañales, campana de vacío, procesador BABA, una silla eléctrica y una silla semideportiva, material para cirugía de ortopedia y columna, entre otros insumos que se incluyen en el catálogo de ayudas de la APBP.

Las alianzas generadas con las beneficencias públicas y los Sistemas de Salud estatales garantizan la debida colocación de los insumos entregados mediante las intervenciones quirúrgicas correspondientes, así como el seguimiento y rehabilitación de los beneficiarios. Esto significa que la labor de la APBP no se limita a la entrega de los insumos mencionados.

Organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro

La APBP participa con la sociedad civil organizada, coinvirtiéndose en los proyectos que realizan en beneficio de la población más vulnerable del país favoreciendo la relación con terceros multiplicando esfuerzos y entrega de ayudas.

En este periodo se comprobó la debida realización de 53 proyectos de coinversión presentados por organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro, así como el impacto que tuvieron y el buen uso de los recursos.

Se publicó la convocatoria pública anual durante enero de 2018, en la que organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro de todo el país presentaron proyectos de coinversión en materia de salud y/o asistencia social, con un total de 255 proyectos ingresados. El proceso incluyó la capacitación de 193 OSC y ocho beneficencias públicas estatales.

Asimismo, durante este periodo se benefició con el apoyo a tres proyectos especiales en temas relacionados a equipamiento y actualización en materia de salud.

Apoyo a hospitales e institutos

Derivado de la firma de convenios de colaboración y al trabajo conjunto con los hospitales e institutos federales de la Secretaría de Salud, se logró beneficiar a 127 personas de escasos recursos que son atendidos en estas instituciones, a través de la entrega de endoprótesis biliares y esofágicas metálicas, kits cardiológicos (válvula mecánica o biológica, oxigenador, biobomba, hemoconcentrador y recuperador celular), amplatzers PCA, clavos gap, mangas y *bypass* gástricos, entre otros.

Investigación

En coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de México en Querétaro, Estado de México y Michoacán se concluyó el desarrollo del proyecto denominado “Neurorehabilitación en lactantes menores de tres meses identificados con alto riesgo a daño cerebral: seguimiento de un modelo de intervención y tratamiento oportuno en tres hospitales de atención materno infantil de los sistemas de salud de tres entidades federativas”.

Para **promover la reducción de la incidencia de la discapacidad mediante acciones de prevención**, se ha capacitado en atención a la discapacidad con la coordinación de la CCINSHAE y INR para que el personal de los HRAE tenga una cultura de prevención de la discapacidad en todas sus formas, no solo secuelas que limitan el movimiento, sino secuelas que causan las enfermedades complejas, como la hemofilia en niños.

Se cumple con el reporte trimestral de actividades en la materia y con avanzar en la adopción de la clasificación de la discapacidad y su incorporación al expediente clínico y en los sistemas institucionales de registro; además de acciones específicas, como las que lleva a cabo el CRAE HEP que cuenta con los protocolos de atención oportuna en la fase aguda de la enfermedad al ingreso hospitalario, así como el seguimiento de pacientes

por la consulta externa a su egreso hospitalario, para la prevención de la discapacidad y realizan de forma constante exámenes de pesquisa en pacientes menores de 6 meses para detectar alteraciones en el neurodesarrollo y así tratar oportunamente y la unidad de neuropsiquiatría infantil en la detección y prevención de trastornos en el desarrollo y con la clínica de hemofilia infantil en la detección y prevención de la artropatía hemofílica.

El HJM cuenta con clínicas para la prevención de úlceras por presión y una clínica de catéteres con la finalidad de evitar complicaciones que condiciones a una discapacidad parcial o permanente, entre otros cuidados de atención.

En cumplimiento de su misión institucional y con el objetivo de reducir las desigualdades y el rezago en la atención quirúrgica especializada en pacientes de escasos recursos en las entidades federativas (especialmente de los pacientes de comunidades marginadas y de grupos vulnerables), el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra realizó 331 cirugías extramuros en los estados de Durango y Campeche entre septiembre de 2017 y junio de 2018, a través de su Programa de Cirugía Extramuros.

El 27 de diciembre de 2011 se designó a la División de Rehabilitación Ortopédica del INRLGII como centro colaborador de la OPS y de la OMS. Esta designación fue refrendada para el periodo diciembre de 2015-diciembre de 2019.

En septiembre de 2017 se impartió en el INRLGII el Curso “Rehabilitación ortopédica. Tópicos selectos”, con 113 asistentes internos y externos; 26 de ellos acudieron además al taller “Mediciones radiográficas”. Algunos de los participantes provinieron de instituciones de atención privada, como Teletón, Hospital Español y Práctica Privada; de igual manera, participaron médicos de Colombia, Perú y Costa Rica. Durante el semestre enero-junio de 2018, en el contexto de esta colaboración se recibieron seis médicos residentes procedentes de Perú y tres de Honduras, quienes cursaron rotaciones en la División de Rehabilitación Ortopédica.

Con el objetivo de **establecer una red nacional de servicios de rehabilitación para mejorar el acceso a las personas con discapacidad**, el SNDIF cuenta con una red nacional de 21 Centros de Rehabilitación donde se brindan servicios integrales a la población con discapacidad y sus familias en el marco del Programa de Servicios de Asistencia Social Integral. Durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se realizó lo siguiente:

- 561,998 consultas médicas y paramédicas y se realizaron 22,154 estudios de diagnóstico como audiometrías, potenciales evocados, electromiografías y rayos X. En materia de rehabilitación, se proporcionaron 1,905,185 sesiones de terapias en sus diversas modalidades.
- 4,565 pláticas para la prevención y detección de la discapacidad, asistieron 61,220 personas con discapacidad y sin discapacidad, se detectaron 29,476 personas en riesgo potencial de presentarla.
- 47,249 sesiones de estimulación múltiple temprana a 12,716 infantes de cero a cuatro años de edad para estimular su desarrollo psicomotor e incidir en los factores de riesgo de daño neurológico.

Adicionalmente cuenta con una red de 16 talleres de órtesis y prótesis, a través de los cuales se fabricaron 8,042 piezas de órtesis y 825 piezas de prótesis con las cuales se beneficiaron 5,026 personas.

Con el Programa de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, se logró la incorporación de 46,327 personas con discapacidad permanente obteniendo un acumulado de 443,778 beneficiarios, los cuales reciben descuentos en bienes y servicios.

La atención médica en el INRLGII se enfoca en brindar servicios de alta especialidad a la población demandante con los preceptos de calidad, calidez y seguridad del paciente, conforme a los estándares nacionales e internacionales. Durante el periodo de septiembre de 2017 a junio de 2018 se otorgaron 20,033 preconsultas médicas, se atendieron 9,619 casos nuevos, 142,523 consultas subsecuentes y 14,267 urgencias. En el mismo lapso se realizaron 8,181 cirugías y se proporcionaron 733,979 terapias físicas, ocupacionales y del lenguaje

Los HRAE han trabajado en el registro CIF para la detección de la discapacidad y su atención, el HRAEV tiene un área de Medicina Física y Rehabilitación para todo paciente que así lo requiera incluyendo pacientes hospitalizados post operados y/o en el área de terapia intensiva, mejorando las posibilidades de reincorporación a la vida social.

En el periodo que se informa se proporcionaron cerca 43 mil sesiones de rehabilitación de alta especialidad con un porcentaje de 69.5% del total de las 50 mil realizada y un incremento de 25.0% respecto de las casi 40 mil sesiones de rehabilitación de alta especialidad del periodo anterior.

En el marco del Programa Servicios de Asistencia Social Integral, el HJM cuenta con un servicio de Medicina en Rehabilitación. Durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2018, se realizaron: 2856 consultas médicas en materia de rehabilitación, se proporcionaron 1,120,602 sesiones de terapia en sus diferentes modalidades (terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje); 22 pláticas de higiene de columna y ocho pláticas de prevención de linfedema.

El INC estableció como meta para 2018 realizar 11,980 sesiones de rehabilitación especializadas, en las que se considera la práctica de ejercicio, iniciar una dieta equilibrada y desarrollar capacidades y destrezas para vivir una vida integral.

A fin de **propiciar la coordinación interinstitucional para articular la rehabilitación con acciones de educación, deporte, recreación, capacitación, empleo y asistencia social**, el SNDIF aplica medidas de inclusión laboral para personas con discapacidad. Durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 logró la incorporación de 1,392 personas con discapacidad al ámbito laboral.

En cumplimiento de sus funciones de educación y formación establecidas en su Estatuto Orgánico, en el INRLGII se cursan estudios de maestría y doctorado a fin de otorgar al personal médico la posibilidad de acceder a estos niveles académicos en las propias instalaciones del Instituto y formar recursos humanos en sus áreas de especialización, así como en aquellas que le sean afines.

Por otra parte, para contribuir a la disminución del rezago educativo y coadyuvar a que las personas con discapacidad ejerzan su derecho a la educación básica, se realiza el programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital, con la participación del INEA y el Voluntariado Nacional de la Secretaría de Salud, así como de instituciones privadas. Entre septiembre de 2017 y junio de 2018 se atendieron 1,351 pacientes en este programa. Los objetivos específicos que se persiguen son: brindar instrucción educativa a los niños hospitalizados y de consulta; disminuir el rezago educativo y la deserción escolar; alfabetizar a niños y adultos que lo requieran; ofrecer a la población con algún tipo de discapacidad, familiares y acompañantes, espacios como aulas-bibliotecas para ingresar a un proceso educativo no formal, y orientar a los usuarios para que puedan concluir la educación primaria y secundaria. La asesoría que se proporciona a las personas para la obtención del certificado de primaria y secundaria se considera de gran importancia, pues constituye un apoyo para seguir estudiando o bien para conseguir un empleo.

Además, se atiende a la población mexicana con osteoporosis con un tratamiento integral de excelencia. En este programa se ha dado atención a 1,768 pacientes en el periodo de septiembre de 2017 a junio de 2018. Asimismo, para apoyar a las personas que padecen alguna discapacidad secundaria a la amputación, se cuenta con esquemas de atención integral mediante acciones para fomentar la detección de discapacidades, atención temprana y su rehabilitación, así como diseñar y ejecutar estrategias destinadas a incrementar la inclusión productiva de las personas con discapacidad secundaria a amputación, mediante esquemas de capacitación laboral y vinculación con el sector productivo. En este ámbito fueron atendidos 1,603 pacientes en el lapso referido.

Finalmente, y con el propósito de otorgar atención médica a pacientes de escasos recursos en las entidades federativas (especialmente a los de las comunidades marginadas y de grupos vulnerables) se creó el Programa de cirugía extramuros, que de septiembre de 2017 a junio de 2018 realizó 331 cirugías.

Estrategia 4.6

Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante

Para **ofrecer asistencia y protección a la salud de la población migrante tanto en territorio nacional como en el extranjero**, la Secretaría de Salud, en coordinación con los Servicios Estatales de Salud, colabora en la realización de los exámenes médicos a los trabajadores agrícolas que participan en el Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México-Canadá (PTAT), a fin de que puedan ir a trabajar temporalmente a Canadá, al ser uno de los requisitos de selección por parte de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. En caso de que algún trabajador sea diagnosticado con algún padecimiento se le otorga el tratamiento adecuado para su estancia en Canadá.

La Red de Hospitales y Clínicas de Salud que realizan los exámenes médicos para los trabajadores del PTAT está conformada por 326 hospitales/clínicas de salud distribuidas en las 32 entidades federativas.

A través de los Módulos de Atención Integral a la Salud del Migrante Repatriado, ubicados en los cruces fronterizos de Tijuana, Baja California; Matamoros,

Nuevo Laredo y Reynosa, Tamaulipas; y Nogales, Sonora; se brinda atención a las necesidades de salud de los migrantes mexicanos repatriados de los Estados Unidos de América. Se proporciona orientación en prevención de enfermedades y promoción de la salud; se realiza detección oportuna de VIH; medición de presión arterial; niveles de glucosa, e índice de masa corporal, entre otras; en caso de ser necesario se hacen referencias a instancias de salud. También se aplican vacunas, se hacen afiliaciones al Seguro Popular y se dan valoraciones psicológicas y estabilización en caso de crisis. De septiembre de 2017 a junio de 2018 se brindaron 94,254 servicios a 22,619 migrantes. En total, en el periodo de diciembre de 2012 a junio de 2018 se otorgaron 281,974 servicios a 46,530 migrantes.

En el marco de la atención a la salud de la población migrante, IMSS-PROSPERA continuó la operación de nueve puntos de atención localizados en Baja California (1), Chiapas (5), Oaxaca (1) y Tamaulipas (2). Entre septiembre de 2017 y junio de 2018 se otorgaron 28,703 consultas, predominantemente a hombres (89.1%). Personas provenientes de Honduras, El Salvador y Guatemala son quienes demandan en mayor medida los servicios, con 53.1%, 17.2% y 15.6%, respectivamente.

En noviembre de 2017, con apoyo de la OPS/OMS México, se publicaron la Guía de Salud para Migrantes y la actualización de la Guía para la Validación de los Albergues Agrícolas Promotores de la Salud, y se realizaron talleres para la integración del Manual de Educación Sanitaria en Plaguicidas, con la finalidad de cuidar la salud de los jornaleros y sus familias y prevenir las intoxicaciones provocadas por estos compuestos. En el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, con el propósito de empoderar a la población migrante con el autocuidado de su salud, se otorgaron 506,686 consultas a migrantes, en 365,405 de las cuales se proporcionaron atenciones integradas de línea de vida. Asimismo, se realizaron 11,474 talleres de promoción de la salud que beneficiaron a 137,960 personas migrantes de todos los grupos de edad.

En los HRAE se ofrece atención gratuita para pacientes con los padecimientos incluidos en las carteras de servicios; en particular, los ya acreditados en el Seguro Popular con garantía la asistencia y protección a la salud. En el caso de los migrantes, en el CRAE CS cada año se atendieron en promedio 40 pacientes que tenían condición de migrantes; de agosto de 2016 a junio de 2018 se han atendido 35 pacientes más.

En general, los HRAE se han preparado para recibir y atender a migrantes nacionales y extranjeros,

principalmente en el contexto geopolítico internacional, incluyendo módulos de afiliación al Seguro Popular, convenios con consulados, personal traductor, entre otras acciones, pero considerando que no se niega la atención a la población que así lo requiera sin importar su condición social, laboral o migratoria.

Se ofrece atención para pacientes afiliados al Seguro Popular con patologías cubiertas a través de los programas de las carteras acreditadas garantizando la asistencia y protección a la salud de todos los mexicanos afiliados al Seguro Popular. Así también se atiende a población abierta, migrantes o grupos vulnerables.

El HGM proporcionó atención médica a ocho migrantes que manifestaron su condición, en la consulta externa. Se evalúa la situación socioeconómica del paciente para dar el apoyo que requiera.

Con el propósito de **ofrecer asistencia y protección a la población infantil y adolescente migrante y repatriada no acompañada**, se llevó a cabo en coordinación con la Organización Internacional para las Migraciones la actualización del Protocolo de Atención de Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes no Acompañados o Separados que se encuentren albergados, misma que se hizo llegar a las Procuradurías de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes y Sistemas DIF de las entidades federativas, a fin de servir como guía para homologar la atención de niñas, niños y adolescentes migrantes en los albergues y privilegiar su interés superior.

Como parte del Programa Frontera Sur de la Secretaría de Gobernación, se participó en cinco de las jornadas sociales itinerantes realizadas en Xuchiate, Metapa, Hidalgo y Unión Juárez, Chiapas, y Tenosique, Tabasco, en donde se capacitó a 104 servidores públicos en temas del Protocolo De Atención Para Niñas, Niños Y Adolescentes Migrantes no Acompañados o Separados Que Se Encuentren Albergados. También tomaron las capacitaciones sobre trata de personas referidas en el punto anterior.

Se llevó a cabo una videoconferencia con el tema Protocolo de Atención para Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes no Acompañados o Separados que se Encuentren Albergados, dirigida a servidores públicos de las Procuradurías de Protección y Sistemas DIF de las entidades federativas de Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México, Chihuahua, Durango, Estado de México, Michoacán, San Luis Potosí, Sonora, Querétaro, Oaxaca, Tabasco, Tlaxcala y Zacatecas, con la participación de 59 servidores públicos.

Se impartieron tres cursos en línea, sobre la Metodología de Formación de Líderes Comunitarios, en los que participaron 33 servidores públicos de los Sistemas DIF de las entidades federativas de: Campeche, Ciudad de México, Estado de México, Puebla Nayarit, Querétaro, Quintana Roo y Zacatecas.

Se realizó una videoconferencia respecto al tema de Líderes Comunitarios, participando 23 servidores públicos adscritos a los sistemas DIF de las entidades federativas de: Campeche, Ciudad de México, Estado de México, Puebla y Querétaro.

Se impartió una videoconferencia sobre el Modelo de Prevención de la Migración Infantil no Acompañada-Permanencia en sus comunidades de origen, en la que participaron servidores públicos de las Procuradurías de Protección de los Sistemas DIF de Campeche, Chihuahua, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Nayarit, Oaxaca, Querétaro, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas, con la asistencia de 56 participantes.

Se brindó asesoría a través del sistema de videoconferencia a 16 servidores públicos del Sistema DIF Estado de México, con el tema Estrategias de Prevención contra la Migración Infantil.

Se llevó a cabo una videoconferencia sobre el “Inducción al Modelo de Prevención de la Migración Infantil no Acompañada. Promoción de la permanencia en las comunidades de origen”, con la participación de 50 servidores públicos de las Procuradurías de Protección de los Sistemas DIF de las entidades federativas de: Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Guanajuato, Hidalgo, Estado de México, Oaxaca, Querétaro, Tabasco, Tlaxcala y Zacatecas.

Por otro lado, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, los Sistemas de las entidades federativas y Municipales DIF a través de su Red módulos y albergues, atendieron a 11,506 niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados no acompañados, tanto de nacionalidad mexicana como extranjera.

Asimismo, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018 se realizó la representación jurídica en suplencia y coadyuvancia de 105 niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados, con la finalidad de salvaguardar sus derechos. De este modo se da cabal cumplimiento a las obligaciones establecidas en las diversas normas encargadas de proteger a los niños, niñas y adolescentes, no solo a los de nacionalidad mexicana, sino a todos aquellos que se encuentren en el territorio nacional.

De igual manera, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018 se atendieron 378 niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados; se realizaron 1,400 diagnósticos; se emitieron 442 planes de restitución de derechos y 122 medidas de protección especial, con lo que se alcanzó un total de 3,022 derechos restituidos.

Se publicó en octubre de 2017 el Modelo de Atención de Adolescentes Migrantes no Acompañados, instrumento que permitirá estructurar de manera ordenada y diferenciada los servicios multidisciplinares que se brindan en los Centros de Asistencia Social.

La atención ha sido particularmente otorgada por el CRAE HEP, que ha recibido niños migrantes otorgándoles atención en las ocasiones en que se le ha solicitado, y se encuentra preparado para recibir la demanda que se genere en este sentido.

El HJM se ha preparado para atender a pacientes menores de edad, migrantes o repatriados, y cuenta con todos los recursos indispensables para la atención de esta población.

A fin de **apoyar en las labores de repatriación de connacionales enfermos graves**, mediante el Proceso de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI), en coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores, la Red Consular de México en Estados Unidos y los SESA, gestiona la asistencia médica necesaria para los connacionales enfermos graves que se encuentran en el extranjero y que serán repatriados, de preferencia a su lugar de origen.

Con el propósito de **ofrecer servicios de promoción y prevención de la salud en los consulados móviles, primordialmente en Estados Unidos de América**, en colaboración con la Red Consular, a través de los consulados móviles, consulados sobre ruedas y alianzas locales, se realizan ferias de salud y campañas de prevención y promoción de la salud, dirigidas a la población migrante que vive en comunidades alejadas y con difícil acceso a servicios. Durante el periodo de septiembre de 2017 a junio de 2018 se ofrecieron 205,916 servicios a través de los consulados móviles.

Como parte de las acciones para **proporcionar consejería, detección oportuna, referencia a servicios de salud y orientación sobre aseguramiento en Estados Unidos de América**, a través de las 50 Ventanillas de Salud ubicadas en los Consulados de México en Estados Unidos y dos VDS móviles (Nueva

Jersey y Detroit), se brindan servicios de consejería en temas de prevención de enfermedades y promoción de la salud; detección oportuna en VIH y sida, índice de masa corporal, niveles de colesterol y glucosa, entre otras; referencias a servicios de salud; orientación sobre aseguramiento en Estados Unidos de América y apoyo en navegación en el sistema de salud, además de campañas de vacunación. De septiembre de 2017 a junio de 2018, se ofrecieron aproximadamente 4.8 millones de servicios a 1.2 millones de personas. De diciembre de 2012 a junio de 2018 se brindaron alrededor de 24.3 millones de servicios a 8.5 millones de personas.

Otra línea de acción dentro de la estrategia a favor de la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante es **fortalecer las Semanas Binacionales de Salud**. Cabe señalar que la Semana Binacional de Salud y el Mes de Salud Fronteriza México-Estados Unidos se realizan anualmente en octubre y constituyen un espacio para atender las problemáticas específicas de salud de la frontera México-Estados Unidos y promover estilos de vida saludable para la población de la región fronteriza y la población migrante. Esto se lleva a cabo a través de capacitaciones, pláticas y talleres, ferias de salud, atención médica, detección oportuna de glucosa, índice de masa corporal, exámenes de la vista, entre otros, para los migrantes y sus familias en Estados Unidos, así como por medio del establecimiento de alianzas en pro de la salud fronteriza. En octubre de 2017 se atendió a 241,768 personas, se contó con la participación de 6,359 organizaciones y se realizaron 8,048 eventos en favor de la salud de los migrantes.

Estrategia 4.7

Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas

A fin de **consolidar las acciones interinstitucionales para la atención de las enfermedades en vías de eliminación**, durante 2017, México se convirtió en el primer país en América y el tercero en el mundo en certificar la eliminación del tracoma como un problema de salud pública, causante de ceguera; en seguimiento a esto, durante 2018, se mantiene la vigilancia epidemiológica y la promoción de la salud en las áreas endémicas, libres de transmisión de este padecimiento.

En el marco del Programa de “6 Pasos de la Salud con Prevención”, la COFEPRIS cuenta con cápsulas

informativas que se transmiten en 17 lenguas indígenas a través de las radiodifusoras de la CDI. Dichas cápsulas incluyen mensajes de prevención de sobrepeso, obesidad y diabetes. Se han realizado 707 cursos en lengua indígena en beneficio de 86,504 personas indígenas. Se han realizado 4,171 visitas a consultorios adyacentes a farmacias para la detección temprana del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

Para **fortalecer las medidas de prevención y promoción de la salud en enfermedades del rezago**, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, la letalidad por dengue se ha mantenido en menos de 1%. A partir de 2014 y hasta el 30 de junio de 2018 se ha registrado un descenso anual en el número de casos confirmados por este padecimiento, lo cual, se debe en gran medida, a la implementación de la alerta temprana de brotes en localidades prioritarias, mismas en las que se ha reforzado la vigilancia entomológica, además de implementar acciones de control oportunas y efectivas.

Asimismo, se realizaron las siguientes actividades:

- Conmemoración del Día Mundial de la Lucha Contra la Lepra el 26 de enero de 2018, con sede en el Centro Dermatológico de Guadalajara.
- Participación de México, del 10 al 13 de abril de 2018, en la Reunión bial de OPS/OMS de las Américas con los responsables de los programas contra la lepra de los países de América del Sur y el Caribe.
- Visita de monitoreo de la eliminación de la lepra en los estados de Coahuila, Colima y Sonora durante marzo de 2018.
- Del 1 de septiembre de 2017 al 30 junio de 2018 se registraron 110 casos de lepra, lo que representó una disminución de 15.4% en relación con los 130 casos del periodo anterior.

Del 1 de septiembre de 2017 al 30 junio de 2018 se registraron 56,099 personas agredidas o en contacto con animales sospechosos de padecer rabia, a quienes se proporcionó atención médica y valoración clínico epidemiológica y se indicó iniciar el tratamiento antirrábico en 6,165 personas agredidas (10.9%). Esto contribuyó a que no se presentara ningún caso de rabia humana transmitida por cualquier especie, aunado a la ejecución de las Semanas de Vacunación Antirrábica Canina y Felina y la fase permanente en los SESA, que reportaron la aplicación de 18,046,451 dosis en perros y gatos y realizaron 482,424 esterilizaciones quirúrgicas en estas especies.

De septiembre a noviembre de 2017 se realizó un operativo de vacunación antirrábica de barrido casa por casa en Yucatán, debido a que se registró un caso de rabia en perro. El propósito fue incrementar la cobertura de vacunación antirrábica canina, con apoyo en la instrumentación del plan de contingencia de prevención y control de la rabia.

En octubre de 2017 se conmemoró el Día Mundial Contra la Rabia, motivo por el cual los SESA realizaron un foro sobre atención de personas agredidas por animales sospechosos de padecer rabia. También en octubre se conmemoró en 28 entidades federativas^{5/} el Mes Nacional de la Esterilización Quirúrgica de Perros y Gatos.

En ese mismo mes de 2017 se participó en la Reunión Internacional de Rabia en las Américas, en la ciudad de Calgary, Alberta, Canadá, que fue marco para la Reunión Trinacional para el Control de la Rabia en Norteamérica, donde también estuvo presente México. En noviembre de 2017 se participó en la 16ª Reunión de Directores de los Programas de Rabia de las Américas, celebrada en la ciudad de La Antigua, Guatemala.

En noviembre de 2017 se efectuó en Querétaro la Reunión Regional para la actualización de la NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos, así como la “Guía de tratamiento médico y antirrábico de la persona expuesta al virus de la rabia”, con el fin de actualizar y homogeneizar los criterios para la atención médica en el primer nivel de atención, así como la ministración de biológicos antirrábicos. Se contó con la participación de diversas instancias de la SS (DGE, DGPS, INDRE, CENAPRECE), instituciones del Sector Salud (IMSS, IMSS-PROSPERA,

ISSSTE) y SESA de Ciudad de México, Guanajuato, Estado de México, Michoacán, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala y Veracruz.

En relación con otras enfermedades transmisibles, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2018 se registró lo siguiente:

- Se presentaron 607 casos de enfermedad de Chagas, lo que constituye una disminución de 20.5% en comparación con el periodo del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017, cuando se registraron 764 casos. Esto se logró gracias al fortalecimiento en la identificación y registro de los casos, ya que se han implementado estrategias como la de la “Ruta inversa”, que consiste en una exploración serológica inicial para comprobar o rechazar una transmisión activa en poblaciones de riesgo. Además, se logró la estratificación de riesgo por la identificación de grupos vulnerables, como lo son las mujeres embarazadas y los menores de 15 años de edad.
- Se observaron 402 casos de Leishmaniasis del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, lo que representó una disminución de 40.4% en comparación con los 675 casos registrados en el periodo anterior. Esto fue posible gracias al reforzamiento en la notificación de casos para esta enfermedad, gracias a lo cual el 100% de los casos han sido tratados con el medicamento específico, adquirido con recurso federal radicado para su compra.
- De acuerdo con los datos arrojados por el SINAVE, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se registraron 225,499 casos de intoxicación por picadura de alacrán, lo que constituyó una disminución de 7.2% en comparación con los 243,152 casos observados del 1 de septiembre de 2016 al 30 de junio de 2017. Esto, gracias a las acciones de promoción y prevención en localidades prioritarias de 16 entidades endémicas en el país.

^{5/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.





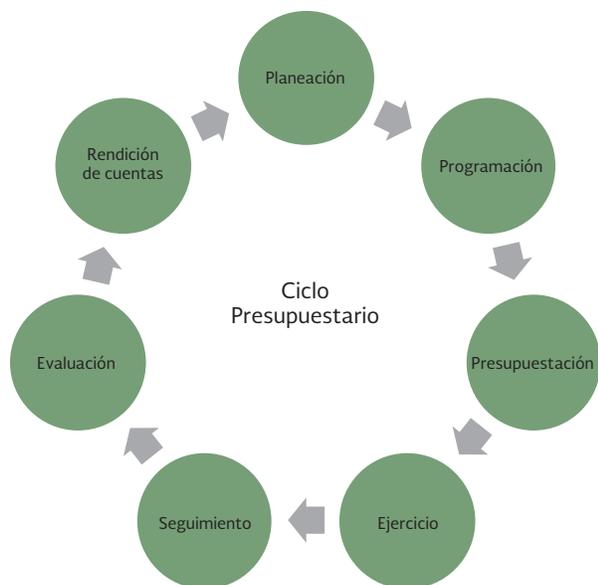
5. ASEGURAR LA GENERACIÓN Y EL USO EFECTIVO DE LOS RECURSOS EN SALUD



La Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPpP) coordina el proceso programático, presupuestal y financiero de la Secretaría con el fin de procurar el adecuado funcionamiento de las unidades de nivel central (UNC), órganos administrativos desconcentrados y entidades paraestatales (EP) sectorizadas, que son responsables de cumplir con los objetivos y metas institucionales.

Participa en prácticamente todas las etapas del ciclo presupuestario al coordinar dichas actividades respecto del gasto público y al fungir como instancia administrativa única ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para solicitudes y trámites en materia presupuestaria y contable. Para su desempeño, determinó una cadena de valor que incorpora a seis macro procesos sustantivos y uno de apoyo.

GRÁFICA 5.1 CICLO PRESUPUESTARIO



FUENTE: Elaboración propia a partir de información de la SHCP

Programación y presupuestación

En la formulación del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2018 se le dio continuidad a la estructura programática aprobada en el PEF 2017, toda vez que dicho instrumento contiene las categorías y elementos que de manera concertada al interior del

Sector Salud, definen el quehacer institucional de la Secretaría. Asimismo, los objetivos, metas e indicadores determinados para evaluar el cumplimiento de los Programas presupuestarios (Pp) se revisaron en forma conjunta con las unidades responsables y se atendieron las recomendaciones de la Unidad de Evaluación del Desempeño de la SHCP, con lo cual se logró mejorar el contenido de las Matrices de Indicadores para Resultados del ejercicio fiscal 2018, acción que permitirá fortalecer los resultados de la Evaluación del Desempeño sectorial.

En este sentido, se actualizó y consolidó la información de 25 Matrices de Indicadores para Resultados, con un total de 253 indicadores, con base en los lineamientos correspondientes en la materia y en la Estrategia de Mejora de la MIR 2018, implementada por la SHCP y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

En cuanto al proceso de Integración Presupuestal 2018, se mantuvo el impulso para continuar con la visión de incrementar la eficiencia del gasto público, otorgándole prioridad a los apoyos a programas sustantivos de la Secretaría, así como al cumplimiento de los objetivos del PND 2013-2018.

El PEF 2018 aprobado fue de 122,557.34 millones de pesos, superior en 739.84 millones de pesos al PEF 2017 (cuadro 5.2), el incremento se ve reflejado principalmente en el rubro de Gasto de Operación por un monto de 877.69 millones de pesos, debido a las ampliaciones otorgadas por la H. Cámara de Diputados, destacando aquellas orientadas para acciones de Igualdad entre Mujeres y Hombres. En lo que corresponde al renglón de Subsidios, se ve reflejada una disminución por 1,230.28 millones de pesos, que afectó al Pp U012 "Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud".

En lo que corresponde al SPSS, el monto autorizado fue de 80,504.25 millones de pesos, de los cuales 68,974.62 millones corresponden al Pp U005 "Seguro Popular". Por su parte, el monto autorizado para los Servicios de Salud en las Entidades Federativas, en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo General 33, fue de 93,385.76 millones de pesos, con lo que el total de recursos federales autorizados en materia de Salud para el ejercicio fiscal 2018 fue de 215,943.09 millones de pesos.

CUADRO 5.1 INDICADORES PEF 2018

Programa presupuestario	Fin	Propósito	Componente	Actividad	Total
B002 Producción de reactivos, vacunas y otros dispositivos médicos estratégicos	1	1	2	4	8
E 010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	2	4	6	6	18
E 022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud	1	3	6	4	14
EO23 Atención a la salud	2	1	10	2	15
E025 Prevención y atención contra las adicciones	1	1	7	3	12
E036 Programas de vacunación	2	1	5	4	12
E040 Servicios de asistencia social integral	1	1	3	4	9
E041 Protección y restitución de los derechos de las niñas, niños y adolescentes	1	1	5	6	13
G004 Protección contra riesgos sanitarios	1	1	4	4	10
G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica	0	1	4	5	10
P012 Rectoría en salud	1	1	5	5	12
P013 Asistencia social y protección del paciente	0	2	4	10	16
P016 Prevención y atención de VIH/sida y otras ITS	1	1	3	3	8
P018 Prevención y control de enfermedades	1	1	3	3	8
P020 Salud materna, sexual y reproductiva	1	1	6	9	17
S039 Programa de Atención a Personas con Discapacidad	1	1	1	3	6
S200 Fortalecimiento a la atención médica	0	3	5	2	10
S201 Seguro Médico Siglo XXI	0	1	1	2	4
S202 Calidad en la atención médica	2	2	3	2	9
S251 Programa de Desarrollo Comunitario Comunidad DIFerente	1	1	3	3	8
S272 Apoyos para la protección de las personas en estado de necesidad	1	1	2	2	6
U005 Seguro Popular	0	1	1	5	7
U008 Prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes	0	3	3	3	9
U009 Vigilancia epidemiológica	1	1	3	3	8
U012 Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud	1	1	1	1	4
TOTAL	23	36	96	98	253

FUENTE: Presupuesto de Egresos de la Federación.

CUADRO 5.2 COMPARATIVO ENTRE PEF 2017 Y PEF 2018
(MILLONES DE PESOS)

Tipo de gasto	PEF 2017	PEF 2018	Amp HCD	PEF 2018	2018 vs 2017	
					\$	%
Servicios personales	26,666.48	26,593.64	0.00	26,593.64	927.16	3.49
Gasto corriente	96,151.05	95,341.19	622.51	95,963.70	-187.35	-0.20
Gasto de operación	11,824.92	12,152.59	550.00	12,702.59	877.67	7.22
Materiales y suministros	6,182.51	6,456.50	523.16	6,979.66	797.15	12.35
Servicios generales	5,642.42	5,696.10	26.84	5,722.93	80.52	1.41
Subsidios	84,308.93	83,006.14	72.51	83,078.65	-1,230.28	-1.48
Inversión	17.20	182.46	0.00	182.46	165.26	90.57
Bienes muebles, inmuebles e intangibles	17.20	51.58	0.00	51.58	34.38	66.66
Inversión pública	0.00	130.88	0.00	130.88	130.88	100.00
TOTAL	121,817.53	121,934.83	622.51	122,557.34	739.80	0.61

FUENTE: Para 2017 es calculado por la Cuenta Pública de la Hacienda federal y para 2018 es el Presupuesto de Egresos de la Federación.

CUADRO 5.3 PRESUPUESTO FEDERAL AUTORIZADO PARA SALUD 2009-2018
RAMO 12 Y RAMO 33 (FASSA)
(MILLONES DE PESOS)

Ramo	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variación %	TCMA
											2009-2018	
Ramo 12 "Salud"	36,807.80	36,048.60	42,956.00	43,229.40	45,657.60	47,848.30	49,818.54	42,511.88	39,575.66	42,053.08	14.25	1.49
Protección Social en Salud	48,228.60	53,844.30	62,357.90	70,250.30	76,198.90	82,416.50	85,029.05	89,705.01	82,241.87	80,504.25	66.92	5.86
Ramo 33 FASSA	48,617.80	53,100.10	55,698.70	61,951.40	67,871.10	72,045.20	77,845.08	82,445.98	87,686.40	93,385.76	92.08	7.52
TOTAL SALUD	133,654.20	142,993.00	161,012.60	175,431.10	189,727.60	202,310.00	212,692.67	214,662.86	209,503.93	215,943.09	61.57	5.48

TCMA: Tasa de Crecimiento Media Anual [(Vf / Vi) ^ (1 / T)] - 1. Donde Vf= variable final; Vi= variable inicial; T= tiempo
FUENTE: Presupuesto de Egresos de la Federación.

El monto autorizado a Salud para el ejercicio fiscal 2018 es mayor en 3.07% en relación con el aprobado para 2017. El FASSA del Ramo 33 tiene un aumento de 6.50% (5,699.36 millones de pesos), mientras que en el Ramo 12 "Salud", considerando los recursos del Seguro Popular, se registró un incremento de 0.61% (739.80 millones de pesos).

Como inicio de los trabajos del Proceso Integral de Programación y Presupuesto para el ejercicio fiscal 2019, la DGPyP se coordinó con la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, la Dirección General de Evaluación de Desempeño, el Instituto Nacional

de Cancerología, el Centro Nacional de Trasplantes y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, con la finalidad de crear tres nuevos Programas Presupuestarios:

- Programa Integral de Prevención y Control del Cáncer.
- Programa para el fortalecimiento de donación y trasplantes.
- Programa de Salud en tu Escuela.

Dicha propuesta no fue aprobada por la SHCP.

CUADRO 5.4 PRESUPUESTO FEDERAL PARA SALUD 2017 – 2018

RAMO 12

(MILLONES DE PESOS)

Capítulo	Anual 2017		Septiembre- diciembre 2017		Original 2018	
	Original	Ejercido	Original	Ejercido	Anual	Enero -Agosto
Servicios Personales	25,666.5	25,410.1	11,127.1	11,103.1	26,593.6	15,117.3
Materiales y suministros	6,182.5	9,586.6	3,050.4	5,433.2	6,979.7	3,322.3
Servicios generales	5,642.4	7,517.1	1,894.2	3,754.6	5,722.9	3,819.5
Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	84,308.9	89,510.7	20,830.2	15,437.7	83,078.6	62,114.3
Bienes muebles, inmuebles e intangibles	17.2	111.6	5.2	92.1	51.6	23.1
Inversión pública	0.0	50.0	0.0	50.0	130.9	75.6
Total	121,817.5	132,186.2	36,907.1	35,870.7	122,557.3	84,472.0

FUENTE: 2017 Cuenta de la Hacienda Pública Federal y 2018 Presupuesto de Egresos de la Federación.

Ejercicio, control y seguimiento

En relación con el Presupuesto de Egresos 2017, la Secretaría de Salud reportó un cierre anual de prácticamente 100%, al ejercer 132,186.2 millones de pesos, de los 132,186.3 millones de pesos del presupuesto modificado, autorizado por la SHCP.

En 2017 se registró un ajuste de control presupuestario, comunicado por la SHCP, de 2,800.0 millones de pesos y se dio cumplimiento a una disposición del PEF, mediante el traspaso al Ramo 33 “FASSA” de 3,300 millones de pesos, en el marco del Proceso de Formalización Laboral de los Trabajadores de la Salud en las entidades federativas; hubo, asimismo, otras reducciones por un monto de 927.1 millones de pesos. En total, el monto de las reducciones fue de 7,027.1 millones de pesos. En contraste, en ese mismo año la Secretaría de Salud recibió por concepto de ampliación líquida 17,395.9 millones de pesos, incluyendo un monto para la CNPSS, por 13,629.0 millones de pesos destinados al Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos del Fideicomiso del SPSS, con el propósito de capitalizarlo y mantener su sustentabilidad financiera y actuarial, así como 3,766.9 millones de pesos, para compra de medicamentos, entre otros, y para comunicación social, a fin de dar a conocer a la población, información relevante para la prevención de la diabetes, sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus, acciones de concientización que atendieron

declaraciones de emergencia epidemiológicas EE-3-2016 y EE-4-2016, emitidas por el CENAPRECE.

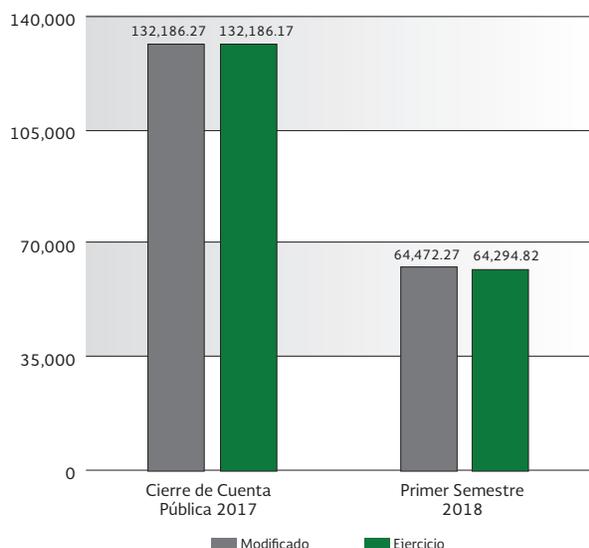
En cuanto al Presupuesto 2018, del 1 de enero al 31 de agosto se estima ejercer prácticamente la totalidad de los recursos programados para dicho periodo, tomando como base el avance registrado durante el periodo enero-marzo, que corresponde al 97.76% de los recursos programados.

Para alcanzar estos resultados, se ha registrado un seguimiento puntual con las unidades responsables de la Secretaría de Salud, mediante reuniones periódicas, situación que permitió en 2017 y se estima que seguirá permitiendo en 2018, ordenar el presupuesto de acuerdo con las necesidades de la dependencia. Lo anterior, ha derivado en la realización de 4,838 adecuaciones presupuestarias y la emisión de 34,696 cuentas por liquidar certificadas, en el periodo de septiembre de 2017 a marzo de 2018.

Es importante destacar los resultados del “Comité Interno para el Uso Eficiente, Transparente y Eficaz de los Recursos Presupuestarios que se Indican”, el cual realizó 30 sesiones (15 ordinarias y 15 extraordinarias), desahogando 101 solicitudes de opinión para el ejercicio de partidas como subcontratación de servicios con terceros, consultorías, asesorías, estudios e investigaciones, congresos y convenciones, de las cuales fueron opinadas como viables 91 por un total

de 314.9 millones de pesos, siendo rechazadas 10, que representan un monto de 153.3 millones de pesos.

GRÁFICA 5.2 PRESUPUESTO FEDERAL EJERCIDO PARA SALUD 2017-2018
RAMO 12
(MILLONES DE PESOS)



FUENTE: 2017 Cuenta de la Hacienda Pública Federal. 2018. Módulo de Conciliación del Ejercicio Presupuestal.

CUADRO 5.5 ADECUACIONES PRESUPUESTARIAS TRAMITADAS

Adecuaciones presupuestarias	2017	2018	Total
Septiembre-diciembre	2,954	0	2,954
Enero-junio	0	4,187	4,187
Total	2,954	4,187	7,141

FUENTE: Dirección General de Programación y Presupuesto.

CUADRO 5.6 CUENTAS POR LIQUIDAR CERTIFICADAS PROCESADAS

Tipo de Unidad Responsable	Septiembre-diciembre 2017	Enero-junio 2018	TOTAL
Unidades administrativas de nivel central	4,977	4,145	9,122
Órganos administrativos desconcentrados	4,375	4,258	8,633
Organismos públicos descentralizados	14,356	19,201	33,557
Total	23,708	27,604	51,312

FUENTE: Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF)

Evaluación y rendición de cuentas

En cumplimiento con la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se revisaron, registraron y validaron en el Sistema de Contabilidad Gubernamental 1,983 pólizas con información extra presupuestal. Con base en lo establecido en el Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y los "Lineamientos para la Conciliación de Cuentas Conectoras entre los Centros de Registro" se integraron 36 conciliaciones con la Tesorería de la Federación por concepto de avisos de reintegros, cuentas por liquidar certificadas y ministraciones por acuerdo, así como 13 conciliaciones con el SAT, por concepto de recuperaciones de bienes inventariables. Asimismo, se dio seguimiento al registro contable de la información presupuestal y patrimonial de UNC y OAD, y se realizó la coordinación sectorial de la información correspondiente a las EP sectorizadas en Salud, con la finalidad de coordinar la integración de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del Ramo 12, correspondiente al ejercicio fiscal 2017.

