

DESARROLLO INTEGRAL

Un país democrático no puede admitir la falta de equidad, y menos en la salud y la educación que son los medios por excelencia para promover la igualdad y el desarrollo. Por eso, una de las prioridades de este Gobierno es ofrecer a la población, particularmente la que habita en zonas rurales e indígenas, más opciones en estos ámbitos de atención, mejorando la calidad de los servicios y ampliando su cobertura a un mayor número de mexicanos.

3.2 SALUD

OBJETIVO: MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

FORTALECER LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

- El 23 de abril de 2009 se hizo del conocimiento público en nuestro país la presencia de la **epidemia del virus de la influenza A (H1N1)**. Como parte de las medidas adoptadas por el Gobierno Federal para la detección, prevención y control, se realizaron acciones inmediatas de coordinación sectorial e interinstitucional, con el propósito de evitar que la epidemia se extendiera entre un porcentaje más amplio de la población. Así, el 25 de abril de 2009 se publicó el Decreto por el que se ordenan diversas medidas en materia de salubridad general para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión del virus A (H1N1). A partir de ello, se implementaron las siguientes acciones:
 - **Elaboración, emisión y difusión de documentos normativos.** Además del Decreto señalado previamente, el Consejo de Salubridad General emitió cinco acuerdos publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF), que establecieron las directrices para el desarrollo de las acciones implementadas durante la contingencia, normando, a través de la elaboración de documentos técnicos, los criterios de diagnóstico, tratamiento, seguimiento de contactos, así como de vigilancia epidemiológica y de laboratorio.
 - **Medidas para la detección.** Se emitió la alerta epidemiológica para la búsqueda activa de casos sospechosos. Al 31 de julio de 2009, se confirmaron 17,006 casos en el país, destacando los de Chiapas, Distrito Federal y Yucatán con la mayor proporción de casos (17.2%, 13.1% y 14.8%, respectivamente). A esa misma fecha se habían confirmado 125 defunciones por esta causa. Se adquirió material de análisis rápido para la detección oportuna del virus A (H1N1), a fin de administrar los medicamentos antivirales desde una etapa temprana a aquellos pacientes que resultaron positivos. Para la atención al público se instalaron módulos y unidades móviles donde se proporcionó información importante referente a la epidemia y se brindó atención inmediata en los casos sospechosos para su valoración médica.
 - **Medidas para la prevención.** Se desarrolló una intensa campaña informativa dando a conocer los síntomas, las acciones de prevención y de atención. Equipos de salud capacitados de las instituciones públicas del sector, principalmente de la Secretaría de Salud (SS), participaron en el operativo nacional para el estudio de contactos (personas) que convivieron con pacientes sospechosos y confirmados de influenza, verificando su estado de salud, analizando los posibles riesgos y administrando tratamiento preventivo. Actualmente se está estructurando el "Plan Operativo Estatal de Respuesta ante la Pandemia de Influenza A (H1N1)" el cual define las actividades de preparación y mitigación para enfrentarla, incluyendo acciones de capacitación, fortalecimiento de reservas estratégicas de tratamientos y de la capacidad en la atención médica hospitalaria, entre otras.
 - Durante la emergencia sanitaria se movilizaron 317 Unidades Médicas Móviles (UMM) del programa Caravanas de la Salud, proporcionando, hasta el 6 de agosto de 2009, 101,250 consultas médicas y tratamiento médico a 2,208 casos sospechosos.
 - Respecto de la vacuna contra Influenza A (H1N1), se prevé disponer de 5 millones de dosis para la época invernal 2009, la cual se aplicará en los grupos de población prioritarios.
 - Los esfuerzos desarrollados por el Gobierno de México para enfrentar y contener la epidemia fueron reconocidos durante la primera Reunión Mundial sobre Influenza Humana A (H1N1), celebrada en Cancún, Quintana Roo, del 1o. al 3 de julio de 2009. En esta reunión México transmitió su experiencia sobre la forma en que enfrentó la epidemia. A la reunión asistieron el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos y 40 ministros de salud, encabezados por la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien reconoció el esfuerzo y la transparencia del Gobierno Mexicano para encarar esta emergencia epidemiológica.
 - **Medidas de control.** Las instituciones de salud mantuvieron coordinación permanente con el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) para la detección oportuna y el seguimiento de los casos confirmados. Entre abril y junio de 2009, Laboratorios de Biológicos y

Reactivos (BIRMEX) produjo 88,927 tratamientos de antivirales y contrató el encapsulado de otros 496,980, utilizando la reserva estratégica de fosfato de Oseltamivir de la SS. Además, la SS adquirió 805 mil tratamientos de antivirales y se recibieron en donación 300,696 tratamientos adicionales: 200,024 tratamientos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y 100,672 del Gobierno de los Estados Unidos de América. En total, se distribuyeron 327,491 tratamientos de antivirales y se mantiene una reserva de 1,364,112 tratamientos, para atender un posible rebrote en el periodo invernal.

- Por otra parte, el 28 de abril de 2009 se publicó en el DOF el **Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta de los medicamentos que contienen las sustancias activas denominadas Oseltamivir y Zanamivir como medida de prevención y control del brote de influenza**, solicitando al Sistema Federal Sanitario (SFS) realizar las visitas de verificación sanitaria para evaluar su cumplimiento. Con ello, se realizaron 10,408 visitas de verificación a establecimientos que comercializan al por menor productos farmacéuticos, aplicando medidas de seguridad a 22 establecimientos de cinco entidades federativas, dos suspensiones y 20 aseguramientos.
 - En materia de importación, se otorgaron de manera expedita las autorizaciones de insumos para la salud relacionados con el virus de la influenza A (H1N1); se autorizaron registros sanitarios de medicamentos y dispositivos médicos que se encontraban en proceso, destacando la autorización del permiso de importación emergente para la internación de 4 millones de cajas de Oseltamivir (Tamiflú) y del registro sanitario, e importación para el dispositivo médico clase I, para realizar la prueba rápida diagnóstica de influenza.
 - En la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura (CCAYAC), Laboratorio Nacional de Referencia en materia de protección contra riesgos sanitarios de la SS, se encuentran montadas las metodologías de pureza e identidad del medicamento Tamiflú. Además, se realizaron operativos de respuesta rápida en 14 zonas turísticas del país, a fin de mostrar la no circulación del virus A (H1N1), mediante el monitoreo de signos de sospecha en 632 mil personas, entre ellos, turistas y trabajadores del sector hotelero.
- Durante los primeros tres años de esta administración se dio continuidad, conjuntamente con el SFS, al **Proyecto de Agua de Calidad Bacteriológica**, realizándose entre el 1o. de enero de 2007 y el 30 de abril de 2009, 4,849,872 determinaciones de cloro residual libre en sistemas formales de abastecimiento de agua, de las cuales el 89.4% se encontraron dentro y/o arriba de la Norma, contribuyendo así a proteger la salud de la población contra riesgos de origen bacteriano por el uso y consumo de agua.
 - En 2008, a fin de mejorar la **evaluación del agua que consume la población**, comenzaron a calcularse tres nuevos indicadores, cuyos resultados fueron: eficiencia de cloración 90.2%, cobertura de vigilancia sanitaria 82.3%, y porcentaje de población sin riesgo por consumo de agua 76.6%. Estos indicadores expresan el riesgo de la población por consumo de agua, y dado que existe población vulnerable que no cuenta con el servicio de agua potable o éste es discontinuo, no es aún factible lograr el 100% en cada indicador; además, se debe considerar que en algunas zonas del país todavía persiste el rechazo a la cloración del agua.
 - Como parte de las acciones realizadas, mensualmente se publica en la página *web* de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) los **resultados del proyecto de Agua de Calidad Bacteriológica**, señalando los municipios que no cumplen con las acciones de cloración del agua, a fin de mantener informada a la población y prevenir cualquier riesgo asociado al consumo de agua sin clorar. Asimismo, se realizan acciones de sensibilización entre los responsables de realizar la cloración en los sistemas de abastecimiento, y cada entidad federativa realiza operativos, verificaciones y, de ser necesario, amonestaciones para los casos de incumplimiento de la normatividad.
- Del 1o. de enero de 2007 al 31 de agosto de 2009, como parte de las acciones de control de los riesgos sanitarios en establecimientos de atención médica, se estableció como proyecto prioritario para el SFS la **vigilancia sanitaria de la mortalidad materna**, para lo cual se homologaron los instrumentos de verificación sanitaria en todo el país, a fin de evaluar en forma dirigida y objetiva la estructura y procesos normados de las áreas hospitalarias relacionadas con la atención del embarazo, parto y puerperio, así como la capacidad instalada para la atención de las emergencias obstétricas. También, se capacitó al personal de las áreas de regulación sanitaria de las entidades federativas en materia de vigilancia y dictamen sanitario de los establecimientos con casos de muerte materna. En este periodo se realizaron 587 verificaciones sanitarias a establecimientos médicos que otorgan atención a mujeres embarazadas, de las cuales 484 fueron a hospitales públicos y 103 a hospitales privados. Del 1o. de septiembre de 2008 al 30 de junio de 2009 se realizaron 312 visitas de verificación sanitaria de muerte materna, lo anterior refleja que se han incrementado las acciones de verificación y supervisión en aquellos establecimientos que proporcionan atención obstétrica, a través de la identificación de los principales

factores de riesgos como, deficiencias operacionales y/o de infraestructura e insumos para brindar este tipo de atención, de acuerdo con la normatividad sanitaria aplicable en la materia.

- Del 1o. de septiembre de 2008 al 30 de junio de 2009, en coordinación con el SFS, se analizaron 52 **rastros y mataderos** del país, con lo que la cifra acumulada del 1o. de enero de 2007 al 30 de junio de 2009 es de 860 establecimientos (123 rastros y 737 mataderos)^{1/}. La evaluación de riesgos derivados del consumo de carne contaminada, debido a las condiciones sanitarias de los rastros y mataderos y según el tipo de establecimiento, permitió identificar que en el caso de los rastros el 31.7% se clasificaron con alto y muy alto riesgo (39) y el resto con mediano y bajo riesgo (84). Por su parte, un 75.7% de los mataderos (558) son considerados de muy alto y alto riesgo y el resto de mediano y bajo riesgo (179).
 - A fin de **disminuir el riesgo sanitario que pueden representar los rastros y mataderos municipales**, se realizan actividades como la aplicación de evaluaciones de riesgos en estos establecimientos y la emisión de propuestas de mejora, incluyendo un análisis financiero de viabilidad. Estas propuestas son analizadas con autoridades municipales para su implantación. Simultáneamente, se capacita a los líderes estatales del Proyecto Nacional de Rastros. Asimismo, se provee al SFS de la información necesaria sobre fuentes de financiamiento para la implementación de proyectos de construcción y mejora de establecimientos.
 - De septiembre de 2006 al 31 de agosto de 2009, se tiene previsto realizar 88 **visitas de verificación sanitaria a rastros y mataderos** en Aguascalientes, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Tlaxcala y Veracruz, dando como resultado la suspensión de 18 establecimientos; uno en 2006, cuatro en 2007, nueve en 2008 y cuatro en 2009. Esta medida se debió principalmente a la falta de faenado aéreo, falta de insensibilización de los animales (por razones humanitarias, es obligatorio insensibilizar a los animales previo a su sacrificio) y a deficiencias en las condiciones higiénicas de las instalaciones.
- **Coordinación intersectorial, intergubernamental e internacional para desarrollar programas transversales asociados a alimentos, bebidas, insumos para la salud, sustancias tóxicas y tabaco**
 - Del 1o. de enero de 2007 a julio de 2009 se tomaron 254,311 **muestras de alimentos**, 78.5% de lo programado a nivel nacional. Del total de las muestras reportadas, el 74.3% se encontró dentro de las especificaciones, siendo los grupos con menor cumplimiento, durante los tres años, los productos lácteos y los alimentos preparados. En este periodo, se realizaron 318,102 visitas de verificación a establecimientos dedicados al proceso y venta de alimentos a nivel nacional (93.4% de la meta nacional), de las cuales el 82.2% cumplió con las Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad.
 - De septiembre de 2008 a junio de 2009 se tomaron 71,601 muestras de alimentos, que representa el 93.2% de cumplimiento de la toma de muestras programada a nivel nacional, cifra que en el periodo de septiembre de 2007 a julio de 2008 fue de 87.4%. Entre septiembre de 2008 y junio de 2009, el 75.5% de las muestras se encontró dentro de las especificaciones, lo cual representa un incremento con respecto al periodo anterior, donde el porcentaje de muestras dentro de especificaciones fue de 74.9%. Los grupos con mayor número de muestras fuera de especificaciones fueron los productos lácteos y los alimentos preparados, en ambos periodos.
 - Entre septiembre de 2008 y julio de 2009, se realizaron 99,113 **visitas de verificación a establecimientos dedicados al proceso y venta de alimentos a nivel nacional**, representando así el 83.3% en el cumplimiento de la meta de visitas de verificación a nivel nacional, lo cual constituye un incremento del 12% respecto al número de visitas de verificación realizadas de septiembre de 2007 a