Se actualizó el Sistema de Seguimiento Contable de la dependencia para el ejercicio 2017, de acuerdo con el nuevo modelo y la normatividad contable vigente, y se realizó un taller de capacitación de dicha herramienta, adicionalmente se brindaron 702 asesorías en materia contable tanto a UNC, OAD y EP sectorizadas en la Secretaría.

Con la implementación del nuevo modelo contable, se regularizó el registro contable de 150 contratos por concepto de obra pública en la Secretaría, con la finalidad de reflejar información contable confiable y veraz.

Se concilió al 100% el inventario físico con el registro contable de los bienes muebles e inmuebles de la Secretaría.

Se protocolizó con la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la SHCP el acta de confirmación de saldos para los efectos de la información contable del

Ramo 12, en donde se comunicó a la dependencia que no se determinaron observaciones en la revisión de la información contable de la Cuenta Pública 2016.

En materia de armonización contable y en cumplimiento al acuerdo 1 del CONAC, se actualizó la normatividad elaborada por la DGPYP y parametrizada en la plataforma tecnológica del proyecto Babel. Asimismo, se llevaron a cabo reuniones de trabajo con diferentes Entidades para la asesoría en el cumplimiento de lo establecido en la Ley General de Contabilidad Gubernamental, el CONAC y la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la SHCP.

En cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se atendieron 293 solicitudes de información relacionadas con aspectos programáticos, presupuestales y financieros. Se dio seguimiento a siete auditorías realizadas por la ASF y el Órgano Interno de Control en las revisiones a la Cuenta Pública, y se atendieron 45 requerimientos de información de órganos fiscalizadores.

Se realizaron 11,912 verificaciones, 700 digitalizaciones de cuentas por liquidar certificadas y su documentación comprobatoria.

Se atendieron 44 solicitudes de información de las UNC de la Secretaría y se certificaron 400 documentos en resguardo del Centro de Documentación de la Cuenta Comprobada.

Se presentaron los estados financieros del Fondo de Ahorro Capitalizable de los Trabajadores al Servicio del Estado a la Junta de Administración, correspondientes al Vigésimo Noveno Ciclo.

Se atendieron 476 solicitudes de comprobantes fiscales digitales por Internet por servicios de salud prestados por UNC y OAD, solicitadas por personas físicas y personas morales y se tramitó ante el SAT el otorgamiento de 15 encargos conferidos para diversos trámites aduanales.

Respecto del seguimiento del ejercicio del gasto público, se han reportado 11,363 informes, destacando 10,500 generados dentro del Sistema Integral de Información. Otros informes son, Informe sobre la Situación Económica de las Finanzas Públicas y la Deuda Pública, Programas Transversales, MIR, Programa Especial Concurrente, Pueblos Indígenas, Programas Sujetos a Reglas de Operación, Fideicomisos, Comportamiento del Gasto Programable e Informe de Rendición de Cuentas.

La Dirección General de Recursos Humanos y Organización, es la Unidad Administrativa responsable de operar el Sistema de Remuneraciones y la Política Salarial de la Secretaría de Salud; de integrar y ejercer los recursos presupuestales de servicios personales; de gestionar los cambios en la estructura de plazas ante la Globalizadora Hacendaria, así como administrar la contratación de personal eventual y por honorarios; de diseñar e instrumentar el Sistema Nacional de Capacitación y Desarrollo de Personal; de coordinar la implementación del Sistema del Servicio Profesional de Carrera y participar en la elaboración y revisión de las Condiciones Generales de Trabajo, así como supervisar su difusión y cumplimiento, entre otras.

El Programa de Promoción por Profesionalización del Personal de Enfermería, Trabajo Social y Terapia Física y Rehabilitación, consiste en beneficiar salarialmente a las trabajadoras y trabajadores de la Salud, llevándolos a un nivel superior al que ocupaban, mediante la acreditación de estudios de Licenciatura y Posgrado de las distintas áreas profesionales a las que va enfocado este programa, en el año 2017 se promocionaron 2,942 servidores públicos.

El proceso de inscripción al programa por tercer año consecutivo se realizó a través del uso de una herramienta informática, que consiste en un portal de autoservicio para los candidatos, que permitió llevar a cabo el programa de manera transparente, ágil y sencilla, en todas las entidades de la República Mexicana.

CUADRO 5.7 INFORMES PRESUPUESTALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Concepto	Septiembre-diciembre 2017	Enero-agosto 2018	Total
Información Financiera	159	168	327
Sistema Integral de Información (Transmisión y monitoreo)	3,500	7,000	10,500
Otros Informes	179	357	536
Total	3,838	7,525	11,363

FUENTE: Dirección General de Programación y Presupuesto

Estrategia 5.1

Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud

A fin de **establecer los criterios para el crecimiento responsable y ordenado de los recursos humanos**, se concluyó con el Proceso de Formalización Laboral de los Trabajadores de Salud en las entidades federativas, el cual constó de tres etapas a partir de 2014, que concluyeron en 2017. Se benefició a 65,016 trabajadores de la salud y sus familias en todo el territorio nacional, quienes reciben el pago de las diferencias de sueldos y prestaciones, incluyendo las de seguridad social y las que derivan de las Condiciones Generales de Trabajo suscritas con el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Con esto se les otorga certeza jurídica y estabilidad laboral. Para este proceso, se han transferido de forma acumulada, 24,932 millones de pesos a las 32 entidades federativas.

La DGCHRAE ha mantenido la coordinación de los cursos de especialidad de los HRAE, los que han logrado que se siga contando con un intercambio académico a través de rotaciones de residentes de los INSalud y HFR; la contratación de aproximadamente 300 egresados de esas instituciones tan prestigiadas por la formación de especialistas de excelencia.

El seguimiento de egresados se inició en los HRAE al contarse ya con tres generaciones, arrojando datos preliminares de que de los más de 250 egresados casi 50% se ha quedado en la región de formación; todos los que han participado en la certificación de sus especialidades en los Consejos tienen su certificación, lo que es un reconocimiento a las competencias probadas que adquirieron en el proceso de formación, a pesar de ser programas muy recientes.

El cuerpo académico se ha ido consolidando también con la formación didáctica que les ha permitido contar con reconocimiento como profesores titulares o adjuntos por las instituciones educativas como la UNAM que avalan los Cursos de Posgrado de Alta Especialidad en Medicina (CPAEM).

Se cuenta ya con cursos de especialidad que posicionan a los hospitales como alternativas para la formación de médicos con una calidad académica reconocida pero también con valores de ética y servicio. Es destacable que se tiene una eficiencia terminal promedio de 95.9% estimada para el ciclo presente.

En la participación de los HRAE en la X Jornadas de Residentes de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en la que la participación de todos los residentes fue con la presentación de carteles, los residentes del HRAEO obtuvieron el primer lugar en carteles de investigación y de presentación de caso y el HRAEV, el segundo lugar en presentación de caso.

Durante el periodo que comprende del 1 de septiembre al 31 de agosto, el HJM fortaleció la contratación de los recursos en salud, identificando necesidades específicas y prioritarias, acordes al requerimiento institucional en forma responsable. Actualmente realizan evaluaciones de seguimiento para medir el impacto deseado.

Asimismo, se ha mantenido una eficiencia terminal de 98% por los médicos residentes; contando con un total de 254 residentes.

En la especialidad de Cardiología del INC, los médicos residentes del Instituto obtuvieron el primer lugar en promedio y en puntaje máximo de todas las sedes en los tres años de residencia. El mismo resultado se obtuvo en el primer año de Cirugía Cardiorádica y en el tercer año de Nefrología.

De siete especialidades (incluyendo Imagenología Diagnóstica y Terapéutica), en todos sus ciclos, se obtuvieron promedios superiores al promedio general en 14 de un total de 19 sedes, y en 13 sedes se obtuvieron los lugares del 1º al 3º.

Las residencias de especialidad en el INC son:

1. Cardiología Clínica
2. Cardiología Pediátrica
3. Cirugía Cardiorádica
4. Cirugía Cardiorádica Pediátrica
5. Nefrología
6. Reumatología

Los cursos de alta especialidad que se imparten en el INC, son:

1. Anestesia Cardiovascular
2. Anestesia Cardiovascular Pediátrica
3. Cardiología Geriátrica

4. Cardiología Intervencionista
5. Cardiología Intervencionista Pediátrica
6. Cardiología Nuclear
7. Cirugía de Malformaciones Congénitas del Corazón
8. Ecocardiografía
9. Ecocardiografía Pediátrica
10. Electrofisiología Cardíaca
11. Electrofisiología Cardíaca Pediátrica
12. Fisiología Cardiopulmonar
13. Hemostasia y Trombosis
14. Medicina del Enfermo Pediátrico Cardiovascular en Estado Crítico
15. Rehabilitación Cardíaca
16. Resonancia Magnética Cardíaca y Angiotomografía
17. Terapia Intensiva Cardiológica
18. Trasplante Renal
19. Unidad Coronaria y Urgencias Cardiovasculares

El INC obtuvo reconocimiento como Miembro de Honor por parte de la Sociedad Española de Cardiología, por su contribución a la formación de especialistas en cardiología procedentes de España.

Con objeto de **impulsar la formación de los recursos humanos alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales**, la DGCHRAE ha participado en los diversos comités de la Comisión Interinstitucional de Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS) para planeación y realización del Examen Nacional de Residencias Médicas; la planeación y conciliación de plazas de residentes disponibles en los hospitales y seguimiento de los cursos de especialidades de los HRAE entre otras acciones de rectoría.

Los HRAE, cuentan con cursos de formación y actualización de personal de enfermería, servicio social de ingenieros biomédicos, nutriólogos, psicólogos, personal de áreas de informática y administrativas, con

una amplia gama de participación en los servicios, con lo que se favorece contar con el personal necesario en los establecimientos de salud de los estados.

Las residencias médicas troncales, de entrada indirecta y CPAEM que se han abierto están respondiendo a la problemática específica de las regiones. Se cuenta ya con 14 CPAEM en los HRAEB, CRAE HEP, HRAEPY y HRAEI, siendo el que tiene un mayor número el HRAEPY y el más reciente en el HRAEI, de cirugía de columna.

Se cuenta con más de 350 residentes en los siete hospitales, en ellos se cumple la NOM Norma Oficial Mexicana 001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas (NOM 001), en cuya revisión se participó y se espera que sea publicada para su difusión y cumplimiento.

Durante el ejercicio 2017 y 2018 el HNH recibió a la primera y segunda generación de Médicos Internos de Pregrado de la Licenciatura en Medicina de la Universidad Anáhuac.

Asimismo, se mantienen vínculos con el HGM, Cruz Roja Mexicana, HM, INP e INNCSZ para participar de forma activa como sede para la formación de alumnos de posgrado (médicos residentes) de diversas especialidades médicas. En el ámbito internacional destaca el vínculo con la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

También se crearon vínculos académicos para la formación de recursos humanos de áreas paramédicas (Licenciatura en Nutrición y Trabajo Social) con universidades del sector público y privado, al ofrecer al HNH como sede de rotación y servicio social.

En materia de capacitación y educación médica continua, durante el periodo 2017 y 2018 se realizaron múltiples cursos relacionados con temas de gran interés en área médica y paramédica (donde destaca el Tercer y Cuarto Congresos de Estomatología; Primer Congreso de Psicología) y diversos cursos relacionados con la educación médica continua.

Con lo anterior se garantiza la atención médica de calidad, con el apoyo del personal de pregrado y posgrado (Médicos Internos y Médicos Residentes) en la mayoría de los servicios ofertados, lo que permite dar manejo integral a los pacientes, a pesar de las limitaciones presupuestales para la contratación de personal de base durante los ejercicios 2017 y 2018.

Con las acciones arriba descritas, se corrobora el compromiso del HNH para contribuir de manera activa y

constante en la formación de recursos humanos para la atención en salud.

El Hospital Juárez Centro participa activamente en la formación de talento humano en salud, tanto en la rama médica y paramédica como en el área administrativa, a través de acuerdos con diversas instituciones académicas públicas y privadas (IPN, UNAM, UVM, CECyT, Instituto Tecnológico Roosevelt) en las licenciaturas en medicina y enfermería. En la actualidad es sede de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud (que depende administrativamente del propio HJC), además de que ofrece diplomados y maestrías en materia técnico-administrativa asociada a otras instituciones, con una convocatoria cada día mayor, con lo que va retomando paulatinamente su lugar en la enseñanza y educación continua en el país.

En los SAP se logró la formación de 49 médicos especialistas en Psiquiatría y en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, con una eficiencia terminal y cursos de alta especialidad (psicogeriatría, psiquiatría legal, neurobiología de la esquizofrenia y psicoterapia) del 100%, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2018.

El HGMGG coadyuvó en la formación de recursos humanos para la salud, acorde a las necesidades demográficas, económicas y culturales, a través de los diferentes programas de enseñanza: 11 especialidades médicas, de las cuales 10 cuentan con reconocimiento de la UNAM (anatomía patológica, cirugía general, anestesiología, ginecología y obstetricia, medicina interna, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, imagenología diagnóstica y terapéutica, y pediatría) y una (medicina de urgencias) por el IPN. Además, cinco subespecialidades médicas (cirugía plástica y reconstructiva, dermatología, medicina crítica, dermatopatología y urología); 17 cursos de posgrado de alta especialidad en medicina y un curso de posgrado en ortodoncia. Cuatro de estos cursos de posgrado (otorrinolaringología, dermatopatología, urología, y cirugía plástica y reconstructiva) están incorporados al Programa Nacional de Posgrados de Calidad.

Derivado de que una de las principales causas de mortalidad en el país son las cardiopatías, el INC tiene una gran responsabilidad, especialmente con la formación de especialistas con capacidad resolutoria. Sobre todo, que los procedimientos de asistencia médica se realicen con apego a las normas, con calidad y calidez en el lugar donde implementen los conocimientos adquiridos en el Instituto, ya que se estima que en su gran mayoría los médicos residentes, tanto nacionales como extranjeros, regresan a su lugar de origen. Dado lo anterior, el INC estableció como meta para 2018 recibir a 256 residentes, de los cuales 56 son extranjeros.

Durante el periodo académico 2017-2018 se asignaron 9,944 campos clínicos para especialidades médicas en las 134 unidades hospitalarias autorizadas como sedes de residencias médicas en la Secretaría de Salud, egresando 2,740 especialistas en febrero de 2018. En 32 unidades hospitalarias se encuentran actualmente 516 médicos extranjeros realizando cursos de especialización. Es importante mencionar que para fortalecer la atención médica especializada se programaron 1,353 residentes especialistas del último año de su formación para realizar rotación de campo durante tres a cuatro meses en 145 unidades hospitalarias, a fin de fortalecer la atención especializada en atención primaria.

Se realizó el estudio “Brechas en la disponibilidad de médicos y enfermeras especialistas en el Sistema Nacional de Salud”, lo que permitirá integrar una visión completa sobre las necesidades actuales y futuras de estos recursos, para fortalecer la política pública y la gestión de la calidad de la atención médica en los tres niveles de atención que se ofrecen en el Sector Salud. El estudio está a disposición para su consulta en la web en la página: <<http://www.cifrhs.salud.gob.mx>>.

Para impulsar la formación de los recursos humanos alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales, el SNDIF, a través del Programa Formación de Recursos Humanos y Educación Continua al Personal Médico y Paramédico, de septiembre de 2017 a junio de 2018 se otorgaron tres cursos: uno de posgrado para la formación de 45 médicos especialistas en medicina de rehabilitación y dos de licenciatura para la formación de 693 estudiantes en terapia física y 41 en terapia ocupacional. En febrero de 2018 egresaron 12 médicos especialistas en rehabilitación.

Para **impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud**, la CCINSHAE, propuso en el Comité de Estudio de Necesidades de Formación de Recursos Humanos en Salud la realización del estudio de necesidades de formación de especialistas, que fue realizado por la DGCEs en 2017 y se difundió entre los estados para su conocimiento y referencia. En este mismo comité, la DGCHRAE ha trabajado en coordinación con la DGCINS y la DGCEs para establecer indicadores de diagnóstico situacional de los recursos humanos en salud en el país.

Las especialidades, y en particular los CPAEM, responden claramente a necesidades de las regiones por sus perfiles por lo que a pesar de no contar con la cantidad de becas necesarias ya que únicamente se cubre un porcentaje

cercano a 70% de la matrícula disponible, se tiene residentes nacionales y extranjeros. La cobertura de los campos clínicos disponibles con la calidad probada de los cursos no se ha podido incrementar a pesar de los resultados por limitaciones presupuestales.

Con el objetivo de mejorar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos, los SAP realizaron en el periodo reportado un total de 55 cursos de educación continua, en los cuales se contó con la participación de 1,477 asistentes.

Durante el periodo de este informe, la CONADIC llevó a cabo acciones de capacitación para la formación de recursos humanos, con el objetivo de incrementar las capacidades técnicas de los profesionales de la salud en las 32 entidades federativas. En este sentido, se capacitó a más de 1,200 profesionales de los sectores salud, educativo y social en la instrumentación de talleres psicoeducativos para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, a 135 profesionales de la salud en detección oportuna del juego patológico y a 275 profesionales en el programa de tratamiento de la ludopatía.

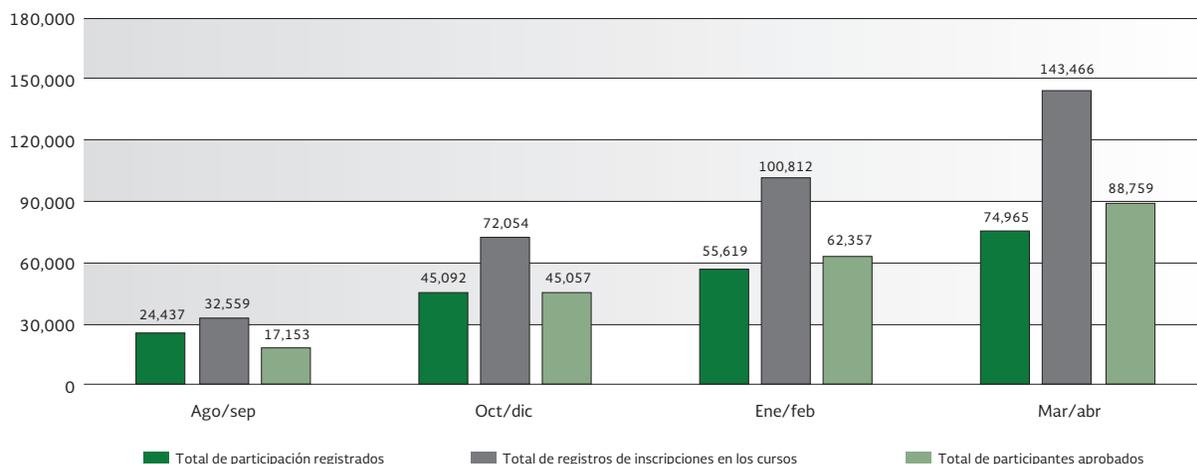
Como parte de las acciones para impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud, la DGCES coordinó e integró, a través del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud (SNAC), los resultados de la capacitación del área médica en la Secretaría de Salud, que se realizaron en 30 estados

de la República, los cuales reportaron 9,947 eventos de capacitación institucional relacionados con los Programas de Acción Específicos, donde participaron 376,842 trabajadores de las ramas médica, paramédica y afín a nivel nacional.

Por otro lado, través de la plataforma Educación, Capacitación y Actualización a Distancia en Salud (EDUCADS), las instituciones del Sector Salud comparten cursos, recursos de aprendizaje virtual, así como información para promover el conocimiento actualizado y las mejores prácticas de atención médica y fortalecer las competencias de los profesionales de la salud, principalmente en el primer nivel de atención, que se abrió en marzo de 2017 con seis cursos y cerró ese año con nueve cursos.

En relación a lo anterior, de septiembre de 2017 a junio de 2018 se produjeron nueve cursos más, que se sumaron a los nueve que ya estaban en línea: “Salud en tu escuela”, “Diagnóstico y tratamiento depresivo en el primer nivel de atención”, “Prescripción por enfermería”, “Manejo de infecciones respiratorias agudas y la enfermedad similar a la influenza paramédicos de primer contacto”, “Ciclos de mejora de la calidad en la atención médica”, “Detección temprana de cáncer infantil”, “Orientación alimentaria, actividad física y empoderamiento en pacientes con sobrepeso y obesidad”, “Atención individual, científica e integral de sobrepeso y obesidad” y “Diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico-uterino”. Actualmente se encuentran operando 18 cursos gratuitos de autoaprendizaje en línea sobre los temas prioritarios en salud.

**GRÁFICA 5.3. EDUCADS. REGISTRO DE PARTICIPANTES
SEPTIEMBRE 2017-ABRIL 2018**



FUENTE: Base de datos de la Plataforma EDUCADS, DGCES SSA, abril de 2018.

Con el propósito de **promover la capacitación para mejorar los procesos de atención en salud, gerenciales y de apoyo administrativo**, la DGCHRAE en coordinación con la DGCINS, la DGCHRF, la Dirección General de Recursos Humanos y Organización y la Coordinación de Proyectos Estratégicos trabajó en la modificación de la MIR del programa de Formación y capacitación de Recursos Humanos y en la propuesta de indicadores de enseñanza en medicina de alta especialidad coordinada con la DGCINS.

Se determinó que la capacitación se consideraría prioritariamente la que requiere de la erogación de recursos presupuestales, pero es indispensable señalar que los HRAE no solo capacitan en materias técnico administrativas o técnico médicas con estos cursos contratados, sino a través de programas en línea ofrecidos por otras instituciones gubernamentales, tiempos beca autorizados en los comités de los hospitales al personal.

Para mejorar la eficiencia en la atención médica en el servicio de Consulta Externa, durante 2017 se implementó el programa piloto SINBA para el registro electrónico de consultas otorgadas, logrando beneficios económicos y sociales para la población de pacientes, mediante la utilización de una plataforma única para el registro de atención de los usuarios, que en un futuro pretende unificar un banco de información único para todas las unidades de salud.

En el HJC se da continuidad a la gestión del talento humano en salud en cursos de capacitación y educación continua no solo en materia técnica científica sino gerencial, lo cual ha permitido un mejor desempeño en el quehacer tanto de la profesión asistencial como administrativa que culmina en una mayor garantía de calidad de atención médica, así como una mayor sensibilización al personal acerca de las necesidades de la institución para proporcionar servicios de calidad, garantizando la seguridad de los pacientes, permitiendo ser percibidos como un hospital “donde existen buenos médicos” dicho esto último por el Órgano Interno de Control mediante una supervisión realizada en la unidad, y a través de encuestas directas al público por parte del Aval Ciudadano y al interior de la Unidad por el área de Gestión de la Calidad.

El HGMGG capacitó al personal administrativo y gerencial, a través de la impartición de los cursos como Equidad de género, Motivación para la excelencia, Prevención de conflictos de interés, Manejo de estrés, Técnicas en calidad en el servicio, entre otros, con el fin de proporcionar conocimientos actualizados e incrementar habilidades y actitudes del personal administrativo.

El INSP realizó la Estrategia integral para la formación de Recursos Humanos en gestión de la calidad de los servicios de salud como respuesta al Programa Sectorial de Salud 2013-2018, que busca formar profesionales con capacidad técnica para ejercer liderazgo en investigación de alto nivel y en la gestión de estrategias, programas y proyectos para mejorar la calidad de los servicios de salud en las instituciones que integran el sistema de salud.

El INC, para 2018, estableció como meta realizar 39 cursos de actualización (educación continua). Asimismo, con el propósito de atender las necesidades de capacitación institucionales, en temas administrativos y gerenciales, se realizó una actualización al programa anual de capacitación 2018, a fin de re definir las líneas de seguimiento para buscar las herramientas adecuadas para dar cumplimiento a los objetivos que permitan alcanzar el mejor aprovechamiento de los recursos y el buen desempeño de cada servidor público en materia de capacitación.

Con el propósito de contribuir al desarrollo de las competencias de los trabajadores, así como de mejorar los procesos sustantivos de las unidades administrativas de nivel central, en el periodo de septiembre de 2017 a junio de 2018 el Subcomité de Capacitación Técnico Médico aprobó 46 eventos de capacitación con costo en los que participarán 960 trabajadores de base y confianza de las áreas médica, paramédica y afín.

Para fortalecer el Campus Virtual de Salud Pública Nodo México, se encuentra en proceso de montaje y desarrollo cinco cursos virtuales cuyos responsables son: CONAMED, CENAPRECE, DGCES, STCONPRA e ISSSTE, cuyo propósito es fortalecer la formación de los recursos humanos en salud.

Entre septiembre de 2017 y junio de 2018 el Programa IMSS-PROSPERA fortaleció la capacitación de su personal operativo mediante la realización de 32 cursos en Soporte Vital Avanzado (ALS, por sus siglas en inglés), Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS), Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS) y Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS), con la participación de 878 personas de las disciplinas médica y de enfermería, que laboran en 21 hospitales rurales en Baja California (1), Campeche (1), Chiapas (1), Chihuahua (1), Durango (2), Hidalgo (1), Michoacán (2), Oaxaca (1), San Luis Potosí (3), Tamaulipas (1), Veracruz Sur (1), Yucatán (1) y Zacatecas (5). Además, seis médicos (directores de hospital) y seis técnicos de radiodiagnósticos, responsables del servicio, fueron capacitados en el Curso de Protección Radiológica

para Personal Ocupacionalmente Expuesto. Se realizó el curso de inducción para 51 médicos generales aspirantes a realizar una de las especialidades médicas para los Servicios Rurales de Salud (anestesiología, cirugía y medicina del niño y del adulto) en su décima generación (2018-2021). Finalmente, concluyeron cursos 53 médicos especialistas de anestesiología, cirugía y medicina del niño y del adulto para los Servicios Rurales de Salud, de la octava generación (2015-2018), quienes suman su capacidad técnica a la red hospitalaria del Programa.

En cuanto a la capacitación al personal de enfermería del Programa IMSS-PROSPERA, destaca la realización del diplomado en línea en Seguridad del Paciente, que tuvo 103 participantes, así como el curso Plan de Mejora Continua para 75 personas, y el dirigido a Evaluadores en el Proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica, en el que participaron 24 personas. Se impartieron cuatro cursos de Vacunación Segura con 31,855 capacitaciones, para actualizar y reforzar las competencias técnicas durante las Semanas Nacionales de Salud.

Además, se realizó el curso-taller de Central de Equipos y Esterilización para el personal de enfermería directivo de hospitales rurales, con siete asistentes. Se efectuaron cursos en línea sobre Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana, con 6,724 participantes. Asimismo, el curso de RECACE (Reporte de Cuasifallas, Eventos Adversos y Centinelas) y Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, con 250 asistentes. Al curso para la Implementación y Estándares de Certificación del Modelo del Consejo de Salubridad General acudió un participante. Seis enfermeras asistieron al Foro de Planificación Familiar; cuatro personas tomaron el curso de Neurodesarrollo del Neonato en el Instituto Nacional de Perinatología, seis directivos participaron en el 5° Congreso Internacional de Calidad y Seguridad del Paciente, además de la integración al Foro Nacional e Internacional por la Calidad en Salud y al Tercer Foro Latinoamericano de Calidad y Seguridad en Salud, con dos asistentes.

Con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de salud e impulsar la capacitación en salud pública, de septiembre de 2017 a agosto de 2018 se impartieron 10 cursos sobre prevención del conflicto derivado del acto médico en la CONAMED, en su modalidad presencial en las instalaciones de la CONAMED, la Facultad de Medicina de la UNAM, y por videoconferencia a 10 estados.

Adicionalmente, se impartieron 105 conferencias en organismos de salud del ISSSTE, IMSS, PEMEX,

hospitales privados, Secretaría de Salud de la Ciudad de México y SS, así como instituciones educativas como la UNAM, IPN, Escuela Militar de Odontología, CONALEP, escuelas y universidades privadas, entre otros. Es importante destacar la participación Internacional de la CONAMED en el Sexto Encuentro Latinoamericano en Santiago de Chile, el Seminario Internacional y el Congreso Internacional en San José, Costa Rica, y la reunión de pares que tuvo como sede la OPS/OMS en Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Para **participar en la elaboración de criterios y lineamientos de acreditación de las instituciones educativas conjuntamente con las instituciones correspondientes** y con el propósito de colaborar con la Secretaría de Educación Pública en el proceso de Registro de Validez Oficial de Estudios en carreras de la salud, se evaluaron 89 solicitudes de planes de estudio y se otorgaron 45 opiniones técnico-académicas favorables a instituciones educativas que, de esta forma, se integran a la oferta nacional de educación en salud.

En aras de **contribuir a la integración de contenidos básicos de género, derechos humanos e interculturalidad en la formación de profesionales**, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018, la DGPLADES realizó las siguientes acciones en materia de la interculturalidad en salud:

- Se impartieron pláticas, cursos y talleres para la inclusión del tema intercultural en sus planes y programas de estudios de la FES Zaragoza de la UNAM (noviembre del 2017), universidades interculturales de San Luis Potosí (noviembre de 2017 y junio de 2018), en los Servicios Estatales de Salud de Chiapas (septiembre de 2017), en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (enero de 2018) y en la escuela de Enfermería del IMSS en la ciudad de México (febrero de 2018), a iniciativa de estas instancias académicas.
- Con el apoyo de la Cuarta Visitaduría de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se realizaron cinco cursos de “Formación de replicadores en interculturalidad y género en el marco de los derechos humanos”, en coordinación con la Unidad de Desarrollo Intercultural y Medicina Tradicional de los Servicios de Salud de Oaxaca (septiembre de 2017) y la Subdirección de Calidad del ISSEMYM (febrero de 2018), con los Servicios Estatales de Salud de Tlaxcala (abril de 2018), Guanajuato (mayo de 2018) y Veracruz (julio de 2018). Se capacitaron a un total de 230 “Replicadores Estatales”.

- Los enlaces de Interculturalidad de los Servicios Estatales de Salud de Campeche, Chiapas, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Tamaulipas, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco, Tlaxcala y Veracruz reportaron la realización de 207 cursos de “Interculturalidad y Género en el marco de los Derechos Humanos”, con la participación de 8,025 servidores públicos de unidades de salud.
- En apoyo al proceso de acreditación de unidades de salud con criterios de interculturalidad, la DGPLADES coordinó cursos vía Internet mediante el “Campus Virtual en Salud Pública” de la Organización Panamericana de la Salud. De septiembre de 2017 a junio de 2018 se matricularon a 2,650 servidores públicos de unidades de salud de los estados de Aguascalientes, Campeche, Colima, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas de instituciones públicas y privadas.

Varias de las tareas destinadas a **impulsar la capacitación en salud pública, salud ocupacional, gestión y calidad de servicios del personal de salud** en el periodo del que se informa, estuvieron a cargo de la CONAMED:

- Impartió dos cursos para la población en general a través de la plataforma de cursos abiertos en línea MexicoX de televisión Educativa de la SEP, con la finalidad de dar a conocer las actividades de la Comisión, los derechos de los pacientes y sus obligaciones como usuarios de los servicios de salud. En estos cursos se registraron 2,100 personas.
- Impartió el curso “Video debate sobre seguridad del paciente”, en 17 sesiones académicas dirigidas a todos los servidores públicos de la Comisión. Hubo un promedio de 53 asistentes en cada sesión. Los temas que se revisaron estuvieron enfocados a analizar diversos aspectos relacionados con la calidad de la atención médica, específicamente en lo que concierne a la seguridad del paciente. En la mayor parte de las sesiones se proyectaron documentales o películas para ilustrar los problemas de la atención médica que se analizaban y debatían. Algunos de los materiales presentados fueron:
 - Documental de la OMS: “El caso de la vincristina”, referido a la administración errónea de medicamentos.
 - Conferencia: “Los daños, los derechos humanos y la responsabilidad médica”.

- Conferencia “¿Cómo garantizar la calidad en la atención de enfermería?: 40 estándares para brindar calidad continua”.
- Documental “La gran historia: el aumento de la resistencia a los antibióticos”.
- Conferencia “Recomendación General de la CNDH sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”.
- Conferencia sobre regulación jurídica del expediente clínico electrónico.

A fin de **consolidar los mecanismos interinstitucionales de colaboración para la formación de recursos humanos**, en septiembre de 2017 se realizó el XLI Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) en cinco días y 14 sedes de aplicación distribuidas en ocho entidades federativas. Sustentaron 37,147 médicos mexicanos y 1,233 médicos extranjeros y fueron seleccionados 8,263 y 217, respectivamente.

Se continuó con los proyectos de evaluación de la seguridad de la información en los procesos del examen, con el Equipo de Respuesta a Incidentes de Seguridad en Cómputo y el Centro Nacional de Respuesta a Incidentes Cibernéticos de la Policía Federal. Con el apoyo de la DGTI se implementó una infraestructura tecnológica compuesta por:

- Más de 8,550 equipos laptop.
- 42 servidores configurados en alta disponibilidad.
- 14 redes de área local.
- Un sistema de videovigilancia a nivel nacional.

Se implementó la logística del evento, la coordinación del soporte técnico, procesos de seguridad alrededor de la aplicación del examen y la administración de más de 100 personas de soporte para aplicar el examen a 8,000 sustentantes promedio por día.

En agosto de 2017, 594 aspirantes realizaron el Examen Nacional de Residencias Estomatológicas, se seleccionaron 150 aspirantes nacionales y 2 extranjeros para evaluación hospitalaria, y finalmente en marzo de 2018 iniciaron su especialidad 42 residentes nacionales y dos extranjeros.

En apoyo a la formación de los estudiantes de Medicina, se asignaron 15,949 becas para participantes en el Programa

Nacional de Internado Médico, en las promociones julio 2017 y enero 2018, con lo que a su vez se fortalecen los servicios básicos en las unidades de atención médica que son sede de las instituciones educativas que tienen convenio de colaboración con el Sector Salud.

Durante el desarrollo del servicio social, los pasantes fortalecen las competencias adquiridas durante su desarrollo académico y las integran a lo largo de su práctica profesional. En este sentido, se contó con becas para los pasantes que se incorporaron al Programa Nacional de Servicio Social en las promociones de agosto de 2017 y febrero de 2018, que incluyen 13,760 de Medicina, 394 de investigación y 15,232 para las carreras afines a la salud. En el marco de este programa sectorial de servicio social, se proporcionaron 38,793 becas a pasantes de Enfermería y 2,246 a pasantes de Estomatología.

Es importante destacar el avance en la transformación del servicio social de Medicina, que se inició como un proyecto piloto en agosto de 2016 en los Servicios de Salud del Estado de Tlaxcala, con la participación de 42 médicos pasantes de la Facultad de Medicina de la UNAM, y en 2017 se extendió a 26 entidades federativas, con 1,200 pasantes provenientes de 50 planes y programas de Medicina. El proceso de implementación se consolidó en 2018 con la incorporación de las 32 entidades federativas y la participación de 3,500 pasantes de 115 programas de Medicina.

Durante este periodo, la Dirección General de Tecnologías de la Información apoyó a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud con el suministro de un servicio integral tecnológico a fin de realizar la aplicación del ENARM 2017, facilitando la infraestructura tecnológica necesaria en cada una de las sedes de aplicación.

El Servicio Integral de Infraestructura Tecnológica para el ENARM, generó un gasto de recursos fiscales por 49.77 millones de pesos correspondiente al pago del servicio, que comprendió un periodo aproximado de 60 días, concluido el 30 de septiembre de 2017.

Esta solución tecnológica sirvió para llevar a cabo el examen nacional, que se aplicó durante cinco días y evaluó a 42,750 aspirantes en las 14 sedes de la República. Durante el ejercicio se realizaron distintas actividades, entre las que estuvieron la entrega e instalación de infraestructura, configuración, pruebas de servidores y equipo muestra, respaldo, borrado seguro de la información y desinstalación.

Con el objetivo de **evaluar la aplicación de las políticas nacionales de formación y capacitación de recursos**

humanos, la DGCHRAE y los propios hospitales realizan encuestas de satisfacción de los residentes con los cursos, obteniendo resultados mayores a 70% en promedio, esto es importante ya que en todas ellas se plantea la evaluación del cumplimiento de los programas académicos pero también la infraestructura educativa, el cuerpo docente, el trato de personal institucional, el cumplimiento de la NOM 001.

Se ha cuidado la calidad de los cursos, con logros muy importantes, como una eficiencia terminal cercana a 96%; en los CRAE HEP, HRAEB y HRAEPY se ha logrado completar la matrícula en los primeros dos procesos de asignación de sedes. En la aplicación de los exámenes del Programa Único de Residencias Médicas de la UNAM, se han obtenido incluso evaluaciones que colocan a los residentes en el primer lugar de las sedes a nivel nacional, como ha sido el caso de Medicina Interna del HRAEB. Otros han conseguido estar entre las 10 primeras sedes, como el CRAE HEP, y han solicitado ser evaluados con ese instrumento, como el CARE CS, con muy buenos resultados por parte de los médicos en formación.

La DGCHRAE ha apoyado los procesos de evaluación realizados por la UNAM en las distintas sedes, y ninguno de los cursos de especialidad se ha suspendido.

Estrategia 5.2

Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

En un esfuerzo destinado a **fortalecer la legislación para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros del SPSS**, y con ello la calidad de la atención, de septiembre de 2017 a junio de 2018 se emitieron los siguientes instrumentos normativos en esta materia:

- Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud para el ejercicio fiscal 2018.
- Adición de la Regla 37 bis y modificación de las reglas 26, 30, 32, 34, 35 y 49 de las Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, autorizada por el Comité Técnico el 6 de octubre de 2017.
- Aviso por el que se da a conocer la información a que se refiere la fracción IX del artículo 87 del Reglamento

de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, correspondiente al año 2018.

Con el objeto de **realizar las adecuaciones operativas necesarias para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros del SPSS**, se continuó con el desarrollo del Sistema de Gestión Financiera integrado por cinco módulos, los cuales ya se han concluido y se encuentran en operación. Este sistema se incluyó como parte primordial del Plan Institucional de Tecnologías de la Información, como herramienta de apoyo para hacer más eficiente la comprobación de los recursos transferidos a las entidades federativas, fortalecer los procesos de comprobación y contratación de servicios, y permitir supervisar las contrataciones de insumos y de personal, acorde a la demanda y necesidades de la población afiliada al SPSS.

En el marco de la línea de acción destinada a **impulsar la eficiencia en el uso de recursos para la atención de enfermedades, particularmente las de alto costo**, la UAE participó en la actualización de varios protocolos de atención médica financiados por el SPSS, específicamente en aquellos padecimientos relacionados con los gastos catastróficos.

En cuanto a las acciones dirigidas a **adecuar los modelos de atención para optimizar el uso de recursos para lograr el acceso efectivo con calidad**, el CENETEC considera que esta actividad se encuentra concluida y no presenta cambios en el periodo a reportar, por lo tanto, no considera relevante reportar información en esta línea de acción.

Con la misión de **consolidar la evaluación de tecnologías como instrumento para la toma de decisiones** y para contribuir a satisfacer las necesidades

de gestión y evaluación de tecnologías para la salud, entre el 1 de septiembre de 2017 y el 31 de agosto de 2018, el CENETEC, realizó las siguientes acciones:

- Otorgó 49 asesorías sobre la eficacia, seguridad y costo-efectividad de medicamentos y dispositivos médicos a solicitud de autoridades del CSG.
- Analizó la seguridad y eficacia o efectividad de 17 medicamentos a petición de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS).
- Realizó tres recomendaciones en materia de evaluación de tecnologías en salud, para la adquisición de fáboterápicos e inmunoglobulinas, la adquisición de medicamentos para planificación familiar y para la adquisición de antivirales de acción directa para el tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis C, a través de la CCNPMIS.
- Presidió tres reuniones del Grupo de Trabajo Interinstitucional de Evaluación de Tecnologías para la Salud (GTI-ETES), cuyo objetivo es promover entre las instituciones públicas del SNS, la Evaluación de Tecnologías para la Salud como una herramienta generadora de información, orientada al apoyo en la toma de decisiones relacionadas con la incorporación, uso o retiro de tecnologías. El GTI-ETES realizó tres evaluaciones de intervenciones de alto impacto en costos y en beneficios en salud para el SNS:
 - “Evaluación clínica y económica de la terapia de reemplazo renal a través de diálisis peritoneal continua ambulatoria o hemodiálisis en México”.
 - “Resultados del análisis del impacto presupuestal de la inclusión de nuevos fármacos antivirales de

CUADRO 5.8. ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA CONCLUIDAS SECRETARÍA DE SALUD (1 DE SEPTIEMBRE DE 2017-30 DE JUNIO DE 2018)

Tipo de acción/ Tipo de unidad	Total	Consulta externa	Diversas unidades médicas	Hospitalización
Total	42	25	0	17
Obra nueva	26	16	0	10
Sustitución	11	9	0	2
Ampliación y fortalecimiento	5	0	0	5

FUENTE: Secretaría de Salud, información con corte al 30 de junio de 2018.

acción directa contra el virus de la hepatitis C: Caso IMSS”.

- “Unidades de teleterapia de cobalto 60, evaluación de su utilización o desinversión”.

En apoyo a la implementación y operación de la Guía para la conducción de evaluaciones económicas aplicable a dispositivos médicos, desarrollada en 2017, la UAE en coordinación con el CSG desarrolló el proyecto para la estimación de los ponderadores sociales de la población mexicana a utilizarse en los análisis de costo-utilidad. El proyecto será ejecutado a través de una colaboración con la International Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research y el Consorcio EuroQoL teniendo un horizonte de ejecución de 18 meses.

Estrategia 5.3

Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud

Para **establecer los mecanismos para generar y conducir un plan maestro sectorial de recursos**, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 a través de inversiones presupuestarias principalmente federales, la Secretaría de Salud por medio de la Subsecretaría de Administración y Finanzas, tiene el registro de la conclusión de 42 obras de infraestructura en 13 estados de la República, estas acciones fueron ejecutadas por las entidades federativas, lo que representó una inversión total de más de 5,652 millones de pesos logrando beneficiar a más de 5.4 millones de habitantes.

Entre dichas obras es importante mencionar la conclusión de los compromisos de gobierno: construcción y equipamiento del Nuevo Hospital Hidalgo en el estado de Aguascalientes; la unidad contó con una inversión de 1,670.83 millones de pesos beneficiando a 540,365 mil habitantes; la construcción del Hospital Materno Infantil en Mérida, Yucatán, con una inversión de 670.45 millones de pesos, con 259,305 habitantes beneficiados, y la construcción del Hospital Materno Infantil en Villa de Álvarez, Colima, con una inversión de 206.8 millones de pesos, con lo que se logró beneficiar a 248,226 habitantes.

Asimismo dentro de las obras concluidas en el periodo, destacan por su relevancia y montos de inversión: el

equipamiento del Hospital Materno Infantil del municipio de Durango, con una inversión de 140.6 millones de pesos en el estado de Durango; la construcción y equipamiento del Hospital General de Coyuca de Catalán, con una inversión de 401.01 millones de pesos en el estado de Guerrero; la construcción y equipamiento por sustitución del Hospital General de Axochiapan, con una inversión de 291.6 millones de pesos; en el estado de Morelos; y el proyecto integral para el mejoramiento del Hospital de la Mujer Puebla y la ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales, con una inversión de 204.08 millones de pesos, en el estado de Puebla.

En lo que respecta a infraestructura federal de la Secretaría de Salud, la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (DGDIF) ha venido realizando acciones para el fortalecimiento de la infraestructura física.

En materia de conservación y mantenimiento, se realizaron obras con una inversión de más de 29.57 millones de pesos con lo que se beneficiaron nueve unidades médicas del sector central de la Secretaría de Salud que se distribuyeron de la siguiente manera:

- Derivado de los efectos del suelo de la zona de construcción y sistema de cimentación fue necesario brindar atención permanente y mantenimiento a los pilotes de control en el HNH, con una inversión de más de 476 mil pesos.
- En la Subsecretaría de Administración y Finanzas fue necesaria la modernización de sistemas de audio y mantenimiento del Auditorio Dr. Miguel E. Bustamante, del edificio sede de la Secretaría de Salud, que incluyó sustitución de plafones, pisos, acabados y mantenimiento de mobiliario fijo en sala del Consejo Nacional de Salubridad. También se modernizaron las instalaciones de audio en la Sala Dr. Guillermo Soberón, se dio mantenimiento a la sala de juntas y se hicieron mejoras en los sistemas hidroneumáticos, eléctricos y bombeo en la instalación hidráulica del edificio sede, todo ello con una inversión de más de 3.4 millones de pesos.
- Asimismo, en el edificio sede de la Secretaría de Salud se invirtieron 237 mil en mantenimiento preventivo a elevador del auditorio y plataformas mecánicas del edificio sede y 2.8 millones de pesos en la construcción de la reja de herrería original, al igual que su basamento de cantera, portones al frente y costados del inmueble. En la Sala Dr. Guillermo Soberón se sustituyó el plafón y luminarias, se cambiaron las alfombras por porcelanato, se modernizaron los

equipos de audio y video, así como la instalación eléctrica, y los equipos de aire acondicionado. En cuanto al puente se rehabilitaron y restauraron el plafón de cobre mediante el retiro de placas de cobre con recuperación, así como las vigas de madera y estructura interna.

- También en este inmueble sede de la Secretaría se dio mantenimiento a la subestación eléctrica, tableros de fuerza y circuitos derivados en baja tensión incluido el cambio de tarjeta en cerebro, mantenimiento al reprogramador lógico, sustitución de batería, cambio de filtros y aceite, así como revisión del sistema de combustión diésel a fin de permitir la operación normal de la planta de emergencia en caso de contingencia con una inversión de más de 1.4 millón de pesos.
- En cuanto al Centro de Documentación Institucional de la Secretaría de Salud se realizó la construcción de una techumbre de aluminio y cristal que permita mantener cubierto el patio central y brindar protección al inmueble ubicado en Donceles 39 con una inversión de 5.2 millones de pesos; asimismo se realizó el mantenimiento y restauración del vitral de ese inmueble, mediante el desmontaje, limpieza y renivelación del sistema de suspensión, además de sellar filtraciones de agua en techumbre superior. Con una inversión de más de 1.6 millón de pesos.
- En el INC se invirtieron 14.3 millones de pesos en la modernización de los pisos de hospitalización, específicamente el piso ocho en el que se realizó cambio de plafones, luminarias, acabados en muros, puertas de madera, cancelería de aluminio, muebles de baño, muebles de madera y renovación de instalaciones eléctricas.

Con respecto a la línea de acción destinada a **desarrollar la infraestructura física y equipamiento en salud**

alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales, cabe señalar que, desde su inicio, el Fondo de Previsión Presupuestal, en su componente de fortalecimiento de la infraestructura física ha destinado recursos líquidos prioritariamente a la construcción, reconstrucción, ampliación, mejoramiento, modernización y equipamiento de la infraestructura de salud pública, en atención a las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población; en el ejercicio 2017 el Comité Técnico del Fideicomiso aprobó el financiamiento de 17 acciones de inversión para obra y/o equipamiento en 13 estados de la república hasta por un monto de 4,709.2 millones de pesos, mientras que para junio de 2018, se aprobó el financiamiento de 25 proyectos de obra y/o equipamiento en 14 estados, con un monto de 3,612.3 millones de pesos.

Para un uso eficiente y racional de los recursos, entre el 1 de septiembre de 2017 y el 31 de agosto de 2018, el CENETEC generó 130 dictámenes de validación de equipo médico por un valor de 5,120 millones de pesos y emitió certificados de necesidad (CDN) para 130 equipos médicos de alta tecnología por más de 1,300 millones de pesos.

Con el propósito de homologar los procesos de gestión de equipo médico para una mejor incorporación de estas tecnologías en el Sector Salud, se lleva a cabo la 4ª Reunión Nacional de Responsables de Gestión de Equipo Médico, en la Ciudad de México, los días 20 y 21 de junio de 2018, con la participación de representantes de las Secretarías de Salud estatales y de unidades médicas de la Secretaría de Salud federal.

El Plan Maestro de Infraestructura en Salud (PMI), es un instrumento rector para la planeación, desarrollo y reordenamiento de la infraestructura en salud (obra y equipamiento). La inclusión de acciones de obra al

CUADRO 5.9 ACCIONES DEL PLAN MAESTRO DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD CONCLUIDAS ENTRE SEPTIEMBRE DE 2017 Y ABRIL DE 2018

Tipo de Unidad	Tipo de sección					Total
	Obra nueva	Sustitución	Ampliación	Fortalecimiento	Equipamiento	
Consulta externa	3	11	5	1	1	21
Hospitalización	2	1	3	2	4	12
Diversas unidades médicas	-	-	-	-	2	2
Total	5	12	8	3	7	35

FUENTE: Secretaría de Salud, DGPLADES. PMI, mayo de 2018.

PMI se realiza a través la emisión de CDN, emitidos a solicitud de los SESA, previo análisis de datos estadísticos (demografía, epidemiología, oferta y demanda de infraestructura, entre otros) del área de influencia de las unidades médicas.

De septiembre de 2017 a abril de 2018, la Secretaría de Salud a través de la DGPLADES recibió por parte de los SESA, 297 solicitudes de CDN, de las cuales 74 fueron dictaminadas favorablemente y se emitieron los CDN correspondientes: 49 sustituciones, 11 obras nuevas, 10 ampliaciones y cuatro fortalecimientos de unidades médicas.

En el mismo periodo fueron reportadas como concluidas por los SESA 68 acciones registradas en el PMI (obra y equipamiento): ocho obras nuevas, 18 sustituciones, 14 ampliaciones, siete fortalecimientos, 19 equipamientos y dos nuevas unidades médicas móviles.

Para **mejorar la calidad de la infraestructura establecida en unidades de primer y segundo nivel**, de septiembre de 2017 a marzo de 2018, IMSS-PROSPERA programó la ampliación y remodelación del área de Urgencias del Hospital Rural de Huejutla de Reyes, obra financiada con recursos de la CDI.

El IMSS durante el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018 ha concluido 47 acciones de obra: 18 de infraestructura nueva, seis nuevas por sustitución y 23 ampliaciones y/o remodelaciones, desarrolladas con una inversión física total de 6,864.1 millones de pesos.

Las prioridades de la inversión institucional en infraestructura médica se han concentrado en la construcción de nuevas unidades. En este periodo destaca la construcción de los hospitales generales regionales ubicados en El Marqués, Querétaro, y León, Guanajuato, y el Hospital General de Zona de Aguascalientes, Aguascalientes. Asimismo, las unidades de medicina familiar de 10 consultorios en Nacajuca, Tabasco; Celaya, Guanajuato; Tláhuac, Ciudad de México; Ciudad Juárez y Chihuahua, ambas en Chihuahua; San José Chiapa, Puebla; Mazatlán, Sinaloa; Aguascalientes, Aguascalientes; Tonalá, Jalisco, y Coatzacoalcos, Veracruz. Además, la Unidad de Medicina Familiar de seis consultorios en Corregidora, Querétaro, y la Unidad de Medicina Familiar de dos consultorios en Cocula, Jalisco.

El IMSS para fortalecer la lucha contra el cáncer de mama ha implementado un programa de construcción de clínicas para la detección oportuna de cáncer de mama, muestra de ello es la construcción de las Clínicas de Mama

ubicadas en Magdalena de la Salinas, Ciudad de México y Veracruz, Veracruz, creadas para identificar en etapas tempranas este tipo de cáncer y aplicar tratamiento especializado, adecuado y oportuno, a fin de reducir la mortalidad en la población derechohabiente femenina.

Con el propósito de optimizar los servicios de las unidades que se encontraban saturadas y/o arrendadas se realizaron obras nuevas por sustitución de las cuales sobresale el Hospital General de Zona de Nogales, Sonora, compromiso de gobierno CG-194, el cual incrementa la infraestructura hospitalaria en el estado y permite mayor autosuficiencia y autonomía de Gestión Médica como respuesta a la creciente demanda de atención de segundo nivel. También resaltan las Unidades de Medicina Familiar en Tizayuca, Hidalgo; Delicias, Chihuahua y Tepic, Nayarit, así como el Centro de Atención Inmediata para Casos Especiales ubicado en Hermosillo, Sonora.

En este contexto, la infraestructura médica nueva y nueva por sustitución, incrementa la capacidad instalada del IMSS en 714 camas y 108 consultorios censables, misma que se desarrolló con una inversión física de 6,158.3 millones de pesos.

Asimismo, se llevaron a cabo 16 ampliaciones y/o remodelaciones médicas, que consistieron en mejorar áreas como urgencias, aulas del Fondo de Fomento a la Educación, tococirugía, unidad de cuidados intensivos adultos y neonatales, consultorios, sustitución de fachadas y escaleras de emergencias. Estas obras se realizaron con una inversión física de 601.5 millones de pesos.

Para una mejor atención a empresas y a los derechohabientes en lo que se refiere a trámites administrativos, el IMSS invirtió más de 40 millones de pesos en la construcción de una nueva subdelegación en Tepatitlán, Jalisco, y la sustitución de la subdelegación ubicada en Tepeapulco, Hidalgo.

Con una inversión de más de 63 millones de pesos, se llevó a cabo la infraestructura no médica siguiente: la ampliación y remodelación de las guarderías núms. 1 y 2 de Villahermosa, Tabasco, y Monterrey, Nuevo León, respectivamente; la ampliación y remodelación de los Centros de Seguridad Social en Veracruz, Veracruz, y Tepic, Nayarit; la ampliación y remodelación de los almacenes General Delegacional en Culiacán, Sinaloa y San Felipe Hueyotlipan, Puebla, y la remodelación de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, que presentó daños a consecuencia del sismo ocurrido el 7 de septiembre de 2017.

En el Hospital General Dr. Manuel Gea González, con la nueva Torre de Especialidades se incrementó el número de consultas. Se pusieron en marcha nuevos quirófanos y dio inicio el programa de cirugía robótica para privilegiar los procedimientos de mínima invasión. Se instaló, además, un nuevo equipo de resonancia magnética. Se reubicaron los servicios de urgencias, pediatría, ginecoobstetricia y adultos, para desocupar el antiguo edificio y proceder a su demolición. Se tiene prevista la construcción de una nueva torre para estas especialidades básicas

En abril del 2017 abrió sus puertas la Unidad de Tococirugía del Hospital de la Mujer para proporcionar servicios de calidad en la atención del parto y del recién nacido. Se remodelaron seis áreas de expulsión, cuatro quirófanos, un área de labor, un cunero de transición con seis espacios, y una sala de recuperación con 16 camas. En enero de 2018, se abrió la Clínica de Heridas en la misma institución. Se instalaron muebles que se recibieron como donación de la Asociación Mexicana de Enfermeras a la Vanguardia en la Atención Especializada de la Mujer.

A fin de **conformar los mecanismos sectoriales de planeación de recursos para la salud**, la DGPLADES integró el Documento de Planeación de Programas y Proyectos de Inversión (PPI) de la Secretaría de Salud correspondiente al periodo 2019-2021, el cual se entregó a la SHCP a través de la DGPYP de la Secretaría de Salud. En total, se presentaron 716 proyectos (priorizados a partir de la propuesta de PPI de las secretarías de salud estatales, unidades administrativas, órganos desconcentrados y entidades coordinadas de la SS), con una inversión de 84,813,957 miles de pesos distribuidos como se muestra en el cuadro 5.10.

CUADRO 5.10. TOTAL DE PROYECTOS PROPUESTOS A LA SHCP POR MEDIO DEL DOCUMENTO DE PLANEACIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO 2019-2021

Unidad responsable	Total de proyectos	Monto total de inversión (miles de pesos)
Estados	516	31,738,007
Organismos públicos descentralizados	151	44,389,112
Órganos desconcentrados	26	2,092,574
Paraestatales	12	3,722,297
Unidades administrativas	11	2,871,967
Totales	716	84,813,957

FUENTE: SSA, DGPLADES. Documento de Planeación 2019-2021.

Con objeto de **consolidar la infraestructura en salud con prioridad en zonas de población en condición de vulnerabilidad**, de las 68 acciones de infraestructura física en salud con registro en el PMI (obra y equipamiento) reportadas como terminadas por los SESA, se contemplan seis acciones que impactaron de manera directa en zonas de la población en condiciones de vulnerabilidad; es decir, mujeres, niños, adolescentes y adultos mayores. Dichas acciones corresponden a: ampliación del Hospital Psiquiátrico Dr. Gustavo León Mojica García, ampliación del área de consulta externa del Hospital Pediátrico de San Juan Aragón, equipamiento de una clínica geriátrica en la Ciudad de México, equipamiento del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, ampliación y equipamiento del Hospital de la Mujer de Puebla.

Estrategia 5.4

Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población

Con el propósito de **incrementar la inversión pública en investigación científica, innovación y desarrollo tecnológico en salud**, el 19 de febrero de 2018 se llevó a cabo la trigésima tercera reunión ordinaria del Comité Técnico y Administración del Fondo Sectorial de Investigación para la Salud y Seguridad Social (FOSISS), en la cual se aprobó la convocatoria 2018-01, 2017-02 y 2017-03 del Fondo, que tuvo en esta ocasión tres modalidades: la tradicional, una para jóvenes investigadores y la tercera para proyectos de largo aliento en el tema de neoplasias en niños y adolescentes. El monto estimado para financiamiento, en 2018, es de 66.5 millones de pesos. Los resultados se darán a conocer en septiembre de 2018. En la trigésima segunda reunión ordinaria del Comité Técnico y Administración del FOSISS se aprobó apoyar 70 proyectos por un monto de 136,378,939 pesos. En diciembre se llevó a cabo la décima reunión extraordinaria del citado comité del FOSISS, donde se autorizó apoyar tres proyectos más, de las categorías 2 y 3 de la convocatoria por un monto de 12,766,794 pesos. Siendo un total de apoyo en este año de 149,145,733 pesos. Se cuenta con líneas de investigación actualizadas, alineadas a los problemas de salud del país: enfermedades oncológicas, crónico degenerativas, infecciones nosocomiales en ciencias quirúrgicas, entre otras.

En el HRAEB y el CRAE CS se ha equipado las unidades de investigación que favorecerán el desarrollo de proyectos científicos. El HRAEI ha planteado contar con un área para la investigación y la innovación en salud. El HRAEV, no cuenta con plazas de investigador, pero su productividad científica y proyectos se mantienen en el nivel más alto pues realiza publicaciones en revistas indexadas de los niveles 5 a 7 las de más alto impacto internacional.

El INSP mantuvo en desarrollo 52 proyectos financiados por el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social durante 2017 y 8 nuevos protocolos de investigación fueron aprobados.

El INC y la UNAM concluyeron la Unidad de Investigación Avanzada en Enfermedades del Corazón, terminada el 30 de junio e inaugurada el 7 de noviembre de 2017.

Para **priorizar la investigación sobre temas relevantes, estratégicos o emergentes en salud**, se realizaron diversas actividades, entre las que destacan las siguientes:

En el análisis estratégico de investigación se revisaron las líneas de este rubro y a través del comité se propusieron nuevas líneas para 2018: neoplasias malignas, enfermedades crónicas, salud reproductiva, embarazo de alto riesgo y medicina perinatal. Enfermedades neurológicas, neurodegenerativas y de salud mental. enfermedades infecciosas y microbiota, investigación psicosocial en salud, salud ambiental y ocupacional, sistemas de salud, medicina regenerativa, envejecimiento y como tema independiente neoplasias en niños y adolescentes.

En el Tercer Congreso Nacional de los HRAE, una de las mesas de trabajo se centró en el planteamiento de proyectos de colaboración para la investigación, se propusieron tres temas para trabajar con un hospital líder: enfermedades emergentes (CRAE CS), hematología (HRAEV) y enfermedades lisosomales (CRAE HEP).

La CCINSHAE participa en todos los grupos a través de la DGCHRAE, el primer tema se tiene la participación del INCMNSZ; el segundo al INCAN y el tercero cuenta ya con un grupo de trabajo en el que participa y el INMEGEN, con lo que se espera realizar proyectos a la vanguardia del conocimiento, pero enfrentando problemas nacionales de salud.

Entre los resultados del trabajo científico realizado por las unidades coordinadas por la CCINSHAE, destaca la primera patente del Instituto Nacional de Medicina Genómica, notificada por el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial el 30 de abril de 2018. El

otorgamiento de patentes a los INSALUD es de suma relevancia ya que propiciarán el desarrollo de nuevos bienes o servicios que repercutan favorablemente en la salud de los mexicanos.

El HRAEV tiene sólida investigación en trasplantes y tejidos, el HRAEO en cáncer y su tratamiento, además de contar con un cuerpo de investigadores jóvenes pero que cuentan con una productividad alta y asesoran a estudiantes de posgrado de las instituciones de salud del estado y los tres investigadores del HRAEPEY tuvieron una productividad de 1.0 a pesar del proceso de reestructuración llevado a cabo para favorecer el desarrollo de la investigación en el hospital.

El HRAEB cuenta ya con su Unidad de Investigación con lo que se espera que la haya un impulso importante de resultados de proyectos de investigación en la región.

Todos los investigadores están evaluados por el Sistema Institucional de Investigadores y cerca de 60% son miembros del Sistema Nacional de Investigadores.

El INSP realizó un proyecto de investigación que derivó en una publicación titulada "Prioridades de investigación en salud en México". El informe presenta los resultados de un nuevo ejercicio de identificación de prioridades de investigación para la salud, en el que participó un amplio grupo de investigadores. El proyecto, convocado por la Fundación Gonzalo Río Arronte y la Fundación Mexicana para la Salud, además del INSP, está inspirado en el que la Comisión Mexicana de Investigación en Salud realizó en 1995.

El INNN desarrolló e impulsó la producción e innovación científica en el campo de las neurociencias, se realizó un total de 265 artículos, nueve capítulos y cuatro libros. Tuvo un total de 100 tesis concluidas, de las cuales 89 fueron de especialidad, nueve de maestría y dos de doctorado. El número de investigadores con reconocimiento vigente en Ciencias Médicas en el Sistema Institucional de Investigadores fue de 91 (74 investigadores y 17 directivos del área de investigación). Se llevaron a cabo 606 presentaciones en congresos. El INNN recibió cuatro premios a la investigación otorgados por la Fundación Armstrong.

A raíz de la epidemia de influenza por el virus A/H₁N₁ que afectó a México en el año 2009, se han realizado numerosos proyectos que han contribuido para entender los mecanismos de enfermedad y gravedad de la infección por virus de influenza A, sin embargo, el virus de influenza pandémica A/H₁N₁ de 2009, continúa circulando cada año en México y en todo el mundo y cada dos años se ha

detectado una mayor prevalencia de formas graves de la enfermedad. En este sentido los investigadores del INER principalmente de las áreas de microbiología, virología, inmunología y centro de enfermedades infecciosas del Instituto tienen proyectos relacionados con el estudio de las características y los cambios en la genética de los virus de influenza A.

El INC cuenta con las siguientes líneas de investigación:

- Enfermedad coronaria.
- Síndrome metabólico.
- Hipertensión arterial sistémica/pulmonar primaria.
- Enfermedad valvular.
- Miocardiopatías y enfermedad de Chagas.
- Sistemas biológicos: celular, molecular y producción de energía.
- Cardiopatías congénitas.
- Nefropatías.
- Elaboración de dispositivos intracardiacos.
- Medio ambiente y sociomedicina.

A fin de **promover la inversión y corresponsabilidad del sector privado para la investigación científica y desarrollo tecnológico en salud**, la Unidad de Apoyo al Predictamen de la CCINSHAE evaluó 40 trámites de protocolos de investigación en seres humanos, sometidos a evaluación por cuatro diferentes patrocinadores de la industria farmacéutica internacional con representación en nuestro país. De ellos, 90% fueron evaluados como favorables para posteriormente someterse a autorización por COFEPRIS en un periodo no mayor a 60 días. El 10% restante ha tenido evaluación con carácter de no idoneidad, por lo que no pueden ser sometidos a autorización.

No obstante que el HRAEV carece de plazas de investigador, mantiene alta calidad en su producción científica, con publicaciones en revistas indexadas de los niveles 5 a 7 de alto impacto a nivel internacional, y se ha planteado la traslación de conocimiento en su línea de investigación sobre tejidos y trasplantes.

En diciembre de 2017 el INC recibió un donativo económico por 2 millones de pesos, el cual se destinará al desarrollo tecnológico en el Instituto.

Con objeto de **promover financiamiento y cooperación internacionales para investigación científica y desarrollo tecnológico en el país**, se dio continuidad a la colaboración con la Organización Internacional de Energía Atómica (OIEA), mediante la participación de recursos humanos en salud en talleres y cursos promovidos por el Organismo. Lo anterior, además de favorecer la capacitación y formación de recursos, fortalece el trabajo intersectorial e interagencial en temas vinculados a la salud y la energía nuclear.

Se coordinó con el Instituto Nacional de Cancerología el proyecto regional “Optimización de la tecnología SPECT/PET-ciclotrón en el diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas en países en desarrollo” a fin de integrar una propuesta de colaboración con el Organismo para el Programa de Cooperación Técnica 2020-2021.

De igual forma, bajo la supervisión técnica del INCAN, el apoyo logístico de la Secretaría de Energía y de la Organización Panamericana de la Salud, se coordinó la Misión de Evaluación impACT (Programa de Acción para la Terapia contra el Cáncer) para ayudar a detectar áreas de oportunidad en los mecanismos nacionales contra el cáncer y se analizó la factibilidad y viabilidad para recibir una donación por parte de Estados Unidos de América, a través de la OIEA, de un acelerador lineal de partículas para uso en tratamiento contra el cáncer.

El HRAEPY inició trabajos con la Universidad de Michigan en proyectos conjuntos, que incluyeron la instalación de un centro de simulación en el hospital en 2017.

Con la finalidad de conservar y mantener una fluida interacción con otras instituciones y centros de enseñanza e investigación del más alto nivel académico en el país y en el mundo dentro de un siempre renovado espíritu de progreso al servicio de la comunidad, así como impulsar la formación de recursos humanos, los investigadores del INC desarrollan líneas de investigación en colaboración de investigadores nacionales y extranjeros de instituciones de gran prestigio.

El HGM cuenta con la Unidad de Investigación y Desarrollo Tecnológico del Centro de Ciencias Aplicadas y Desarrollo Tecnológico (CCADET) de la UNAM.

A través de la colaboración del CCADET y el HGM se abrió un espacio para que los investigadores puedan resolver problemas reales de los pacientes, a través del desarrollo de investigación y nuevas tecnologías entorno a materiales, dispositivos, equipos, *software*, procedimientos terapéuticos y de apoyo para la práctica profesional y la enseñanza clínica.

La Unidad de Investigación y Desarrollo Tecnológico cuenta con un área en la que laboran tres académicos del CCADET que están adscritos permanentemente a la Unidad, siete académicos asociados que trabajan desde el CCADET pero que realizan proyectos en colaboración a través de la Unidad, así como 12 investigadores o médicos del HGM que participan activamente en los trabajos que se realizan en la Unidad.

Se desarrollaron los siguientes proyectos en la Unidad o en colaboración entre académicos del CCADET y médicos e investigadores del HGM:

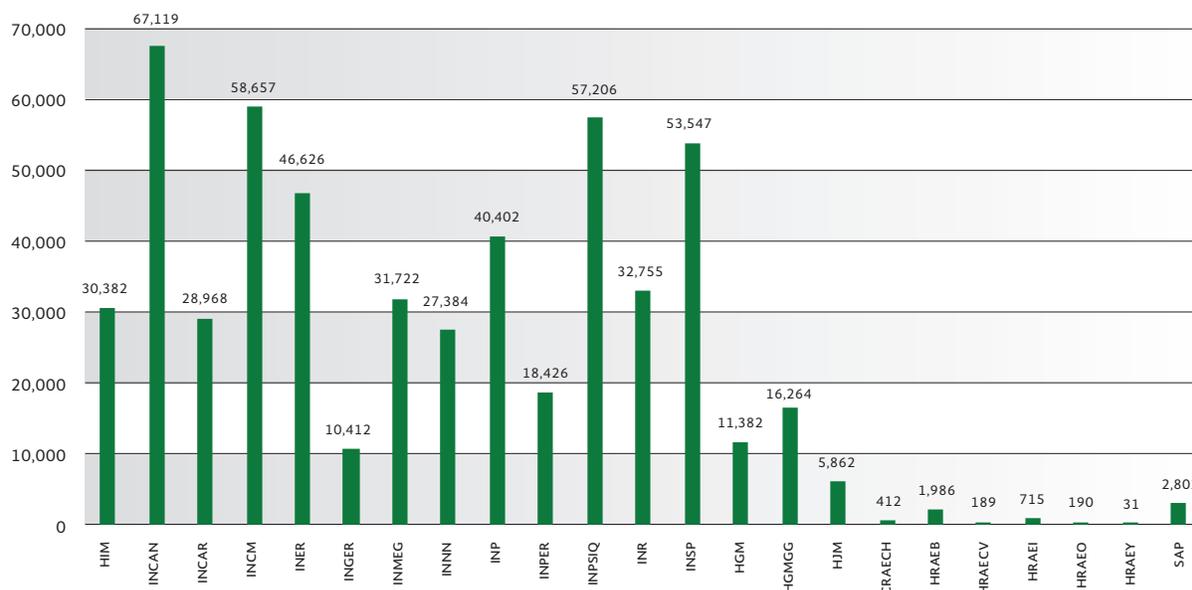
1. Uso de espectroscopia de fluorescencia de UV para evaluar la progresión del cierre de úlceras venosas: estudio de factibilidad.
2. Fotografía de autofluorescencia de UV para la evaluación de estados fisiológicos en tejido fibroso.
3. Estudio de movilidad de la columna vertebral en pacientes con espondiloartritis mediante sistemas computarizados.
4. Simulación de procedimientos de microcirugía de cerebro.
5. Rehabilitación asistida para pacientes con condiciones musculoesqueléticas y neuromotoras.

6. Evaluación del grado de fibrosis hepática por medio de técnicas opto-térmicas implementadas en fibra óptica.
7. Termografía de pie diabético.
8. Sensores de presión piezo-eléctricos de bajo costo para valorar alteraciones en la pisada de niños eutróficos con sobrepeso y obesidad.
9. Desarrollo de Implantes en PMMA mediante el uso de manufactura aditiva.

Lo anterior ha generado un gran dinamismo en los trabajos que se realizan en colaboración entre el CCADET y el HGM.

Por su parte, la CCINSHAE participa como miembro del Consejo Científico de los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de Estados Unidos, donde se realizan recomendaciones para el mejoramiento de programas de salud global, resistencia antimicrobiana, VIH/sida, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y eliminación de hepatitis B y C. Derivado de la asistencia a las reuniones de diciembre de 2017 y mayo de 2018, se acrecentó la relación bilateral de intercambio de información sobre las diferentes enfermedades transmisibles y problemas de salud en general de ambos países.

GRAFICA 5.4 DESCARGAS A TEXTO COMPLETO



FUENTE. Datos estadísticos CONRICyT 2017.

En junio de 2018, en el marco de la Global Alliance and Chronic Disease y la Heads of International Research Organizations, se participó en las discusiones sobre el futuro de la investigación en salud internacional en el contexto de la incertidumbre económica y ambiental en el mundo. Asimismo, se asistió a reunión con los líderes de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos para fomentar el apoyo recíproco al desarrollo de infraestructura en investigación, así como la potencial participación de programas de salud con apoyo internacional para la investigación que se desarrolle en México.

En aras de **gestionar convenios para compartir infraestructura entre instituciones e investigadores, con el fin de aprovechar la capacidad disponible**, la Secretaría de Salud, el CONACYT y la UNAM firmaron la carta de intención del Consorcio Nacional de Investigación en Medicina Translacional e Innovación (CONIMETI), primero en su tipo en América Latina, el cual reunirá a diferentes centros de investigación de las tres dependencias: Institutos Nacionales de Salud, centros de investigación e institutos de la UNAM. Es un proyecto de vanguardia e impacto con características transexenales, cuyo sustento es la importancia para la proyección a futuro del desarrollo de la investigación para la salud, ligado tanto a la pronta incorporación del nuevo conocimiento que imparte la calidad y eficiencia de la atención a la salud, como a su constante generación, que incluye una visión de proyección económica. El CONIMETI apoyará proyectos de investigación en medicina translacional e innovación que lideren investigadores de alto nivel reconocidos por el SNI de las instituciones participantes. En diciembre de 2017 se realizó la Primera Feria Nacional de Investigación en Medicina Translacional e Innovación, con la participación de 427 asistentes, que incluyó la presentación en la modalidad de *pitch* de 12 proyectos de investigación, donde el investigador principal expuso y resolvió inquietudes de inversionistas interesados en el financiamiento a proyectos de investigación. Se expusieron 30 carteles del mismo número de proyectos de investigación relacionados con el tema, y en el área de *stands* se exhibieron algunos prototipos de dispositivos médicos en etapa de desarrollo, además de que se organizaron tres talleres relacionados con propiedad intelectual y emprendimiento.

Resultado del convenio de colaboración establecido con el CONACYT a través del Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica (CONRICyT) para el acceso a las bases de datos, revistas científicas, electrónicas y libros electrónicos a texto completo, las entidades coordinadas realizaron 544,006 descargas a texto completo, distribuidas conforme la gráfica 5.4.

La UAE tuvo participación en foros académicos sobre el tema de cáncer, específicamente el impacto económico de esta enfermedad para el Sector Salud y la economía mexicana. También participó en la Cuarta Reunión Nacional de ISPOR Capítulo México y en el Segundo Foro Binacional de Salud: lanzamiento de la versión en español de la tercera edición de “Prioridades para el control de enfermedades” (DCP3 por su nombre en inglés). La UAE continúa apoyando al Centro Nacional de Trasplantes y la UNAM en la capacitación sobre temas de economía de la salud, dentro del marco del diplomado de Formación de Coordinadores de Donación.

En el marco de las tareas destinadas a **promover la vinculación de las instituciones y centros de investigación con los sectores público, social y privado**, la UAE tuvo participación en foros académicos sobre el tema de Cáncer, específicamente el impacto económico de esta patología para el Sector Salud y la economía mexicana. También participó en la Cuarta reunión nacional de ISPOR Capítulo México y en el Segundo Foro Binacional de Salud: Lanzamiento de la versión en español de la Tercera Edición de Prioridades para el Control de Enfermedades (DCP3).

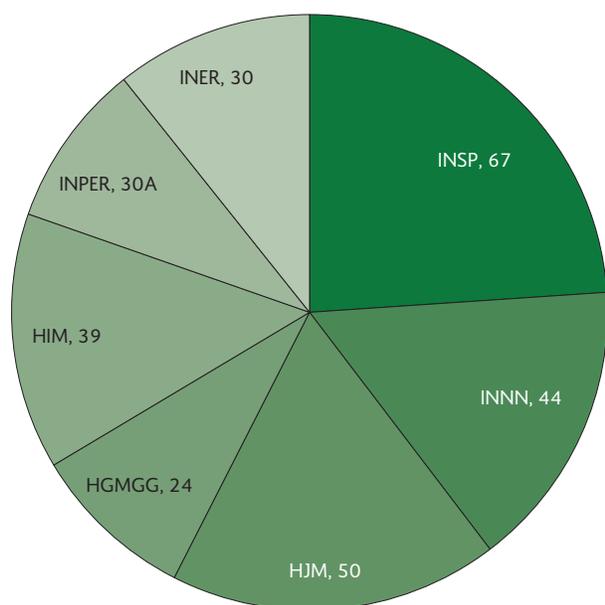
La UAE continúa apoyando al Centro Nacional de Trasplantes y la UNAM en la capacitación de temas de economía de la salud, dentro del marco del Diplomado de Formación de Coordinadores de Donación.

La Red Temática Binacional en Salud Fronteriza, de la Sección Mexicana de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, responde a la necesidad de fortalecer la vinculación en investigación binacional, centrada en la problemática de salud de la frontera México-Estados Unidos. La Red ha sido financiada para su operación durante cuatro años por el CONACYT y busca ser un agente articulador de las diferentes acciones y esfuerzos en salud que se realizan en la región fronteriza México-Estados Unidos. Está integrada por 61 investigadores de universidades de los 10 estados fronterizos de México y Estados Unidos; de los 41 miembros investigadores de México, 27 pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT. Los miembros de la Red están adscritos a 32 instituciones públicas y privadas, 21 de México y 11 de Estados Unidos, de las cuales 10 son universidades mexicanas, nueve universidades estadounidenses, dos centros de Investigación CONACYT, y la Sección Mexicana de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos.

La Red ha logrado constituir un espacio en el que interaccionan investigadores de ambos lados de la región fronteriza, lo cual permite el intercambio de ideas

y fortalece la cooperación académica entre ellos; ha favorecido la integración de múltiples esfuerzos individuales de académicos, organizaciones e instituciones que buscan incidir favorablemente en la salud de la región; ha auspiciado el contacto de instituciones e investigadores con menor experiencia con instituciones que poseen mayor solidez e investigadores con carrera consolidada; ha contribuido a la definición del concepto de salud frontera; ha iniciado la ruta hacia una sólida cooperación multidisciplinaria e interinstitucional no solo para el desarrollo del trabajo académico, sino también para su difusión en relación al tema de la Red; por último, ha potenciado la vinculación a lo largo de la región fronteriza mediante la creación de oportunidades de fortalecimiento de capacidades y formación de recursos humanos que incluyen a investigadores y estudiantes de los 10 estados fronterizos.

GRÁFICA 5.5. ASISTENCIA A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN CONRICYT SEPTIEMBRE 2017-AGOSTO 2018



FUENTE: Datos estadísticos Dirección General de Políticas de Investigación en Salud/Dirección de Concertación y Difusión Académica 2017-2018.

Durante los cuatro años de operación de la Red se ha logrado: a) establecer las bases para la integración de capacidades de individuos y de instituciones públicas y privadas interesadas en la salud fronteriza, lo que se ha materializado en un incremento de conectividad a lo largo de la propia Red; b) ha favorecido la articulación de las acciones de sus integrantes a lo largo de la frontera mediante el uso de tecnologías de la información; c) ha contribuido a la difusión del conocimiento con la edición

especial de un número sobre salud fronteriza en una revista especializada; d) ha contribuido al fortalecimiento de recursos humanos mediante el programa de estancias técnicas, la incorporación de estudiantes de pregrado y posgrado, el programa de capacitación de miembros de la red; y por el diseño de un programa de maestría en salud pública centrado en salud fronteriza, y e) ha favorecido la construcción de una ruta hacia una sólida cooperación multidisciplinaria e interinstitucional para el desarrollo del trabajo académico y el logro de las metas del sector mediante el fortalecimiento de la vinculación entre ambos.

A fin de incrementar las habilidades de los usuarios de las unidades coordinadas y promover la vinculación de los mismos, que les permitan fortalecer la publicación de sus trabajos de investigación y optimizar la consulta de las bases de datos, las revistas y los libros electrónicos, la CCINSHAE, se llevaron a cabo siete Jornadas de Capacitación CONRICyT, en el mismo número de sedes, con la participación de 284 profesionales de la salud, distribuidos como se indica en la gráfica 5.5.

Se mantienen los convenios en otros HRAE con las instituciones educativas estatales lo que ha permitido el avance de proyectos, el reconocimiento de los investigadores pero además potenciar las capacidades con la colaboración y aprovechamiento de infraestructura científica, como han sido los casos del CRAE CS y HEP.

Los artículos en colaboración representan cerca de 80% de los artículos publicados en el periodo, lo que habla de la intensa relación sostenida por los investigadores y médicos de los HRAE.

Se ha contado con el apoyo para la búsqueda de artículos por parte de la CCINSHAE para los HRAE pero se ha ampliado por parte de ellos las bibliotecas físicas y virtuales para apoyar las actividades de docencia e investigación.

El INSP desarrolló en 2017 más de 331 proyectos de investigación a través de sus 20 Líneas de Investigación por misión, algunos ejemplos de proyectos relevantes son: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT); Evaluación espacio-temporal del impacto de las medidas de control vectorial en la reducción de la población de mosquitos y de la incidencia de dengue en México; Proyecto piloto para el desarrollo de un Programa Nacional de tamizaje para prevención de complicaciones oculares de la diabetes y enfermedades crónicas en adultos de comunidades marginales; Estrategia: Modelo Integral de Partería; Conducta suicida en adolescentes en México; Análisis longitudinal de los determinantes y diseño de una

estrategia integral de prevención de la transmisión vertical de VIH y sífilis congénita en México; Identificación de genes que confieren resistencia a antibióticos carbapenémicos y quinolonas en aislamientos clínicos de bacilos gram-negativos no fermentadores; Protección contra enfermedades prevenibles por vacunas en uso y factores epidemiológicos de susceptibilidad en niños, adolescentes y adultos a partir del análisis de la ENSANUT 2012, entre otros.

El 7 de noviembre de 2017, el Secretario de Salud, Dr. José Narro Robles, presidió la ceremonia de inauguración de la Unidad de Investigación en Medicina Traslacional UNAM-INC. Este acto también contó con la presencia del Dr. Enrique Graue Wiechers, rector de la UNAM; la Dra. Patricia Ostrosky, directora del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM; el Dr. Germán Fajardo Dolci, director de la Facultad de Medicina de la UNAM; el Dr. Marco Antonio Martínez Ríos, director general del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, así como la asistencia de diversos funcionarios de la Secretaría de Salud, la CCINSHAE y directores de institutos y hospitales.

Este espacio, forma parte del Consorcio de Investigación en Medicina Traslacional, integrado por la UNAM, el CONACYT y la SS.

Siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte en México, en las que intervienen factores genéticos, nutricionales, biológicos y sociales; en la Unidad de Investigación en Medicina Traslacional UNAM-INC, se realizarán estudios multidisciplinarios en la búsqueda de los mecanismos de estas enfermedades, de tratamientos eficaces que puedan ser aplicados en un futuro próximo a los enfermos.

Para **fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos** y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), la Secretaría cuenta con el mayor número de investigadores que pertenecen al SNI, solo después de la UNAM.

Todos los HRAE han establecido y registrado sus diferentes comités, destacando el de Ética en Investigación lo que ha garantizado la mejoría de los proyectos y el apego a las directrices. En dichos comités se revisan y autorizan todos los proyectos, incluyendo las tesis de los residentes lo que ha facilitado que los médicos en formación puedan publicar artículos de alto nivel por la calidad de sus trabajos.

Entre las instituciones del Sector Salud, el IMSS y el ISSSTE cuentan con 326 y 19 investigadores, respectivamente.

En total, la Secretaría registra 1,327 investigadores con reconocimiento en el SNI, los cuales se distribuyeron de la siguiente forma: 1,235 en los INSALUD, 74 en los HFR, 12 en los HRAE y seis en otras unidades coordinadas, como los SAP y el CNTS, así como la propia CCINSHAE.

La Secretaría ha llevado a cabo diversas acciones, en la búsqueda de fomentar las medidas para extender y mejorar los canales de comunicación y difusión de la investigación científica y tecnológica, particularmente en la investigación en ciencias de la salud. Se realizaron reuniones con los INSALUD, HFR y HRAE para retroalimentar los resultados del desempeño, reorientar acciones e identificar áreas de oportunidad en materia de investigación en salud. Para ello, en marzo y abril de 2018 se revisaron los anexos estadísticos de 13 INSALUD, tres HFR y seis HRAE para validar la información que presentan a sus respectivas Juntas Gobierno 2018.

Se realizaron 12 reuniones mensuales con la Comisión Externa de Investigación en Salud, conformada por los directores de investigación de los INSALUD, HFR y HRAE, a efecto de coordinar las acciones sustantivas relacionadas con los programas de Estímulos al Desempeño y de Ingreso, Promoción y Permanencia de los Investigadores en Ciencias Médicas (ICM) de la SS. Además, se hizo la revisión de la Matriz de Indicadores de Resultado del Programa Presupuestario Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud (E022), se emitió la convocatoria del FOSISS 2018 y se llevó a cabo la difusión de información relevante relacionada con la investigación en salud.

En 2018 se realizará el XXIII Encuentro Nacional de Investigadores de la SS. Para tal efecto han concursado 169 trabajos, de los cuales se seleccionarán y presentarán 70 en forma oral, divididos en 21 del área clínica; 35 de biomédica, y 14 de salud pública y ciencias sociales. En cada área, se premia al mejor trabajo. Asimismo, se premiarán cuatro tesis de maestría, y cuatro de doctorado en diferentes áreas, y tres artículos publicados en revistas de alto impacto (de los grupos IV a VII de la clasificación del Sistema Institucional de Investigadores de la CCINSHAE). Para fortalecer y optimizar los procesos de evaluación y seguimiento académico de los ICM, se realizó la evaluación de ingreso, promoción y permanencia, así como el otorgamiento de estímulos al desempeño.

En marzo de 2018 se emitió la Convocatoria 2018 de ingreso, promoción y permanencia, en la cual se inscribieron 682 investigadores: 168 para ingreso, 148 para promoción y 366 para permanencia. El número total de investigadores en el sistema institucional suma 1,522,

de los que están vigentes 1,403. Se otorgó el estímulo a la permanencia a 1,206 investigadores por un monto de 179,233,525 pesos.

En junio de 2018 se emitió la Convocatoria para el Estímulo al Desempeño de los ICM de la Secretaría de Salud; se inscribieron 511 investigadores. Los resultados se darán a conocer en la segunda quincena de septiembre.

De septiembre de 2017 a agosto de 2018 se publicaron seis números de la “Revista de Investigación Clínica” (RIC), órgano oficial de difusión científica de los INSALUD y Hospitales de Alta Especialidad. La publicación de la RIC ocurre bajo la responsabilidad administrativa de la SS, que mantiene el objetivo de aumentar el factor de impacto de la revista, el cual en 2016 fue de 0.366, lo que constituyó una disminución de 22.9%, con respecto a 2015. Continúa el compromiso para mantener e incrementar la calidad de la información científica que se difunde en la RIC, que es consultada en el ámbito internacional, lo que abre una ventana de oportunidad para la colaboración científica.

En el transcurso del periodo se distribuyeron entre el personal directivo de la CCINSHAE, 300 ejemplares impresos (50 por bimestre). La revista se difundió sobre todo en formato electrónico, por dos mecanismos: 1,115 entregas a las escuelas y facultades de Medicina, universidades y ministerios de salud en América Latina, Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda; 598 a los autores correspondientes, nacionales y extranjeros, y 14,586 para el envío a los suscriptores.

El resultado de la difusión se verifica con la consulta que realizan los interesados en la página web de la revista: <<http://clinicalandtranslationalinvestigation.com/>> y la descarga de los artículos. En el periodo sobre el que se informa, los usuarios visitaron la página web de la Revista 13,299 veces; revisaron los artículos en 11,016 ocasiones y descargaron 30,303 artículos.