Acciones de mejora regulatoria

Como parte de las acciones de mejora regulatoria, el 31 de mayo de 2009 se publicó en el DOF el Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco, mediante el cual se regulan las características del empaquetado y etiquetado externo de las cajetillas, puntos de venta de productos de tabaco, y se estipula la definición de espacios libres para fumar y zonas para fumar. De igual forma, se establecen las acciones de vigilancia y aplicación de medidas de seguridad por parte de la autoridad y las sanciones administrativas por incumplimiento de las disposiciones.

Por otra parte, el 19 de junio de 2009 se publicó el Acuerdo por el que se dan a conocer los trámites y servicios de la COFEPRIS, a partir del cual se homologan las actividades reguladas al Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN).

^{1/} La cifra incluye todos los rastros y mataderos analizados en el país.

julio de 2008 (72.2% de la meta nacional). El porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad fue de 82.2%, mientras que en el periodo previo el cumplimiento fue de 81.7%. De septiembre de 2008 a julio de 2009 se aseguraron 67,967 kilogramos de alimentos y se destruyeron otros 142,702 kilogramos, mientras que en el periodo anterior, se aseguraron 54,772 kilogramos y se destruyeron 167,796 kilogramos. Asimismo, se suspendieron 1,525 establecimientos, mientras que de septiembre de 2007 a julio de 2008, el número de establecimientos suspendidos fue de 4,068.

- A partir de septiembre de 2008 se realizan trabajos en materia de **inocuidad alimentaria en la región de América del Norte**, a fin de establecer acciones que garanticen la calidad y seguridad de los alimentos que consume la población en los tres países de la región: Estados Unidos de América (EUA), Canadá y México. Destaca la vinculación de la COFEPRIS con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud para la creación del Programa México Sano (PROMESA), que busca introducir en los restaurantes de manera no regulatoria la venta de alimentos balanceados acorde a una alimentación sana, a fin de combatir el sobrepeso y la obesidad.
- **Acciones regulatorias de la publicidad de productos de tabaco y bebidas alcohólicas**
 - De septiembre de 2008 a agosto de 2009, se prevé elaborar 116 **informes de verificación por la difusión de publicidad irregular de bebidas alcohólicas**, ordenándose como medida de seguridad la suspensión de los mensajes publicitarios. Asimismo, se diseñaron dos manuales para la operación del Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco, dirigidos a propietarios y responsables de establecimientos donde se consumen alimentos y bebidas para promover la participación ciudadana y propiciar mayores espacios libres de humo de tabaco.
 - Del 14 de agosto de 2008 al 26 de marzo de 2009, se realizaron ocho **operativos de combate a la ilegalidad en establecimientos productores y comercializadores de bebidas alcohólicas** de siete entidades federativas (Baja California, Jalisco, Distrito Federal, Hidalgo, Quintana Roo, Zacatecas y Nuevo León), efectuando 197 visitas de verificación sanitaria, a partir de las cuales se realizó la suspensión de 21 establecimientos y el aseguramiento de 42,471 litros de bebidas alcohólicas en 50 establecimientos.
 - El 28 de agosto de 2008 entró en vigor la Ley General para el Control del Tabaco. Con ello, de septiembre de 2008 a agosto de 2009 se incorporaron ocho **procedimientos administrativos que sancionan el patrocinio de eventos utilizados como medio para posicionar los elementos de la marca de producto del tabaco**, así como el difundir publicidad de productos del tabaco en revistas que no son exclusivas para adultos.
 - El 31 de mayo de 2009 se publicó en el DOF el **Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco**, el cual entró en vigor el 30 de junio de 2009.
- **Garantizar la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos e insumos para la salud y las buenas prácticas de manufactura en la industria**
 - De septiembre de 2008 a mayo de 2009 se realizaron 81 **verificaciones sanitarias** para constatar el cumplimiento de las buenas prácticas de fabricación en establecimientos dedicados a la fabricación y distribución de medicamentos. Además, se descentralizó el Programa Nacional de Capacitación en Manejo y Dispensación de Medicamentos en Farmacias, otorgando a las entidades federativas, a partir de mayo de 2008, facultades para su realización autónoma bajo la supervisión y rectoría de la COFEPRIS.
 - Del 1o. de septiembre de 2008 al 31 de agosto de 2009 se promovió, conjuntamente con el Sistema Nacional de Gestión de Residuos de Envases de Medicamentos, A.C. (SINGREM) el **Plan Nacional de Manejo de Residuos Farmacéuticos**, cuyo objetivo es establecer la obligatoriedad para la industria, importadores, exportadores y distribuidores, de destruir de manera adecuada los medicamentos caducos provenientes de los hogares. En el programa participan la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA) y los Distribuidores de Productos Farmacéuticos de la República Mexicana, A.C. (DIPROFAR).

PROMOVER LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA SOCIEDAD ORGANIZADA Y LA INDUSTRIA EN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DE LOS MEXICANOS

- El **Programa de Entornos y Comunidades Saludables** establece las bases para garantizar una salud integral, fortalecer las conductas que la benefician, promover políticas públicas a favor de la salud, apoyar la creación de entornos saludables y reforzar el poder de las comunidades sobre los determinantes de su salud, involucrando a los diferentes órdenes de gobierno en acciones de promoción de la salud. En el marco de este programa, se consolidó la Red Mexicana de Municipios por la Salud, integrada por redes municipales en 19 estados. En 2008, se incorporaron al programa 1,889 municipios y se certificaron

2,298 comunidades como saludables, lo que representa un incremento de 22%, que incluye tanto a municipios como a comunidades, respecto a 2007.