El boletín Informativo de la CCINSHAE continúa publicándose semanalmente de manera electrónica para la difusión de oportunidades de apoyo a la investigación, convocatorias, premios, comunicaciones, becas e intercambios científicos para los investigadores de la SS, así como acciones puntuales de financiamiento directo a la investigación a través del fondo sectorial respectivo y de la difusión específica de acceso a financiamiento extranjero, becas y congresos. Del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018 se han emitido 50 publicaciones del boletín y se han realizado 20,043 visitas. Desde 2017 el sitio web Observatorio Institucional de Investigación en Salud (OIS) puede consultarse en: <<https://www.gob.mx/insalud/acciones-y-programas/observatorio-institucional-de-investigacion-para-la-salud-2017>>, el cual dispone de información relevante y confiable para analizar, medir, evaluar y encontrar alternativas de solución a problemas que enfrenta la investigación para la salud, retroalimentar a las organizaciones que participan en ella, a fin de fortalecer y modificar la planeación de acciones en busca de investigación con calidad.

Las actividades del programa de Comité Único designado para evaluar proyectos de investigación multicéntricos continúan con finalidad de realizar una sola evaluación y aprobar el protocolo donde participan dos o más centros de investigación, y que los centros participantes reconozcan dicha aprobación sin la necesidad de que cada centro realice más evaluaciones. De esta manera, se optimizan los tiempos para iniciar el proyecto de investigación. En el periodo comprendido entre septiembre de 2017 y agosto de 2018 se han evaluado tres protocolos multicéntricos relacionados con enfermedades infecciosas de tipo respiratorio, como la influenza.

El INC cuenta con un Comité de Ética en Investigación, Comité de Investigación, Comité de Bioseguridad, Comité de Interno de Vigilancia del Uso Adecuado de los Recursos Destinados a la Investigación y el Comité de Interno para el Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio. Todos ellos funcionan en apego a la normatividad y con el propósito de que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos.

Estrategia 5.5

Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos

Con objeto de **impulsar la liberación de genéricos para disminuir el gasto en salud**, en abril de 2018 se liberó el décimo sexto paquete de medicamentos genéricos como una estrategia para el ahorro de las familias. Dentro de este paquete se liberaron los medicamentos:

- Pioglitazona, para tratar el padecimiento de la diabetes y la disminución de sus complicaciones (72% más barato que el innovador).
- Anastrozol, detiene el crecimiento de varios tipos de células del cáncer de mama (68% más barato que el innovador).

- Valsartán, es un antihipertensivo que también se usa para tratar la insuficiencia cardiaca y mejora la insuficiencia después de un infarto al miocardio (78% más barato que el innovador).

Con la liberación de este paquete, el Gobierno de la República ha liberado 43 sustancias activas que corresponden a 589 nuevos registros de medicamentos genéricos que atienden más del 70% de las causas de mortalidad en la población mexicana. De esta forma, la política de genéricos del Gobierno de la República ha permitido una reducción promedio de 65% en los precios de los medicamentos, lo que representa un ahorro promedio de 1,446 pesos para el consumidor.

A fin de establecer los mecanismos para un manejo de riesgos sanitarios más eficiente, durante 2017 el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario incluyó en su programa 24 temas, cuyo estatus es el siguiente:

- Para el 31 de diciembre de 2017 se concluyeron seis temas (25%), de los cuales:
 - Cuatro han sido publicados como Normas Oficiales Mexicanas definitivas en el Diario Oficial de la Federación.
 - Dos se concluyeron como proyectos.
- Los 18 temas restantes (75%) fueron reprogramados e inscritos en el Programa Nacional de Normalización 2018.
 - De ellos, se han concluido cuatro temas (22%): uno se publicó como NOM definitiva en el Diario Oficial de la Federación y tres como proyectos.
 - A los temas restantes incluidos en el Programa Nacional de Normalización 2018 (78%) se le está dando cumplimiento conforme a las etapas y plazos establecidos en la Ley Federal de Metrología y Normalización, y atendiendo a las facultades de las áreas técnicas.

Con el propósito de **impulsar la compra consolidada de medicamentos e insumos entre las instituciones del sector público**, por quinto año consecutivo, la Secretaría de Salud a través del IMSS, impulsó la compra consolidada de medicamentos e insumos entre las instituciones del sector público y fomentó la compra coordinada de estos, entre la federación y las entidades federativas, con la finalidad de garantizar el abasto y acceso oportuno a la población usuaria. Durante el último cuatrimestre

de 2017, el IMSS coordinó la compra consolidada para el ejercicio 2018, en la que participaron 23 Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Federales de Referencia, así como 22 Secretarías de Salud estatales, por un monto de 48,491 millones de pesos. Se espera que al cierre del presente ejercicio fiscal se obtenga un ahorro aproximado de 3,178 millones de pesos.

Con estas adquisiciones se amplió la oferta de medicamentos a la población, de más y mejores insumos para la salud, fomentando con ello un gasto eficiente de los recursos en salud.

La UAE continuó analizando las tendencias de la compra consolidada de medicamentos y material de curación para el ejercicio fiscal 2017. Los resultados sirvieron al proceso de consolidación liderados por la SAF en el contexto de los SESA y los Hospitales Federales de Alta Especialidad.

Para **fomentar la compra coordinada de medicamentos e insumos entre la federación y las entidades federativas**, en diciembre de 2017, el IMSS concluyó la compra consolidada de medicamentos para atender necesidades en 2018. El proceso estuvo liderado nuevamente por el IMSS y participaron 50 entidades públicas, de las cuales cinco son dependencias y/o entidades federales, 22 gobiernos estatales y 23 INSalud.

En esta compra consolidada del Sector Salud se adjudicaron más de 1,300 claves de medicamentos y material de curación y el monto adjudicado superó los 48 mil millones de pesos, convirtiéndose en la más grande del sector público.

Gracias a la consolidación, que permitió una disminución en los precios, los ahorros generados este año ascendieron a 3,178 millones de pesos que, sumados a los conseguidos en las compras realizadas en 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016 y 2016-2017 representan un ahorro total acumulado de 17,393 millones de pesos.

Con la coordinación interinstitucional se obtienen mejores condiciones de calidad y precio en los medicamentos y material de curación para los usuarios, pero, sobre todo, estas acciones se ven reflejadas en mejoras en los servicios médicos que las instituciones participantes prestan para atender y cuidar la salud de más de 90 millones de mexicanos.

En el primer semestre de 2018 se iniciaron las actividades de la compra consolidada para atender necesidades en 2019. En enero de 2018 se extendió la invitación

a participar en los procedimientos de contratación a dependencias, institutos de salud y entidades federativas; asimismo, en febrero de 2018 se difundieron los lineamientos, el catálogo de bienes y los formatos para elaborar el requerimiento, iniciándose la consolidación del mismo y la integración de términos y condiciones. Con estas medidas se tendrá la documentación que soporte las actividades de compra en el segundo semestre de 2018.

En aras de asegurar las mejores condiciones de compra y garantizar la transparencia, se implementó una nueva estrategia de fortalecimiento para la compra consolidada 2018-2019, consistente en la celebración de reuniones de trabajo entre el IMSS y el ISSSTE, y colaboración del Órgano Interno de Control y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), con los principales representantes de la industria, como son Cámara Nacional de la Industria de Transformación, Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica y Asociación Nacional de Industriales, llevándose a cabo la primera en febrero de 2018 y la segunda en abril de 2018.

A fin de **consolidar el proceso de negociación de precios de medicamentos e insumos con patente vigente y de fuente única**, La UAE continuó su labor como Secretariado Técnico de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud en 2017. Asimismo, la UAE continuó coordinando los trabajos del Comité de Evaluación Económica de la Comisión.

Por otra parte, el CSG enmarca la elaboración, actualización y difusión del Cuadro Básico y Catálogo

de Insumos del Sector Salud, con el objetivo de **vigilar la eficiencia en el gasto asignado a la compra de medicamentos e insumos para la salud**.

El CBCISS deberá mantenerse actualizado de manera permanente, tomando como base el avance del conocimiento y el desarrollo de la tecnología. La actualización del CBCISS se realizará mediante los procesos de inclusión, modificación y exclusión de los medicamentos, material de curación, instrumental, equipo médico, auxiliares de diagnóstico, osteosíntesis y endoprótesis, nutriología, medicamentos herbolarios y medicamentos homeopáticos contenidos en él. Este proceso se realiza en tres etapas: valoración, evaluación y dictamen.

En el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018 se recibieron un total de 161 solicitudes de actualización.

Se colabora, así, a garantizar el acceso a servicios esenciales de salud para toda la población, al tiempo que se coadyuva a mejorar la calidad, seguridad y eficiencia de la atención a la salud que otorgan las instituciones públicas del SNS, al proveer insumos que han probado su seguridad, eficacia terapéutica y eficiencia.

Al igual que en años anteriores, la Secretaría de Salud, a través de UAE y la CNPSS, de manera conjunta desarrolló la estimación de los precios de referencia de los medicamentos incluidos en el CAUSES y el FPGC, con la finalidad de supervisar una adecuada utilización del gasto asignado para la compra de los medicamentos e insumos para la salud a los REPSS.





6. AVANZAR EN LA
CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD
UNIVERSAL BAJO LA RECTORÍA
DE LA SECRETARÍA DE SALUD



3000 Nova

SIEMENS

MAT

EMERGENCY STOP

Estrategia 6.1

Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal

El propósito general del Consejo Nacional de Salud continúa siendo impulsar coordinadamente entre los componentes del Sistema Nacional de Salud los procesos integrales de la planeación en materia de salud pública, siguiendo un esquema de atención más homogéneo, una operación integrada y una mayor coordinación entre las distintas instituciones del sector. Su finalidad es cumplir con los objetivos dirigidos a la consolidación del SNS, a través de la evaluación del avance del cumplimiento, en cada entidad federativa, de las estrategias y líneas de acción establecidas en el Programa Nacional de Salud.

Examinar los sistemas estatales de referencia y contrarreferencia de usuarios y los apoyos de carácter federal que sean necesarios, así como unificar criterios en el cumplimiento de los programas de salud de mediano y largo plazo; asegurar la coordinación en la atención en materia de salubridad general; apoyar la cooperación técnica en la organización; promover el cumplimiento de los programas prioritarios de salud, y proponer esquemas de cofinanciamiento de la salud pública, son los elementos que han permitido avanzar en la descentralización de los servicios de salud, superando los problemas que las circunstancias políticas presentaron en su momento y que obligaron a establecer las bases materiales, económicas, sociales y funcionales capaces de afrontar el futuro con aptitudes de adaptación. Esto demandó de la Secretaría de Salud la puesta en marcha de un proceso eminentemente creativo, con la participación de los gobiernos estatales, sustentado en bases programáticas y de uso oportuno de la plataforma instrumental y de mecanismos disponibles, que superaron la etapa de formulación y permitieron acceder a la evaluación y consolidación de los Servicios Estatales de Salud.

A fin de lograr las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para los niños y niñas sin protección social en salud, resulta prioritario poner en práctica la línea de acción destinada a **afiliar o**

reafliar al SPSS a la población sin seguridad social, especialmente aquella que vive en condición de vulnerabilidad. En particular, atender la afiliación de niños menores de cinco años de edad residentes en el territorio nacional y que no tienen derechohabencia en otro sistema de previsión social en salud. En este contexto, de septiembre de 2017 a marzo de 2018 el padrón general del SPSS registró 53.3 millones de beneficiarios, en tanto que la afiliación del Programa SM SXXI registró 4.8 millones de niñas y niños, lo que representa 9% del padrón general.

En 2018, 60.9% de la población beneficiaria de IMSS-PROSPERA (7,993,015 personas) ya cuenta con afiliación al SPSS. Esto representa un incremento de 53.4% respecto a la población beneficiaria que contaba con dicho sistema de aseguramiento en 2013 (5,211,499), al inicio de la presente administración. Entre septiembre de 2017 y junio de 2018, personas afiliadas al Seguro Popular han recibido 8,274,621 consultas en unidades médicas de IMSS-PROSPERA.

Para contribuir al propósito de **otorgar los beneficios del SPSS a la población cubierta por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades**, IMSS-PROSPERA dio cobertura a 1.65 millones de familias beneficiarias de PROSPERA Programa de Inclusión Social, lo que representó 27% respecto a los 6.2 millones de familias registradas en todo el país. A través del componente de Salud se proporcionó de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud y la ampliación progresiva a las 27 intervenciones de Salud Pública del CAUSES, respecto de la cual en el primer semestre de 2018 se registró un avance de 87% a nivel nacional.

El Programa PROSPERA refuerza las acciones de coordinación para contribuir al desarrollo de capacidades, el acceso a los derechos sociales y el bienestar de la población en pobreza. Con el propósito de que los beneficiarios tengan acceso a una atención integral, se promueve su afiliación al SPSS, que incluye las estrategias complementarias del Sistema. De septiembre de 2017 a junio de 2018 el total de personas beneficiarias de este programa afiliadas al SPSS pasó de 20.17 a 18.36 millones, lo que significó una variación de -8.9%. Esto se derivó principalmente de que hubo personas que no acudieron a reafiliarse, o que de que al confrontar padrones se encontró que algunos beneficiarios del

SPSS ya eran derechohabientes de otras instituciones de seguridad social debido a su incorporación al mercado laboral formal.

En aras de **ampliar gradualmente las intervenciones cubiertas por el SPSS**, el CAUSES contempla intervenciones agrupadas por conglomerados, en cada intervención están contempladas las enfermedades y los procedimientos médicos contenidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades. El incremento de las intervenciones del CAUSES se ha realizado de manera progresiva, para el periodo de septiembre de 2017 a junio de 2018 se actualizó el catálogo y, actualmente la cobertura es de 294 intervenciones, mientras que, el listado de medicamentos asociados a las mismas aumentó a 633 y 37 insumos, para dar un total de 670 claves, es decir, un incremento de 1.5%.

Con el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención de los beneficiarios del SPSS que sufran enfermedades de alto costo y que provocan gastos catastróficos, se cuenta con el FPGC, que actualmente financia la atención médica de 65 intervenciones. Esto es posible gracias a las adiciones realizadas a partir de enero de 2018 de padecimientos como cáncer de esófago, trasplante de corazón, trasplante hepático y trasplante pulmonar. Asimismo, se autorizó un apoyo financiero de 9,532.27 millones de pesos para el pago del tratamiento de casos y eventos de seguimiento que se presenten en 2018.

A fin de **establecer los mecanismos para la compensación presupuestaria entre instituciones y entidades federativas**, se cuenta con la Compensación Económica con Establecimientos de Salud del Sector Público Federal para garantizar a los afiliados del SPSS la portabilidad mediante la efectiva prestación de los servicios médicos en cualquier entidad federativa, sin importar su lugar de origen o afiliación, por razones de distancia, tiempo de traslado, tránsito interestatal o urgencia médica.

A través de la Compensación Económica Federal, de septiembre de 2017 a junio de 2018 se han registrado 18,297 casos en el sistema, con un importe equivalente a 205.2 millones de pesos. El Estado de México fue la entidad que recibió un mayor número de atenciones para sus beneficiarios, con 38.4%, seguido por la Ciudad de México, con 28.9%, y Chiapas con 25.2%.

A fin de **preparar al sistema para que la persona usuaria seleccione a su prestador de servicios de salud**, y como parte de los mecanismos y modalidades del intercambio de servicios no planificado entre las distintas instituciones del SNS, desde 2011 se cuenta con

el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, integrado en la actualidad por 467 unidades médicas resolutorias del IMSS, IMSS-PROSPERA, ISSSTE y SS, distribuidas en las 32 entidades federativas.

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

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

El total de atenciones registradas del 1 de diciembre de 2012 al 29 de junio de 2018 por las tres instituciones en el Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas (SREO) acumuladas a la fecha es de 6,910 (4,158 madres y 2,752 recién nacidos). Esta atención expedita se presta sin condicionamiento a algún esquema de aseguramiento o derechohabencia en cualquiera de las instituciones del Sector Salud (IMSS, IMSS-PROSPERA, ISSSTE o SS).

El 7.19% de las mujeres y 10.71% de los neonatos requirieron de atención en Unidad de Cuidados Intensivos. En 19.52 % de los casos se realizó cesárea por emergencia obstétrica y 74.92% de los recién nacidos egresaron sanos. Como resultado de la portabilidad interestatal del Convenio, 6.8% de las atenciones se realizaron en entidades federativas diferentes a la de la residencia habitual de la paciente.

En el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 29 de junio de 2018 se han brindado un total de 1,381 atenciones, de las cuales 786 son madres y 595 recién nacidos. En relación con las atenciones efectuadas en el periodo anterior hay una variación de 1.01%.

El 19 de diciembre de 2016, se adiciona el capítulo V Bis, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, tiene por objeto regular la atención médica que se debe brindar a las mujeres que presenten una Urgencia Obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la Referencia que realice una Unidad Médica Receptora, en las Unidades Hospitalarias, independientemente de

su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

Acciones relevantes para la atención de la urgencia obstétrica, actualmente el Convenio General para la Atención de Emergencias Obstétricas continúa siendo una de las estrategias que hace posible el intercambio de servicios no planificado y junto con el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, suscrito en abril de 2016, contribuye a encaminar los esfuerzos por lograr la universalización y portabilidad de la atención médica del país.

Con el objetivo de que los HRAE cumplan con los más altos estándares de calidad y seguridad que los posicionen como alternativas para los pacientes en las redes de servicios de las regiones en las que se ubican, la DGCHRAE, se han actualizado sus carteras de servicios, se publican en las páginas oficiales y se han integrado sistemas que permitan agilizar la referencia y contrarreferencia de pacientes como la agenda de consulta por teléfono o Internet, *call center* (HRAEB).

Los resultados del análisis y desarrollo de los IAMAE y su aplicación y análisis brindan información para la toma de decisiones y la mejora de los servicios, principalmente la calidad en el control de infecciones nosocomiales y el cumplimiento de directrices de cirugía segura, entre otros.

Las cifras de egresos por mejoría y las tasas de infecciones nosocomiales por mil días estancia dan muestra de estos avances. La acreditación y el logro de la certificación son estrategias que favorecerán la elección de la población.

Con el propósito de garantizar a los afiliados del SPSS la efectiva prestación de los servicios médicos en cualquier entidad federativa, de septiembre de 2017 a junio de 2018 se registraron 37,398 casos interestatales, con un importe de 221.8 millones de pesos. Puebla, Zacatecas, Estado de México, Jalisco, Baja California, Ciudad de México, Veracruz y Tabasco fueron las entidades federativas que brindaron mayor número de atenciones médicas.

En aras de **impulsar la salud en las políticas públicas a través de la planeación intersectorial**, la DGCHRAE ha apoyado a los HRAE en la integración de sus programas anuales de trabajo con enfoque a sus actividades sustantivas y metas concretas vinculadas a la MIR, favoreciendo su posición como la alta especialidad en las redes de servicios en las regiones en las que se ubican.

Se trabaja en el grupo de intercambio de servicios y se ha participado para la mejora y actualización de los

instrumentos como los convenios disponibles y sus anexos de intervenciones.

El Programa Quinquenal de la Dirección General del HJM 2015-2020 establece cinco estrategias, con 11 objetivos y 65 líneas de acción, con metas a corto, mediano y largo plazo, enfocadas en tres ejes transversales de innovación, mejora y continuidad. Este programa está alineado a los seis componentes del Plan de Acción Específico “Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica”, el PROSESA y el Plan Nacional de Desarrollo.

El Programa Quinquenal de la Dirección General del INCAN 2013-2018, a través de su programa de trabajo, impulsa el desarrollo y crecimiento del Instituto bajo cuatro ejes rectores:

1. Asistencia médica con calidad, cobertura en zonas vulnerables y prevención.
2. Fortalecimiento de la investigación.
3. Profesionalización oncológica.
4. Gestión de recursos.

Estrategia 6.2

Fortalecer la regulación en materia de salubridad general

A fin de **actualizar el sustento jurídico para avanzar en el Sistema Nacional de Salud Universal**, la UAE realizó análisis técnicos de diversos documentos normativos e iniciativas de reformas presentadas en el Congreso de la Unión. Esta Unidad continuó apoyando con análisis técnicos de diversos documentos normativos e iniciativas de distintas reformas presentadas ante el Congreso.

La DGCHRAE ha participado en las evaluaciones del desempeño de los hospitales coordinados, en la mejora y elaboración de indicadores tanto para la MIR, como para los informes de rendición de cuentas y de autoevaluación. Ha participado en la integración de los documentos de rendición de cuentas, de comités y de Juntas de Gobierno y ha emitido e integrado las opiniones sobre diversas propuestas de modificación del marco legal y normativo.

El HJM cuenta con un departamento Jurídico el cual es el encargado de revisar el marco jurídico aplicable a la

institución en conjunto con las diferentes Direcciones del hospital.

En materia normativa, la CONADIC trabaja en la actualización de la NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, con la participación de instituciones del sector público, privado y social, así como de las Comisiones Estatales contra las Adicciones.

Igualmente, se trabajó en coordinación con la Secretaría de Relaciones Exteriores en la elaboración de una propuesta de lineamientos del artículo 5.3 del CMCT-OMS, que fue presentada y sometida a consulta de otras secretarías del Gobierno Federal con el fin de dar cumplimiento a lo que se establece en el propio CMCT-OMS sobre la interacción de las dependencias gubernamentales con la industria tabacalera.

En materia de comercio ilícito de productos de tabaco, esta Comisión Nacional coordinó conjuntamente con la OPS el Taller Metodología para la Estimación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco en México, en el que participaron representantes de diversas instituciones (COFEPRIS, SE, SAT, SHCP, OPS, DGRI, INSP), sentando las bases para la realización de un estudio al respecto que coordina actualmente el INSP.

A fin de **actualizar el marco legal para establecer una planeación interinstitucional única**, en el marco del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud –el cual tiene entre sus objetivos promover y vigilar la implementación de normatividad en materia de información en salud– se aprobó la modificación del modelo del Certificado de Defunción, con la finalidad de incorporar, en sus versiones impresa y electrónica, la variable 8.3 denominada “Peso”, tratándose de defunciones de menores de 28 días, toda vez que dicha información resulta indispensable para el análisis de la mortalidad perinatal y neonatal, por lo que el 26 de diciembre de 2017, se publicó en el DOF el Acuerdo que modifica el Anexo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal, publicado el 30 de enero de 2009. Con base en lo anterior, se da cumplimiento a la actualización el marco legal para establecer una planeación interinstitucional única

Con el objetivo de **establecer una unidad administrativa que regule y verifique la calidad de los establecimientos de salud**, los HRAE realizan reportes trimestrales sobre los resultados obtenidos en la Matriz de Indicadores para Resultados para dar seguimiento al desempeño, lo que ha permitido mejorar la planeación y el proceso de cumplimiento de metas anuales, estos

indicadores contemplan la calidad y seguridad, además de la satisfacción de los usuarios.

La DGCHRAE, ha realizado como parte de las acciones de rectoría, la revisión que evalúa el desempeño en las actividades sustantivas de los HRAE, logrando una mejora y orientación a la alta especialidad.

Se han creado en colaboración con las entidades coordinadas nuevos indicadores que permitirán mostrar las acciones de alta especialidad en los diferentes órganos colegiados y se trabajó con la DGCINS y entidades coordinadas en elaboración de los indicadores de enseñanza en medicina de alta especialidad, que se aplicarán en los diversos informes.

Parte central del aseguramiento de la calidad ha sido el programa de acreditaciones de servicios y funcionamiento de comités institucionales, las auditorías clínicas y la implementación de los IMAAE.

Las restricciones de política presupuestal por la SHCP no han permitido tener una estructura propia para desarrollar estas funciones, sin embargo, se ha designado un médico especialista para coordinar las tareas de gestión de la calidad y seguridad entre los INSALUD.

El INC cuenta con la Unidad de Calidad, misma que depende jerárquicamente de la Dirección General. Dicha Unidad coordina el proceso de mejora continua con una visión multidisciplinaria.

Como parte de las tareas para **actualizar la regulación de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud**, los trámites de las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud se incorporaron a la Estrategia Digital Nacional para la implementación de la Ventanilla Única Nacional, coordinada por la SFP, y se inscribieron para su actualización ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.

Se recibieron 27 informes cuatrimestrales de controladores médicos, a los cuales se les realizaron las observaciones respectivas, y se efectuó el seguimiento para su atención, con el objeto de que la información proporcionada permita una evaluación más precisa de los servicios otorgados por las aseguradoras. Por otro lado, se llevaron a cabo cuatro reuniones de trabajo con los controladores médicos para la revisión, análisis y seguimiento de las actividades desarrolladas en las instituciones de seguros.

Se llevaron a cabo visitas de supervisión anuales a las nueve instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud que funcionan actualmente y se emitieron

los dictámenes anuales correspondientes para continuar con su operación.

Con el objetivo de **fortalecer la vinculación con las entidades federativas para el seguimiento de las políticas públicas y programas nacionales de salud**, en el periodo comprendido de septiembre de 2017 a agosto de 2018 se realizaron tres reuniones ordinarias del CONASA, presididas por el titular del ramo en los estados de Tabasco, Guerrero y Nuevo León. Debido a los desastres provocados por los fenómenos naturales del 19 de septiembre de 2017, se canceló la reunión que se tenía preparada para realizarse los días 21 y 22 de ese mismo mes en la ciudad de Acapulco, en el estado de Guerrero. Se tomaron 21 acuerdos y se presentaron 33 temas relacionados con programas prioritarios y transversales, tendientes al cumplimiento de las políticas de salud establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud.

Durante el desarrollo de la XVIII Reunión Nacional Ordinaria del Consejo Nacional de Salud, los titulares de las instituciones prestadoras de servicios de salud presentaron un resumen de las acciones realizadas en México ante los sismos del 7 y 19 de septiembre de 2017. Se entregaron a dichas instituciones reconocimientos por su apoyo a los diferentes estados afectados, así como a los titulares de los Servicios de Salud de las entidades federativas que apoyaron a sus pares con medicamentos, material de curación y recursos humanos en salud. También se reconoció la labor de las diferentes organizaciones no gubernamentales que participaron en el rescate de personas atrapadas y con apoyo humanitario.

A lo largo de este periodo, por instrucciones del Secretario de Salud y Presidente del Consejo Nacional de Salud, se implementó la realización de las reuniones sectoriales, las cuales fueron presididas por el propio titular de la SS. Participaron los titulares de los Servicios de Salud de las entidades federativas y los titulares de las áreas centrales de la institución. Se presentaron temas prioritarios y alternativas de solución a la problemática existente que afecta a los estados y su vinculación con soluciones propuestas por la federación.

El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud da seguimiento puntual a la implementación de las estrategias, políticas y programas nacionales que se instrumentan en los estados a partir de las directrices que fija la SS. Para ello, acude como enlace, asesor y representante federal a las reuniones de los órganos de gobierno de los 32 organismos públicos descentralizados de los SESA y a las sesiones de los consejos estatales de

salud. Adicionalmente, participa en las juntas de gobierno de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y en diferentes comités, consejos y grupos de trabajo. Durante 2017 tuvo presencia en 228 reuniones, lo que representa 99.5% de asistencia (cuadro 6.1).

CUADRO 6.1. REUNIONES EN LAS QUE PARTICIPA EL SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Tipo de reunión	Ordinarias	Extraordinarias
Junta de Gobierno de los OPD Servicios de Salud Estatales	113	38
Junta de Gobierno de los HRAE	24	1
Consejos Estatales de Salud	23	3
Junta de Gobierno de los REPSS	5	0
Comités, consejos, mesas de trabajo, foros y reuniones nacionales	21	0
Subtotal	186	42
Total	228	

FUENTE: Sitio Colaborativo del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud. Dirección General de Tecnologías de la Información.

En el contexto de la universalización de los servicios de salud, el Secretariado Técnico fomenta la interacción intra e intersectorial, a través de la reactivación y/o instalación de los Consejos Estatales de Salud, con el fin de impulsar la integración funcional del sector a través del intercambio organizado de servicios y la conformación de redes de colaboración.

A fin de **fortalecer los mecanismos para integrar la información del Sistema Nacional de Salud al Sistema Nacional de Información en Salud**, y en el marco de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud y NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, en enero de 2018 la DGIS implementó varios mecanismos. Entre ellos, la aplicación de la guía de supervisión y validación de información, así como el control sistematizado de los sistemas de información que administra la propia DGIS,

con el objeto de contar con mecanismos de control que permitan fortalecer la supervisión en la integración y procesamiento de la información reportada por los integrantes del SNS.

Estrategia 6.3

Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud

Con el propósito de **desarrollar un sistema nacional de evaluación en salud**, la DGCHRAE participa con las demás áreas técnicas de la CCINSHAE en el diseño de indicadores para evaluar el desempeño institucional, así como en la generación de indicadores para la medicina de alta especialidad que se practica en las entidades coordinadas. Esto ha modificado la rendición de cuentas en los órganos de gobierno y en otros cuerpos colegiados, pues ha enfatizado las características particulares de este tipo de práctica médica.

Para **establecer mecanismos de monitoreo y difusión de indicadores de calidad que permitan evaluar el desempeño de los servicios**, la DGCHRAE revisa el cumplimiento de los indicadores del desempeño de los HRAE en sus actividades sustantivas (atención médica, enseñanza e investigación), con lo cual se han logrado mejoras en la planeación. Los resultados de estos indicadores se difunden para conocimiento de la sociedad.

La implantación, revisión y adecuación de los IMAE en los HRAE y su utilización en los informes a sus órganos de gobierno ha sido una tarea de desarrollo conjunto, que ha mejorado los análisis presentados para la toma de decisiones.

En coordinación con la DGCINS se desarrollan los Indicadores de Enseñanza en Medicina de Alta Especialidad, a fin de abordar de mejor manera el seguimiento de estas importantes actividades.

La DGCINS da seguimiento al análisis y evaluación del segundo ciclo de implementación de los Indicadores de Atención Médica. En dicho proceso, los resultados arrojan que para el periodo enero-junio de 2017 se habían instrumentado 87% de los IMAE y se estableció el compromiso de alcanzar 100% de su instrumentación en 2018.

Se ha garantizado acceso efectivo a la medicina de alta especialidad (médica y quirúrgica integral) con la instrumentación de métodos y planes de mejora que fortalecen la calidad del servicio y la seguridad del paciente, a lo que se suma el personal médico y de la salud, que cuenta con un sólido entrenamiento técnico-médico en los INSALUD. Estas ventajas se vierten en la puesta en práctica de diversas estrategias, como las que se describen en los siguientes párrafos.

Consolidación de los Procesos de Auditoría Clínica. Con los resultados obtenidos de la instrumentación del proceso de auditoría clínica, donde las unidades médicas coordinadas por la CCINSHAE llevaron a cabo como mínimo dos auditorías clínicas en 2017 de un tema seleccionado con objeto de establecer planes de mejora por institución. Además, con los temas se conformó el Programa de Auditoría Clínica para la 2ª Reunión Institucional de Auditoría Clínica de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, la cual tuvo la participación de 61 ponentes y 16 moderadores, que se organizaron en 17 mesas de trabajo mediante 17 presentaciones de resultados y el taller “Infecciones asociadas al cuidado de la salud” realizadas en el INMEGEN los días 13, 14 y 15 de diciembre de 2017.

El proceso de Auditoría Clínica es un ciclo de mejora de calidad que implica la medición de la efectividad de la atención médica contra referentes acordados y probados de alta calidad y tomar las medidas para traer a la práctica estas normas o estándares con el fin de mejorar la calidad de los resultados en el cuidado de la salud, poniendo en práctica patrones nacionales como las GPC y otros referentes internacionales.

Instrumentación del “Catálogo de Indicadores de Medicina de Alta Especialidad”. La DGCINS coordinó la elaboración e instrumentación de 82 indicadores por los Directores Médicos de las unidades médicas coordinadas por la CCINSHAE como referentes para la toma de decisiones y el establecimiento de planes de mejora que han impactado en la disminución de infecciones nosocomiales y con los indicadores de cirugía segura se fortalecieron estos servicios, por mencionar algunos. Asimismo, se realizaron 10 reuniones de acompañamiento con los INSALUD en cada sede para la implementación del catálogo y Sistema de Evaluación.

Se instrumentó el sistema de análisis de los Indicadores de Medicina de Alta Especialidad, mediante la herramienta Excel, que permite el escrutinio y seguimiento de avances de metas e indicadores, mismos que se reportan al

Órgano de Gobierno con la aceptación de los comisarios de la SFP. Hay otros indicadores que forman parte de la Matriz de Indicadores para Resultados del PP E023 y que se comparten en el portal de la SHCP.

Coordinación de Acciones de Hospital Seguro. Con el Comité de Protección Civil para Establecimientos de Atención Médica de la Ciudad de México se realizó Simulacro Sectorial 2017 en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, que incluyó la capacitación a todas las unidades médicas coordinadas por la CCINSHAE, con la inserción del tema de la discapacidad. Se desarrolló también el simulacro del 19 de septiembre de 2017 para todas las unidades coordinadas y se realizaron las acciones de intervención en los institutos después del sismo registrado el mismo día.

Se apoyó a todas las delegaciones de la Ciudad de México y al estado de Morelos con las brigadas médicas conformadas con médicos residentes, quienes otorgaron la atención médica y psicológica.

Acciones para la Acreditación de Servicios y Certificación. Se ocupa activamente en la actualización y desarrollo de los trabajadores de los servicios, desde los niveles de técnicos hasta los profesionales en las diversas disciplinas de la salud y otras ramas afines con objeto de fortalecer los grupos multidisciplinarios.

El responsable de la DGCINS realizó el acompañamiento, para el proceso de re acreditación en los Servicios de Salud de 61 Servicios Médicos de 11 unidades coordinadas conjuntamente con la DGCES.

Respecto a los mecanismos de monitoreo y difusión de indicadores de calidad, en el HJM se cuenta con los indicadores: “Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica hospitalaria recibida superior a 80 puntos”, cuyo resultado para el primer trimestre fue de 98% y “Porcentaje de usuarios con percepción de satisfacción de la calidad de la atención médica ambulatoria recibida superior a 80 puntos”, que tuvo un resultado de 96% para el primer trimestre. Se destaca que dicha evaluación se realiza en la mayoría de los servicios de hospitalización y la mayor parte de los servicios de consulta externa, de acuerdo con la cantidad de pacientes atendidos.

En el segundo trimestre de 2018 se concluyó el Proyecto de Mejora de la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) ante la SFP, denominado Implementación de un Modelo de Evaluación del Desempeño Hospitalario en el Sector Público de Salud. Los resultados más sobresalientes del

proyecto son tres documentos de trabajo: el “Manual técnico metodológico de evaluación del desempeño hospitalario del Sector Salud”; el “Modelo de evaluación del desempeño hospitalario del Sector Salud” y el “Análisis histórico de indicadores para la evaluación del desempeño hospitalario del Sector Salud”, así como el informe de resultados.

El análisis histórico de indicadores se realizó a nivel sectorial (IMSS, IMSS-PROSPERA, ISSSTE y SS) y abarcó el periodo 2012-2015 para los siguientes indicadores:

- Porcentaje de ocupación.
- Intervalo de sustitución.
- Promedio de días de estancia.
- Índice de rotación.
- Mortalidad general Intrahospitalaria estandarizada.
- Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo al miocardio estandarizada.
- Mortalidad intrahospitalaria por enfermedades cerebrovasculares estandarizada.

Actualmente se desarrolla la metodología a partir de conglomerados o agrupaciones de hospitales que permita la comparación entre hospitales del sector público de diferentes instituciones.

El 9 de noviembre de 2017, la Secretaría de Salud, con el proyecto Evaluación del Desempeño Hospitalario, obtuvo el reconocimiento “Buenas prácticas en el uso de los resultados de monitoreo y evaluación en el ciclo de las políticas públicas 2017”^{1/} en la categoría b) Generación de evidencia (a partir de evaluaciones, estudios, revisiones sistemáticas, mapas de evidencia, integración de bases de datos) para la toma de decisiones, que otorga el CONEVAL.

En el contexto del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, la DGED presentó, en la primera reunión de 2018, que se llevó a cabo en marzo, el Plan de Trabajo para este año en lo referente al Grupo de Trabajo Estratégico para la Evaluación de la Aplicación de las Guías. En dicho plan se establecen dos metas: 1) consolidar el Grupo de Trabajo Estratégico a través de la realización de dos

^{1/} <<https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/BPME/GF/Paginas/Buenas-Practicas-2017.aspx>>.

reuniones ordinarias, y 2) actualizar el Plan de Monitoreo y Evaluación de la Estrategia de Implementación de GPC.

Dentro de las actividades de evaluación incluidas en el plan, la DGED coordinará la realización, desde el diseño hasta el informe de resultados, de dos encuestas, que serán los insumos para llevar a cabo un diagnóstico de las actividades desempeñadas en este tema. La primera de las encuestas está dirigida a conocer la experiencia en el uso del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la opinión sobre la utilidad de las GPC, los motivos para su uso y las recomendaciones de mejora; dicha encuesta se enviará a más de 7 mil personas registradas como usuarias del catálogo y también estará disponible directamente en la página web del CENETEC para las personas no registradas.

La segunda encuesta tiene la finalidad de indagar sobre los avances en el conocimiento y aplicación de los algoritmos de atención clínica como herramienta para la implementación de las GPC a través del documento “Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica mediante algoritmos de atención clínica”, así como la percepción de su utilidad y las recomendaciones de mejora. Se aplicará a los responsables de calidad de los SESA y a los responsables institucionales de calidad de las instituciones del Sector Salud. Se espera tener resultados preliminares de ambas encuestas en septiembre.

Asimismo, la DGED participó en 11 reuniones periódicas de los Grupos de Trabajo Estratégicos de GPC, realizadas de septiembre de 2017 a junio de 2018, a través de las cuales se emitió opinión sobre el proceso de desarrollo y actualización de GPC, y se brindó asesoría en aspectos metodológicos del documento “Plan Estratégico Sectorial para la implementación de Guías de Práctica Clínica mediante algoritmos de atención clínica”, que coordina la DGCE.

Entre las acciones destinadas a **optimizar los procesos para la rendición de cuentas de los programas y recursos públicos invertidos en la atención**, se cuentan las siguientes:

En cuanto a los programas que reciben recursos federales, en el segundo semestre de 2017 se publicó el informe final del estudio denominado “Análisis de fuentes secundarias para determinar su viabilidad para su uso en una evaluación integral del Sistema de Protección Social en Salud”, coordinado por la DGED, el cual permitió determinar la factibilidad de medir los efectos del Seguro Popular en el gasto de bolsillo y catastrófico, el acceso efectivo y el estado de salud de la población afiliada

al Seguro Popular, a partir del análisis de encuestas representativas de la población mexicana a nivel nacional, que cuentan con información prospectiva a nivel individual y de hogares, con datos recopilados antes de la puesta en marcha del Seguro Popular y durante su vigencia (Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares 2002, 2005 y 2009, y Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001, 2003, 2012 y 2015). Los resultados se han compartido con la CNPSS, en busca de que cuenten con información adicional para su toma de decisiones y considere los hallazgos obtenidos como una nueva alternativa para la evaluación de efectos del Seguro Popular a 14 años de su puesta en marcha.

Además, con el propósito de conocer y analizar los efectos de la acreditación en los establecimientos de salud para la atención médica del SPSS, la DGED coordina el “Estudio sobre los efectos de la acreditación en unidades hospitalarias con intervenciones de CAUSES”,^{2/} con énfasis en el periodo 2014-2017. Este es el primer estudio de evaluación con métodos mixtos (cuantitativos y cualitativos) y se lleva a cabo en seis regiones del país. Se realizó un análisis cualitativo de campo en 18 unidades distribuidas en 11 entidades federativas (entrevistas semiestructuradas a prestadores de servicios de salud, directivos de planeación, responsables de calidad y responsables del SPSS). El proyecto consideró una duración de ocho meses (de octubre de 2017 a junio de 2018) y contempla siete entregables. Su objetivo principal es evaluar los efectos que ha tenido la acreditación en hospitales con intervenciones de CAUSES, respecto a la capacidad, calidad, seguridad en la atención y prestación de servicios. Para la consecución de los objetivos específicos, el estudio incluye trabajo de gabinete a través de una revisión documental de la normatividad vigente y de la literatura nacional e internacional, así como entrevistas y sesiones de trabajo con los responsables del proceso de acreditación a nivel federal, evaluadores y responsables estatales. También contempla un análisis cuantitativo comparativo entre unidades hospitalarias acreditadas y no acreditadas para la evaluación de indicadores de desempeño de unidades hospitalarias que tuvieron una evaluación para ser acreditadas en el periodo 2014-2017.

En línea con la responsabilidad del Ejecutivo Federal de presentar un informe en el que se manifieste el estado

^{2/} El estudio de acreditación también aporta al cumplimiento de las siguientes líneas de acción del PROSESA:

6.3.4. Incrementar el desarrollo de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas.

6.3.5. Fomentar el uso de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas.

general que guarda la administración pública del país, la DGED es responsable de la integración del informe escrito y del anexo estadístico del apartado de Salud del Informe de Gobierno, así como de la información relacionada con las estrategias transversales y otros objetivos del PND en lo que concierne al Sector Salud y que son coordinadas por las secretarías de Gobernación y de Desarrollo Social, el Instituto Nacional de las Mujeres, la CDI y el CONACYT. En 2018, la reunión informativa para la integración del 6^{to} Informe de Gobierno fue el 6 abril, los trabajos iniciaron formalmente el 1 de junio y se envió información de apoyo para agilizar la integración; el 20 de junio se entregó la aportación inicial y se finalizó en agosto.

La DGED tiene entre sus principales atribuciones coordinar las evaluaciones de los programas prioritarios y especiales de salud, desarrollar acciones para evaluar el funcionamiento de las unidades de atención médica y evaluar el desempeño de los sistemas de salud.

En función de lo establecido en los Programas Anuales de Evaluación (PAE) 2017 y 2018, publicados por el CONEVAL y la SHCP, la DGED ha dado cumplimiento al seguimiento de las actividades de evaluación de los programas presupuestarios de la SS.

En este sentido, derivado del PAE 2017 se realizaron las evaluaciones de consistencia y resultados a los siguientes programas presupuestarios: Programa de Atención a Personas con Discapacidad (S039), Fortalecimiento a la Atención Médica (S200), Calidad en la Atención Médica (S202), Programa de Desarrollo Comunitario “Comunidad DIFerente” (S251), Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad (S272). Adicionalmente, se llevó a cabo la evaluación de procesos al programa denominado Prevención y Control de Enfermedades (P018).

Respecto al PAE 2018, se estableció la elaboración de 17 fichas de monitoreo y evaluación a los programas presupuestarios de desarrollo social: Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud (E010); Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud (E022); Atención a la Salud (E023); Prevención y Atención contra las Adicciones (E025); Programa de Vacunación (E036); Servicios de Asistencia Social Integral (E040); Protección y Restitución de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (E041); Programa de Atención a Personas con Discapacidad (S039); Fortalecimiento a la Atención Médica (S200); SM SXXI (S201); Calidad en la Atención Médica (S202); Programa de Desarrollo Comunitario “Comunidad DIFerente” (S251); Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad

(S272); Protección Social en Salud (U005); Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (U008); Vigilancia Epidemiológica (U009) y Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud (U012). Estas fichas de monitoreo y evaluación tienen como propósito apoyar el proceso de planeación del Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2019.

En el periodo de septiembre de 2017 a agosto de 2018 se continuó con el seguimiento de las evaluaciones estratégicas al FASSA en el ámbito federal, y de desempeño en el ámbito estatal. Esta última evaluación correspondió a siete entidades federativas: Baja California, Coahuila, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Nayarit y Tabasco, mismas que fueron mandatadas en los PAE 2017 y 2018. También se ha trabajado de manera coordinada con el SNDIF en el seguimiento a la evaluación de coordinación estratégica del Fondo de Aportaciones Múltiples componente Asistencia Social, el cual se encuentra en proceso de contratación.