- De enero a junio de 2009 el número de **municipios y comunidades certificadas** se incrementó a 2,009 y 2,603, respectivamente. Del 1o. de enero de 2007 a junio de 2009, se incorporaron al programa 322 nuevos municipios, lo que representa un crecimiento del 15% en relación al periodo de 2006-2007; asimismo, se certificaron como saludables 1,156 comunidades nuevas, un 25% más respecto a 2006-2007.
- A través del **Programa Vete Sano, Regresa Sano** se ha impulsado el acceso a los servicios de atención médica entre los migrantes, considerando grupo de edad y sexo. De enero de 2007 a junio de 2009, se otorgaron 1,003,554 consultas médicas a migrantes. Un total de 1,082,295 migrantes y sus familiares recibieron las intervenciones de la atención integrada de línea de vida^{1/}. Entre enero y junio de 2009, se han otorgado alrededor de 219,640 consultas médicas a este grupo de población, atendiendo 14,232 migrantes más, respecto del mismo periodo de 2008. En relación con la atención integrada de línea de vida, de enero a junio de 2009, 111,484 migrantes y sus familiares recibieron el paquete de intervenciones garantizadas de prevención y promoción de la salud correspondiente, lo que representó un incremento del 2% respecto al mismo periodo del año pasado. Adicionalmente, se certificaron seis albergues de jornaleros agrícolas como entornos favorables a la salud, y se colabora con la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) en 24 grupos de coordinación estatal para la atención de los jornaleros agrícolas y sus familias.
- El **Programa para la Salud del Migrante** garantiza el acceso a los servicios de salud y protege la salud de los migrantes mexicanos mediante acciones binacionales en sus lugares de origen, destino y tránsito. Del 1o. de septiembre de 2008 al 31 de marzo de 2009 se abrieron siete nuevas Ventanillas de Salud, las cuales proporcionan a los migrantes mexicanos información sobre salud y facilitan el acceso a los servicios de salud en su localidad de residencia. El número acumulado de Ventanillas de Salud ubicadas en los 50 Consulados de México en EUA asciende a 32, beneficiando a más de 890 mil personas; además, ofrecen actividades de prevención y promoción de la salud durante la Semana Binacional de Salud. La meta para 2012 es contar con una Ventanilla de Salud en cada uno de los Consulados de México en EUA y cubrir a más de un millón de migrantes, contando con el apoyo de la Secretaría de Relaciones Exteriores.
- De enero a junio de 2009 la SS ha potencializado el **trabajo comunitario** a través de 5,200 cursos para la formación de agentes y procuradores de la salud, 189 cursos a personal de salud y 366 a comités locales de salud, contando actualmente con 435 banderas blancas izadas en localidades de alto riesgo^{2/}. Adicionalmente, durante el periodo 2008-2009, dado que el proceso concluye en mayo de cada año con la emisión del dictamen, se evaluaron y dictaminaron 564 proyectos municipales, de los cuales se beneficiaron 123, para un acumulado de 1,571 proyectos y se constituyeron 32 Comités Técnicos Estatales de Comunidades Saludables.

Programa 5 Pasos por tu Salud para Vivir Mejor

En enero de 2009, la SS en coordinación con otros sectores y con la sociedad civil, puso en operación el Programa "5 Pasos por tu Salud para Vivir Mejor", a fin de revertir el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas (obesidad, hipertensión arterial, neoplasias, *diabetes mellitus* y dislipidemias, esto es, colesterol y triglicéridos altos) y encaminar a la población del país a adquirir estilos de vida saludable.

El programa promueve la adopción de cinco hábitos indispensables para una vida saludable: i) Muévete: incentiva la realización de 30 minutos diarios de actividad física; ii) Toma agua: promueve el consumo de agua como medio de hidratación óptimo (seis a ocho vasos al día de 250 mililitros); iii) Come verduras y frutas: promueve entre la población los beneficios de una alimentación saludable y cómo llevarla a la práctica (tres verduras y dos frutas diarias); iv) Mídete: monitorear el estado de salud y medir los estilos de vida para decidir cómo actuar; y v) Comparte, familia y amigos: promover un programa integral y multiplicador, mediante la inclusión de la familia y los amigos.

A la fecha, el programa se ha implantado en 19 entidades federativas, en las cuales se desarrollan 30 proyectos de 5 Pasos por tu Salud para Vivir Mejor.

^{1/} Consiste en otorgar acciones orientadas a la prevención y promoción de la salud que incidan en las principales causas de morbilidad y mortalidad, diseñadas de manera específica para atender las necesidades y características de cada persona, con enfoque de género y de acuerdo con su grupo de edad.

^{2/} Municipio con bandera blanca: 80% de población capacitada (considerando a cuando menos un miembro mayor de 15 años por familia en la comunidad) sobre temas y acciones de promoción de la salud.

INTEGRAR SECTORIALMENTE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

- La **esperanza de vida al nacimiento (EVN)** para 2009 se ubicó en 75.3 años, lo que equivale, en términos de ganancia en años, a un incremento de 0.48 años respecto de la línea base de 2006 (EVN de 74.8 años). Para cumplir con la meta 2012 de una EVN de 76.3 años, durante los próximos tres años, se debe registrar un crecimiento anual promedio de 0.34 años. Sin embargo, entre 2008 y 2009 el incremento registrado fue de 0.16 años, es decir el 47.1% del aumento requerido para cumplir con la meta al término de esta administración.
- A fin de reducir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación, de enero a agosto de 2009, a través del Programa Permanente de Vacunación y de las Semanas Nacionales de Salud, se ha logrado una **cobertura de vacunación con esquema básico completo** en niños de un año de edad de 93.4% y en niños de uno a cuatro años de edad de 96.4%.
 - En 2008 la **cobertura de esquema básico completo de vacunación en niños menores de un año de edad** fue de 94.5%, cifra inferior en 0.54% respecto de la cobertura de 2007 (95.1%). En promedio, desde el 1o. de enero de 2007 a enero de 2009, se alcanzó una cobertura de vacunación con esquema básico completo de 93.2% y 97.4% en niños menores de un año y de uno a cuatro años de edad, respectivamente. En 2008, durante la Campaña Nacional para la Eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita, se aplicaron 22.2 millones de dosis de vacunas contra sarampión y rubéola, superando la cobertura programada de vacunación en población de 19 a 29 años de edad en 7.3%. De enero a agosto de 2009 el número de dosis aplicadas contra sarampión y rubéola en la población de 20 a 39 años fue de 253,752 dosis. La cobertura de vacunación contra influenza al cierre de la temporada 2008-2009 en adultos fue de 95.1%.
 - En cuanto al número de **dosis aplicadas** de las vacunas del Programa de Vacunación Universal, de enero a agosto de 2009, se aplicaron cerca de 25 millones de dosis; (SABIN 18.7 millones; Pentavalente 937 mil; SRP 511 mil; Td 2.3 millones; BCG 213 mil; DPT 607 mil; Influenza 51 mil; Antihepatitis B 639 mil, y antirrotavirus 418 mil dosis, entre otras) ^{1/}. En 2008 se aplicaron 33,032,146 dosis, mientras que del 1o. enero de 2007 a la fecha, en las Semanas Nacionales de Salud, en promedio se aplicaron 31.3 millones de dosis por año de todos los biológicos.
- La Dirección General de Promoción de la Salud de la SS, coordinó la producción de 22,047,500 de las **nuevas Cartillas Nacionales de Salud unificadas para todo el sector salud**, de las cuales 9,050,759 fueron entregadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 2,168,682 al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 14,857 a los servicios de salud de la Secretaría de Marina (SEMAR), 42,642 a los servicios de salud de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y 38,120 a los servicios de salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX); mientras que a los 32 servicios estatales de salud se les proporcionaron 10,732,440 nuevas cartillas. A este total de cartillas, se suman los 27 millones de ejemplares producidos por la Secretaría de Educación Pública (SEP) que se entregarán a alumnos, docentes y personal administrativo de las escuelas de educación básica, las cuales se activarán en las unidades de salud del primer nivel de atención de las instituciones del sector salud.

Personas con VIH/SIDA sin seguridad social

De enero a agosto de 2009, 5,865 personas con VIH/SIDA sin seguridad social recibieron tratamiento antirretroviral a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, con lo cual el número acumulado desde 2000 asciende a 29 mil. Para mejorar la calidad de atención de estas personas, en 2008 se incorporaron las pruebas CD3 y CD4 al marco lógico de los laboratorios estatales de salud pública y se agregaron dos nuevos antirretrovirales al Cuadro Básico de Medicamentos: Raltegravir y Darunavir. De enero a agosto de 2009 se realizaron 35,879 pruebas de laboratorio y hasta agosto de 2009 se cuenta con 54 Centros Ambulatorios para la Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPACITS).

- En los primeros ocho meses de 2009, los casos de **tuberculosis pulmonar** disminuyeron 15.4% respecto del mismo lapso de 2008. El éxito del tratamiento aumentó de 79% en 2006 a 84% en agosto de 2009. De 2007 a la fecha, el número promedio de casos de tuberculosis pulmonar fue de 14,889. Cabe destacar que durante 2008 se consolidó el sistema de información sectorial mediante la plataforma única, la cual permite, en tiempo real, la notificación y seguimiento de los casos de tuberculosis en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, coadyuvando al control de este padecimiento en las 32 entidades federativas.
- Al mes de agosto de 2009 se prevé registrar 8,020 casos de fiebre por **dengue** (FD) y 1,750 de fiebre hemorrágica por dengue (FHD), 56% y 47% menos, respectivamente, en comparación con 2007. Del 1o. de enero a agosto de 2007 se reportaron, 18,201 casos de FD y 3,701 de FHD. A fin de disminuir la incidencia de este padecimiento, se alinearon y

^{1/} SABIN: vacuna antipoliomielítica; SRP: vacuna contra el Sarampión, Rubéola y Parotiditis; Td: vacuna contra Tétanos y Difteria; DPT: vacuna contra la Difteria, Tosferina y Tétanos, y BCG: vacuna antituberculosa.

focalizaron los recursos en 113 localidades de 58 municipios ubicados en las 17 entidades federativas con mayor incidencia: Campeche, Colima, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Nuevo León, Morelos, Michoacán, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán. Inició la vigilancia con ovitrampas en Colima, Michoacán, Morelos y Jalisco y continúa en Veracruz, Tabasco, Guerrero e Hidalgo. Se activaron los Comités Estatales y Jurisdiccionales de Seguridad en Salud y se reforzó la promoción de la salud en los Sistemas Estatales de Salud (SESA), a través de apoyos en infraestructura, recursos humanos y gastos de operación.

- Actualmente el **paludismo** registra las cifras más bajas de la historia de la enfermedad en México, así como una cobertura de tratamiento del 100% de casos y convivientes. La eliminación del padecimiento alcanza ya 22 estados y se ha fortalecido su detección, diagnóstico y tratamiento en las 32 entidades federativas. En 2008 se registraron 2,357 casos de *Plasmodium vivax* (mismo número que en 2007) y cero casos de *P. falciparum*, logro importante si se considera que en 2007 se registraron cuatro casos de este tipo. De enero a agosto de 2009 se estiman 1,678 casos de *Plasmodium vivax* y cero casos de *P. falciparum*. A pesar de los dos brotes que afectaron a los estados de Chiapas y Oaxaca (entidades que agrupan el 81.7% del total de casos a nivel nacional), el número de localidades positivas se mantiene igual que en 2007 y se continúa realizando el muestreo a la población en riesgo.
- Una de las políticas propuestas por la SS para prevenir y controlar el **sobrepeso, la obesidad, diabetes mellitus y el riesgo cardiovascular** es modificar la forma en que se proporcionan los servicios de prevención, detección y tratamiento de estos padecimientos. Por ello, en 2008, se programó construir 51 Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) de enfermedades crónicas (iniciativa nueva en esta administración, cuyos centros son innovadores a nivel internacional) y durante el periodo enero-agosto de 2009 se concluyó la construcción de 50 unidades, de las cuales se encuentran operando 30. En total se prevé disponer de 237 unidades de este tipo para 2012. Dentro del Plan de Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Crónicas, Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y *Diabetes Mellitus* 2007-2012, destaca el uso de monofármacos preventivos en los Grupos de Ayuda Mutua (estatinas, ácido acetilsalicílico y metformina) que, con recursos del Seguro Popular, se incorporarán en 2010. Conjuntamente con el Instituto Politécnico Nacional se diseñó y evaluó, por 40 expertos nacionales e internacionales, un polifármaco mexicano para prevención de enfermedad cardiovascular que será probado durante 2009.
 - En 2007 se registraron 144,585 casos de **diabetes mellitus** y se realizaron 1,289,758 detecciones positivas; de éstos, 184,960 casos estuvieron en control y 492,925 en tratamiento. Sumado a lo anterior, ese año fueron realizadas 17,453,740 detecciones de enfermedades crónicas en pacientes mayores de 20 años. En 2008, se registraron 143,380 casos de **diabetes mellitus** y se realizaron 1,269,870 detecciones positivas; 202,442 casos permanecieron en control y 531,640 casos en tratamiento. En 2008 se realizaron 20,416,343 detecciones de enfermedades crónicas en pacientes mayores de 20 años. Durante el primer semestre de 2009 han sido realizadas 585,725 detecciones positivas y, se ha mantenido en control a 1,194,743 casos, además de 3,207,207 casos en tratamiento. Asimismo, 9,942,270 detecciones de enfermedades crónicas en pacientes mayores de 20 años fueron realizadas.
 - Respecto de la **mortalidad por diabetes mellitus**, el número de defunciones por esta causa fue menor a lo esperado por el Programa de Prevención y Control de Diabetes 2007-2012. En 2007 y 2008 se registraron 31% y 29% menos defunciones de lo esperado, lo que se ha traducido en importantes disminuciones en la tasa de mortalidad por esta causa.
 - A fin de fomentar una alimentación correcta y la práctica habitual de la actividad física para prevenir el sobrepeso y la obesidad, se dio a conocer el **código de autorregulación de publicidad de alimentos y bebidas** dirigidas al público infantil, firmado el 22 de septiembre de 2008, el cual establece los principios, lineamientos, mecanismos de verificación y cumplimiento de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a la población infantil, en el marco de la autorregulación del sector privado.
 - A través de la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud para una Mejor Salud, se instrumentaron en 2009 las "Cartillas Nacionales de Salud" unificadas para todo el sector, donde se registraron 47.8 millones de **pruebas de detección de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias**; se identificaron 515,960 casos de hipertensión arterial, 391,505 casos de **diabetes mellitus**, 2.2 millones de personas con obesidad y un millón con colesterol total. Este instrumento fortalece la adherencia de la población a las indicaciones clínicas de atención y control. Como parte del control de estos padecimientos, de enero a agosto de 2009 iniciaron tratamiento 998,490 personas para Riesgo Cardiovascular (RCV) e ingresaron a tratamiento para **diabetes mellitus** 76,295, 12% más que las que ingresaron a tratamiento en 2008.