En la coordinación con las entidades federativas en materia de evaluación, se gestionó ante la SHCP la asignación de espacios para que el personal de los SESA relacionados con la administración del FASSA tomara el diplomado en línea de Presupuesto basado en resultados, en el cual participaron cinco estados: Chiapas, Guerrero, Michoacán, Oaxaca y Veracruz. Asimismo, se mantiene una relación abierta con los SESA para proporcionar asesoría referente al proceso de conceptualización, contratación y desarrollo de evaluaciones.

La DGED está encargada de dar seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM), que derivan de las evaluaciones realizadas a los programas presupuestarios que fueron mandatadas en los PAE, de acuerdo con el mecanismo emitido en 2011 por el CONEVAL, la SHCP y la SFP. En el periodo de este informe, se concluyeron 49 ASM entre septiembre de 2017 y marzo de 2018, provenientes de evaluaciones de 17 programas, mientras que en abril de 2018 se registraron 24 nuevos ASM, correspondientes a 14 programas presupuestarios que tuvieron algún tipo de evaluación en 2017.

Con el propósito de **incrementar el desarrollo de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas** en materia de salud, entre septiembre de 2017 y agosto de 2018, la DGED asistió en representación de la SS a múltiples comités:

- Uno de los principales instrumentos para determinar las políticas públicas en esta materia es el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS),

órgano colegiado de participación y consulta constituido por instituciones del Sector Salud, cuyo principal objetivo es promover la coordinación sectorial en materia de información estadística en salud. Durante 2017 se llevaron a cabo las reuniones ordinarias del CTESS, donde se abordaron diferentes temas relativos a la política sanitaria en el país. En ese sentido, la DGED sometió a consideración de este comité diversos argumentos sobre la importancia de seguir trabajando en la actualización de diversos indicadores de salud que darán cuenta de los avances que esta dependencia tiene en la implementación de las políticas públicas en materia sanitaria y los trabajos relacionados con la puesta en marcha de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

- La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es un acuerdo firmado en el seno de la ONU, donde 193 países, sociedad civil, academia e iniciativa privada se comprometieron a trabajar con una visión integral que requiere la participación activa de todos los sectores; es un compromiso de México con la humanidad, por un mejor futuro. La Agenda cuenta con 17 objetivos y 169 metas, alineados a diferentes indicadores, que se deben medir de manera sistemática, transparente y abierta. Los principios transversales representan una de sus mayores fortalezas, debido a que contribuyen a darle coherencia y ampliar su alcance. Bajo la coordinación de la Oficina de la Presidencia de la República, durante 2017 las dependencias de la Administración Pública Federal conjuntaron esfuerzos para integrar la primera versión de la Estrategia Nacional para la Puesta en Marcha de la Agenda 2030. Este documento servirá como guía para las próximas administraciones en la integración de dicha agenda en el desarrollo de las políticas públicas en el país.
- Se continúa la participación activa en el Comité Técnico Especializado en Información de Juventud y en el Grupo de Trabajo para la Construcción de Propuestas de Indicadores Clave sobre Juventud 2018-2030. Con la finalidad de dictaminar la relevancia de los indicadores en la planeación nacional y las agendas internacionales, se alinearon estos a diferentes agendas, determinando su relevancia por el número de agendas que incluyen el indicador o versiones similares de él. El resultado de este proceso fue la Propuesta de Indicadores Clave sobre Juventud 2018-2030, conformada por una batería de 42 indicadores.
- Para el Protocolo de San Salvador se realizó el Taller Internacional sobre el Sistema Nacional de

Evaluación del nivel de cumplimiento de los derechos humanos para la elaboración del informe del segundo agrupamiento de derechos del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La elaboración del informe considera dos fases. En la primera fase se diseñaron indicadores cualitativos. Actualmente, el proceso se encuentra en la segunda fase, con la construcción y reporte de indicadores cuantitativos.

- El Consenso de Montevideo incluye más de 120 medidas sobre ocho temas identificados como prioritarios para dar seguimiento al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, en el seno de las Naciones Unidas. Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos, así como acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, son temas donde la Secretaría de Salud realiza las aportaciones pertinentes para la elaboración del informe final, que será presentado en la Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo para América Latina y el Caribe, que se efectuará en Perú en octubre de 2018.

Con el propósito de **fomentar el uso de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas**, entre marzo y julio de 2018, la DGED dio seguimiento a la oportuna actualización de los indicadores del PROSESA. Bajo este esquema, se realizó el análisis del comportamiento de los 16 indicadores que considera el PROSESA en sus distintos objetivos, además de referir los avances respecto a sus metas intermedias y finales.

Los indicadores de resultado son instrumentos que tienen el propósito de apoyar los procesos de planeación y la toma de decisiones, fomentar la transparencia y la rendición de cuentas, tanto en el ámbito nacional como en los estados, basados en las dimensiones: condiciones de salud, disponibilidad y accesibilidad, calidad técnica e interpersonal, aceptabilidad, eficiencia, sustentabilidad y anticipación. Cabe señalar que los indicadores de resultado vinieron a sumarse a otras iniciativas de evaluación institucional aunadas a más esfuerzos de evaluación de programas específicos, dentro de los que destacan las evaluaciones del proceso de descentralización de los años ochenta, la evaluación del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta, del Programa de Ampliación de Cobertura y del Programa de Inclusión Social PROSPERA. Durante 2017 se sometió a consideración del CTESS la

propuesta de realizar una revisión profunda del set de 57 indicadores vigentes, por lo cual en su quinta reunión ordinaria, celebrada en noviembre de 2017, se acordó la creación de un grupo de trabajo que, entre otros temas, abordaría la revisión y análisis de los indicadores de resultado.

A fin de favorecer el proceso de avance de los HRAE, se organizan las reuniones de grupos directivos. En ellas se discuten y acuerdan temas técnicos, de política de salud, redes de servicios, formación y capacitación de recursos humanos, planeación, enfermería y trabajo social, lo que permite la conducción consensuada de las acciones, revisar el actuar y corregir en lo posible las desviaciones. En el periodo de este informe, se coordinaron cerca de 50 reuniones, en su mayoría realizadas con apoyos de tecnologías de la comunicación, lo que redujo los gastos de traslado.

La DGCHRAE, para dar continuidad a su labor de rectoría, trabajó en la modificación de los indicadores de evaluación del desempeño y de matriz de indicadores para resultados de 2019, haciendo las adecuaciones a fin de afinar las fichas técnicas para hacerlas más adecuadas para evaluar la alta especialidad y poder rendir cuentas sobre las políticas de salud en las que participan las entidades coordinadas. En colaboración con la DGCINS se han continuado las auditorías clínicas en todos los HRAE; los resultados de esa labor se presentaron en octubre de 2017 en la Segunda Reunión Institucional de Auditoría Clínica, celebrada la Ciudad de México en un evento organizado en conjunto con la DGCINS.

El HRAEI y la DGCHRAE organizaron de manera conjunta el Tercer Congreso Nacional de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, celebrado del 13 al 15 de diciembre de 2017 en la Ciudad de México. Ahí se abordaron las fortalezas de los hospitales en la atención de diversos padecimientos, como la obesidad (en el HRAEV), las cardiopatías congénitas (en el HRAEPY), el cáncer (en el HRAEO), las enfermedades lisosomales (en el CRAE HEP), las enfermedades emergentes (en el CRAE CS) y las alteraciones sexuales (en el HRAEB), entre otros. El lema fue “Humanismo y calidad, una realidad en la atención de alta especialidad”. Hubo cerca de 300 participantes y los siete hospitales fueron los actores principales al presentar sus avances en estas importantes temáticas.

El HJM, en coordinación con la CCINSHAE, implementa las políticas públicas correspondientes a la operatividad del hospital, a través de la definición de procedimientos de seguimiento interno.

A su vez, el INSP llevó a cabo el proyecto: “Evaluación de los procesos de la gestión de calidad en la atención neonatal del Sistema de Protección Social en Salud: medición basal”, con el propósito de evaluar la gestión de la calidad de los prestadores de servicios de salud del Seguro Médico Siglo XXI, así como la utilización de los protocolos de atención y las GPC respectivas en padecimientos rastreadores: Asfixia e hipoxia perinatal (CIE 10 P21 y P20), Sepsis (CIE 10 P36) y Prematuridad (CIE 10 P07), a fin de contar con información que permita al tomador de decisiones estandarizar los protocolos de atención y promover su utilización por el personal de salud, con el propósito de garantizar una atención de calidad en las unidades médicas que prestan atención al SPSS (SM SXXI y FPGC). En una reunión con los responsables de 28 hospitales de 11 estados participantes, además de las autoridades del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y del SM SXXI, se entregó un Sistema de Monitorización de la Calidad de la Atención, que comprende indicadores de calidad científico-técnica, así como del proceso de gestión del financiamiento para dichos casos.

Para **desarrollar indicadores de productividad de uso de los recursos**, la UAE realizó la actualización del indicador de porcentaje de hogares que incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud a escala nacional y estatal para el año 2016. Lo anterior, como parte de las actividades para el seguimiento de los indicadores del PROSESA, así como para la generación de información de interés nacional e indicadores clave que publica la Secretaría de Salud. Adicionalmente, se actualizó el indicador de tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo para 2016.

Se dio seguimiento puntual al cumplimiento de las metas presupuestales de formación y capacitación de recursos humanos, investigación y atención médica, establecidas en la Matriz de Indicadores para Resultados. Se logró que cerca de 70% se mantuvieran en semaforización en rangos satisfactorios. Estos indicadores fueron los básicos de los programas anuales de trabajo de los hospitales.

En el HJM se realizan informes trimestrales sobre los resultados obtenidos de los indicadores de los Programas Presupuestales E010 “Formación y capacitación de recursos humanos para la Salud”, E022 “Investigación y desarrollo tecnológico en Salud” y E023 “Atención a la salud”, los cuales son informados a la CCINSHAE.

El INC ha dado seguimiento y cumplimiento a los diversos indicadores de productividad de uso de los recursos, por

lo que no ha recibido ninguna observación resultante de las auditorías realizadas por las diversas instancias fiscalizadoras.

Estrategia 6.4

Integrar un sistema universal de información en salud

Como parte de los compromisos destinados a **consolidar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica**, la DGCHRAE ha participado en la instalación anual de los comités de control de infecciones y dio seguimiento, a través de los resultados de la MIR, a las acciones de vigilancia epidemiológica en los HRAE. Regula las acciones para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias, rubro en que hubo disminuciones significativas en las tasas observadas, con cifras menores a 5.0 por mil días estancia en promedio en los hospitales. Adicionalmente, todos los HRAE participan en las jurisdicciones en la vigilancia epidemiológica.

El personal de la UVEH forma parte de la comunidad SINAVE, por lo cual tiene contacto a través de capacitaciones en la reunión anual del sistema, donde se actualiza sobre las modificaciones a los manuales de vigilancia epidemiológica. El HJM está considerado un hospital de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica, por lo cual se le notifican en tiempo real las infecciones asociadas a la atención a la salud, información que sirve para nutrir este sistema de vigilancia especial para la información nacional.

El INSP, a través de la línea de investigación por misión Sistemas de Información, brindó mantenimiento y hospedaje al conjunto de aplicaciones que integran la Plataforma Nacional Entomológica, operada por el CENAPRECE. Durante 2017, el promedio diario de usuarios de la plataforma fue de 783. La plataforma respondió a más de 101 millones de peticiones (clicks), 2.7% más que en 2016. Se registraron 10,250,487 lecturas de ovitrampas a nivel nacional, 5.9% menos que en 2016. Se registraron más de 2.8 millones de manzanas, en las cuales se realizó al menos una acción de nebulización, mientras que en 966 mil manzanas se efectuó una acción de control larvario. Se elaboró un diagnóstico de la infraestructura informática y tecnológica que hospeda la plataforma. El INSP participó en la Reunión Nacional de Vectores y en dos capacitaciones internacionales. Se fortaleció el módulo de evaluación de eficacia biológica y resistencia al

incorporarse el componente de evaluación de larvicidas. Se rediseñó el módulo de vigilancia entomoviológica y se adicionó el visualizador geográfico. Se diseñó y desarrolló el módulo de promoción de la salud.

Asimismo, el INSP realizó el proyecto: “Evaluación espacio-temporal del impacto de las medidas de control vectorial en la reducción de la población de mosquitos y de la incidencia de dengue en México”, a partir del cual logró la identificación de una serie de patrones espaciales y temporales en la incidencia de dengue para las microrregiones de México en función de la latitud, la elevación sobre el nivel del mar, la vertiente hidrográfica y el tamaño de las localidades (población). Con esta información, el programa nacional de control de vectores y sus contrapartes estatales podrán focalizar mejor sus actividades tanto espacial como temporalmente.

Respecto al compromiso de **fomentar la adopción y uso de sistemas de información de registro electrónico para la salud (SIREs)**, en cumplimiento a lo previsto por la NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, la DGIS coordina la elaboración de guías y formatos, que tienen por objeto orientar a los prestadores de servicios de salud para lograr el intercambio de información. Al mes de abril de 2018 se han publicado 10 guías de intercambio (Padrón General de Salud-Beneficiarios, Egresos, Nacimientos, Profesionales, Resumen clínico, OID, Seguridad, Defunciones, Fetales y Crónicas) y la guía de Consulta Externa en formato preliminar.

Cabe señalar que en 2017 la DGIS certificó los SIREs de los sectores público y privado. Dichos sistemas se encuentran preparados para el intercambio información.

Para cumplir con el propósito de **instrumentar el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA)**, en 2017 la DGIS, en colaboración con los integrantes del SNS, pusieron en marcha el SINBA: un sistema de información en salud que permita el acopio, organización, análisis e intercambio de información (nominal y estadística) en materia de salud a nivel nacional. Este sistema está integrado por cinco componentes: 1) el modelo de gobierno de información y protección de datos personales en salud; 2) el marco de acopio e integración de información en salud; 3) el esquema operativo y módulos basados en el marco de acopio e integración de información en salud; 4) el almacenamiento, integración, gestión y explotación de información en salud, y 5) el Certificado Electrónico de Nacimiento.

En agosto de 2018, el SINBA se ha implementado de manera parcial en las 32 entidades federativas, en 9,644 unidades médicas, con más de 22 millones de registros y una cantidad de usuarios que rebasa los 50 mil. Debido a la depuración de la información que se realizó para el cierre de información, se observa que existe una disminución de unidades médicas.

Desde que se instrumentó el Certificado Electrónico de Nacimiento, en diciembre de 2015, hasta el 30 de junio de 2018, esta herramienta se ha puesto en marcha en 34 hospitales de 24 entidades federativas, con un total de 280,317 certificados emitidos.

Con el objetivo de **implementar mecanismos para incrementar la oportunidad, cobertura, integridad, validez, veracidad y consistencia de la información en salud**, a partir de puesta en marcha de SINBA, en 2017, en su componente “Modelo de Gobierno de Información y Protección de Datos Personales en Salud”, cuenta con el procedimiento denominado “Sistema de Calidad de la Información”, a través del cual se establecen las actividades necesarias para el levantamiento y seguimiento de las acciones correctivas y preventivas para asegurar la mejora continua de la información en salud. Estas cuales incluyen la medición de los indicadores de calidad, así como la identificación de acciones específicas para corregir los problemas detectados e incrementar la oportunidad, cobertura, integridad, validez, veracidad y consistencia de la información en salud.

Para **fortalecer los mecanismos de difusión de información en salud alineados a una estrategia de datos abiertos**, en 2017 se actualizaron cuatro conjuntos de datos abiertos correspondientes a: urgencias (2015), lesiones (2015), SICUENTAS (2014 y 2015) y nacimientos (2016). Se generó, además, un nuevo conjunto de datos abiertos referente a las defunciones generales del periodo comprendido de 1998 a 2013.

En junio de 2018, la DGIS publicó cuatro nuevos conjuntos de datos abiertos correspondientes a información acerca de: niños menores de cinco años en control del estado de nutrición; usuarios activos de planificación familiar; enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto y en el anciano; consultas a embarazadas: Todos, del periodo comprendido de 2010 a 2016. Asimismo, se actualizó la información de dos conjuntos de datos abiertos: establecimientos en salud (2016 y 2017), y defunciones (2014-2016) y nacimientos (2017).

Por otra parte, en cumplimiento de la “Guía de Implementación de Datos Abiertos” emitida por la SFP

en febrero de 2018, la DGIS, en su carácter de enlace de transparencia proactiva y datos abiertos, conformó el Grupo de Trabajo Institucional de Datos Abiertos, con la participación del Administrador de datos abiertos, Enlace de Datos Abiertos, Órgano Interno de Control, Comunicación Social y la Unidad de Transparencia, con la finalidad de que las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud realicen un análisis de aquellos datos susceptibles de convertirse a formato de datos abiertos y se publiquen durante el año.

A fin de **fortalecer los mecanismos específicos para integrar, usar y explotar la información para la toma de decisiones**, de 2010 a junio de 2018, 132 participantes concluyeron el diplomado Líderes a Través de las Fronteras, un programa de capacitación creado por la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos con el objetivo de formar líderes especializados en la salud fronteriza de la región.

A partir de noviembre de 2015 se desarrolló de la aplicación móvil RadarCiSalud, que tiene por objeto poner a disposición de la ciudadanía los hospitales, consultorios, laboratorios, bancos de sangre, farmacias y establecimientos de asistencia social a nivel nacional, de forma georreferenciada. Además, se trata de una aplicación gratuita disponible en cualquier plataforma de teléfonos inteligentes. La finalidad es que la población mexicana cuente con información en salud que responda a la realidad sanitaria nacional, regional y local, ante los crecientes cambios en el entorno y la dinámica demográfica. A junio de 2018, la aplicación móvil RadarCiSalud contaba con más de 28 mil descargas en las diferentes plataformas.

Con el propósito de **consolidar un Padrón General de Salud de derechohabientes, beneficiarios, asegurados, afiliados, pacientes, profesionales de la salud y padrones sustantivos**, de 2013 a marzo de 2018, la DGIS ha consolidado el Padrón General de Salud (PGS), que concentra los datos de los asegurados, derechohabientes, beneficiarios, afiliados y profesionales de la salud. En el rubro de asegurados se cuenta con un total de 119,103,120 registros provenientes de las principales instituciones federales de salud pública. En el rubro de profesionales de la salud se tienen identificados más de 710,000. La información se capta semestralmente.

Continúan los esfuerzos destinados a **establecer las bases para la gestión de la identidad en salud a través de un Padrón General de Salud** a cargo de la SS, que tiene por objeto integrar información nominal, principalmente en dos grandes rubros: asegurados y

profesionales de la salud. Particularmente, en el tema de los asegurados, el PGS integra información nominal de las instituciones de la Administración Pública Federal que prestan servicios de salud, tales como IMSS, ISSSTE, PEMEX, IMSS-PROSPERA y Seguro Popular, con la finalidad identificar aquellas personas que cuentan con más de un servicio para la salud pública.

Así, por primera vez en el país, durante el presente sexenio se ha avanzado hacia la identificación única de la persona como columna vertebral del sistema de salud.

La DGIS trabaja en la modernización paulatina de las aplicaciones tecnológicas del Sistema Nacional de Información en Salud que contribuyan a la portabilidad y convergencia de la información básica en la materia. Estas medidas se enmarcan en la línea de acción que determina **avanzar en las herramientas que permitan la portabilidad y convergencia de la información básica en materia de salud.**

En ese sentido, la DGIS realizó la actualización del Catálogo de Establecimientos en Salud. Al cierre de 2017 se registraron 23,579 establecimientos de salud en operación, de los cuales 21,528 eran de consulta externa, 1,398 hospitales y 653 establecimientos de asistencia social.

Asimismo, se actualizó la información estadística anual de 2017 del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud, el cual tiene por objeto integrar la información de las unidades médicas de la SS y de los SESA. A diciembre de 2017, se registraron 15,217 unidades médicas, de las cuales 15,143 se reportaron en operación y 74 pendientes de entrar en operación; asimismo se reportó un total de 39,182 camas habilitadas en área de hospitalización.

En los establecimientos de la Secretaría de Salud se ha implementado el SINBA; para el Subsistema de Prestación de Servicios SINBA-SIS se cuenta con plantillas electrónicas de integración de información nominal (consultas y detecciones), así como plantillas estadísticas que dan respuesta a los requerimientos de los programas federales de salud.

A partir de la reingeniería de procesos y captación de información nominal, en la versión 2017 del Subsistema de Prestación de Servicios se busca establecer las bases para la gestión de la identidad única en salud y la trazabilidad de la atención brindada, a fin de avanzar en la consolidación de herramientas que permitan la convergencia de la información básica en salud.

Estrategia 6.5

Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal

Durante la presente administración, el papel de la bioética en el quehacer del Sistema Nacional de Salud se ha vuelto cada vez más evidente. De 2013 a 2018 se han ido fortaleciendo las bases para que la bioética, como disciplina académica y práctica cotidiana, incida de manera patente en las instituciones que conforman el SNS.

El año 2018 se presenta como un momento propicio para hacer un balance de las acciones realizadas y los retos que se han enfrentado al diseminar y consolidar la bioética en el país. Lo anterior, para delinear los escenarios que pudieran presentarse en los próximos años para el arraigo de una disciplina que por su amplitud en cuanto a ámbitos de aplicación y perspectivas, requiere la participación de diversos actores del gobierno y la ciudadanía.

Asimismo, considerando los esfuerzos realizados durante la presente administración, será fundamental continuar con el fortalecimiento de la infraestructura institucional en bioética –principalmente los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB), los Comités de Ética en Investigación (CEI) y las Comisiones Estatales de Bioética–, pues una vez lograda su consolidación durante este sexenio, se requerirá fortalecer su adecuado funcionamiento y operación para lograr que dicha infraestructura sea sustentable.

A fin de **fomentar el respeto a la dignidad, la autonomía y los derechos humanos en la prestación de servicios de salud**, del 4 de septiembre al 30 de noviembre de 2017 se llevó a cabo el curso taller “Dilemas bioéticos al final de la vida en cuidados paliativos”. El curso estuvo conformado por nueve sesiones, en las que se trataron cuestiones relacionadas con la importancia de los CHB, las metodologías deliberativas y el análisis de casos clínicos con dilema bioético. El evento contó con 74 participantes en modalidad virtual y 42 en modalidad presencial, pertenecientes a 60 instituciones de salud de 21 entidades federativas.

Asimismo, el 16 de marzo de 2018, en colaboración con la Comisión Estatal de Bioética de Aguascalientes, se realizó el evento Primeras Jornadas de Bioética.

Por otra parte, se continúa con las acciones de capacitación para integrantes de Comités Hospitalarios

de Bioética; de septiembre de 2017 a junio de 2018 se capacitó a 482 integrantes de este tipo de comités.

En el marco de las acciones realizadas para el arraigo de la bioética en la comunidad científica, dentro de la línea de acción dirigida a **fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos**, se destaca la realización del seminario Ética en Investigación, llevado a cabo el 7 de marzo de 2018 en la Ciudad de México, así como el simposio Comités de Ética en Investigación en las Instituciones Universitarias, realizado en colaboración con la Universidad Autónoma de Querétaro el 8 y 9 de marzo de 2018.

Para dar continuidad a la capacitación de integrantes de CEI, de septiembre de 2017 a junio de 2018 se capacitó a 420 miembros de esos organismos.

Durante 2018 se elaboró la 6ª edición de la “Guía nacional para la integración y funcionamiento de los CEI”, tarea realizada con base en una consulta pública entre expertos en el tema, personal de salud y académico e integrantes de CEI. Las modificaciones que se efectuaron para esta edición versan sobre temas como el conflicto de interés, transparencia, independencia, recursos y financiamiento del CEI, consentimiento informado, seguimiento al funcionamiento de CEI y procedimientos de operación de estos comités, entre otros. La 6ª edición de la Guía está disponible en su versión electrónica desde junio de 2018.

En el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, el ISSSTE ha contado con siete CEI,^{3/} que evalúan los protocolos con líneas de investigación en cáncer, enfermedades crónicas degenerativas, enfermedades genéticas, entre otras.

Para alcanzar el propósito de **incorporar el enfoque bioético en el diseño, análisis y evaluación de las políticas públicas, y asignación de recursos**, se han llevado a efecto diversas actividades:

Como parte de la conmemoración del XXV Aniversario de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), el 5 y 6 de septiembre de 2017 en el auditorio Jaime Torres Bodet del Museo Nacional de Antropología, se

celebró el foro Bioética y Derechos Humanos, evento que contó con cerca de 600 participantes.

Asimismo, durante el cuarto trimestre de 2017 se elaboraron dos pronunciamientos sobre temas de relevancia en el país: “Aspectos bioéticos de la política migratoria” y “Aproximaciones bioéticas y jurídicas a la muerte digna en México”, documentos que fueron publicados en el portal institucional de la CONBIOÉTICA. Por otro lado, es importante hacer mención de la firma del convenio general de colaboración con la Sociedad Mexicana de Salud Pública, signado el 7 de marzo de 2018.

Como parte de las tareas destinadas a **consolidar a las comisiones nacional estatales de bioética, y los comités hospitalarios de bioética y de ética en investigación**, en el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, la CONBIOÉTICA registró 99 comités; y con el objeto de conocer el funcionamiento de los comités ya registrados y proponer mejoras en su operación, se realizó el seguimiento a 389 CHB.

Cabe recordar que los CHB son órganos colegiados de consulta que analizan y ofrecen recomendaciones ante los dilemas bioéticos que se presentan en la atención médica.

En relación con los CEI, que son órganos colegiados que evalúan protocolos de investigación para asegurar la protección de las personas que participan en la investigación, desde una perspectiva ética y de respeto a los derechos humanos, se registraron 81 en establecimientos de atención médica, instituciones de educación superior y terceros autorizados para estudios de bioequivalencia del ámbito público, social y privado. Aunado a lo anterior, y con el objeto de contar con información sobre el funcionamiento de dichos comités, en el periodo de septiembre de 2017 a junio de 2018 se realizó el seguimiento a 155 CEI registrados.

Asimismo, para fortalecer el diálogo y las acciones coordinadas para el fomento de la bioética en las entidades federativas, se realizaron 30 reuniones de trabajo con las Comisiones Estatales de Bioética. Destaca la XII reunión nacional de Comisiones Estatales de Bioética, celebrada en la Ciudad de México el 5 de septiembre de 2017. Al respecto, es importante mencionar la ratificación del Acuerdo 05/XIX/CONASA/2018, que señala: “Cada entidad federativa deberá contar con una Comisión Estatal de Bioética y la Comisión Nacional coadyuvará en su integración, continuidad operativa y sustentabilidad”. Lo anterior tuvo lugar en el marco de la XIX Reunión Ordinaria del Consejo Nacional de Salud, el 16 de marzo de 2018 en Acapulco, Guerrero.

^{3/} El objetivo de los comités es contribuir a salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los actuales o potenciales participantes en protocolos de investigación, tomando en cuenta la legislación, normatividad y contenidos éticos vigentes.

Con el propósito de **promover la observancia de criterios de bioética internacionales acordes con el interés y las políticas de salud del país**, México, a través de la CONBIOÉTICA, formó parte del grupo de trabajo preparatorio para la Conferencia del XX Aniversario de la Convención de Oviedo, celebrada en Estrasburgo, Francia, cuya finalidad fue identificar los retos que enfrenta el Convenio y conformar un plan de trabajo a mediano y largo plazo para los Estados miembros, a efecto de contribuir en la definición de la temática que se trató y la logística que se implementó, así como emitir recomendaciones para designar a los expertos que encabezarían la discusión de estos temas.

A fin de **difundir la cultura bioética entre la sociedad, impulsar capacitación del personal y la formación de profesionales en la materia**, la biblioteca del Centro del Conocimiento Bioético continuó con la atención a usuarios en las modalidades presencial y a distancia. En el periodo septiembre de 2017-junio de 2018 fueron atendidas 1,791 solicitudes de información especializada en bioética y salud. Por otro lado, se transmitieron en directo (vía *streaming*), tanto al personal de salud como al público en general, 18 videoconferencias con temas relevantes en bioética, las cuales están disponibles para su consulta en el portal electrónico de la CONBIOÉTICA.

Se destaca también la publicación de los libros: “Genética y nuevas fronteras de la bioética” y “Bioética y derechos humanos”, este último en coedición con el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

Estrategia 6.6

Promover un México con responsabilidad global en salud

Para **consolidar el papel de México como un actor responsable y comprometido en el ámbito multilateral**, el país participó en la 41ª reunión de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanza sobre Enfermedades Tropicales, que se celebró del 18 al 20 de junio de 2018, en Ginebra, Suiza.

Se gestionaron las contribuciones económicas a organismos internacionales en salud con la finalidad de dar seguimiento a los compromisos de México. Tales contribuciones favorecen la capacitación y formación de recursos humanos, el intercambio de experiencias, así

como la posibilidad de que México tenga derecho a voz y voto en los organismos internacionales, posicionar temas en la agenda internacional en salud y participar en la definición de la agenda de los organismos internacionales.

Durante el último cuatrimestre de 2017, se realizaron aportaciones parciales a la contribución de la OMS y pagos totales a la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos de América, al Convenio de Rotterdam y al Programa de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales de la OMS.

Durante 2018 se liquidó la cuenta que había quedado pendiente en la OMS en 2017 y se realizaron pagos correspondientes al ejercicio fiscal 2017 de otros organismos, como es el caso de la OPS.

Dada la relevancia de México en la agenda de salud internacional, nuestro país fue sede de las siguientes reuniones multilaterales:

- 48ª Conferencia Mundial de la Unión sobre Salud Pulmonar, que se realizó del 11 al 14 de octubre de 2017 en Guadalajara, Jalisco, organizada por la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias en colaboración con la Secretaría de Salud, bajo el lema: “Acelerando el paso hacia la eliminación”, con la intención de intercambiar ideas sobre cómo acelerar la eliminación en múltiples frentes de la tuberculosis y el consumo de tabaco.
- Reunión Anual de la Red Mundial de Centros Colaboradores para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS, que se llevó a cabo del 23 al 27 de octubre en la Ciudad de México, con el lema “Conectando datos para la salud”, en la cual se presentó la versión 11 de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 11).
- Cumbre Mundial de Líderes contra el Cáncer 2017, que tuvo lugar del 13 al 15 de noviembre de 2017 en la Ciudad de México. Se celebró por primera vez en América Latina y fue organizada por la Unión Internacional para el Control del Cáncer y los socios de la Cumbre Mundial de Líderes de Cáncer: la OMS, la OIEA, la Agencia Internacional de Estudios contra el Cáncer y el INCAN. Su objetivo central fue reunir a actores clave que generaron un debate intersectorial para discutir líneas de acción que permitan cumplir con el objetivo de la OMS de reducir 25% las muertes prematuras ocasionadas por esta enfermedad.

Derivado de las actividades de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo para América Latina y

el Caribe, específicamente del seguimiento a nivel nacional de las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo, la Secretaría de Salud ha participado en las acciones coordinadas por el Consejo Nacional de Población encaminadas al reporte de indicadores sobre la implementación de dicho Consenso.

El 5 de septiembre de 2017, el Dr. José Narro Robles, Secretario de Salud, participó en la creación y puesta en marcha del Consejo Consultivo de Turismo Médico. El 23 de marzo de 2018, se llevó a cabo la primera sesión ordinaria 2018 del Consejo, en la cual se dio seguimiento al acuerdo de septiembre de 2017, se tomó de protesta de sus miembros, se presentaron las Reglas de Organización y Funcionamiento del Consejo y la Estrategia SECTUR, así como el programa anual de trabajo y el calendario 2018.

La COFEPRIS se relaciona con diversos mecanismos de cooperación multilateral, tales como el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, el Tratado de Libre Comercio con la Unión Europea, la Alianza del Pacífico, OMS, OMS/OPS, APEC, Organización Mundial de Comercio, Asociación Europea de Libre Comercio, entre otros. En estos ámbitos se suma valor agregado a través de la participación en grupos de trabajo mediante los cuales se promueve la colaboración técnica para la construcción de capacidades, la armonización regulatoria e incluso la facilitación del comercio, observando las medidas sanitarias y fitosanitarias a nivel internacional como un tema estratégico para mejorar el acceso a la salud, intensificar el control y la vigilancia y reducir las barreras técnicas al comercio. Un ejemplo de ello es la participación de México a través de la COFEPRIS en el Subgrupo de Obstáculos Técnicos al Comercio, donde se abordan temas como dispositivos médicos, medicamentos, cosméticos, suplementos alimenticios, entre otros.

La COFEPRIS firmó, en marzo de 2018, un convenio con las agencias sanitarias de Colombia y Chile con la finalidad de favorecer la convergencia regulatoria en la región.

México es coordinador de Autoridades Regulatoras Nacionales de la región en el periodo 2018-2019, con la responsabilidad de proponer una estrategia conjunta de cooperación, intercambiar experiencias sobre las evaluaciones de dicho organismo y revisar los temas prioritarios para la agenda de trabajo 2018.

En este rubro también es importante señalar el compromiso que mantiene la COFEPRIS respecto a la Resolución CD 50.R9 “Fortalecimiento de las autoridades

reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos”, dictado por el Consejo Directivo de la OPS. A través de esa resolución se garantiza la calidad, inocuidad y eficacia de los medicamentos y productos biológicos, mediante su designación conseguida y mantenida por la recertificación como autoridad regional de referencia regional, nivel IV (octubre de 2017). Asimismo, se ofrece apoyo a las autoridades reguladoras nacionales para que puedan beneficiarse de sus procesos, información e infraestructura, difundiendo información relevante entre los países de la región sobre regulación y fiscalización de medicamentos, productos biológicos y otras tecnologías sanitarias, así como promoviendo el intercambio y la cooperación técnica entre países.

Estas participaciones se han convertido en un esfuerzo constante que consolida el papel de México como un actor líder en las américas para la promoción de las mejores prácticas internacionales en materia de regulación sanitaria.

La CONAMED, como Centro Colaborador de la OPS/OMS, publicó en su página web, seis ediciones del boletín del Centro Colaborador de Calidad y Seguridad del Paciente: los números 14 (septiembre-octubre) y 15 (noviembre-diciembre) de 2017; así como los números 16 (enero-febrero), 17 (marzo-abril), 18 (mayo-junio) y 19 (julio-agosto) de 2018. La versión electrónica de estos boletines se envía regularmente a las oficinas de la OPS/OMS para su publicación electrónica a escala nacional e internacional.

Asimismo, participó en un proyecto binacional con el Estado Plurinacional de Bolivia, denominado “Intercambio de experiencias de estandarización en la búsqueda de eventos adversos considerando la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente”.

Con el objeto de enriquecer el marco conceptual de la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, se desarrollaron tres taxonomías, que se adicionan a las tres reportadas en el periodo anterior, por lo que ahora se cuenta con seis de las 10 categorías superiores propuestas por la Clasificación. En agosto de 2018 se habrán concluido al menos las dos taxonomías referentes a las características del paciente y resultados e impactos para el paciente. Asimismo, se prevé un avance superior a 80% de la taxonomía sobre las características del incidente.

Con el propósito de **ampliar la presencia de México en los foros internacionales de salud**, entre septiembre y octubre de 2017 se participó en las reuniones del Grupo de Trabajo de Negociaciones Internacionales de

la Comisión Intersecretarial de Cambio Climático, en las que se elaboraron los lineamientos de participación de la delegación mexicana para la 23° Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático, que se llevó a cabo del 6 al 17 de noviembre de 2017 en Bonn, Alemania.

Debido a que México forma parte del Comité de Programa, Presupuesto y Administración del Consejo Ejecutivo de la OMS, desde mayo de 2017 participó en las sesiones 27^a y 28^a, que se llevaron a cabo en enero y mayo de 2018 en Ginebra, Suiza. El objetivo de estas reuniones fue abordar cuestiones administrativas, financieras y de gobernanza de la Organización, por lo que la asistencia por parte de la SS permite posicionar los intereses del país en aspectos económicos, y presentar las observaciones en materia de transparencia y rendición de cuentas.

Entre otros temas de interés, se discutió el Proyecto del 13° Programa General de Trabajo 2019-2023, el cual fue presentado en una reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo, que se realizó el 22 y 23 de noviembre de 2017. Nuestro país manifestó concordancia en que las prioridades estratégicas que plantea la OMS estén orientadas a cumplir las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.

Durante enero y mayo de 2018 se llevaron a cabo la 142^a y 143^a reuniones del Consejo Ejecutivo de la OMS, en donde se dio seguimiento a temas como la revisión del 13° Programa General de Trabajo, reforma de la OMS, preparación y respuesta en materia de salud pública, salud y cambio climático, escasez mundial de medicamentos y vacunas, nutrición, salud de la mujer, colaboración con agentes no estatales, enfermedades no transmisibles y enfermedades transmisibles.

En mayo de 2018, México participó en la 71^a Asamblea Mundial de la Salud, que tuvo el lema “Salud para todos: comprometidos con la cobertura sanitaria universal”, y en la cual se lograron posicionar temas relevantes para nuestro país, como: enfermedades no transmisibles, Reglamento Sanitario Internacional, escasez mundial de medicamentos y vacunas y acceso a ellos, nutrición, medio ambiente y cambio climático, promoción de la salud de refugiados y migrantes, y reforma de la OMS.

Por otro lado, se apoyó la participación de México en las 41^a y 42^a reuniones de la Junta Coordinadora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, celebradas del 12 al 14 de diciembre de 2017 y del 26 al 28 de junio de 2018, respectivamente, y en las cuales se gestionó la participación de un representante del CENSIDA y del director general de Coordinación de

los Institutos Nacionales de Salud, toda vez que México es miembro de dicha Junta de 2017 a 2019.

Se coordinó la participación del C. Secretario de Salud, Dr. José Narro Robles, en la Comisión Independiente de Alto Nivel de la Organización Mundial de la Salud sobre Enfermedades No Transmisibles, que tuvo lugar el 6 de mayo de 2018, en Ginebra, Suiza, con el objetivo de discutir la conclusión del informe que fue presentado el 1 de junio de 2018 para la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas sobre Enfermedades no Transmisibles, de septiembre de 2018. Su propósito fue apoyar las negociaciones internacionales para hacer frente a las principales causas de muerte asociadas a las enfermedades no transmisibles y reforzar los esfuerzos políticos para acelerar la acción internacional coordinada a fin de alcanzar las metas establecidas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Asimismo, se proporcionó a la OMS información sobre las prácticas óptimas, experiencias y enseñanzas adquiridas sobre la salud de los refugiados y migrantes en cada región, con el propósito de contribuir a la formulación de un proyecto de Plan de Acción Mundial sobre la salud de los refugiados y migrantes, que se someterá a la consideración de la 72^a Asamblea Mundial de la Salud en 2019, para su adopción.

Se tuvo una participación activa en la definición de la posición de México sobre el Pacto Mundial para la migración segura, ordenada y regular, coordinado por la ONU y el cual se presentará en diciembre de 2018.

En relación con el G20, se han proporcionado insumos desde la perspectiva de salud para reuniones de Sherpas en el marco de la presidencia argentina del grupo, que abordó asuntos enfocados a la inversión para la primera infancia.

De igual forma, se atendieron las reuniones de los Grupos de Trabajo de Salud del G20; la primera sesión se llevó a cabo los días 5 y 6 de marzo de 2018, en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, y los temas centrales fueron la resistencia a los antimicrobianos y la obesidad infantil. La segunda reunión tuvo lugar el 17 y 18 de mayo de 2018, en Ginebra, Suiza, donde se abordó el fortalecimiento de los sistemas de salud enfocados a la cobertura universal, y la respuesta a desastres, catástrofes y pandemias.

Con respecto a las actividades promovidas por la OCDE, México participó en el taller de lanzamiento del Estudio sobre Cooperación Regulatoria Internacional en México, organizado por la Secretaría de Economía para informar

sobre el estudio que realizaría la OCDE entorno a asuntos de competitividad, regulación y política comercial, y donde se mencionó el papel de la COFEPRIS como potencial entidad emisora de buenas prácticas para este estudio.

Se gestionaron acreditaciones de funcionarios de la Secretaría de Salud en diferentes grupos de trabajo del Comité de Salud de la OCDE, como es el de Sistemas de Cuentas Nacionales y Corresponsales sobre Información, que se llevó a cabo en octubre de 2017, y en el grupo de trabajo sobre Indicadores de Calidad para la Salud, que sesionó los días 9 y 10 de noviembre de 2017.

También se proporcionaron insumos técnicos al Comité de Salud de la OCDE sobre productos farmacéuticos, dispositivos médicos y terapias innovadoras. Se atendió una solicitud de priorización de los temas de Salud que son abordados en dicho grupo y se respondió una encuesta sobre cómo los sistemas de salud pueden generar información y conocimiento a partir de las tecnologías de información y los datos electrónicos.

En lo referente a la participación de la Secretaría en el APEC, se apoyó con información por parte de la COFEPRIS sobre las acciones unilaterales y voluntarias que se han realizado para dar cumplimiento a las Metas de Bogor.

Se posicionó ante el grupo de Trabajo de Salud de APEC la aprobación para el financiamiento de un proyecto del INGER denominado “Creación de capacidades para el largo plazo basado en la comunidad y apoyado por recursos de alta tecnología a bajo costo”, enfocado a generar sistemas de salud que sean capaces de responder a las necesidades de la población adulta mayor.

Se gestionó la participación de funcionarios de la Secretaría de Salud en la Conferencia sobre prevención del dengue severo y estrategias para reducir la carga de la enfermedad, que se llevó a cabo el 3 y 4 de mayo de 2018 en Tainan, Taipei, con el objetivo de generar una plataforma para compartir y discutir las estrategias efectivas para la prevención del dengue en los países de la región Asia-Pacífico. Asimismo, en el Diálogo de Políticas sobre Enfermedades Raras, que se celebró del 6 al 7 de junio de 2018 en Beijing, China, para elaborar un Plan de Acción que facilite el intercambio de mejores prácticas entre las economías de APEC a nivel regional y multisectorial.

Por otro lado, México elaboró un Plan Nacional sobre la resistencia a los antimicrobianos (RAM) a fin de atender las recomendaciones de la OMS, y en específico la resolución WHA68.7 de la Asamblea Mundial de la Salud.

Dicho Plan está conformado bajo el esquema de los cinco objetivos que se incluyen en el Plan de Acción Mundial, los cuales están orientados a mejorar la comprensión; reforzar los conocimientos y la base científica a través de la vigilancia y la investigación; reducir la incidencia de las infecciones; utilizar de forma óptima los medicamentos antimicrobianos en la salud humana y animal, y desarrollar una evaluación económica a fin de asegurar una inversión sostenible para abordar y combatir la RAM.

El Plan Nacional se realizó con base en el enfoque “Una Salud”, al reconocer que la salud de las personas está relacionada con la salud animal y del ambiente, con la intención de propiciar el trabajo intersecretarial y multisectorial a fin de reducir la diseminación de la RAM en los diferentes sectores de salud pública, agrícola y del medio ambiente.

De igual forma, se respondió un cuestionario de seguimiento, elaborado por la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), y la Organización Mundial de Sanidad Animal sobre los progresos en la lucha contra la RAM, a fin de que dichas organizaciones puedan preparar un informe sobre la situación global en la materia.