- Evolución de los principales indicadores de salud

TASAS DE MORTALIDAD, 1995-2009

Concepto	Promedio ^{1/}			Datos anuales			Variación 2008-2009 ^{2/}
	1995-1997	2001-2003	2007-2009	Observado		2009 ^{e/}	
				2007	2008 ^{p/}		
Tasas de mortalidad (%)							
General ^{3/}	4.7	4.5	4.8	4.9	4.9	4.8	-0.1
Materna ^{4/}	82.8	64.6	55.6	55.6	57.0	54.0	-3.0
Infantil ^{5/}	25.9	17.9	15.2	15.7	15.2	14.7	-0.5
Mortalidad por causas en menores de cinco años de edad (%) ^{6/}							
Diarreicas	47.1	26.1	14.3	14.8	14.4	13.7	-0.7
Respiratorias	89.4	45.4	28.6	29.4	28.8	27.7	-1.1
De la nutrición	22.7	13.4	6.3	7.2	6.3	5.3	-1.0

1/ Se obtuvo al sumar las defunciones, según tipo, de cada uno de esos años y el cociente se dividió entre la suma de la población también de los tres años respectivos, y el resultado fue multiplicado por el factor que corresponde a cada tipo de mortalidad.

2/ Se refiere a la diferencia absoluta.

3/ Tasa por mil habitantes.

4/ Razón por 100 mil nacidos vivos estimados por CONAPO.

5/ Tasa por mil nacidos vivos estimados por CONAPO.

6/ Tasas calculadas a partir de las defunciones de menores de cinco años estimadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) por cada 100 mil habitantes de ese grupo de edad.

p/ Cifras preliminares.

e/ Cifras estimadas.

FUENTE: Secretaría de Salud.

- En el trienio de 2007 a 2009 la **mortalidad general** se ubicó en 4.8 defunciones por cada mil habitantes. Por año, tanto en 2007 como en 2008 se registró una tasa de 4.9 defunciones, mientras que en 2009 la tasa descendió a 4.8 muertes.

Estrategia Embarazo Saludable

A partir del 9 de mayo de 2008 se brinda soporte financiero a través del Seguro Popular para la Estrategia Embarazo Saludable, con la cual se ha logrado que las mujeres embarazadas que no contaban con la posibilidad de acceder a servicios médicos para su atención, por motivos económicos, ya lo puedan hacer.

Durante el primer semestre de 2009 se afiliaron 190,737 mujeres y sus familias al Seguro Popular, con lo que desde el inicio de esta estrategia y hasta el mes de junio de 2009 se han afiliado 379,650 mujeres embarazadas, que incluyen a las recientemente incorporadas. Al finalizar 2009 se espera beneficiar con esta Estrategia a 539,013 mujeres y sus familias.

- La **razón de mortalidad materna** en 2007 fue de 55.6 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos estimados, cifra tres puntos porcentuales menor a la razón registrada en 2006; sin embargo, en 2008 el número de muertes maternas se incrementó a 1,115 de acuerdo con cifras preliminares de la SS, generando una razón de mortalidad materna de 57 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos estimados (NVE), que representa un incremento de 1.4 muertes respecto del año de 2007, esto a pesar de los esfuerzos desarrollados, como la ampliación de la cobertura de atención del embarazo por medio de las Caravanas de la Salud; la atención del parto por personal calificado, sobre todo en los municipios indígenas que se incorporaron al Seguro Popular; la vinculación de la partera tradicional con las unidades de salud para la detección y referencia oportuna de mujeres con complicaciones obstétricas, y del traslado de mujeres con embarazo de riesgo y/o complicaciones obstétricas a unidades y alojamiento en Posadas de

Atención a la Mujer Embarazada (AME) en municipios repetidores de muerte materna, indígenas y de alta marginalidad.

- Debe considerarse que, desde hace nueve años, en todo el país se efectúa un esfuerzo de búsqueda intencionada de muertes maternas mal clasificadas, con lo cual se ha reducido la subestimación de las defunciones y se conocen mejor las causas de muerte. Esta actividad da credibilidad al indicador, pero influye negativamente en el descenso, al incorporar muertes maternas que antes se ocultaban tras una certificación deficiente de las muertes. La reducción de la mortalidad por esta causa es también un Objetivo de Desarrollo del Milenio.
- La **tasa de mortalidad infantil (TMI)** es considerada como un indicador de desarrollo social y nivel de salud en todos los países, y es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio. En México, la

TMI del periodo 2007-2009 respecto al 2001-2003 tuvo una reducción de 2.7 defunciones por cada mil nacidos vivos. Este descenso se atribuye en parte al Programa Arranque Parejo en la Vida que da énfasis a la vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.

- **Tasa de mortalidad por causas para menores de cinco años.** Las razones de defunción más importantes para los menores de cinco años son las enfermedades infecciosas e intestinales, deficiencias de la nutrición e infecciones respiratorias. Las **tasas para enfermedades diarreicas** muestran una disminución importante en el periodo 2007-2009 con relación a 1995-1997, al pasar de 47.1 por cada 100 mil niños a 14.3; las **enfermedades respiratorias** pasaron de 89.4 a 28.6 y las **deficiencias nutricionales** de 22.7 a 6.3 en el mismo periodo.

OBJETIVO: BRINDAR SERVICIOS DE SALUD EFICIENTES, CON CALIDAD, CALIDEZ Y SEGURIDAD PARA EL PACIENTE

IMPLANTAR UN SISTEMA INTEGRAL Y SECTORIAL DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA CON ÉNFASIS EN EL ABASTO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS

- **Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud**
 - En noviembre de 2008 se realizó la segunda sesión ordinaria del **Comité Nacional por la Calidad en Salud** en donde se acordó, entre otros aspectos, la participación de México en la elaboración de los indicadores de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la inclusión de la figura de aval ciudadano en todas las instituciones y establecimientos de salud, la incorporación de todos los hospitales públicos y privados a la campaña "Está en tus manos"^{1/} y el estricto cumplimiento a la NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.
 - Como resultado de la Convocatoria 2008 de los "**Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión**", en septiembre de 2008 se otorgó financiamiento para apoyar proyectos de mejora en 83 centros de salud y 43 hospitales, lo que representó una inversión total de 16.8 millones de pesos. Con respecto a proyectos de capacitación en calidad, se otorgó financiamiento por un monto total de 11.1 millones de pesos para apoyar 39 proyectos de capacitación en calidad. Para la Convocatoria 2009 se recibieron 1,747 propuestas de "Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión" y 112 propuestas de proyectos de "Capacitación en calidad", cuya evaluación y dictamen se realizará en el segundo semestre de 2009.
 - La **Red Nacional del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)** está conformada por 10,800 trabajadores de la salud de diferentes instituciones, como son: IMSS, ISSSTE, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), Secretarías de Salud Estatales, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), Seguro Popular, Asociación de Hospitales Privados, Cruz Roja, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR). Esta red es el medio de comunicación para la implantación del SICALIDAD.
 - La vinculación del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud busca favorecer la participación del personal en los programas de mejora continua y el establecimiento de procesos innovadores en las unidades de atención, operacionalizando este programa, durante la promoción 2008, a través de la inclusión de la **Cédula de Evaluación por Área de Calidad** y en la promoción 2009, con la aplicación de la Cédula de Evaluación de Seguridad del Paciente y compromiso con la mejora continua en acciones que permitan mejorar la calidad percibida por los usuarios, la calidad técnica y seguridad del paciente y calidad en la organización de los servicios de salud.
 - El programa de Seguridad del Paciente, cuyo objetivo es **implantar medidas de prevención de eventos adversos para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de las unidades del sector público en 2012**, se ha implantado, hasta julio de 2009, en 30% de las unidades hospitalarias de mediana y alta complejidad del sector salud del país. Además, personal de salud de 40% de las unidades hospitalarias ha recibido capacitación sobre el tema.
 - **Alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales no mayor de seis por 100 egresos en los hospitales públicos de segundo nivel.** Según datos de la Dirección General de Epidemiología, la tasa actual de infecciones nosocomiales es de 4.8 por cada 100 egresos hospitalarios. La Dirección General de Evaluación del Desempeño, en un estudio de prevalencia con

^{1/} "Está en tus manos" es la campaña nacional de higiene de manos en los profesionales de la salud que tiene como finalidad la reducción de las infecciones nosocomiales.

representatividad nacional para 2008, refiere una tasa de 7.7. Por otro lado, se ha capacitado, a través de 18 cursos taller, a 1,300 trabajadores de las diversas instituciones del sector salud de diferentes entidades federativas en aspectos de lavado de manos, y detección y prevención de riesgos en la materia.