Se continuó la participación activa de México en los cuerpos directivos de la OPS. En ese sentido, se proporcionaron insumos para la intervención de la delegación mexicana durante la 11ª sesión del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración, así como de la 150ª sesión del Comité Ejecutivo de ese organismo internacional. Adicionalmente, la SS participó, a través de la DGRI, en la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana/69ª Sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, celebrada en septiembre de 2017 en Washington, D.C., Estados Unidos de América, ocasión en la que la directora de la OPS fue reelecta para un segundo mandato de cinco años.

El Secretario de Salud participó en la Convención Internacional Cuba Salud 2018, organizada en abril por las autoridades de salud de ese país, en cuyo marco presentó la ponencia titulada “En busca de la igualdad nunca alcanzada” y participó en la reunión de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Facultades y Escuelas de Medicina.

Con la finalidad de fortalecer la comunicación y participación binacional en temas de salud pública y epidemiología, a través del Centro Nacional de Enlace, del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018 se enviaron 86 informes semanales a la OPS sobre la

situación epidemiológica del dengue, la fiebre por virus Chikungunya y la enfermedad por virus del Zika en México.

En la tarea de **consolidar las relaciones con los países en términos de intercambio de experiencias**, la agenda ha sido amplia y ha abarcado diversas regiones.

Como parte de la cooperación bilateral con América Latina, se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- **Argentina.** Intercambio de conocimientos y experiencias en evaluación integral de las estrategias hacia el acceso y cobertura universal en salud, mediante una primera etapa con la visita de dos expertos del Programa SUMAR de Argentina en abril de 2018. Se está preparando el cierre del proyecto con la visita de expertos del INSP a ese país.
- **Bolivia.** Intercambio de conocimientos y experiencias en la estandarización de la búsqueda de eventos adversos, considerando la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente de la OMS, mediante un curso taller realizado en ese país en marzo de 2018, donde participaron dos expertos de la CONAMED.
- **Brasil.** En el marco de la VII Sesión del Grupo de Trabajo de Cooperación Técnica México-Brasil, realizada en febrero de 2018, se aprobó el intercambio de experiencias y conocimientos en el combate a la obesidad, proyecto que será ejecutado por la Dirección General de Promoción de la Salud y el Ministerio de Salud de ese país.
- **Chile.** En el marco del Fondo Conjunto de Cooperación México-Chile, la Secretaría de Salud, a través del INSP, intercambió conocimientos y experiencias con ese país orientadas al fortalecimiento de las políticas públicas de salud de migrantes internacionales. Por otra parte, está en proceso de suscripción un convenio entre la DGCE y la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo, con el propósito de intercambiar conocimientos y experiencias con la Superintendencia de Salud de ese país en materia de acreditación en calidad y arbitraje. Se registró, además, la participación de un experto mexicano en el IX Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos realizado en Chile en abril de 2018.
- **Cuba.** En el marco de la Convención Internacional Cuba Salud 2018, el Secretario de Salud, encabezó una delegación del Sector Salud mexicano integrada por funcionarios del IMSS, del ISSSTE, de la Secretaría de Salud y de COFEPRIS, la cual realizó una visita de

trabajo a la República de Cuba del 23 al 25 de abril de 2018, en cuyo marco se realizó la Primera Reunión del Grupo de Cooperación en Salud México-Cuba, el cual está integrado por entidades públicas del sector salud de ambos países como muestra de los lazos de amistad y colaboración en materia de salud e identifica tres áreas principales para la cooperación bilateral: fortalecimiento de capacidades de los profesionales de la salud; asuntos regulatorios; y cooperación científica y técnica.

- **Ecuador.** En el contexto de la VII Reunión de Comisión Mixta de Cooperación Técnica y Científica entre ambos países, realizada en marzo de 2018, la COFEPRIS acordó intercambiar conocimientos y experiencias con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria, en vigilancia y dictamen sanitario del cumplimiento del Reglamento de etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasadas durante el bienio 2018-2020.
- **Uruguay.** En el marco del Fondo Conjunto de Cooperación México-Uruguay, ambos países intercambiaron experiencias y conocimientos en materia de calidad de estadísticas vitales y los registros de nacimientos y defunciones para el desarrollo de políticas públicas adecuadamente orientadas. Por otra parte, en el marco del Fondo, se intercambiaron conocimientos y experiencias en el tema de cuidados paliativos mediante una asesoría de mexicanos en Uruguay a finales de febrero y principios de marzo de 2018.

Con la región de América del Norte se realizaron las siguientes actividades:

- **Estados Unidos de América.** En seguimiento de la instrucción presidencial de crear un grupo de trabajo bilateral en enfermedades arbovirales, se llevó a cabo del 28 al 30 de noviembre de 2017 el Foro México-Estados Unidos, Enfermedades Arbovirales: Prioridades de Colaboración e Investigación, el cual representó un esfuerzo significativo en el intercambio de experiencias entre investigadores de ambos países, lo que permite mantener una óptima vigilancia e investigación en estas enfermedades.
- Se expresó el interés de impulsar el intercambio de médicos para avanzar en la investigación de este tema.
- En diciembre de 2017 se firmó el memorándum de entendimiento para la cooperación en materia de salud

entre la Secretaría de Salud, a través de la CCINSHAE, y el Hospital Infantil de Colorado y la Universidad de Colorado, Denver, en Estados Unidos de América, a través del Centro para la Salud Global del Campus Médico Anschutz, representada por los regentes de la Universidad de Colorado. Este convenio fortalecerá la cooperación entre ambos países en materia de salud materno-infantil, investigación y capacitación de personal para la atención de los recién nacidos y la salud pública.

- En abril de 2018 la Oficina del Comando Norte del Departamento de Defensa de Estados Unidos de América fortaleció la cooperación mediante la donación de un equipo de mastografía y capacitación para la detección temprana y la investigación del cáncer de mama.

Con Asia se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- **Japón.** El 19 de febrero de 2018 se realizó la Sexta Sesión del Comité Conjunto de Coordinación del Centro de Entrenamiento para Técnicas Mínimamente Invasivas Enfocadas en el Método TRI para dar seguimiento a los avances del proyecto. Desde su inauguración en julio de 2016 se han brindado ocho cursos de capacitación a personal del sector salud de México.
- Del 12 al 23 de febrero, como parte de las actividades de colaboración conjunta México-Japón para América Latina, se llevó a cabo la tercera y última edición del “Curso Internacional en salud sexual y reproductiva para adolescentes, con énfasis en la prevención del embarazo” en el que se capacitó a personal de ocho países de América Latina y el Caribe.

Con la región de Europa se realizó lo siguiente:

- **Dinamarca.** Las actividades efectuadas en seguimiento de los acuerdos de cooperación firmados en el marco del Memorando de Entendimiento entre ambos gobiernos fueron:
- Fortalecimiento de la atención primaria: Se llevó a cabo la visita de una delegación danesa a México del 28 de agosto al 1 de septiembre de 2017, en donde se intercambiaron información sobre GPC, el uso de datos para la atención en salud y telemedicina. Del 19 al 27 de octubre de 2017, expertos de Dinamarca realizaron una visita a México para participar en el Foro de Calidad en Salud, a su vez se llevó a cabo un seminario de GPC con expertos mexicanos. Del 6 al 10 de noviembre de 2017 un experto del Ministerio

de Salud de Dinamarca trabajó de manera conjunta con la DGCES para el desarrollo de indicadores de calidad y evaluación. Del 16 al 20 de abril de 2018 una delegación del sector salud realizó una visita de trabajo a Dinamarca para fomentar un diálogo con sus contrapartes técnicas y definir los siguientes pasos en la colaboración.

- Capacitación en diabetes para personal de atención primaria: Se llevó a cabo la visita del experto técnico de la Universidad de Copenhague, a México del 12 al 15 de febrero de 2018 con el objetivo de intercambiar información para el desarrollo del proyecto. Del 23 al 26 de abril de 2018 se realizó una visita de los expertos de la Universidad de Copenhague para concluir el planteamiento de los dos primeros módulos de capacitación del proyecto.
- **Francia.** Se realizaron dos reuniones paralelas en el marco de los preparativos del Segundo Foro Franco-Mexicano en Salud. Del 2 al 4 de mayo de 2018 se llevó a cabo una reunión para la implementación en nuestro país del Sistema de Atención Médico de Urgencias. Los días 3 y 4 de mayo de 2018 se realizó una reunión técnica con expertos del Instituto Pasteur, las Antillas y México sobre Cambio climático y enfermedades transmitidas por vectores.
- **Reino Unido.** El 13 de diciembre de 2017 se aprobó en el Reino Unido la aplicación del Fondo de Prosperidad el cual busca el desarrollo y crecimiento sustentable para economías emergentes. En el marco de esta iniciativa se desarrollará el Programa Global para Mejora de la Salud a fin de trabajar de manera conjunta entre el Reino Unido y países de la Región de las Américas en estrategias para el fortalecimiento de la salud, incluido México.

- Del 5 al 7 de marzo de 2018 se realizó la visita de los expertos del Fondo de Prosperidad para identificar áreas de oportunidad. Se identificaron tres líneas de acción: enfermedades crónicas no transmisibles, evaluación del Programa Salud en tu Escuela, y educación y capacitación. Del 8 al 11 de mayo de 2018 se realizó una visita de los expertos del Reino Unido en cada uno de los temas para profundizar en la definición del proyecto de cooperación.

En el ámbito de la colaboración regional se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- **Alianza del Pacífico.** Durante el primer semestre de 2018 se llevaron a cabo diversas reuniones virtuales con la finalidad de dar seguimiento a los acuerdos

adquiridos en las Declaraciones suscritas por los países de la Alianza. De manera particular en el tema de calidad, se ha estado trabajando en el intercambio de información de los indicadores de los que cada uno de los países realiza medición.

- **Sistema Mesoamericano de Salud Pública.** El 24 de septiembre de 2017 se realizó la VIII Reunión del Consejo de Ministros en Washington D.C. donde se aprobó el Reglamento y el Marco Estratégico Mesoamericano de Salud Pública previamente validado por los coordinadores nacionales. A partir de ello, se han tenido reuniones virtuales con los coordinadores nacionales para dar seguimiento a los acuerdos emanados y determinar los mecanismos para la implementación de los planes maestros mesoamericanos.
- **Fondo Mundial.** El 11 y 12 de junio de 2018 se llevó a cabo en la Ciudad de México la “Reunión regional sobre el financiamiento público de la sociedad civil para la provisión de servicios de salud: avances, retos y lecciones aprendidas en América Latina y el Caribe”, en el que México presentó su experiencia en el sistema de apoyo a organizaciones de la sociedad civil para la implementación de intervenciones en las respuestas al VIH/sida.

Para **cumplir con los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos**, se actualizó la información correspondiente a la Secretaría de Salud sobre el V y VI Informe Periódico que presentó México ante el Comité de Derechos Humanos de la ONU, referente al cumplimiento a las obligaciones internacionales de México derivadas del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Se coordinó la participación de la dependencia para la sustentación del V y IV informe de seguimiento de la implementación del Pacto, que se llevó a cabo el 12 y 13 de marzo de 2018 en Ginebra, Suiza.

Con las áreas técnicas de la Secretaría de Salud se coordinó la integración de insumos para la preparación del informe que nuestro país deberá presentar ante el Mecanismo de Examen Periódico Universal, del Consejo de Derechos Humanos. Esta instancia encargada de evaluar la situación de los derechos humanos de cada uno de los 193 Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas, celebrará su tercera evaluación de México durante el 31 periodo de sesiones del Grupo de Trabajo del Mecanismo en octubre y noviembre de 2018, en Ginebra, Suiza.

Derivado de la visita oficial a México que realizó la relatora especial de las Naciones Unidas sobre los Derechos de

los Pueblos Indígenas, del 8 al 17 de noviembre de 2017, la SS expuso el tema “Creación de políticas públicas con enfoque culturalmente adecuado y de derechos de los pueblos indígenas”, que aborda el acceso a la salud para personas indígenas, medicina tradicional, parteras, mortalidad materna y esperanza de vida en comunidades indígenas, atención de salud de calidad en población indígena, así como sobre salud sexual y reproductiva e intérpretes de lenguas indígenas, a fin de garantizar el pleno acceso a los servicios de salud.

Lo anterior, a fin de dar a conocer y evaluar la situación de los pueblos y las comunidades indígenas en nuestro país y las acciones que emprende el Estado mexicano para promover y proteger sus derechos, así como los aspectos que requieren de fortalecimiento. Esa información sirvió como base para la elaboración del informe final que la relatora presentará ante el Consejo de Derechos Humanos de la ONU en septiembre de 2018.

La Secretaría de Salud ha coadyuvado con la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Gobernación en el reporte y validación de indicadores de tipo cualitativo y cuantitativo para la elaboración del informe del Segundo Agrupamiento en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Protocolo de San Salvador.

Asimismo, en relación con el proceso de consultas en torno a la posible adhesión de México a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la Secretaría de Salud, en colaboración con el INGER, proporcionó información sobre aspectos que permitan avanzar en la adhesión de ese instrumento jurídico internacional.

De igual forma, en el marco del 168 Periodo Extraordinario de Sesiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en particular la audiencia de la situación de derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores en México, convocada el 7 de mayo de 2018, la Secretaría de Salud brindó a la Secretaría de Relaciones Exteriores elementos de carácter técnico que permitieron integrar la postura del Estado mexicano.

En la línea de **impulsar una política de cooperación internacional y regional en salud pública que permita adoptar mejores prácticas**, la DGRI ha promovido la colaboración a través de la Estrategia de Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) con México 2015-2018, el cual es un documento estratégico que guía las actividades de cooperación de esos organismos en nuestro país. En ese sentido, en septiembre de 2017 se inició un proceso de consultas al interior de la Secretaría

de Salud que permita realizar la evaluación intermedia de la Estrategia, con la finalidad de garantizar la consecución de los objetivos que esta plantea, así como identificar las fortalezas y oportunidades para la cooperación con la OPS/OMS.

Por otra parte, se ha promovido la colaboración a través de los Centros Colaboradores de la OPS/OMS, los cuales son socios fundamentales en la implementación de la cooperación técnica descentralizada, toda vez que son instituciones clave en la actuación estratégica de la Organización en el país. Esto se debe a que, al ser designados por la Organización Mundial de la Salud para actuar localmente, integran una red participativa nacional e internacional para realizar actividades técnicas y concretizar acciones que colaboren con resultados en salud en el nivel local, regional y global.

En este sentido, en 2017 la OPS/OMS designó como nuevos Centros Colaboradores al Laboratorio de Paludismo, Departamento de Parasitología para el “Entrenamiento de diagnóstico de malaria por microscopía” y al Departamento de Control de Muestras y Servicios para la “Bioseguridad en el laboratorio”, ambos del INDRE.

Asimismo, la Secretaría de Salud participó en la 4ª Reunión de la Red Mexicana de Centros Colaboradores, realizada el 24 de noviembre de 2017, en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. El objetivo de la reunión fue fortalecer el valor agregado de la Red a los objetivos de la OPS/OMS en el nivel global, nacional y local (para y desde México) en el marco de la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En cumplimiento de la instrucción presidencial de impulsar el abordaje de las drogas con énfasis en la perspectiva de salud pública para responder a este problema y orientar políticas más justas y humanas, esta dependencia participó durante noviembre de 2017 en la última sesión de la serie de diálogos denominados “Hacia una nueva estrategia internacional de drogas: instrumentación de las recomendaciones UNGASS 2016”, con el objetivo de dar seguimiento a los compromisos generados por la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en abril de 2016.

Dicha sesión se organizó con el objetivo de generar una reflexión plural y orientada a la acción a fin de lograr la instrumentación de políticas públicas que hagan frente al problema mundial de drogas desde el enfoque de derechos humanos con perspectiva de género.

De igual forma, se atendió la solicitud de la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los

Derechos Humanos, con información sobre las acciones que se realizan desde el Sector Salud para abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas desde un enfoque de derechos humanos.

En cuanto al Proyecto de Cooperación Bilateral México-Uruguay, ECHO Cuidados Paliativos, que coordina la DGCES, la DGED ha colaborado con el equipo de cuidados paliativos y, en 2017, desarrolló la propuesta de evaluación para el componente dirigido a medir el funcionamiento de cada sesión realizada, así como el componente enfocado a evaluar las habilidades y competencias adquiridas a partir de la participación en las sesiones. En el segundo semestre de 2018 la DGED coordinó en colaboración con DGCES la aplicación de manera periódica de las cédulas de evaluación para ambos componentes; se dispone de las bases de datos correspondientes y actualmente se está llevando a cabo el análisis.

En cumplimiento de los compromisos internacionales, durante 2018 la Secretaría de Salud y la OPS estarán realizando la segunda evaluación conjunta para conocer los avances obtenidos en 71 indicadores inmediatos y 38 intermedios del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. El punto focal designado para dicha tarea es la DGED, que ha venido colaborando con la DGRI para dar cumplimiento a la evaluación. En el primer semestre de 2018 la DGRI realizó consultas a diferentes áreas técnicas de la Secretaría de Salud y posteriormente la DGED llevó a cabo la revisión de los indicadores y el registro correspondiente en el Sistema de Evaluación y Monitoreo del Plan Estratégico. Los resultados de la evaluación serán presentados en el comité ejecutivo de la OPS.

En el marco del Acuerdo Específico de Cooperación entre la Secretaría de Salud de México y el Ministerio de Salud de Dinamarca se está desarrollando una propuesta de indicadores prioritarios en atención primaria, para lo cual se han coordinado talleres bajo el liderazgo de la DGED con otras áreas de la Secretaría, como el CENAPRECE y la DGIS. El propósito es revisar las fuentes de información y los requerimientos para avanzar en dicha propuesta. Al cierre de la primera etapa se acordó llevar a cabo un análisis de la calidad de la información a nivel municipal y posteriormente se realizará a nivel jurisdiccional.

Durante este periodo, la CONADIC participó en diversos foros regionales y multilaterales, así como en negociaciones internacionales para definir y fortalecer la posición de México con respecto a la reducción de la demanda de drogas ilícitas, en el marco de los trabajos

previos y posteriores al Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el problema de las drogas, que se llevó a cabo en abril de 2016, destacando las siguientes:

- XVIII Reunión de Expertos en Reducción de la Demanda de Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.
- Presentación del Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes 2018.
- 61 Periodo ordinario de Sesiones de la Comisión de Estupefacientes.
- 63 Periodo ordinario de Sesiones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD.
- Tercera Reunión Anual COPOLAD II sobre Observatorios Nacionales de Drogas.
- Reuniones de seguimiento bilaterales México-Estados Unidos. Comisión Nacional contra las Adicciones-INL.
- Diálogos hacia una Nueva Estrategia Internacional de Drogas. Instrumentación de las recomendaciones de la UNGASS (SRE/CICAD).
- Segunda Reunión del Diálogo de América del Norte México-Estados Unidos-Canadá sobre Políticas de Drogas.
- Tercera Videoconferencia Trilateral del Diálogo Trilateral México-Estados Unidos-Canadá sobre Políticas de Drogas NADD sobre Esfuerzos de Prevención y manejo de sobredosis de drogas.
- Taller Trilateral de Metodologías y Análisis Químico de heroína y opioides.
- Reunión Técnica sobre el Abordaje de la Problemática de las Drogas desde la Perspectiva de la Salud Pública (ONUDD/CICAD).
- Segunda Misión del Proyecto de Cooperación entre México y Argentina: TSJ-SEDRONAR-SEGOB-CONADIC, Implementación del Programa de Justicia Terapéutica.
- Segunda Misión del Proyecto de Cooperación México-Argentina: experiencias sobre abordaje comunitario de las adicciones y sobre la especificidad de poblaciones de frontera intercambiadas.

- Taller de formación para la Planificación del Proceso de Monitoreo y Evaluación de los modelos de alternativas de tratamiento al encarcelamiento de la CICAD.
- Tercer Taller Internacional sobre Reducción de la Demanda de Drogas (ISSUP / UNODC / CICAD / DSUSA).

CONADIC encabeza las acciones en materia de reducción de la demanda de drogas ilícitas, enmarcadas en el pilar 4 denominado “Construir Comunidades Fuertes y Resilientes” del esquema de cooperación bilateral entre México y Estados Unidos. A este respecto, realizó acciones de seguimiento a los siguientes proyectos:

- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.
- Expansión de las Coaliciones Comunitarias.
- Programa Mexicano de Capacitación, Evaluación y Certificación de Consejeros en Adicciones.
- Campaña Nacional del Centro de Atención Ciudadana contra las Adicciones.

Por su parte, en el marco de la OCDE, la UAE continuó su participación como delegado del Comité de Salud. Asimismo, participó en el Grupo de Expertos en Economía de la Salud Pública, el cual preside para el periodo 2016-2018. También colaboró en el proyecto Acceso Sustentable a Terapias Innovadoras de dicho organismo.

Los días 26 y 27 de octubre de 2017 se llevó a cabo la 12° Meeting of The Committee on Bioethics DH-BIO del Consejo de Europa, con la participación de los Estados miembros; la Asamblea Parlamentaria; el Comité Director para los Derechos Humanos; y los representantes (invitados permanentes) de La Comisión Europea, entre ellos México, a través de la CONBIOÉTICA.

A lo largo de la reunión se dio puntual seguimiento a temas como la prohibición de ganancia financiera, el protocolo adicional sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales respecto al internamiento y tratamiento involuntario; métodos de trabajo y actividades futuras del DH-BIO.

Por otro lado, en colaboración con el Neurological Clinic, Cleveland Institute, el 7 de junio de 2018 se llevó a cabo en la Ciudad de México el foro “Innovación y Calidad en Neurología: hacia la competitividad”. En dicho evento, que contó con una asistencia de 100 participantes, se abordaron cuestiones relacionadas

con el efecto de las tecnologías emergentes en neurología y neurocirugía.

Con la finalidad de **reafirmar el compromiso del país con la política internacional de propiedad intelectual** se dio seguimiento a grupos de trabajo de la OMS, como es el caso del Mecanismo de Estados miembros sobre Productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso, falsificados o de imitación; del grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación; y de la ejecución del plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual de la OMS, los cuales presentaron actualización de avances durante las sesiones de trabajo de la Asamblea Mundial de la Salud que sesionó del 21 al 26 de mayo de 2018, en Ginebra, Suiza.

Para **promover la armonización regulatoria en el contexto internacional apegada a criterios éticos** se dio seguimiento a la implementación del Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios Derivados de su Utilización, por lo que el 30 de octubre de 2017, se participó en el Taller Nacional para la Preparación e Integración del Primer Informe Nacional Provisional de la Implementación del Protocolo de Nagoya. En la reunión se solicitó fortalecer la comunicación con la OMS respecto al contenido del Protocolo de Nagoya en materia de salud pública y en específico al tema de intercambio de vacunas, muestras y patógenos de manera expedita.

De igual forma, el 24 y 25 de mayo de 2018, se participó en el “Tercer Diálogo de Acceso y Distribución de Beneficios (ABS) sobre los Desafíos Clave y las Formas Prácticas para la plena implementación del Protocolo de Nagoya y su contribución a la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030”, el cual se llevó a cabo en

la Ciudad de México, con el objetivo de intercambiar experiencias técnicas la plena aplicación del Protocolo de Nagoya, entre representantes gubernamentales y partes interesadas de todas las regiones del mundo, incluyendo el Grupo de América Latina y el Caribe.

Entre las acciones destinadas a **promover el reconocimiento de la COFEPRIS como autoridad sanitaria por parte de organismos internacionales y otras autoridades nacionales reguladoras**, se cuentan, además de la designación de este organismo como Autoridad Reguladora Nacional de Referencia Regional Nivel IV por la OPS, su nombramiento por consenso como coordinadora de las Agencias Reguladoras Nacionales de Referencia de la OPS, 2017-2019, entre las que se incluyen la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica de Argentina, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil, Health Canada de Canadá, el Instituto de Salud Pública de Chile, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos de Colombia, el Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos de Cuba y la FDA de Estados Unidos, países que suman 81.7% de la población del continente y son los principales impulsores en la región sobre convergencia y armonización regulatoria. A través de este grupo se orienta el fortalecimiento de los procesos regulatorios en la región de las Américas.

Por otra parte, la COFEPRIS recibió a partir del 1 de enero del 2018 la membresía como autoridad nacional participante del Esquema de Cooperación en Inspecciones Farmacéuticas, con la cual se reconocen a escala mundial sus mejores prácticas en la ejecución de inspecciones farmacéuticas. En la actualidad se proponen y desarrollan, con las partes, mecanismos para hacer operativo el reconocimiento de las actas de inspección emitidas por la COFEPRIS.



ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN TRANSVERSALES



Perspectiva de género

Entre septiembre de 2017 y marzo de 2018, IMSS-PROSPERA capacitó en perspectiva de género a 12,848 personas que laboran en el Programa, con enfoque en temas de igualdad y género (27% de las personas capacitadas); violencia (24%); derechos humanos (23%); NOM 046 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres (20%); interculturalidad y trato digno (5%).

Adicionalmente, en este periodo 448 personas (226 mujeres y 222 hombres) que laboran en el Programa realizaron cursos en línea en materia de igualdad y no discriminación, impartidos por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

La DGCHRAE coordinó las acciones relativas a respeto a los derechos humanos, equidad de género, ha promovido la capacitación del personal de la propia dirección general como de los HRAE. Se participó activamente con profesionales de diversas áreas en el curso "Tolera para incluir" con 47 participantes de los HRAE con actividades presenciales y en línea. Una parte del personal directivo y operativo se capacitó en temas referentes a transparencia, archivos, trata de personas y se ha participado mensualmente en la organización del "Día Naranja" y promovido y difundido contenidos y materiales de este tipo de actividades en los HRAE.

La DGCHRAE cumplió sus obligaciones respecto al cumplimiento de la integración de diversos informes para la rendición de cuentas, análisis y emisión de opiniones respecto a cambios del marco legal y normativo, destacando la participación en la actualización de la norma oficial mexicana de ultrasonografía diagnóstica, Con las acciones llevadas a cabo, los HRAE cumplieron los programas de trabajo establecidos para dar cumplimiento a las acciones lo que permitió informar a las diversas instancias los resultados sobre capacitación en materia de trata de personas, erradicación de la violencia obstétrica, aplicación del protocolo para la atención de población LGBT, entre otros temas.

De septiembre de 2017 a abril de 2018, el HGMGG ha realizado diversas actividades que han favorecido el trato con igualdad de género, tales han sido: En materia de Capacitación, se impartieron 9 cursos favoreciendo a 58 servidoras públicas y 14 servidores públicos del

Hospital, en temas como equidad de género, prevención del hostigamiento sexual y acoso sexual, relaciones interpersonales y manejo de conflictos, entre otros.

En materia de difusión, de forma mensual se realizaron materiales alusivos a la prevención de la violencia contra las mujeres, los cuales se proyectan de forma periódica como protectores de pantalla en todos los equipos de cómputo del Hospital, para conocimiento del personal tanto administrativo como médico.

En materia de sensibilización, el 25 de noviembre se realizó un evento público en la explanada del Hospital donde se llevaron a cabo actividades lúdicas, con el objetivo de crear conciencia sobre la importancia de una vida libre de violencia para las mujeres y niñas. De enero a abril se colocaron periódicos murales con temas como tipos de violencia, micromachismos, origen del Día Naranja. Finalmente, se llevó a cabo la conferencia "Sororidad: mujeres en armonía", con motivo del Día Internacional de la Mujer, donde participaron 14 servidoras públicas.

En relación con la contribución del avance en los sistemas de salud con la incorporación de resultados de investigación fundamental a través de la generación de conocimiento basado en evidencia, el INSP dio seguimiento al estudio denominado: "Herramientas estratégicas para la construcción de políticas públicas que permitan una mejor atención a las mujeres en servicios del Sector Salud", cuyo propósito es dar seguimiento a una parte del funcionamiento del sistema de salud, en específico la que corresponde a la producción de servicios dirigidos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y atención a la violencia familiar y de género en cuatro instituciones públicas del sistema de seguridad social: IMSS, ISSSTE, y las dirigidas a la población abierta: SS con sus contrapartes estatales (SESA) e IMSS-Oportunidades.

En el INCAN se ha iniciado con el Programa de Cáncer Hereditario, el cual representa hasta 10% del total de los casos de cáncer, sin discriminación de sexo, edad y nacionalidad. En el mundo, la inclusión de programas de cáncer hereditario en centros oncológicos ha impactado positivamente en la atención integral y prevención del cáncer.

La Clínica de Cáncer Hereditario del INCAN, tiene como objetivo fundamental brindar atención multidisciplinaria

a pacientes con alto riesgo de cáncer. Lo anterior implica generar estrategias de diagnóstico, tratamiento y prevención individualizadas, en el contexto de la aplicación del análisis molecular para su detección. Se trata de la primera en su tipo a nivel nacional, y de las pioneras en Latinoamérica.

Desde su conformación como programa institucional, la Clínica de Cáncer Hereditario ha atendido a más de 5,000 pacientes (2013-2017). Se han establecido sesiones multidisciplinarios con los equipos médicos y quirúrgicos hospitalarios, lo cual ha permitido el acceso racional de las pacientes a procedimientos quirúrgicos como la mastectomía bilateral y la salpingo-óoforectomía reductoras de riesgo, así como a seguimientos médicos específicos para distintos tipos de neoplasias malignas. En paralelo, se han atendido a más de 1,000 familiares de los pacientes con cáncer hereditario, instaurando medidas de detección oportuna y prevención en cáncer.

En el periodo del 1 de septiembre de 2017 al 30 de junio de 2018, se realizaron las siguientes actividades:

- En el marco del Programa de Acción Específico Igualdad de Género en Salud, se han llevado a cabo diversas acciones, entre las que destacan talleres de sensibilización y conferencias en materia de género, no discriminación y derechos humanos, mismos que han beneficiado a 12,199 profesionales de la salud de nivel directivo y operativo de los SESA.
- Como parte de las actividades de vinculación institucional se acompañaron a 16 programas federales en el ámbito de salud para incorporar acciones con perspectiva de género; asimismo, se monitoreó y dio seguimiento a 32 SESA que cuentan con unidades que impulsan ejes de acción con enfoque de género, derechos humanos e interculturalidad.
- Los Centros de Entretenimiento Infantil en las unidades de salud son acciones afirmativas que apoyan a las mujeres que acuden a consulta para atender de manera óptima su salud. Se fortalecieron e impulsaron 45 centros en 22 entidades federativas^{1/}, siete de los cuales son financiados con recursos estatales.
- Dentro del Programa de Cultura Institucional para la Igualdad, se capacitó a 253 personas de la SS, además

^{1/} Baja California (1), Baja California Sur (5), Coahuila (1), Colima (2), Ciudad de México (2), Durango (2), Guanajuato (2), Guerrero (3), Hidalgo (2), Jalisco (1), Estado de México (2), Morelos (1), Nayarit (1), Nuevo León (5), Querétaro (2), Quintana Roo (1), San Luis Potosí (1), Sinaloa (1), Tabasco (2), Tlaxcala (3), Yucatán (2), Zacatecas (3).

de promover y difundir material informativo de dicha temática, entregando 380,819 materiales.

- Se fortaleció la Red de Enlaces de Género del Programa de Cultura Institucional, con lo que se logró consolidar 66 enlaces; se llevaron a cabo 12 reuniones de trabajo en unidades administrativas y órganos desconcentrados de la SS.

En materia de afiliación, una de las prioridades del SPSS es asegurar el acceso efectivo a la salud a los grupos vulnerables, como es el caso de las mujeres. Ello, aunado al propósito de fomentar una cultura de equidad de género, ha propiciado el impulso de estrategias que incluyen este enfoque. Es de destacar que con corte a junio de 2018 se registró una afiliación de 28.96 millones de mujeres, lo que representa 54.3% del padrón general del SPSS (53.3 millones); y en este mismo contexto, de septiembre de 2017 a junio de 2018 a través del componente Salud del Programa PROSPERA se estima que el número de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia que recibieron atención médica gratuita, así como talleres educativos en materia de alimentación, prevención de la salud y salud reproductiva, ascendió a 270,203.

En coordinación con el INSP se concluyó el estudio “Brechas en la disponibilidad de médicos y enfermeras especialistas en el Sistema Nacional de Salud”, de acuerdo con los términos del contrato.

Gobierno Cercano y Moderno

Durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2017 y el 31 de agosto de 2018, en relación con aspectos organizacionales se complementaron las siguientes acciones en la SS:

Se integró la información de la revisión jurídica-organizacional de las estructuras orgánicas de las unidades administrativas de nivel central, órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados, conforme a las plantillas autorizadas por la SHCP, con vigencia 1 de enero de 2017 a través de los formatos DGPOP-DDDO-SDO-01 “Análisis jurídico de funciones”, DGPOP-DDDO-SDO-02 “Análisis organizacional de funciones”, DGPOP-DDDO-SDO-03 “Identificación de duplicidades”, DGPOP-DDDO-SDO-04 “Asociación del manual de organización a los puestos de los titulares”, DGPOP-DDDO-SDO-05 “Procesos conforme a estructura orgánica” que reportan los informes del tercero y cuarto trimestre de 2017.

Para el primer y segundo trimestre de 2018, derivado de la modificación del Reglamento Interior de la dependencia,

se modificó la denominación de los formatos y se solicitó la información correspondiente al año 2018.

Durante el periodo del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2017 se complementaron las actividades programadas y se cerraron cuatro proyectos de mejora para optimizar y estandarizar procesos de cuatro unidades de nivel central, seis de órganos desconcentrados y 25 de organismos públicos descentralizados.

Del 1 de enero al 31 de agosto de 2018 se concluyeron las actividades programadas a fin de cerrar seis proyectos de mejora de unidades de nivel central, 16 de órganos desconcentrados y 58 de organismos públicos descentralizados.

En otras áreas, se registró la conclusión del proyecto de mejora denominado “Homologación del proceso de asignación de cita de consulta externa de primera vez de la Unidad Médico Quirúrgica Juárez Centro”, concerniente al Programa de Mejora de la Gestión de la Administración Pública, cuyo impacto va más allá de la contención de costos para el paciente. Además, procura la satisfacción, calidad y seguridad en la atención, y garantiza la accesibilidad a los servicios que otorga la unidad, así como la optimización de los recursos de infraestructura y talento humano en salud. El proyecto fue avalado por los órganos fiscalizadores: DGPYP, OIC y SFP.

Durante el periodo se tuvieron los siguientes avances: :

- Acceso a la información. Se recibieron 71 solicitudes de información, las cuales se sometieron al Comité de Transparencia y se canalizaron a distintas unidades administrativas. Difusión de cursos de capacitación en materia de transparencia para 2018. Se recibieron 8,491 visitas en la sección de transparencia focalizada del Hospital.
- Archivo. Se capacitó en materia de archivo a 60 responsables del archivo del Hospital.
- Contrataciones públicas. Personal relacionado con contrataciones asistió a cursos publicados en el portal <<http://sesexa.funcionpublica.gob.mx>>. Se adjudicaron licitaciones con el IMSS por medicamentos, material de curación y material de laboratorio.
- Inversión e infraestructura. Seguimiento a 100% de los programas y proyectos de inversión, principalmente la reubicación del servicio de Urgencias.
- Optimización del uso de los recursos de la APF. Se dio cumplimiento a la Norma 23 de las Normas y

Procedimientos para la Integración y Actualización del Sistema de Información Inmobiliaria Federal y Paraestatal. El gasto destinado a servicios personales como proporción del gasto fue de 79.2%, exceptuando la rama médica.

- Recursos humanos. Se llevó a cabo la aplicación de la Evaluación del Desempeño de Servidores Públicos de Confianza 2017. Se logró la obtención de 46 plazas de nueva creación.
- Tecnologías de la información. El hospital continúa con dos trámites y tres servicios en la etapa 1 del desarrollo de Gobierno Electrónico. Se concluyó la versión 2 y se inició la 3 del Sistema de Urgencias SEU-GEA, que está en periodo de prueba. Seguimiento a dos contratos urgentes de los servicios relacionados con la infraestructura de tecnologías de la información y la comunicación.

Conforme al oficio SSFP/UPMGP/411/0166/2018, de fecha 23 de abril de 2018, firmado por el titular de la Unidad de Políticas de Mejora de la Gestión Pública, el INC ocupa el lugar 3 de 40 en relación con el resto de las instituciones del ramo en materia de cumplimiento, y el lugar 31 de 258 en la Administración Pública Federal. Para dar continuidad a las acciones de este programa y fortalecer el cumplimiento de aquellas metas que no han podido consolidarse, se han dado instrucciones para instrumentar las acciones que permitan el cumplimiento de las metas comprometidas para 2018.

Coordinación

La Oficina del Abogado General representa y defiende los intereses institucionales en los asuntos en que la Secretaría de Salud tenga un interés jurídico; asimismo, asesora y orienta a las unidades administrativas y órganos desconcentrados en el ámbito legal, para procurar la salvaguarda de los distintos derechos tutelados.

El total de asuntos ingresados al mes de mayo de 2018 a la Oficina del Abogado General fue de 31,020, que corresponden a diversos rubros.

En la Dirección Consultiva se recibieron 1,550 volantes, los cuales correspondieron al análisis y dictamen de asuntos relacionados con los siguientes rubros:

- 577 con anteproyectos de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos, normas oficiales mexicanas y demás ordenamientos relativos a los asuntos competencia de la Secretaría de Salud, así como de iniciativas, dictámenes y minutas que en materia

sanitaria formuló el H. Congreso de la Unión. Como resultado de estas acciones, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación 62 ordenamientos jurídicos consistentes en 10 decretos, 22 acuerdos, dos avisos, seis normas oficiales mexicanas, 2 modificaciones, 12 proyectos de normas oficiales mexicanas, 7 respuestas a comentarios y 1 aviso de cancelación de proyecto.

- 157 con instrumentos consensuales (nacionales e internacionales), diversos a los contratos y a los fideicomisos, en los que la Secretaría de Salud fue parte.
- 181 con consultas en materia sanitaria, formuladas por las unidades administrativas, órganos desconcentrados y entidades del sector coordinado de la Secretaría de Salud.
- 119 con la expedición, registro y control de nombramientos de servidores públicos de la Secretaría de Salud, así como de directores generales e integrantes de las Juntas de Gobierno y patronatos de las entidades del sector coordinado de esta dependencia del Ejecutivo Federal; elaboración de designaciones ante órganos colegiados y registros de firma ante la Secretaría de Gobernación.

A continuación se destacan los principales temas rabajados y resultados obtenidos en este periodo.

Ordenamientos publicados en el Diario Oficial de la Federación

Decretos

1. Decreto por el que se modifican los artículos segundo, tercero y quinto del diverso por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. D.O.F. 4-IX-2017.
2. Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley Federal de Zonas Económicas Especiales. D.O.F. 29-IX-2017.
3. Decreto de Declaratoria de la Zona Económica Especial de Puerto Chiapas. D.O.F. 29-IX-2017.
4. Decreto de Declaratoria de la Zona Económica Especial de Coatzacoalcos. D.O.F. 29-IX-2017.
5. Decreto de Declaratoria de la Zona Económica Especial de Lázaro Cárdenas-La Unión. D.O.F. 29-IX-2017.
6. Decreto de Declaratoria de la Zona Económica Especial de Progreso. D.O.F. 19-XII-2017.
7. Decreto de Declaratoria de la Zona Económica Especial de Salina Cruz. D.O.F. 19-XII-2017.
8. Decreto por el que se reforman y derogan diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. D.O.F. 07-febrero-2018.
9. Decreto de Declaratoria de la Zona Económica Especial de Campeche. D.O.F. 18-IV-2018
10. Decreto de Declaratoria de la Zona Económica Especial de Tabasco. D.O.F. 18-IV-2018.

Acuerdos

1. Acuerdo por el que se instruyen diversas acciones a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y a las empresas productivas del Estado, para atender las zonas afectadas por el sismo ocurrido el 7 de septiembre de 2017. D.O.F. 12-IX-2017.
2. Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, para el ejercicio fiscal 2017, publicado el 28 de diciembre de 2016. D.O.F. 15- IX-2017.
3. Acuerdo por el que no se computarán como días hábiles, para efectos de los trámites y servicios a cargo de la Secretaría de Salud, los días 19, 20, 21 y 22 de septiembre de 2017. D.O.F. 21-IX-2017.
4. Acuerdo por el que no se computarán como días hábiles, para efectos de los trámites y servicios a cargo de la Secretaría de Salud, los días 25, 26, 27, 28 y 29 de septiembre de 2017. D.O.F. 26-IX-2017.
5. Acuerdo por el que no se computarán como días hábiles, para efectos de los trámites y servicios a cargo de la Secretaría de Salud, los días 2, 3, 4, 5 y 6 de octubre de 2017. D.O.F. 4-X-2017.
6. Acuerdo por el que se da a conocer la serie de leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberá figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, a partir del 1 de diciembre de 2017 y hasta el 31 de mayo de 2020. D.O.F. 28-XI-2017.

7. Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2017, publicado el 29 de diciembre de 2016. D.O.F. 12-XII-2017.
8. Acuerdo por el que se establece que el periodo vacacional de fin de año de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico será del 21 de diciembre de 2017 al 5 de enero de 2018. D.O.F. 20-XII-2017.
9. Acuerdo que modifica el Anexo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal, publicado el 30 de enero de 2009. D.O.F. 26-XII-2017.
10. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, para el ejercicio fiscal 2018. D.O.F. 29-XII-2017.
11. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Comunitario Comunidad DIFerente, para el ejercicio fiscal 2018. D.O.F. 29-XII-2017.
12. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2018. D.O.F. 29-XII-2017.
13. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2018. D.O.F. 30-XII-2017.
14. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2018. D.O.F. 30-XII-2017.
15. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, para el ejercicio fiscal 2018. D.O.F. 30-XII-2017.
16. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, para el ejercicio fiscal 2018. D.O.F. 30-XII-2017.
17. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2018. D.O.F. 30-XII-2017.
18. Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para Evaluar la Satisfacción de los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. D.O.F. 21-II-2018.
19. Acuerdo por el que se determinan los servidores públicos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud que quedan sujetos a los ordenamientos jurídicos que en el mismo se señalan. D.O.F. 28-III-2018.
20. Acuerdo por el que se señalan los días inhábiles de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para el año 2018 y el mes de enero de 2019. D.O.F. 28-III-2018.
21. Acuerdo que modifica el diverso por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado el 31 de octubre de 2012. D.O.F. 6-VI-2018.
22. Acuerdo por el que se dan a conocer los cargos de las áreas centrales de la Secretaría de Salud con nivel inferior a Director General, cuyos titulares están sujetos a los ordenamientos jurídicos que en el mismo se señalan. D.O.F. 29-VI-2018.

Avisos

1. Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud para el ejercicio fiscal 2018. D.O.F. 27-II-2018.
2. Aviso por el que se da a conocer la información a que se refiere la fracción IX del artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud correspondiente al año 2018. D.O.F. 29-VI-2018

Normas Oficiales Mexicanas, modificaciones, respuestas a comentarios, proyectos de normas y avisos de cancelación publicadas en el Diario Oficial de la Federación

Normas Oficiales Mexicanas

1. Norma Oficial Mexicana NOM-206-SCFI/SSA2-2018, Cascos de seguridad para la prevención y atención inmediata de lesiones en la cabeza de motociclistas-Acciones de promoción de la salud-Especificaciones de seguridad y métodos de prueba, información comercial y etiquetado. D.O.F. 29-V-2018.

2. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. D.O.F. 18-V-2018.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2017, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia. D.O.F. 20-II-2018.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-159-SSA1-2016, Productos y servicios. Huevo y sus productos. Disposiciones y especificaciones sanitarias. Método de prueba. D.O.F. 16-I-2018.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata). D.O.F. 15-XII-2017.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-082-SAG-FITO/SSA1-2017. Límites máximos de residuos. Lineamientos técnicos y procedimiento de autorización y revisión. D.O.F. 4-X-2017.
3. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2018, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. D.O.F. 2-V-2018.
4. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna. D.O.F. 2-V-2018.
5. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-179-SSA1-2017, Agua para uso y consumo humano. Control de la calidad del agua distribuida por los sistemas de abastecimiento de agua. D.O.F. 24-IV-2018
6. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-022-SSA1-2017, Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al dióxido de azufre (SO₂). Valores normados para la concentración de dióxido de azufre (SO₂) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población. D.O.F. 15-III-2018.
7. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-189-SSA1/SCFI-2016, Productos y servicios. Etiquetado y envasado para productos de aseo de uso doméstico. D.O.F. 07-III-2018.

Modificaciones

1. Modificación del punto 15 de la Norma Oficial Mexicana NOM-159-SSA1-2016, Productos y servicios. Huevo y sus productos. Disposiciones y especificaciones sanitarias. Método de prueba, publicada el 16 de enero de 2018. D.O.F. 11-V-2018.
2. Modificación al numeral 7.12.3 y eliminación de los numerales A.18, A.18.1 y A.18.2, del Apéndice A Normativo, de la Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, publicada el 1 de junio de 2017. D.O.F. 1-XII-2017.
8. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-006-SSA3-2017, Para la práctica de anestesiología. D.O.F. 31-I-2018.
9. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA3-2017, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. D.O.F. 31-I-2018.
10. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-213-SSA1-2017, Productos y servicios. Productos cárnicos procesados y los establecimientos dedicados a su proceso. Disposiciones y especificaciones sanitarias. Métodos de prueba. D.O.F. 21-XII-2017.

Proyectos

1. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA2-2018, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. D.O.F. 10-V-2018.
2. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus. D.O.F. 3-V-2018.
11. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-042-SSA2-2017, Prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de prevención y control de zoonosis relativa a perros y gatos. D.O.F. 6-IX-2017.
12. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-049-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de la osteoporosis. D.O.F. 6-IX-2017.

Respuestas a comentarios

1. Respuesta a los comentarios recibidos al Proyecto de Adición de los numerales 8.2.1, 8.2.2, 9.2.3, 13.20, 13.21, así como de los capítulos 8 y 9, del Apéndice Normativo A y el Capítulo 2, del Apéndice Normativo B y modificación del Capítulo 3, del Apéndice Normativo A y Tabla B1, del Apéndice Normativo B, a la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA1-1993, Productos y servicios. Sal yodada y sal yodada fluorurada. Especificaciones sanitarias, publicada el 23 de septiembre de 2003, publicado el 15 de noviembre de 2016. D.O.F. 26-VI-2018.
2. Respuestas a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-206-SCFI/SSA2-2016, Cascos de seguridad para la prevención y atención inmediata de lesiones en la cabeza de motociclistas-Acciones de promoción de la salud- Especificaciones de seguridad y métodos de prueba, información comercial y etiquetado, publicado el 17 de abril de 2017. D.O.F. 11-V-2018.
3. Respuestas a los comentarios recibidos al Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, publicado el 25 de enero de 2017. D.O.F. 2-V-2018.
4. Respuestas a los comentarios recibidos al Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia, publicado el 20 de enero de 2017. D.O.F. 31-I-2018
5. Respuesta a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-159-SSA1-2015, Productos y servicios. Huevo y sus productos. Disposiciones y especificaciones sanitarias. Método de prueba, publicado el 29 de abril de 2016. D.O.F. 21-XII-2017.
6. Respuestas a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-048-SSA2-2016, Para la detección, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica del crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata), publicado el 3 de agosto de 2016. D.O.F. 27-XI-2017.

7. Respuesta a los comentarios de la consulta pública al Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-000-SAG-FITO/SSA1-2013, Límites máximos de residuos. Lineamientos técnicos y procedimiento de autorización y revisión, publicado el 19 de agosto de 2014. D.O.F. 14-IX-2017.

Aviso de cancelación de proyecto

Aviso de Cancelación del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA3-2015, Para la regulación de la atención médica a distancia, publicado para consulta pública el 21 de diciembre de 2015. D.O.F. 27-IV-2018

Instrumentos consensuales relevantes

Convenio General de Colaboración celebrado entre la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Salud y la Procuraduría General de la República con Sinergia Deportiva, S.A. de C.V. y Cemex, S.A.B. de C.V., que tiene por objeto establecer las bases y los mecanismos de colaboración que permitan impulsar la realización de actividades deportivas, con el fin de reducir la probabilidad de que adolescentes y jóvenes incurran en conductas delictivas.

Convenio que establece las bases de colaboración para prevenir la comisión de delitos electorales federales por parte de servidores públicos, celebrado por las secretarías de Gobernación; Relaciones Exteriores; Defensa Nacional; Marina; Hacienda y Crédito Público; Desarrollo Social; Medio Ambiente y Recursos Naturales; Energía; Economía; Agricultura, Ganadería Pesca y Alimentación; Comunicaciones y Transportes; Función Pública; Educación Pública; Salud; Trabajo y Previsión Social; Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano; Cultura, y Turismo. Asimismo, por la Procuraduría General de la República, el IMSS, el ISSSTE, la Lotería Nacional, el SAT, la Comisión Nacional del Agua, PEMEX, la Comisión Federal de Electricidad, Caminos y Puentes Federales de Ingresos y Servicios Conexos, y Aeropuertos y Servicios Auxiliares.

Convenio Modificatorio al Convenio Específico de Colaboración en materia de recursos presupuestarios federales con el carácter de subsidios para la operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.

Anexo de Ejecución del Convenio de Colaboración por el cual se creó el Fondo Sectorial de Investigación el Salud y Seguridad Social.

Metas y objetivos:

La proyección de volantes por recibir durante el periodo que abarca del 1 de julio al 31 de agosto de 2018 es de 310. Asimismo, se espera participar en la publicación en el Diario Oficial de la Federación de 12 ordenamientos jurídicos.

Por lo que refiere a la Dirección Contenciosa, ante las autoridades judiciales y administrativa en los juicios y procedimientos como parte actora o demandada o con interés jurídico, se ejercieron toda clase de acciones, defensas y excepciones dando continuidad a los juicios y procedimientos en las siguientes materias:

- En materia civil se contestaron siete demandas, se desahogaron 2,763 requerimientos judiciales por concepto de pensión alimenticia, de solicitudes de peritos, de domicilio, de interdicción, de búsqueda de créditos a favor de la nación y de retención de pagos pendientes de realizar a proveedores de la Secretaría de Salud y radicación de juicios sucesorios, se desahogaron 255 vistas, se consultaron 400 acuerdos relacionados con los juicios en trámite, se asistió a 50 audiencias y se brindaron 45 asesorías.
- En materia penal, se presentaron 42 denuncias, han sido atendidas un total de 1,390 requerimientos ministeriales, se brindaron 360 asesorías, y se compareció ante el Ministerio Público de la Federación en 50 ocasiones para la atención de diversos requerimientos.
- En materia laboral, se atendieron un total de 1,447 juicios, ingresaron 238 demandas nuevas, 9 actas administrativas, un total de 1,373 audiencias atendidas, emitiendo 52 consultas. Se notificaron 134 laudos, de los cuales 60 fueron absolutorios, 32 condenatorios y 42 mixtos. Se atendió un total de 18 requerimientos realizados por la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, y tres requerimientos de la Junta Local.
- En materia de lo contencioso administrativo, se atendieron 88 juicios y 50 derechos de petición, se desahogaron 356 requerimientos por parte del Tribunal Federal de Justicia Administrativa y uno del SAT. Asimismo, se tramitaron dos dictámenes previos y dos reservas de derechos, ambos ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor.
- En materia de amparo, se concluyeron 90 juicios, de los cuales 81 fueron resueltos en sentido favorable y nueve en sentido desfavorable; se rindieron 271

informes de ley, entre los cuales hubo 178 informes justificados y 93 informes previos, que corresponden a 168 demandas de amparo; se interpusieron 59 recursos, 14 de queja, 17 de revisión, 26 de revisión adhesiva y dos de reclamación; se atendieron 51 requerimientos relacionados con el otorgamiento de la suspensión de plano; se desahogaron cinco informes relacionados con incidentes innominados, y se atendieron 1,750 requerimientos de juzgados de distrito y tribunales colegiados.

En cuanto al papel de la Oficina del Abogado General en su carácter de enlace de la SS ante la ASF, se atendieron 30 requerimientos de información, dos de los cuales se relacionan con revisión de la Cuenta Pública 2015, siete con la Cuenta Pública 2016, y 21 corresponden a la fiscalización superior de la Cuenta Pública del ejercicio 2017.

Por otra parte, se brindó seguimiento al inicio y ejecución de 12 auditorías practicadas por la Entidad Superior de Fiscalización a diversas unidades administrativas y órganos desconcentrados de esta Secretaría de Salud; asimismo, fueron atendidas 25 reuniones para la presentación de los resultados derivados de las revisiones ejecutadas.

De igual manera, se llevó a cabo el seguimiento de la atención brindada por las unidades administrativas sustantivas, respecto de las 28 acciones formuladas por la ASF, con motivo de la fiscalización de la Cuenta Pública 2016; así como del estado de trámite de las acciones emitidas por el Órgano Fiscalizador, con motivo de la revisión y fiscalización superior de la Cuenta Pública correspondiente a los ejercicios 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016.

Por lo que corresponde a la Dirección de Derechos Humanos e Investigación Normativa en Salud, se realizaron las siguientes acciones:

- Se atendieron 53 quejas presentadas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos dirigidas a los órganos desconcentrados y descentralizados de la Secretaría de Salud (quejas formales).
- Se atendieron 93 peticiones sobre quejas presentadas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica (vía correo electrónico)
- Se atendieron 18 compromisos en materia de atención médica ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

- Se dio atención al cumplimiento de 6 Recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, teniéndose en el primer trimestre de 2018 la conclusión de una Recomendación.

La Oficina del Abogado General, en colaboración con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, difundió al personal de la Secretaría de Salud diversos cursos en línea en materia de derechos humanos:

- En septiembre de 2017, se difundió la capacitación a 350 servidores públicos en el Curso Básico de Derechos Humanos.
- En noviembre de 2017 se difundió la capacitación a 284 servidores públicos en el Curso de Derechos Humanos y Género.
- En marzo de 2018 se difundió la capacitación a 313 servidores públicos en el Curso de Derechos Humanos y Violencia.
- En abril de 2018 se difundió la capacitación a 351 servidores públicos en el Curso Básico de Derechos Humanos.
- En junio de 2018 se difundió la capacitación a 291 servidores públicos en el Curso Derechos Humanos y Salud.
- En agosto de 2018 se difundió la capacitación a 230 servidores públicos en el Curso Derechos Humanos y Género.

Se realizaron dos informes sobre los logros y avances en materia de capacitación, sensibilización, difusión y atención médica, en el marco de cumplimiento del Programa Nacional para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.

Se detectaron las necesidades en materia de capacitación de los servidores públicos de esta Secretaría que atienden víctimas, con la finalidad de que se logre una oportuna y adecuada detección de la misma y se les brinde una efectiva atención.

Se participó en dos sesiones de trabajo de la Comisión Intersecretarial para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.

Se elaboraron cuatro informes trimestrales de ejecución del Programa Nacional de Derechos Humanos (PNDH), incluyendo las evidencias documentales de las acciones.

Se participó en dos reuniones de enlaces institucionales que realizó la Dirección General de Políticas Públicas de Derechos Humanos de la Secretaría de Gobernación a fin de analizar y discutir los mecanismos de evaluación del Programa Nacional de Derechos Humanos.

Se participó en diversas reuniones de trabajo ante la Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos de la Secretaría de Gobernación subcomisiones y grupos de trabajo.

Se colabora con otras dependencias y entidades de la APF, así como organismo autónomos protectores de derechos humanos.

La Dirección coadyuva con la CNDH en vías de colaboración, en la búsqueda de los registros de nombres de personas desaparecidas.

En octubre de 2017 se realizó la búsqueda de 22 personas desaparecidas; en noviembre de 170 y en el mes de diciembre se realizó la búsqueda de 74 personas.

Por lo que hace al 2018, en febrero se realizó búsqueda de 50 personas, en marzo de 130, en abril de 214 personas, en mayo de 148 personas, junio 28 personas desaparecidas.

En julio se realizará la búsqueda de alrededor de 55 personas desaparecidas.

En agosto efectuará la búsqueda de aproximadamente 50 personas desaparecidas.

Durante el año de 2018 se ha contribuido en la elaboración de informes en materia de derechos humanos, que han sido requeridos por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos o por la Secretaría de Gobernación.

Tal es el caso del Diagnóstico en torno al cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos delitos. Asimismo, el Informe Especial Adolescentes: vulnerabilidad y violencia. Ambos informes fueron enviados a dicha Comisión Nacional.

Por otro lado, se preparó el informe sobre el cumplimiento de la Ley General de Víctimas y su Reglamento, que se envió a la Secretaría de Gobernación.

En lo correspondiente a las acciones de la Dirección de Contratos de Adquisiciones y Obras Públicas, en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios,

obras públicas y bienes, se realizaron las siguientes acciones:

Se proporcionaron diversas asesorías en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios, obras públicas y bienes, de las cuales se destacaron las siguientes:

- Asesoría jurídica respecto a las gestiones a realizar para someter a la consideración del C. Secretario de Salud la opinión del Consejo Interno de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, a fin de que autorice a través del respectivo acuerdo secretarial la enajenación a título oneroso del inmueble ubicado en la calle Fontana Bella, Lote 15, Manzana 27, de la Sección Fontanas, del Fraccionamiento Avándaro, municipio de Valle de Bravo, Estado de México.
- Asesoría jurídica al CENAPRECE, mediante la revisión técnico-jurídica del Convenio General de Colaboración Científica que celebraría con el Instituto de Ecología A.C. y la Secretaría de Salud Pública del Estado de Veracruz.
- Análisis jurídico sobre la pertinencia de adhesión de México al Convenio del Consejo de Europa para la Protección de las Personas, con respecto al Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal, mejor conocido como el Convenio 108 y su Protocolo Adicional.
- Análisis del Anexo V, del Memorandum de Entendimiento, suscrito entre la Secretaría de Salud y la Organización Panamericana de la Salud.
- Opinión jurídica respecto al Proyecto del Sexto Convenio Modificatorio del Contrato de Prestación de Servicios Número 00012003-001-08, suscrito entre la Secretaría de Salud y el Inversionista Proveedor denominado "Desarrollo y Operación de Infraestructura Hospitalaria S.A.P.I. de C.V.", a fin de que el HRAEI cuente con un área de urgencias a los servicios no asistenciales convenidos en dicho Contrato.

Resultados alcanzados

Participación en 177 sesiones de diversos órganos colegiados:

- 103 sesiones en la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales, dentro de las cuales se incluyen: el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, el Comité de Bienes Muebles, y el Subcomité Revisor de Convocatorias.

- 7 sesiones en la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física relativas al Comité de Obras Públicas.
- 13 sesiones del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.
- 11 sesiones del Consejo Interno de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.
- 18 sesiones del Comité Interno para el Uso Eficiente, Transparente y Eficaz de los Recursos Presupuestarios.
- 7 sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.
- 2 sesiones del Comité Interno para el Uso Eficiente de la Energía de la Secretaría de Salud.
- 16 sesiones del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Nacional de Geriátrica.

Con motivo de la participación de esta Dirección en las sesiones de los referidos órganos colegiados, se analizaron un total de 569 asuntos.

Por otra parte, se atendieron 302 volantes de trámite relativos a solicitudes de opinión a diversos instrumentos jurídicos, volantes que implicaron el análisis de 648 instrumentos consensuales.

Adicionalmente, se emitieron aproximadamente 53 opiniones jurídicas derivadas de las consultas formuladas por diversas áreas.

Se analizaron jurídicamente 569 asuntos de las reuniones antes mencionadas y se proporcionó asesoría jurídica en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios, obras públicas y bienes en 701 casos.

Consecuentemente, el resultado alcanzado en términos absolutos durante el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018 es de 532 volantes de trámite, lo cual implicó un estimado de 1,270 asuntos atendidos.

Comparativo de resultados obtenidos en el periodo inmediato anterior.

Tomando como base el informe anual anterior, destacan los resultados por asuntos atendidos que se muestran en los cuadros siguientes.

ASUNTOS ATENDIDOS POR LA OFICINA DEL ABOGADO GENERAL

Concepto	Periodos	
	1 de septiembre de 2016-31 de agosto de 2017	1 de septiembre de 2017-31 de agosto de 2018
Sesiones de órganos colegiados	170	177
Consultas ^{1/}	715	701
Total	885	878

^{1/} En este rubro se incluyen los proyectos de contratos revisados, ya que implican asesorías jurídicas.

FUENTE: Base de datos de la Dirección de Contratos de Adquisiciones y Obras Públicas.

ASUNTOS ATENDIDOS POR LA OFICINA DEL ABOGADO GENERAL, DESGLOSADOS POR AÑO, 2012-2018

Año	Órganos colegiados	Instrumentos jurídicos	Consultas
2012	98	263	84
2013	138	316	187
2014	204	252	130
2015	197	242	124
2016	152	297	73
2017	170	299	75
2018	177	302	53
Subtotal	1,136	1,944	726
Total			3,806

FUENTE: Base de datos de la Dirección de Contratos de Adquisiciones y Obras Públicas.

En 2018 se recibieron 79 convocatorias más que en el año 2012 para asistir a diversos órganos colegiados; asimismo, en 2018 se recibieron 39 solicitudes de opinión de instrumentos jurídicos más que en 2012. Sin embargo, por lo que se refiere a las consultas, en 2018 se han solicitado 31 asesorías menos que en 2012.

Con respecto a las acciones realizadas en el Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud, presidido por la Oficina del Abogado General, se convocó a tres sesiones ordinarias y nueve extraordinarias, en las que se generaron 17 acuerdos, a través de los que se dictaminaron favorablemente 30 anteproyectos de disposiciones internas y se aprobaron las bajas de tres disposiciones internas. Derivado de lo anterior, se actualizaron 23 instrumentos en la Normateca Interna. En el marco del Programa para un Gobierno Cercano y

Moderno 2013-2018, el enlace designado por la Oficina del Abogado General dio seguimiento e implementó, en el ámbito de competencia de dicha unidad jurídica, las acciones necesarias para el cumplimiento de los compromisos establecidos en el rubro de Mejora Regulatoria, llevando a cabo las observaciones y validaciones que en materia de mejora regulatoria interna realizaron las áreas centrales, órganos desconcentrados y organismos descentralizados coordinados por esta dependencia del Ejecutivo Federal. La Oficina también contribuyó a la actualización de 23 normas en el Sistema de Administración de Normas Internas de la Administración Pública Federal, a cargo de la SFP.

Finalmente, en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Oficina del Abogado General, a través de la Unidad de Transparencia, brindó asesoría continua a las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría en la atención a las solicitudes de información, a fin de fortalecer el derecho al acceso a la información y verificar que las respuestas a las solicitudes de acceso cumplieran con los requisitos de consistencia, compleción, confiabilidad, oportunidad, exhaustividad y congruencia. Esto se tradujo en la obtención de la calificación de 92.48% en el indicador de “Tiempo de respuesta a solicitudes de información y calidad de las mismas”.

Se dio seguimiento al proceso de recepción, análisis y trámite de las 5,011 solicitudes de información, para lo cual se coordinaron las gestiones correspondientes con los enlaces designados por las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría, a fin de dar respuesta en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás normativa aplicable. Se dio respuesta en tiempo a todas las solicitudes ingresadas en dicho periodo.

Se gestionaron diversas reuniones de capacitación para solventar las obligaciones de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en particular las del artículo 70, relacionadas con el Sistema de Portales de Obligaciones de Transparencia. Al momento, se cuenta con el 92% de la carga de los formatos por parte de la Secretaría de Salud y de los órganos desconcentrados que se coordinan en esta materia, así como del INGER.

Se enviaron oficios a las unidades administrativas y órganos desconcentrados que cuentan con sistemas de datos personales, para solicitar la actualización o bien la elaboración del documento de seguridad inherente a los sistemas con los que cuentan, de conformidad

con las disposiciones contenidas en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (LGPDPPO), proyectos que han sido revisados y comentados por la Unidad de Transparencia y el Secretariado Técnico del Comité de Transparencia.

De manera relacionada, conforme a las obligaciones que consigna la LGPDPPO para los responsables, se solicitó a las unidades administrativas y órganos desconcentrados en los que se manejan datos personales, la elaboración del aviso de privacidad, en atención a los datos personales que se recaban en esta dependencia, a fin de informar de manera total el tratamiento que se da a los mismos y con qué finalidades se emplea la información obtenida de los particulares.

Se han llevado a cabo, a petición de unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría, diversas reuniones de trabajo a fin de asesorarles en cuanto a la elaboración del aviso de privacidad, así como la actualización del documento de seguridad. Entre ellas, la celebrada el 28 de febrero de 2018 en el auditorio Miguel Bustamante, a la que asistieron 127 servidores públicos para seguimiento de la elaboración de los citados instrumentos.

En el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales se impartieron dos cursos de capacitación al personal de la Secretaría de Salud, denominados: "Introducción a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública" e "Introducción a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados". Fueron organizados en colaboración con la Universidad Iberoamericana y asistieron 179 servidores públicos, con la finalidad de conocer los aspectos fundamentales de esta ley y los retos que implica la protección de datos personales en el sector público.

A fin de dar cumplimiento al indicador denominado "Capacitación para el fortalecimiento de la cultura de transparencia y la protección de datos personales", que otorga como incentivo el reconocimiento de

Institución 100% Capacitada, se remitieron oficios a las áreas centrales mayores para invitar a las unidades administrativas y órganos desconcentrados a tomar los cursos mencionados, como requisito para la obtención del reconocimiento de Institución 100% Capacitada. Por lo que corresponde al periodo del 1 de septiembre de 2017 al 19 de julio de 2018, el número de personal capacitado fue de 6,670.

En lo referente al Portal de Obligaciones de Transparencia, se hizo una revisión de seguimiento a los portales de los órganos desconcentrados e INGER, en cumplimiento al oficio INAI/SAI/DGEAPCTA/0009/18, relacionado a la actualización de las fracciones del POT. Se remitieron correos electrónicos a los enlaces de transparencia, a fin de difundir el comunicado con las recomendaciones realizadas por el INAI.

Se realizó la segunda actualización al Índice de Expedientes Clasificados como Reservados de 2017, de los expedientes derivados de solicitudes de acceso a la información, como lo dispone el artículo 98 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información. En el periodo, se desclasificaron del histórico 3,992 expedientes. Asimismo, se publicó en el portal institucional el Índice de Expedientes Clasificados como Reservados, aprobados en la Primera Sesión Extraordinaria del Comité de Transparencia, celebrada el 22 de febrero de 2018.

En lo concerniente al Comité de Transparencia, se convocó a 10 sesiones ordinarias y 681 extraordinarias, de las que emanaron 745 acuerdos. Se atendieron 92 recursos de revisión ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales. Asimismo, se continuó proporcionando asesoría en materia de transparencia y protección de datos personales, para lo cual se sostuvieron reuniones de trabajo con las unidades administrativas y órganos desconcentrados. Se siguió impartiendo capacitación en materia de transparencia y protección de datos personales a diversas unidades administrativas, en particular lo relacionado con los avisos de privacidad y los documentos de seguridad.





SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AFASPE	Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas
APBP	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
APEC	Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico
ASF	Auditoría Superior de la Federación
ASM	Aspectos Susceptibles de Mejora
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRMEX	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México S. A. de C. V.
CAPA	Centros de Atención Primaria en Adicciones
CARA	Centros de Atención Rural al Adolescente
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CBCISS	Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud
CCADET	Centro de Ciencias Aplicadas y Desarrollo Tecnológico
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CCNPMIS	Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CDN	Certificados de necesidad
CECA	Comisiones Estatales contra las Adicciones
CEETRA	Centro Estatal de Trasplantes
CEI	Comités de Ética en Investigación
CEMESATEL	Centro Mexicano de Educación en Salud por Televisión, del HIMFG
CEN	Certificado Electrónico de Nacimiento
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CENATRA	Centro Nacional de Trasplantes
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida
CEREDI	Centro Regional de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana
CETS	Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea
CHB	Comités Hospitalarios de Bioética
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud
CIJ	Centros de Integración Juvenil, A. C.
CMCT OMS	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CNTS	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
COCASEP	Comité de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente
COEPRA	Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes
COETRA	Consejo Estatal de Trasplantes
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAC	Consejo Nacional de Armonización Contable
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAVE	Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
CONBIOÉTICA	Comisión Nacional de Bioética
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CONRICyT	Consortio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica

CPAEM	Cursos de Posgrado de Alta Especialidad en Medicina
CRAE	Centro Regional de Alta Especialidad
CRAECS	Centro Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud de Chiapas
CRAHEP	Centro Regional de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades Pediátricas de Chiapas
CRUM	Centros Reguladores de Urgencias Médicas
CSG	Consejo de Salubridad General
CTESS	Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGCHRAE	Dirección General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad
DGCINS	Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud
DGCS	Dirección General de Comunicación Social
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DGPpP	Dirección General de Programación y Presupuesto
DGRI	Dirección General de Relaciones Internacionales
DGTI	Dirección General de Tecnologías de la Información
DIF	Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación
DP	Documento de planeación
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ENAPEA	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
ENARM	Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENPCSOD	Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes
EP	Entidades paraestatales

EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ERO	Estudios de Regionalización Operativa
ESPII	Emergencias de salud pública de importancia internacional
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FOSISS	Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
GEPEA	Grupos Estatales para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
GHSAG	Grupo de Trabajo de la Iniciativa de Seguridad Global en Salud
GHSI	Iniciativa de Seguridad Global en Salud
GPC	Guía de Práctica Clínica
GTI-ETES	Grupo de Trabajo Interinstitucional de Evaluación de Tecnologías para la Salud
HFR	Hospitales Federales de Referencia
HGM	Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga
HGMGG	Hospital General Dr. Manuel Gea González
HIMFG	Hospital Infantil de México Federico Gómez
HJC	Hospital Juárez Centro
HJM	Hospital Juárez de México
HM	Hospital de la Mujer
HNH	Hospital Nacional Homeopático
HRAE	Hospitales Regionales de Alta Especialidad
HRAEB	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío
HRAEI	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
HRAEO	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca
HRAEPY	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán
HRAEV	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria Bicentenario 2010
IAMAE	Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad

ICM	Investigadores en Ciencias Médicas
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INC	Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
INCAN	Instituto Nacional de Cancerología
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
INDAABIN	Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales
INDICAS	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
INDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Dr. Manuel Martínez Báez
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas
INGER	Instituto Nacional de Geriátría
INNN	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
INP	Instituto Nacional de Pediatría
INPRFM	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
INRLGII	Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra
INSalud	Institutos Nacionales de Salud
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IPN	Instituto Politécnico Nacional
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
NOM	Norma Oficial Mexicana
OAD	Órganos Administrativos Desconcentrados
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIEA	Organización Internacional de Energía Atómica
OMENT	Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles

OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas para el control de las Drogas y la Prevención del Delito
OPD	Organismos públicos descentralizados
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PAE	Programas Anuales de Evaluación
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PGCM	Programa para un Gobierno Cercano y Moderno
PGS	Padrón General de Salud
PMI	Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud
PNAVS	Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria
PND	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
POT	Portal de Obligaciones de Transparencia
PPI	Programas y proyectos de inversión
PROSESA	Programa Sectorial de Salud 2013-2018
RAM	Resistencia a los antimicrobianos
RIC	Revista de Investigación Clínica
RMM	Razón de mortalidad materna
RNLSP	Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SAP	Servicios de Atención Psiquiátrica
SAT	Servicio de Administración Tributaria
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEED	Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SEMAR	Secretaría de Marina

SEP	Secretaría de Educación Pública
SESA	Servicios Estatales de Salud
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAC	Subsistema de Información de Nacimientos
SINACEAM	Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SINBA	Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud
SIRES	Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud
SIS	Subsistema de Prestación de Servicios
SM SXXI	Seguro Médico Siglo XXI
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SNI	Sistema Nacional de Investigadores
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores
SREO	Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas
SS	Secretaría de Salud
STCONAPRA	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
TAR	Tratamiento antirretroviral
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
UAC	Unidades Administrativas de Nivel Central
UAE	Unidad de Análisis Económico
UAPS	Unidades de Atención Primaria a la Salud
UCVPS	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

UIES	Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNC	Unidades de Nivel Central
UNEME	Unidades de Especialidades Médicas
UNEME-CAPA	Unidades de Especialidades Médicas en Centros de Atención Primaria en Adicciones
UNEME-EC	Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UVEH	Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria del Hospital Juárez de México
VDS	Ventanillas de Salud
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
WFAD	Federación Mundial contra las Drogas





ANEXOS ESTADÍSTICOS

CUADRO I. ESPERANZA DE VIDA AL NACER
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2017

ENTIDAD FEDERATIVA	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	Total	Hombres	Mujeres
Nacional	75.3	72.9	77.9
Aguascalientes	76.1	73.9	78.5
Baja California	74.4	71.4	77.6
Baja California Sur	76.3	73.7	78.9
Campeche	75.5	72.7	78.4
Coahuila de Zaragoza	76.2	74.2	78.2
Colima	76.2	73.8	78.7
Chiapas	73.1	70.2	76.2
Chihuahua	74.0	71.4	76.8
Ciudad de México	76.3	74.1	78.7
Durango	76.3	73.9	78.8
Guanajuato	75.8	73.6	78.1
Guerrero	73.3	70.2	76.6
Hidalgo	74.8	72.5	77.2
Jalisco	75.9	73.5	78.4
Estado de México	75.6	73.3	78.0
Michoacán de Ocampo	75.1	72.6	77.7
Morelos	76.1	73.7	78.6
Nayarit	75.6	73.3	78.1
Nuevo León	77.0	74.9	79.1
Oaxaca	73.4	70.7	76.3
Puebla	75.2	72.3	78.1
Querétaro	75.7	73.2	78.3
Quintana Roo	75.9	73.6	78.4
San Luis Potosí	75.1	72.6	77.8
Sinaloa	76.2	73.7	78.8
Sonora	75.7	73.1	78.4
Tabasco	75.1	72.5	77.9
Tamaulipas	76.2	73.9	78.6
Tlaxcala	75.6	73.3	78.1
Veracruz de Ignacio de la Llave	74.4	71.9	77.0
Yucatán	75.7	73.3	78.3
Zacatecas	75.7	73.3	78.2

FUENTE: CONAPO, 2016. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO II. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
1	Enfermedades del corazón	A00-Z99 I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	684,437	559.8
2	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	97,461	79.7
3	Diabetes mellitus	E10-E14	105,501	86.3
4	Tumores malignos	C00-C97	82,345	67.3
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	38,727	31.7
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	14,022	11.5
	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	37,092	30.3
	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	16,038	13.1
6	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	34,735	28.4
7	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	24,445	20.0
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	23,252	19.0
9	Neumonía e influenza	J09-J18	21,552	17.6
10	Insuficiencia renal	N17-N19	13,125	10.7
Mal definidas			9,774	8.0
El resto			167,672	137.1

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.

^{3/} Tasa por 100 mil habitantes.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2016.

CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO III. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	A00-Z99	26,782	12.1
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	A33, P00-P96	13,657	6.2
3	Accidentes	Q00-Q99	6,632	3.0
4	Neumonía e influenza	V01-X59, Y40-Y86	1,169	0.5
5	Enfermedades infecciosas intestinales	J09-J18	972	0.4
6	Septicemia	A00-A09	522	0.2
7	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	A40-A41	390	0.2
		E40-E64	228	0.1
8	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	189	0.1
9	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	J00-J06, J20-J22	181	0.1
10	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	108	0.0
Mal definidas			688	0.3
El resto			2,046	0.9

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas, la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.

^{3/} Tasa por mil nacidos vivos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos (SINAC) 2016.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2016.
Base de datos del subsistema de información sobre nacimientos (SINAC)

NOTA METODOLÓGICA DEL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC; las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en: <<http://www.dgisis.salud.gob.mx/descargas/zip/Methodologia.zip>>.

CUADRO IV. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PREESCOLAR ^{1/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{2/}	CÓDIGO CIE-10 ^{3/}	DEFUNCIONES	TASA ^{4/}
1	Accidentes	A00-Z99	5,629	63.7
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	V01-X59, Y40-Y86	1,045	11.8
3	Neumonía e influenza	Q00-Q99	899	10.2
4	Tumores malignos	J09-J18	498	5.6
5	Enfermedades infecciosas intestinales	C00-C97	375	4.2
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	A00-A09	318	3.6
7	Epilepsia	E40-E64	134	1.5
8	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G40-G41	119	1.3
9	Enfermedades del hígado	G80-G83	104	1.2
10	Enfermedades del corazón	K70-K76	98	1.1
Mal definidas		I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	96	1.1
El resto			108	1.2
			1,835	20.8

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} La edad preescolar se tomó de 1 a 4 años.

^{2/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{3/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a revisión.

^{4/} Tasa por cien mil habitantes entre uno y cuatro años de edad

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2016.
CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC; las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>.

CUADRO V. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD ESCOLAR ^{1/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{2/}	CÓDIGO CIE-10 ^{3/}	DEFUNCIONES	TASA ^{4/}
1	Accidentes	A00-Z99 V01-X59, Y40-Y86 V02-V04 (.1.,.9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	5,751 1,317	25.8 5.9
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor		608	2.7
2	Tumores malignos	C00-C97	1,022	4.6
	Leucemias	C91-C95	557	2.5
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	451	2.0
4	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	228	1.0
5	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	301	1.3
6	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	263	1.2
7	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	227	1.0
	Neumonía e influenza	J09-J18	173	0.8
8	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	157	0.7
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	137	0.6
9	Epilepsia	G40-G41	127	0.6
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	120	0.5
Mal definidas			65	0.3
El resto			1,528	6.8

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} La edad en edad escolar se tomó de 5 a 14 años.

^{2/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{3/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.

^{4/} Tasa por cien mil habitantes de 5 a 14 años.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2016.

CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO VI. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA ^{1/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{2/}	CÓDIGO CIE-10 ^{3/}	DEFUNCIONES	TASA ^{4/}
1	Diabetes mellitus	A00-Z99	257,331	320.21
2	Tumores malignos	E10-E14 C00-C97	40,748 35,389	50.7 44.0
3	Enfermedades del corazón	I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	32,277	40.2
4	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	23,001	28.6
	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	24,516	30.5
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1., .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	12,762	15.9
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	23,333	29.0
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	10,140	12.6
6	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	21,842	27.2
7	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	8,040	10.0
8	Neumonía e influenza	J09-J18	6,390	8.0
9	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	5,611	7.0
10	Insuficiencia renal	N17-N19	5,307	6.6
Mal definidas			1,272	1.6
El resto			52,606	65.5

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} La edad en edad productiva se tomó de 15 a 64 años.

^{2/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{3/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.

^{4/} Tasa por cien mil habitantes de 15 a 64 años.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2016.

CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO VII. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POSTPRODUCTIVA ^{1/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{2/}	CÓDIGO CIE-10 ^{3/}	DEFUNCIONES	TASA ^{4/}
1	Enfermedades del corazón	A00-Z99 I00-I51 (excepto I46 paro cardíaco solo para mortalidad)	388,296	4,549.0
2	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	74,237	869.7
3	Diabetes mellitus	E10-E14	64,681	757.8
	Tumores malignos	C00-C97	45,481	532.8
	Tumor maligno de la próstata	C61	6,168	72.3
	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	C33, C34	4,738	55.5
	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	4,301	50.4
4	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	26,447	309.8
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	J44	20,871	244.5
6	Enfermedades del hígado	K70-K76	14,984	175.5
7	Neumonía e influenza	J09-J18	13,516	158.3
8	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	8,493	99.5
9	Insuficiencia renal	N17-N19	7,639	89.5
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	5,922	69.4
Mal definidas			7,579	88.8
El resto			69,655	816.0

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} La edad en edad postproductiva se tomó de 65 años y más.

^{2/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{3/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.

^{4/} Tasa por cien mil habitantes de 65 años o más.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2016.
CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO VIII. MORTALIDAD EN LA INFANCIA POR ENTIDAD FEDERATIVA ^{1/}
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016

ENTIDAD FEDERATIVA	MENORES DE 1 AÑO		MENORES DE 5 AÑOS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Nacional	13.3	10.7	15.9	13.1
Aguascalientes	10.4	8.3	11.9	9.8
Baja California	13.8	11.7	16.7	14.1
Baja California Sur	12.5	10.6	14.3	11.9
Campeche	15.6	11.5	19.3	13.3
Coahuila de Zaragoza	14.1	11.4	16.2	13.3
Colima	8.2	9.5	9.6	11.6
Chiapas	15.4	11.5	20.6	17.0
Chihuahua	13.7	10.6	16.8	14.0
Ciudad de México	12.8	10.8	14.7	12.7
Durango	14.7	10.8	16.9	13.3
Guanajuato	12.4	8.8	14.2	10.5
Guerrero	14.5	11.8	18.4	15.4
Hidalgo	13.0	11.8	15.8	14.8
Jalisco	12.1	9.4	14.5	11.0
Estado de México	15.4	12.1	17.5	13.7
Michoacán de Ocampo	12.6	10.8	15.0	13.0
Morelos	10.7	10.7	13.5	12.8
Nayarit	10.2	10.2	13.0	13.4
Nuevo León	10.4	9.0	11.8	10.2
Oaxaca	13.7	11.1	18.3	16.0
Puebla	15.5	13.3	18.7	16.0
Querétaro	12.2	9.1	14.2	10.9
Quintana Roo	13.0	10.6	15.2	11.8
San Luis Potosí	12.7	10.6	15.6	12.8
Sinaloa	10.6	7.4	12.7	9.2
Sonora	11.4	9.3	13.8	11.3
Tabasco	15.9	12.0	18.2	14.6
Tamaulipas	13.3	10.5	15.7	12.2
Tlaxcala	14.6	11.9	16.7	14.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	12.2	10.1	15.7	13.2
Yucatán	10.3	9.0	12.4	11.0
Zacatecas	10.4	9.4	13.2	11.2

^{1/} Tasa por cada mil nacidos vivos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos (SINAC)

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Calculada con las Proyecciones de la población de México, 2010-2030, para el periodo 1990-2010, y a partir de 2011 con la base de datos de defunciones 1979-2015 y los nacimientos ajustados de la base de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC)

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en <<http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>>

CUADRO IX. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDAS) Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) EN MENORES DE 5 AÑOS, TOTAL Y POR SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2016 ^{1/}

AÑO	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	56.4	60.7	52.1	92.1	101.2	82.7
1996	49.6	53.6	45.4	86.4	94.1	78.5
1997	43.1	46.5	39.6	78.1	86.4	69.6
1998	38.0	41.5	34.3	61.1	66.3	55.7
1999	32.2	36.0	28.2	54.3	59.9	48.5
2000	29.6	31.8	27.3	45.8	50.1	41.3
2001	27.4	30.9	23.7	40.2	44.9	35.1
2002	25.1	26.9	23.2	41.4	45.4	37.1
2003	24.5	27.0	21.7	36.5	40.2	32.5
2004	20.8	23.0	18.4	38.3	41.7	34.8
2005	21.0	22.3	19.6	33.7	36.8	30.4
2006	17.4	18.9	15.8	31.5	34.1	28.7
2007	16.6	18.5	14.5	26.7	29.1	24.1
2008	13.4	14.2	12.5	24.6	26.7	22.4
2009	10.5	11.3	9.7	23.9	26.0	21.8
2010	9.0	9.2	8.8	22.9	25.2	20.5
2011	8.9	9.5	8.2	22.7	24.4	20.9
2012	8.5	8.9	8.0	20.0	21.3	18.6
2013	9.4	10.6	8.3	20.7	22.4	19.0
2014	7.8	8.8	6.8	19.0	20.2	17.9
2015	7.3	7.2	7.4	16.5	17.4	15.6
2016	8.0	8.5	7.5	16.0	16.9	15.0

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero. En diciembre de 2015, INEGI actualizó la cifra de Defunciones Generales 2013, por lo que las tasas correspondientes a 2013 pueden variar con respecto al informe del año pasado.

^{1/} Tasas por cien mil niños menores de 5 años.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de INEGI/SS 1995-2016. CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en: <<http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>>

CUADRO X. MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDAS) Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016 ^{1/}

ENTIDAD FEDERATIVA	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	8.0	8.5	7.5	16.0	16.9	15.0
Aguascalientes	6.3	7.7	4.8	9.5	9.3	9.7
Baja California	5.0	7.7	2.0	9.6	11.0	8.1
Baja California Sur	0.0	0.0	0.0	2.8	2.8	2.9
Campeche	2.4	4.6	0.0	13.1	18.6	7.3
Coahuila de Zaragoza	1.5	0.7	2.3	3.0	4.4	1.5
Colima	6.3	3.2	9.3	11.0	9.5	12.5
Chiapas	37.1	37.1	37.0	61.1	66.5	55.5
Chihuahua	13.8	8.0	19.8	14.3	13.7	13.2
Ciudad de México	3.1	4.1	2.0	16.3	18.8	13.6
Durango	6.1	7.1	5.0	11.0	7.1	15.0
Guanajuato	3.8	3.8	3.7	10.0	11.5	8.4
Guerrero	12.9	12.1	13.8	26.5	24.8	28.2
Hidalgo	2.2	2.9	0.8	9.3	10.9	7.6
Jalisco	3.1	2.9	3.3	7.7	8.5	7.0
Estado de México	4.4	5.1	3.6	7.5	8.1	6.8
Michoacán de Ocampo	6.6	6.3	7.0	18.8	19.2	18.7
Morelos	2.9	3.4	2.4	5.8	5.7	5.9
Nayarit	13.7	11.7	15.8	11.1	5.0	17.6
Nuevo León	1.1	2.2	0.0	5.5	6.3	4.7
Oaxaca	22.3	24.8	19.2	27.9	32.7	23.4
Puebla	10.4	12.1	8.7	26.2	28.0	24.0
Querétaro	2.1	3.1	1.1	11.2	16.8	5.5
Quintana Roo	7.7	6.2	9.2	11.5	13.7	9.2
San Luis Potosí	5.7	6.7	4.7	15.3	12.7	18.7
Sinaloa	6.5	7.4	5.5	20.9	24.6	17.1
Sonora	7.1	8.8	5.4	16.9	16.8	16.9
Tabasco	7.6	8.8	6.5	17.1	15.8	18.4
Tamaulipas	2.3	3.8	0.7	6.2	6.4	6.0
Tlaxcala	1.6	1.6	1.6	19.3	22.1	16.4
Veracruz de Ignacio de la Llave	13.2	14.6	11.7	17.5	16.6	18.2
Yucatán	5.7	4.1	7.4	20.2	18.3	22.2
Zacatecas	5.3	3.9	6.8	15.3	11.7	19.0

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.

^{1/} Tasas por cien mil niños menores de 5 años.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2016. CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM-5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en: <<http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>>

**CUADRO XI. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016**

CAUSA	CÓDIGO CIE-10	DEFUNCIONES	RMM ^{1/}
Total	A34, B20-B24, D392, F53, M830, O00-O95 Y O98-099	812	36.7
Aborto	O00-O06	70	3.2
Hemorragia obstétrica	O44-O45, O67, O72	127	5.7
Infección puerperal	O85-O86	12	0.5
Edema, proteinuria, trastornos hipertensivos en embarazo, parto y puerperio (toxemia)	O10-O16	198	8.9
Parto obstruido	(O64-O66)	2	0.1
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	241	10.9
Otras causas maternas	El resto de causas	162	7.3

NOTA: No se incluyen las defunciones maternas tardías (O96 y O97)

^{1/} Razón por cien mil nacidos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos SINAC

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2016.

CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en <<http://www.dgjs.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>>

**CUADRO XII. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016**

ENTIDAD FEDERATIVA	RMM ^{1/}
Nacional	36.7
Aguascalientes	18.5
Baja California	28.3
Baja California Sur	8.3
Campeche	50.4
Coahuila de Zaragoza	42.7
Colima	36.5
Chiapas	58.3
Chihuahua	39.1
Ciudad de México	28.3
Durango	40.1
Guanajuato	32.4
Guerrero	53.9
Hidalgo	41.8
Jalisco	26.2
Estado de México	40.4
Michoacán de Ocampo	27.4
Morelos	34.4
Nayarit	35.4
Nuevo León	35.3
Oaxaca	45.9
Puebla	41.6
Querétaro	35.3
Quintana Roo	35.3
San Luis Potosí	24.4
Sinaloa	43.0
Sonora	39.9
Tabasco	36.3
Tamaulipas	36.7
Tlaxcala	41.4
Veracruz de Ignacio de la Llave	29.3
Yucatán	27.7
Zacatecas	22.8

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE10 O00-099, A34, D392, F53, M830. Se excluyeron muertes tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X). Se excluyen las residentes en el extranjero.

^{1/} Razón por cien mil nacidos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos SINAC

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2016.

CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en <<http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>>

**CUADRO XIII. MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2016 ^{1/}**

AÑO	CÉRVICO-UTERINO	MAMA
1995	20.7	14.2
1996	20.8	14.2
1997	20.2	14.3
1998	19.7	14.6
1999	19.3	14.4
2000	18.9	14.1
2001	18.0	14.3
2002	16.8	14.9
2003	16.4	14.7
2004	15.7	15.4
2005	15.4	15.2
2006	14.5	15.7
2007	13.9	15.8
2008	13.5	16.2
2009	13.4	16.1
2010	12.7	16.2
2011	12.3	16.3
2012	11.8	17.1
2013	11.6	16.6
2014	11.9	17.6
2015	11.5	18.0
2016	11.4	18.7

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero.

^{1/} Tasas observadas por cien mil mujeres de 25 años o más.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2016.

CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050

**CUADRO XIV. MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016 ^{1/}**

ENTIDAD FEDERATIVA	CÉRVICO-UTERINO	MAMA
Nacional	11.4	18.7
Aguascalientes	9.7	19.7
Baja California	11.5	19.3
Baja California Sur	12.1	15.8
Campeche	7.6	13.4
Coahuila de Zaragoza	15.3	26.0
Colima	14.9	23.2
Chiapas	18.8	13.1
Chihuahua	13.0	26.6
Ciudad de México	11.3	25.5
Durango	10.3	20.8
Guanajuato	8.0	18.4
Guerrero	11.6	14.0
Hidalgo	7.8	12.7
Jalisco	9.7	24.0
Estado de México	8.9	15.2
Michoacán de Ocampo	10.6	17.7
Morelos	17.5	14.6
Nayarit	15.5	19.5
Nuevo León	10.5	24.3
Oaxaca	15.1	10.5
Puebla	11.3	14.3
Querétaro	10.6	17.0
Quintana Roo	13.5	11.9
San Luis Potosí	10.6	19.2
Sinaloa	10.8	25.1
Sonora	14.0	24.5
Tabasco	9.8	14.1
Tamaulipas	11.0	21.9
Tlaxcala	10.4	13.1
Veracruz de Ignacio de la Llave	13.9	17.5
Yucatán	14.4	15.5
Zacatecas	8.9	18.3

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero.

^{1/} Tasas observadas por cien mil mujeres de 25 años o más.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2016.

CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO XV. MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO, TOTAL Y POR SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2016^{1/}

AÑO	DIABETES MELLITUS			ENFERM. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR ^{2/}		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	35.2	31.2	39.1	40.3	44.5	36.2	14.0	22.3	5.8
1996	36.3	32.4	40.0	41.8	46.3	37.3	14.5	23.4	5.7
1997	37.0	32.9	40.9	43.4	48.4	38.6	14.8	23.5	6.2
1998	42.4	38.2	46.5	43.2	48.2	38.4	13.7	21.7	5.8
1999	45.7	41.1	50.1	43.9	48.6	39.3	13.6	21.8	5.7
2000	46.1	41.9	50.2	43.4	48.0	38.9	13.9	21.8	5.7
2001	48.8	44.4	53.0	44.5	49.8	39.3	13.7	21.3	5.9
2002	53.0	49.5	56.4	46.7	52.4	41.1	14.1	21.9	6.1
2003	56.5	52.0	60.6	48.5	54.5	42.7	14.2	22.1	6.2
2004	58.7	54.6	62.6	47.6	53.9	41.6	14.2	22.2	6.1
2005	62.6	58.8	66.3	49.6	56.6	43.0	14.9	23.4	6.3
2006	63.1	60.1	65.9	49.5	56.5	42.7	15.5	24.4	6.5
2007	64.2	62.0	66.2	50.8	58.4	43.6	14.0	22.1	5.9
2008	67.9	65.6	70.1	53.5	61.9	45.6	15.3	24.5	6.2
2009	68.8	67.0	70.5	56.0	64.2	48.0	15.8	25.1	6.5
2010	72.6	71.0	74.0	61.9	70.8	53.4	14.5	23.0	6.1
2011	69.8	68.7	70.8	61.3	70.2	52.7	14.4	23.1	5.8
2012	72.6	72.1	73.1	63.1	71.9	54.6	14.6	23.3	6.0
2013	75.5	75.0	76.0	67.0	76.7	57.8	13.4	21.9	5.3
2014	78.5	78.3	78.7	68.6	78.7	58.9	13.3	21.6	5.3
2015	81.4	80.9	81.8	72.7	83.4	62.8	13.3	21.5	5.4
2016	86.3	86.6	85.9	79.7	91.3	68.6	13.2	21.6	5.2

NOTA: Se excluyeron extranjeros en las defunciones por diabetes y enfermedades isquémicas del corazón.

^{1/} Tasas observadas por cien mil habitantes.

^{2/} La tasa se calculó por entidad de ocurrencia de la defunción incluye extranjeros.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2016. CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO XVI. MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016^{1/}

ENTIDAD FEDERATIVA	DIABETES MELLITUS		ENF. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN		ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR ^{2/}				
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES			
Nacional	86.3	86.6	85.9	79.7	91.3	68.6	13.2	21.6	5.2
Aguascalientes	63.2	62.4	63.9	52.0	61.6	42.8	17.6	28.0	7.6
Baja California	64.5	66.8	62.1	66.5	84.5	48.3	11.5	18.4	4.6
Baja California Sur	46.9	51.1	42.6	58.1	75.9	39.7	14.6	22.8	6.2
Campeche	87.8	81.0	94.2	75.2	93.3	57.3	16.2	27.4	5.2
Coahuila de Zaragoza	91.9	86.1	97.5	83.1	103.8	62.8	9.5	15.1	4.0
Colima	79.7	91.6	68.1	74.6	83.9	65.7	17.4	29.2	5.6
Chiapas	66.8	61.5	71.8	53.9	61.7	46.4	11.6	19.9	3.6
Chihuahua	70.8	66.9	74.5	89.2	105.3	73.6	16.9	25.7	8.4
Ciudad de México	115.9	127.4	105.3	128.2	134.4	122.6	7.5	11.6	3.7
Durango	66.3	61.8	70.7	97.3	114.5	80.7	23.6	35.6	11.9
Guanajuato	95.3	95.3	95.3	85.7	98.2	74.1	18.6	32.5	5.6
Guerrero	84.9	82.9	86.8	66.9	76.8	57.5	11.0	17.3	5.1
Hidalgo	78.9	78.9	78.9	85.4	98.1	73.6	13.6	22.3	5.2
Jalisco	80.5	85.9	75.3	76.1	84.9	67.7	16.7	27.6	6.2
Estado de México	87.6	90.7	84.8	63.1	70.6	55.8	8.7	13.8	3.8
Michoacán de Ocampo	97.0	95.7	98.2	74.2	84.2	65.0	10.7	17.3	4.6
Morelos	106.7	106.1	107.3	84.4	97.0	72.7	11.7	18.2	5.7
Nayarit	68.5	66.9	70.1	73.6	87.8	59.6	22.9	36.2	9.9
Nuevo León	68.1	69.4	66.9	88.1	108.3	68.1	11.6	18.9	4.4
Oaxaca	85.3	82.2	88.2	68.1	73.7	62.8	11.0	18.3	4.2
Puebla	105.1	106.4	103.9	73.5	79.7	67.9	12.6	20.8	5.0
Querétaro	68.2	69.0	67.6	65.1	73.6	56.9	15.7	25.4	6.4
Quintana Roo	57.8	55.7	60.0	37.4	47.6	27.0	11.5	17.7	5.0
San Luis Potosí	71.7	73.1	70.4	76.1	85.4	67.3	18.5	30.5	7.2
Sinaloa	60.7	61.6	59.9	79.4	97.4	61.8	24.2	39.9	8.9
Sonora	61.8	62.9	60.8	98.5	118.9	77.9	18.7	29.8	7.4
Tabasco	105.8	102.9	108.6	69.2	82.7	56.2	26.8	46.7	7.6
Tamaulipas	85.7	82.2	89.2	91.3	111.2	71.8	16.9	27.6	6.5
Tlaxcala	100.6	108.4	93.2	51.7	57.3	46.5	14.0	23.0	5.7
Veracruz de Ignacio de la Llave	113.1	108.5	117.5	96.1	110.9	82.1	6.4	10.7	2.3
Yucatán	72.0	62.7	81.0	110.2	126.4	94.5	13.2	22.3	4.4
Zacatecas	80.6	79.7	81.4	71.5	82.3	61.4	28.8	46.7	11.9

NOTA: Se excluyeron extranjeros en las defunciones por diabetes y enfermedades isquémicas del corazón.

1/ Tasas observadas por cien mil habitantes.

2/ La tasa se calculó por entidad de defunción incluye extranjeros, se actualizó la información del primer informe.

FUENTE: INEGI/SS: Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2016. CONAPO, 2013, Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

CUADRO XVII. TENDENCIA DE LA MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR, PALUDISMO, DENGUE Y DIABETES MELLITUS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1995-2018

Año	Tuberculosis pulmonar		Paludismo		Dengue		Diabetes mellitus	
	Casos	Tasa de morbilidad ^{1/}	Casos	Tasa de morbilidad ^{1/}	Casos ^{2/}	Tasa de morbilidad ^{1/}	Casos ^{3/}	Tasa de morbilidad ^{1/}
1995	17,157	18.2	7,330	7.8	36,029	38.1	272,308	288.2
1996	16,995	17.7	6,293	6.6	35,082	36.6	249,774	260.5
1997	19,577	20.1	4,743	4.9	52,561	54.1	312,892	321.9
1998	18,032	18.3	15,100	15.3	23,267	23.6	336,967	342.1
1999	16,881	16.9	6,402	6.4	22,982	23.0	284,811	285.7
2000	15,649	15.5	7,259	7.2	1,714	1.7	287,180	284.6
2001	16,323	16.0	4,927	4.8	4,643	4.5	294,198	288.1
2002	15,432	14.9	4,605	4.5	13,254	12.8	315,948	305.5
2003	15,055	14.4	3,775	3.6	5,220	5.0	380,332	363.2
2004	14,443	13.6	3,357	3.2	6,243	5.9	404,562	381.8
2005	15,249	14.2	2,945	2.7	17,487	16.3	397,387	370.9
2006	13,813	12.7	2,498	2.3	24,661	22.7	394,360	363.8
2007	14,550	13.3	2,357	2.1	42,936	39.1	404,770	368.7
2008	15,035	13.5	2,357	2.1	28,015	25.2	396,374	356.1
2009	14,856	13.2	2,702	2.4	120,649	106.9	426,802	378.2
2010	15,384	13.5	1,226	1.1	36,740	32.2	420,086	367.7
2011	15,457	13.4	1,041	0.9	15,424	13.3	427,125	369.2
2012	15,858	13.5	833	0.7	65,892	56.3	419,493	358.4
2013	16,080	13.6	495	0.4	105,973	89.5	397,192	335.5
2014	16,237	13.6	656	0.5	46,092	38.5	381,099	318.3
2015	16,462	13.6	517	0.4	61,710	55.6	369,146	305.1
2016	16,913	13.8	551	0.5	41,907	34.3	368,069	301.0
2017	17,101	13.8	736	0.6	42,085	34.0	410,737	332.5
2018 ^{4/}	10,750	8.6	361	0.2	1,345	1.0	214,216	171.1

^{1/} Tasa por cien mil habitantes.

^{2/} De 1995 a 2001 casos por asociación clínica; de 2002 a 2008 casos confirmados por laboratorio y a partir de 2009 casos estimados en cumplimiento al Acuerdo del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica de 2009. El notable incremento de fiebre por dengue de 2009 respecto a 2008 se debió al brote en el estado de Jalisco que concentró el 46% de los casos del país. Asimismo, en 2009 se registró una alta transmisión de dengue en la región sur y centro del país.

^{3/} De 2000 a 2011 las cifras pueden diferir de lo publicado en informes anteriores debido a que se actualizaron con apego a los cierres oficiales publicados en los Anuarios de Morbilidad del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Cifras revisadas y actualizadas por la dependencia responsable.

^{4/} Cifras preliminares de enero a junio de 2018.

FUENTE: Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología. CONAPO, 2013. Proyecciones de la Población de México 2010-2050 y Estimaciones de la Población 1990-2009, ambos con base en el Censo 2010.

**CUADRO XVIII. ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE UN AÑO DE EDAD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013-2017**

ENTIDAD FEDERATIVA	2013	2014	2015	2016	2017 ^{1/}	2018 ^{2/}
Nacional	85.3	91.8	96.7	89.3	83.3	90.0
Aguascalientes	98.4	94.4	113.6	100.5	95.6	95.0
Baja California	72.6	87.1	94.0	80.5	68.8	75.0
Baja California Sur	97.4	90.6	95.2	94.5	86.3	90.0
Campeche	99.0	95.5	104.5	100.6	86.3	88.0
Coahuila de Zaragoza	84.3	95.3	111.6	104.7	101.9	98.0
Colima	99.3	90.5	86.5	78.5	78.9	82.0
Chiapas	86.7	89.2	82.2	69.4	65.6	80.0
Chihuahua	76.1	91.4	96.5	88.3	80.6	85.3
Ciudad de México	99.5	96.0	101.5	105.9	90.7	95.3
Durango	91.6	93.7	106.0	97.2	87.7	92.6
Guanajuato	95.3	99.3	113.6	99.8	95.9	95.6
Guerrero	63.5	94.4	100.6	78.3	71.5	83.2
Hidalgo	74.2	90.0	109.4	91.0	91.1	91.1
Jalisco	81.6	89.3	95.9	76.6	84.0	85.3
Estado de México	73.2	84.3	86.8	83.6	71.4	80.5
Michoacán de Ocampo	96.5	98.4	101.3	91.9	79.4	82.6
Morelos	97.0	92.4	103.3	100.4	83.3	85.9
Nayarit	85.2	91.5	93.0	87.4	73.0	82.0
Nuevo León	89.9	98.9	114.1	103.3	104.3	95.6
Oaxaca	75.3	87.7	89.3	87.5	77.2	78.4
Puebla	91.5	92.6	97.1	85.9	93.7	95.3
Querétaro	98.9	96.5	114.2	108.2	96.4	96.4
Quintana Roo	81.7	84.1	96.3	85.3	80.2	82.5
San Luis Potosí	92.8	99.5	112.9	111.3	95.8	95.6
Sinaloa	88.7	95.4	106.8	95.3	80.8	85.3
Sonora	72.1	94.6	104.8	90.6	85.9	90.4
Tabasco	111.6	100.4	109.6	107.7	90.3	90.5
Tamaulipas	92.1	90.6	108.4	96.9	86.8	87.5
Tlaxcala	95.6	94.0	112.0	92.5	93.4	94.6
Veracruz de Ignacio de la Llave	83.0	87.6	61.3	73.6	80.5	81.6
Yucatán	74.9	86.2	70.6	81.8	68.9	75.6
Zacatecas	101.2	98.8	105.4	98.9	90.4	92.5

NOTA: La información de cobertura fue ajustada y homologada de acuerdo con las estimaciones de población de 2013 y conforme a lo reportado en los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

^{1/} Cifras al cierre preliminar de 2017.

^{2/} Cifras preliminares de enero a junio de 2018.

FUENTE: Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

CUADRO XIX. PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR ENTIDAD FEDERATIVA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2017

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES													JUNIO		VARIACIÓN PORCENTUAL
	OBSERVADO													2017 ^{1/}	2018 ^{2/}	
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	PROYECCIÓN 2018					
Nacional	27 176 914	31 132 949	43 518 719	51 823 314	52 908 011	55 637 999	57 300 000	57 105 622	54 923 952	53 505 187	53 505 187	53 280 748	53 313 765	0.06		
Aguascalientes	369 410	392 765	416 961	487 946	505 235	538 906	549 552	377 316	375 216	379 869	379 869	371 467	379 869	2.26		
Baja California	581 575	594 928	797 261	1 143 638	1 150 023	1 146 696	1 167 917	1 167 917	1 065 657	997 251	997 251	983 105	997 251	1.44		
Baja California Sur	119 958	123 015	164 681	191 983	205 226	219 581	228 886	204 539	202 539	207 118	207 118	200 050	206 973	3.46		
Campeche	327 980	362 705	416 328	457 529	477 046	498 097	509 853	509 853	482 607	474 324	474 324	469 601	474 177	0.97		
Coahuila de Zaragoza	418 265	469 323	630 000	674 156	686 263	787 319	806 302	806 302	743 302	705 624	705 624	666 364	705 452	5.87		
Colima	227 421	234 625	275 487	300 203	299 036	294 351	295 897	261 892	257 232	253 182	253 182	253 294	253 182	-0.04		
Chiapas	1 756 549	2 069 736	2 997 900	3 353 506	3 414 767	3 520 349	3 628 090	3 628 090	3 570 431	3 470 352	3 470 352	3 470 352	3 458 855	-0.33		
Chihuahua	557 374	665 328	1 033 038	1 170 601	1 235 429	1 335 283	1 374 978	1 374 978	1 258 173	1 220 272	1 220 272	1 212 044	1 181 517	-2.52		
Ciudad de México	773 299	1 108 461	1 744 419	2 300 083	2 480 090	2 896 802	2 956 186	2 956 186	2 780 205	2 749 580	2 749 580	2 719 580	2 749 580	1.10		
Durango	317 693	383 101	538 607	715 430	731 202	793 643	822 495	822 495	773 640	736 442	736 442	736 442	736 442	0.00		
Guanajuato	1 893 335	2 080 049	2 560 975	3 007 993	3 113 394	3 177 092	3 278 864	3 278 864	3 112 864	3 011 165	3 011 165	3 011 026	2 993 489	-0.58		
Guerrero	1 073 795	1 146 246	1 973 798	2 279 358	2 223 470	2 279 354	2 314 605	2 314 605	2 297 653	2 241 345	2 241 345	2 241 345	2 241 345	0.00		
Hidalgo	922 157	1 072 325	1 403 601	1 569 901	1 580 326	1 658 778	1 722 933	1 722 933	1 710 807	1 666 161	1 666 161	1 666 164	1 666 161	-0.00		
Jalisco	1 455 938	1 710 472	1 967 804	2 757 491	2 772 886	2 974 505	3 121 669	3 121 669	3 072 948	3 014 388	3 014 388	3 014 388	3 014 388	0.00		
Estado de México	2 718 024	3 371 043	5 826 998	6 566 681	6 612 349	6 989 242	7 243 746	7 243 746	7 180 487	7 077 137	7 077 137	6 998 151	7 077 137	1.13		
Michoacán de Ocampo	938 091	1 231 370	1 647 610	2 254 722	2 357 439	2 392 212	2 419 597	2 419 597	2 369 058	2 309 934	2 309 934	2 309 934	2 309 934	0.00		
Morelos	541 479	603 442	780 672	949 748	961 830	994 327	999 863	1 036 073	1 020 077	977 755	977 755	994 543	963 818	-3.09		
Nayarit	370 033	399 759	550 000	625 672	639 166	654 159	681 665	681 665	593 470	526 660	526 660	547 356	501 066	-8.46		
Nuevo León	519 124	611 148	946 529	1 121 425	1 153 896	1 230 221	1 277 713	1 277 713	1 200 000	1 174 818	1 174 818	1 174 834	1 174 818	-0.00		
Oaxaca	1 291 324	1 547 336	2 069 971	2 620 120	2 634 749	2 692 621	2 757 110	2 757 110	2 695 399	2 637 811	2 637 811	2 637 811	2 605 468	-1.23		
Puebla	1 453 284	1 571 934	2 188 072	3 123 724	3 141 164	3 219 389	3 418 227	3 418 227	3 361 976	3 349 337	3 349 337	3 334 876	3 349 337	0.43		
Querétaro	470 140	515 916	711 236	820 460	850 437	928 481	957 701	957 701	903 252	881 601	881 601	877 245	881 601	0.50		
Quintana Roo	250 822	315 719	509 134	577 933	604 751	659 111	675 393	675 393	625 393	600 393	600 393	597 203	592 140	-0.85		
San Luis Potosí	764 334	861 518	1 211 402	1 372 389	1 433 095	1 554 799	1 587 065	1 587 065	1 506 565	1 484 429	1 484 429	1 471 656	1 484 009	0.84		
Sinaloa	724 208	770 155	1 007 979	1 081 540	1 101 119	1 146 879	1 184 835	1 184 835	1 107 108	1 068 594	1 068 594	1 063 220	1 033 220	-2.83		
Sonora	537 033	511 152	689 720	834 753	858 320	941 029	955 196	955 196	894 435	868 430	868 430	844 151	868 430	2.88		
Tabasco	1 192 720	1 259 003	1 381 712	1 531 218	1 555 838	1 584 835	1 619 003	1 619 003	1 515 503	1 472 861	1 472 861	1 472 876	1 472 861	-0.00		
Tamaulipas	953 306	983 673	1 220 269	1 356 200	1 384 364	1 393 998	1 428 473	1 428 473	1 344 603	1 293 441	1 293 441	1 286 900	1 293 441	0.51		
Tlaxcala	492 949	533 082	725 497	766 283	855 136	906 796	930 877	930 877	865 929	786 202	786 202	807 863	786 202	-2.68		
Veracruz de Ignacio de la Llave	2 057 432	2 392 627	3 620 147	4 090 181	4 113 017	4 318 074	4 430 954	4 430 954	4 166 186	4 050 186	4 050 186	4 031 802	4 050 186	0.46		
Yucatán	549 666	618 059	783 368	886 809	931 743	1 003 182	1 024 331	1 024 331	979 071	949 958	949 958	949 987	949 582	-0.04		
Zacatecas	558 196	622 934	727 543	833 638	845 205	907 888	930 024	930 024	892 166	868 567	868 567	865 043	861 834	-0.37		

^{1/} Datos frecuencia acumulada al mes de junio 2017.

^{2/} Datos frecuencia acumulada al mes de junio 2018.

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.

CUADRO XX. NÚMERO DE NIÑOS AFILIADOS AL SEGURO MÉDICO SIGLO XXI POR ENTIDAD FEDERATIVA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2017

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES OBSERVADO													JUNIO		
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	PROYECCIÓN 2018	2017 ^{1/}	2018 ^{2/}	VARIACIÓN PORCENTUAL		
Nacional	1,852,891	2,958,973	4,263,760	5,783,114	6,816,240	5,391,641	5,649,647	5,584,311	5,207,192	4,912,990	n.a.	5,018,733	4,804,650	-4.27		
Aguascalientes	20,192	33,523	45,939	64,646	76,648	60,683	61,387	59,171	50,348	47,731	n.a.	48,861	46,627	-4.57		
Baja California	33,030	53,296	67,245	105,109	120,786	86,005	88,291	83,045	75,264	75,206	n.a.	72,902	76,209	4.54		
Baja California Sur	6,628	12,628	19,706	25,688	30,711	24,525	24,742	25,570	24,239	22,047	n.a.	23,576	21,160	-10.25		
Campeche	19,165	28,095	37,844	51,331	59,974	45,992	47,475	47,706	47,136	45,698	n.a.	46,774	44,811	-4.20		
Coahuila de Zaragoza	34,859	53,435	68,954	78,631	100,037	79,808	82,998	86,510	83,837	73,240	n.a.	79,143	65,878	-16.76		
Colima	14,181	20,411	26,117	33,681	39,296	31,547	31,061	28,797	26,940	24,635	n.a.	25,533	23,829	-6.67		
Chiapas	112,328	180,602	261,894	349,524	423,223	327,115	334,787	335,824	325,180	293,158	n.a.	311,379	270,367	-13.17		
Chihuahua	42,828	66,862	102,975	138,488	169,004	127,219	129,924	126,505	118,104	112,319	n.a.	116,141	109,480	-5.74		
Ciudad de México	92,395	160,670	182,917	229,659	255,921	231,789	239,751	240,777	215,329	196,229	n.a.	206,101	194,878	-5.45		
Durango	25,182	42,800	62,276	88,104	107,537	87,365	86,644	86,267	79,922	76,939	n.a.	78,119	73,351	-6.10		
Guajuato	109,010	185,118	259,056	359,809	419,038	336,424	344,134	339,141	314,403	292,536	n.a.	303,814	295,500	-2.74		
Guerrero	62,247	88,301	146,395	220,365	265,111	221,107	235,903	232,260	228,905	222,655	n.a.	229,028	215,443	-5.93		
Hidalgo	51,008	87,793	123,962	155,740	193,168	163,374	166,067	166,347	154,860	149,372	n.a.	152,820	146,107	-4.39		
Jalisco	120,649	192,239	248,446	382,048	444,075	336,960	374,485	372,183	322,429	290,530	n.a.	303,526	282,530	-6.92		
Estado de México	232,076	373,411	588,688	762,948	894,643	715,382	770,456	765,883	723,085	650,734	n.a.	657,309	648,481	-1.34		
Michoacán de Ocampo	58,785	105,922	176,651	238,592	278,256	211,451	228,570	229,042	213,827	211,331	n.a.	212,485	204,976	-3.53		
Morelos	33,009	44,156	64,786	97,625	113,983	88,337	94,616	96,320	92,844	85,306	n.a.	90,896	84,933	-6.56		
Nayarit	23,004	34,690	52,757	69,484	79,239	61,288	58,989	55,930	48,037	44,741	n.a.	46,815	43,465	-7.16		
Nuevo León	49,676	78,866	107,359	134,824	155,298	125,510	143,677	145,904	141,746	145,292	n.a.	142,375	142,193	-0.13		
Oaxaca	68,926	122,612	184,261	260,840	315,624	248,199	251,995	241,200	219,609	207,144	n.a.	209,446	199,766	-4.62		
Puebla	108,227	157,113	225,378	335,771	371,752	312,363	366,150	374,441	353,576	337,325	n.a.	329,791	331,828	0.62		
Querétaro	34,254	49,786	77,216	106,087	132,896	108,771	114,826	114,232	110,725	104,275	n.a.	107,053	102,265	-4.47		
Quintana Roo	20,747	42,258	71,706	84,367	97,979	67,167	64,262	57,433	51,944	57,686	n.a.	57,578	57,575	-0.01		
San Luis Potosí	44,670	76,404	117,025	163,328	203,770	163,819	159,754	156,191	150,147	137,511	n.a.	144,445	137,449	-4.84		
Sinaloa	43,618	70,181	96,917	124,727	148,564	121,021	126,151	124,752	111,700	100,921	n.a.	106,351	97,897	-7.95		
Sonora	40,768	58,064	75,858	105,288	128,525	98,201	99,586	98,256	90,997	86,721	n.a.	89,846	81,822	-8.93		
Tabasco	54,218	84,066	120,772	163,714	196,581	145,435	152,951	150,565	144,309	142,839	n.a.	146,351	139,646	-4.58		
Tamaulipas	59,027	88,965	124,876	155,781	176,839	128,268	135,000	135,040	123,797	119,551	n.a.	121,736	114,134	-6.24		
Tlaxcala	33,107	43,182	57,840	85,629	105,288	80,098	81,193	80,967	76,890	73,387	n.a.	70,612	75,466	6.87		
Veracruz de Ignacio de la Llave	134,836	213,880	314,711	409,169	473,683	362,915	353,721	327,667	299,968	309,317	n.a.	306,070	305,396	-0.22		
Yucatán	34,197	52,622	74,966	98,806	115,119	96,007	100,256	98,856	92,904	87,182	n.a.	90,226	83,559	-7.39		
Zacatecas	36,044	57,022	78,267	103,311	123,672	97,496	100,045	101,529	94,191	89,432	n.a.	91,631	87,629	-4.37		

* Esta cifra es variable toda vez que corresponde al número de niños que cumplen con el criterio de ser menores de cinco años.

^{1/} Datos frecuencia acumulada al mes de junio 2017.

^{2/} Datos frecuencia acumulada al mes de junio 2018.

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.

CUADRO XXI. MUJERES EMBARAZADAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR MEDIO DE LA ESTRATEGIA EMBARAZO SALUDABLE ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2017

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES OBSERVADO																	JUNIO		VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	PROYECCIÓN 2018	2017 ^{1/}	2018 ^{2/}							
	Nacional	188,913	568,264	1,407,863	1,755,610	1,818,298	2,070,703	2,230,882	2,383,227	2,130,863	2,257,073	n.a.	2,183,602	2,268,029	3.9					
Aguascalientes	1 930	5 012	15 588	20 210	21 945	25 203	25 005	25 504	14,412	20,815	n.a.	19,250	21,127	9.8						
Baja California	5 082	14 366	34 805	38 220	35 385	34 968	36 646	37 163	35,160	39,429	n.a.	36,005	38,413	6.7						
Baja California Sur	2 490	4 973	11 522	13 261	13 568	14 502	15 202	16 887	11,742	12,991	n.a.	12,399	13,124	5.8						
Campeche	1 339	4 119	10 562	13 819	15 295	18 191	21 711	23 635	22,180	23,051	n.a.	22,425	22,998	2.6						
Coahuila de Zaragoza	6 124	15 620	24 173	30 295	33 790	40 799	51 594	52 076	42,825	49,971	n.a.	41,471	55,391	33.6						
Colima	795	2 042	7 120	8 808	9 760	10 429	10 253	10 039	8,968	9,145	n.a.	9,062	8,931	-1.4						
Chiapas	9 694	28 867	69 156	80 938	81 837	92 810	99 171	104 659	96,438	99,939	n.a.	97,094	100,727	3.7						
Chihuahua	9 194	21 114	47 881	53 032	53 246	56 895	60 462	58 281	50,796	52,981	n.a.	50,587	51,930	2.7						
Ciudad de México	3 311	22 360	41 187	49 785	41 143	56 132	59 626	76 098	74,133	87,011	n.a.	77,964	89,871	15.3						
Durango	4 351	11 924	22 297	28 221	30 738	33 827	35 191	37 032	30,410	29,007	n.a.	29,987	30,130	0.5						
Guajuato	12 367	33 997	84 909	101 483	100 648	111 964	121 548	129 929	125,216	137,731	n.a.	129,318	136,193	5.3						
Guerrero	11 426	32 865	66 362	84 292	82 996	93 226	93 598	97 377	87,027	89,771	n.a.	86,849	90,518	4.2						
Hidalgo	5 593	16 241	43 964	50 574	52 463	62 551	51 921	60 007	55,675	61,478	n.a.	59,445	62,340	4.9						
Jalisco	14 039	37 453	103 000	137 201	143 446	162 488	183 925	197 507	157,933	166,090	n.a.	160,263	161,307	0.7						
Estado de México	7 573	48 394	133 170	178 333	188 259	212 482	242 189	267 087	251,445	278,823	n.a.	271,789	289,742	6.6						
Michoacán de Ocampo	10 680	32 353	83 485	100 883	100 248	103 113	102 197	99 678	78,786	73,950	n.a.	74,373	71,637	-3.7						
Morelos	3 373	9 297	25 553	33 233	34 465	40 234	43 500	48 555	46,839	51,063	n.a.	47,736	50,750	6.3						
Navarrit	2 651	6 058	14 348	17 757	17 702	21 164	22 038	23 901	22,859	21,981	n.a.	22,313	20,308	-9.0						
Nuevo León	4 354	14 958	42 975	51 786	54 285	62 714	70 563	80 302	69,917	75,055	n.a.	75,795	73,279	-3.3						
Oaxaca	10 685	29 328	62 885	77 913	84 305	95 388	100 366	103 170	97,596	97,568	n.a.	99,554	97,708	-1.9						
Puebla	9 379	28 800	73 507	98 583	100 035	123 821	144 221	160 523	130,645	155,997	n.a.	149,220	155,033	3.9						
Querétaro	2 241	8 129	21 599	27 199	30 284	35 138	42 252	47 672	38,828	42,823	n.a.	41,882	44,346	5.9						
Quintana Roo	3 197	8 865	23 394	28 716	32 271	36 419	39 806	42 900	38,930	40,144	n.a.	38,481	39,333	2.2						
San Luis Potosí	2 839	10 080	30 576	37 978	42 721	47 315	51 463	53 080	49,398	49,869	n.a.	48,910	50,976	4.2						
Sinaloa	7 019	16 700	45 028	53 752	55 881	62 995	69 124	73 977	65,606	67,178	n.a.	65,815	67,697	2.9						
Sonora	5 709	13 967	34 127	40 937	40 905	44 225	46 266	49 752	42,295	43,644	n.a.	41,129	41,932	2.0						
Tabasco	5 261	16 304	38 206	51 665	60 564	74 844	85 845	93 219	90,969	90,661	n.a.	90,493	89,536	-1.1						
Tamaulipas	7 162	18 540	41 144	49 581	49 323	57 525	64 472	69 128	63,238	61,166	n.a.	56,440	61,604	9.1						
Tlaxcala	3 673	8 260	17 404	24 508	28 244	33 010	35 637	38 626	37,555	39,316	n.a.	37,980	39,023	2.7						
Veracruz de Ignacio de la Llave	9 226	30 834	91 091	116 712	124 832	142 960	145 625	139 654	131,301	124,760	n.a.	127,375	125,456	-1.5						
Yucatán	2 223	6 996	19 278	22 671	22 500	25 812	29 429	31 422	29,661	29,159	n.a.	29,012	30,582	5.4						
Zacatecas	3 933	9 448	27 567	33 264	35 214	37 559	30 036	34 387	32,080	34,506	n.a.	33,186	36,087	8.7						

^{1/} Datos frecuencia acumulada al mes de junio 2017.

^{2/} Datos frecuencia acumulada al mes de junio 2018.

FUENTE: Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.

**CUADRO XXII. PRINCIPALES SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2017-2018**

SERVICIOS	2017 ^{3/}	2018 ^{4/}	VARIACIÓN PORCENTUAL
Consulta	113,975,382	120,485,007	5.71
Externa general ^{1/}	81,745,841	87,070,783	6.51
Especializada ^{2/}	15,235,505	15,327,924	0.61
De urgencias	8,833,477	9,540,155	8.00
Odontológica	8,160,559	8,546,145	4.72
Consultas de planificación familiar	5,096,999	5,176,143	1.55
Hospitalización			
Intervenciones quirúrgicas	1,475,782	1,593,845	8.00
Egresos	2,691,999	2,907,360	8.00

^{1/} Se refiere a las consultas que otorgan los médicos generales, pasantes de medicina y las consultas proporcionadas por las enfermeras.

^{2/} Se refiere a las consultas que otorgan médicos especialistas y residentes.

^{3/} Cifras preliminares.

^{4/} Cifras estimadas al mes de diciembre.

Respecto a 2017 se ha estimado en forma reservada debido al inicio de reportes nominales que se apegan a la prestación de servicios real.

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

**CUADRO XXIII. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2016 ^{1/}**

Entidad Federativa	Médicos ^{2/}	Enfermeras ^{3/}	Camas censables ^{4a/}	Unidades de Consulta externa ^{4b/}	Aportación al gasto en salud para la población no asegurada (miles de pesos) ^{7/}	
					Federal ^{5/}	Estatal ^{6/}
Nacional	1.8	2.5	0.7	17.4	230,326,981.4	41,213,167.0
Aguascalientes	2.1	2.8	0.7	9.8	2,153,022.1	610,349.6
Baja California	1.6	2.0	0.6	7.6	4,000,299.0	168,455.9
Baja California Sur	2.3	3.1	0.9	16.5	1,197,730.1	264,925.6
Campeche	2.2	2.9	0.9	23.4	2,302,041.7	323,696.0
Coahuila de Zaragoza	1.8	2.8	0.9	12.8	4,189,166.8	735,448.8
Colima	2.4	2.9	0.7	22.2	1,644,758.7	127,260.5
Chiapas	1.4	2.3	0.4	32.5	11,856,569.8	60,474.9
Chihuahua	1.6	2.7	0.8	14.3	5,229,200.2	925,996.4
Ciudad de México	4.0	5.4	1.8	6.7	20,952,701.6	7,352,845.7
Durango	2.0	2.5	0.8	27.1	3,416,813.9	326,799.8
Guanajuato	1.5	2.2	0.6	11.2	9,853,864.2	2,343,892.8
Guerrero	1.8	2.4	0.6	32.4	9,137,562.1	143,561.3
Hidalgo	1.6	2.2	0.5	31.3	6,516,409.4	471,830.6
Jalisco	1.9	2.4	0.8	12.7	9,899,029.2	3,041,827.6
Estado de México	1.3	1.9	0.5	8.7	31,894,168.1	8,287,630.1
Michoacán de Ocampo	1.6	2.0	0.5	22.5	8,891,711.3	255,995.6
Morelos	1.7	2.4	0.6	14.8	3,562,461.8	212,342.9
Nayarit	2.0	2.7	0.6	32.6	2,547,269.7	260,196.1
Nuevo León	1.7	2.5	0.8	11.7	4,517,686.7	372,606.9
Oaxaca	1.6	2.2	0.6	40.3	10,714,175.3	419,973.7
Puebla	1.6	2.0	0.7	18.6	11,500,318.1	1,273,995.1
Querétaro	1.6	2.0	0.4	15.5	3,204,217.5	472,801.8
Quintana Roo	1.6	2.2	0.5	13.6	2,453,916.0	595,720.9
San Luis Potosí	1.7	2.3	0.7	22.2	5,153,890.0	214,025.8
Sinaloa	2.0	2.5	0.8	16.9	4,386,534.6	729,875.7
Sonora	2.0	2.9	1.0	21.7	3,680,603.8	1,196,680.0
Tabasco	2.1	2.5	0.7	28.1	5,236,177.1	2,810,913.3
Tamaulipas	2.0	2.8	0.9	15.9	5,746,137.5	2,982,080.2
Tlaxcala	1.8	2.3	0.5	16.8	3,034,413.2	303,950.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	1.6	2.2	0.6	20.5	14,965,452.3	2,054,517.3
Yucatán	2.2	3.1	0.8	14.9	4,196,604.6	1,472,384.0
Zacatecas	1.9	2.7	0.6	29.7	3,700,564.5	400,112.2

NOTAS:

^{1/} Incluye datos de Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-PROSPERA, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA, Unidades Médicas Estatales, Municipales y Universitarias. Para los indicadores del gasto se incluyen cifras de la Secretaría de Salud, del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), Gasto Estatal e IMSS-PROSPERA.

^{2/} Médicos en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, médicos pasantes y residentes.

^{3/} Enfermeras en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares.

^{4a/} Por mil habitantes.

^{4b/} Por 100 mil habitantes.

^{5/} El Gasto Federal incluye el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), del FASSA e IMSS-PROSPERA. El total nacional difiere de la suma de las entidades federativas debido a que se integra el gasto de SEDENA y SEMAR por un monto de 8,591,510.43 miles de pesos, correspondiente al programa DN-III que otorgan atención médica en zonas de desastre (servicios médicos, vacunación, dentales, etcétera) a toda la población.

^{6/} El Gasto Estatal en Salud es el aportado por los gobiernos de las entidades federativas.

^{7/} Información definitiva 2016.

FUENTE: Secretaría de Salud, DGIS (SINAIS). Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS). Catalogo De Establecimientos de Salud (CLUES).



DIRECTORIO

DIRECTORIO

José Ramón Narro Robles

Secretario de Salud

José Meljem Moctezuma

Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Pablo Antonio Kuri Morales

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Miguel Robles Bárcena

Subsecretario de Administración y Finanzas

Fernando Gutiérrez Domínguez

Abogado General

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos

Titular de la Comisión Coordinadora de
Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Comisión Nacional contra las Adicciones

Ernesto H. Monroy Yurrieta

Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Luis Adrián Ortiz Blas

Titular de la Unidad de Análisis Económico

Sebastián García Saisó

Director General de Calidad y Educación en Salud

Enrique Balp Díaz

Director General de Comunicación Social

Francisco Navarro Reynoso

Director General de Coordinación de
los Hospitales Federales de Referencia

Manuel de la Llata Romero

Director General de Coordinación de
los Hospitales Regionales de Alta Especialidad

Simón Kawa Karasik

Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud

Gilberto de Jesús Herrera Yáñez

Director General de Desarrollo de la Infraestructura Física

Adolfo Martínez Valle

Director General de Evaluación del Desempeño

Héctor Hiram Hernández Bringas

Director General de Información en Salud

Malaquías López Cervantes

Director General de Planeación y Desarrollo en Salud

Juan José Hicks Gómez

Director General de Políticas de Investigación en Salud

José Genaro Montiel Rangel

Director General de Programación y Presupuesto

Eduardo Jaramillo Navarrete

Director General de Promoción de la Salud

Graciela Romero Monroy

Directora General de Recursos Humanos y Organización

Yasmín del Carmen Arévalo Athié

Directora General de Recursos Materiales y Servicios Generales

Hilda Dávila Chávez

Directora General de Relaciones Internacionales

Guillermo Esquivel Jaimes

Director General de Tecnologías de la Información

Cuitláhuac Ruiz Matus

Director General de Epidemiología

Isidro Ávila Martínez

Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud

María Virginia González Torres

Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental

Arturo García Cruz

Secretario Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes

Jorge Alberto Calzada Zubiría

Director General de la Administración del
Patrimonio de la Beneficencia Pública

Eduardo Pesqueira Villegas

Director General del Centro Nacional de Equidad
de Género y Salud Reproductiva

Francisco Ramos Gómez

Director General del Centro Nacional de
Excelencia Tecnológica en Salud

Julieta Rojo Medina

Directora General del Centro Nacional de la
Transfusión Sanguínea

José Salvador Aburto Morales

Director General del Centro Nacional de Trasplantes

Jesús Felipe González Roldán

Director General del Centro Nacional de
Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Patricia Uribe Zúñiga

Directora General del Centro Nacional para la
Prevención y el Control del VIH y el sida

Juan Luis Gerardo Durán Arenas

Director General del Centro Nacional para la
Salud de la Infancia y la Adolescencia

Julio Sánchez y Tépoz

Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Onofre Muñoz Hernández

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Manuel Ruiz de Chávez Guerrero

Comisionado Nacional de Bioética

Antonio Chemor Ruiz

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Eduardo Ángel Madrigal de León

Director General de los Servicios de Atención Psiquiátrica

Máximo Alberto Evia Ramírez

Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

6^{to} Informe de Labores de la Secretaría de Salud
se editó en agosto de 2018





MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