- En 2006 se estableció la meta de **acreditar el 100% de las unidades de salud que ofrecen servicios al Sistema de Protección Social en Salud**. Hasta el mes de julio de 2009, tomando en consideración la inclusión de nuevas intervenciones médicas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), relacionados con el Seguro Médico para una Nueva Generación y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se han acreditado 6,432 centros de salud y hospitales en Servicios Esenciales en Salud y 734 establecimientos respecto de Gastos Catastróficos (Fondo que incluye: cáncer en niños y adolescentes en las 31 entidades federativas, cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino, VIH-SIDA, hemodiálisis, cirugía de catarata, infección respiratoria aguda y prematuridad), mismos que abarcan unidades de cuidados intensivos neonatales, las recién incorporadas Caravanas de la Salud, UNEMES Centros Nueva Vida y UNEMES de enfermedades crónicas.
 - De octubre de 2008 a junio de 2009 se capacitó en el **Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud** en la nueva plataforma informática (INDICAS II)^{1/}, a 22 entidades federativas, además de los hospitales de referencia y hospitales psiquiátricos. En total asistieron 1,729 profesionales de las áreas médicas, de enfermería, trabajo social, estomatología, psicología, estadística e informática. La nueva plataforma iniciará operaciones en septiembre de 2009.
 - **Gestores de calidad en unidades hospitalarias y jurisdicciones**. Al primer semestre de 2009 se tienen registrados un total de 1,011 gestores de calidad en las 32 entidades federativas, distribuidos en 463 unidades hospitalarias, 208 Centros de Salud, 58 áreas administrativas de los servicios de salud y 235 jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud. Además, se realizaron visitas a 12 estados con el fin de capacitar a los gestores respecto del programa de "Fortalecimiento y Actualización de Gestores de Calidad". Los gestores son los líderes de calidad en las unidades hospitalarias y jurisdicciones sanitarias encargados de coordinar la implantación de las líneas de acción del programa SICALIDAD.
 - Durante 2008 se instalaron 1,821 **nuevos avales ciudadanos** y en el primer semestre de 2009, 461. Actualmente se tienen 7,538 avales ciudadanos instalados en 6,472 unidades médicas de todo el país. Dichos avales han emitido 2,647 sugerencias de mejora con 1,971 cartas compromiso firmadas por los directivos de las unidades médicas; el cumplimiento a la fecha de estas cartas compromiso es del 64.4%. En 2008, se instalaron 500 **avales ciudadanos en el IMSS-Oportunidades** del estado de Chiapas, los servicios de atención psiquiátrica en el Distrito Federal, el Instituto Nacional de Pediatría y en ocho Clínicas de Medicina Familiar del ISSSTE en el Distrito Federal. Además, se ha impartido capacitación en 26 entidades federativas a través de los foros de capacitación de INDICAS II.
 - A partir de septiembre de 2007 dio inicio la implantación del Programa de Acción Específico de **Desarrollo de Guías de Práctica Clínica (GPC)**, coordinado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, en el cual se establece, con el consenso del IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, DIF y PEMEX, la metodología, las actividades de capacitación y seguimiento para la elaboración de las guías y el modelo editorial para la integración de GPC. Del 1o. de septiembre de 2008 y el 31 de agosto de 2009 se generaron 88 GPC en el sector salud, con lo que se tiene un acumulado de 188 en lo que va de la presente administración.
- **Avances en el marco de la Nueva Ley del ISSSTE: 10 Compromisos**^{2/}
 - La publicación de la nueva Ley del ISSSTE, el 31 de marzo de 2007, sentó las bases para corregir los problemas estructurales que afectan al Instituto, impulsando el fortalecimiento efectivo de todas las prestaciones que brinda a su derechohabiente.
 - En particular, el Ejecutivo Federal invitó a los integrantes de la H. Junta Directiva del Instituto a evaluar e impulsar 10 acciones concretas -abarcando los ámbitos de la salud, la vivienda y las

^{1/} Se refiere a la Plataforma del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, en su segunda versión, cuya característica es una mayor interactividad, velocidad y capacidad para administrar y procesar datos de las unidades médicas.

^{2/} El programa de Fortalecimiento Institucional a partir de este año, está a cargo de la Dirección de administración en la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.

prestaciones económicas y sociales-, adoptando todas las medidas necesarias para cumplir en un tiempo breve este propósito, para lograr que los beneficios que otorga la nueva Ley se traduzcan de inmediato en las áreas de más alta sensibilidad y contacto con la derechohabiente, reportándole resultados concretos y tangibles frente a su justa demanda de mejoramiento.

- En el primer cuatrimestre de 2009, con base en la aplicación de encuestas en 667 unidades médicas, 397 de primer nivel de atención y 270 de segundo, se registró en promedio un 99.5% de **surtimiento completo de recetas** y 98.8% de satisfacción en los derechohabientes, lo que significó un incremento de 18% de unidades médicas encuestadas, 1.1% de surtimiento completo de recetas y 0.8% más de pacientes satisfechos.
- En 2007, la Dirección Médica emitió los lineamientos para el **surtimiento alterno de recetas médicas a través del Sistema de Tiendas y Farmacias (SITYF), ahora SuperISSSTE**; además, a finales de 2008, la Dirección de Finanzas canalizó un fondo revolvente de 500 mil pesos para la adquisición de medicamentos y material de curación a todas las delegaciones, hospitales regionales y el Centro Médico Nacional. Con ello, el surtimiento alterno a través de las farmacias de SuperISSSTE y/o privadas, han permitido alcanzar los porcentajes de surtimiento previamente señalados.
- Como parte del programa **Prevención del Rezago de Atención Médica**, se registró la siguiente productividad según servicio:

Concepto	2008	1er Semestre 2009	Estimado para 2009
Total	72,810	47,806	95,612
Cirugías	5,771	2,603	5,206
Consultas de especialidad	22,066	13,153	26,306
Estudios de gabinete	24,384	14,003	28,006
Terapia física y de rehabilitación	20,589	18,047	36,094

FUENTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

- En el primer semestre de 2009, en la fase IV, se han atendido a 47,806 pacientes: 2,603 por cirugías, 13,153 en consultas; 14,003 por estudios de gabinete y 18,047 en sesiones de terapia. Durante la fase III, de enero a diciembre de 2008 se brindó atención médica a 72,810 pacientes y en 2009 se estima atender a un total de 95,612 pacientes, es decir 31.3% más respecto de la fase III de 2008.
- **Avances en el diseño e instrumentación de la Política Nacional de Medicamentos**
 - Durante el último cuatrimestre de 2008, la **Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud**, conformada por las secretarías de Salud, Economía, Función Pública, el IMSS y el ISSSTE, llevó a cabo las negociaciones de precios de medicamentos con patente vigente contenidos en el Cuadro Básico para el primer nivel de atención médica y en el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, a fin de cubrir las necesidades de las instituciones de salud en 2009. En los precios negociados se incluyeron descuentos directos para la mayoría de las claves de medicamentos, los que oscilaron entre 3 y 43%, representando ahorros por 1,207 millones de pesos de la compra programada para 2009.
 - De enero a agosto de 2009 se dio seguimiento a los **convenios pactados por la Comisión antes citada con las empresas farmacéuticas**. Asimismo, los comités que integran la Comisión: Comité Técnico Clínico, Comité de Análisis de Precios y Patentes, y Comité de Evaluación Económica, realizaron los trabajos preparatorios para la negociación de precios de medicamentos y otros insumos para la salud con patente vigente que regirán para las compras programadas en 2010.
 - En el marco del **Modelo de estructuración para la farmacia hospitalaria**^{1/} se desarrolló la propuesta de modificación a los códigos del personal de farmacia que actualmente labora en hospitales generales de la Secretaría de Salud. Se incorporó, a través del Comité de Farmacias de la Farmacopea

^{1/} El Modelo se ha desarrollado e implantado en su fase inicial (23 de febrero de 2007) en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad de Oaxaca, Tuxtla Gutiérrez, Tapachula y Bajío. Además, en materia de surtimiento de recetas completas a usuarios, en continuidad con las acciones de mejora del abasto de medicamentos y optimización de la cadena de suministros, el porcentaje de usuarios o derechohabientes de los servicios de salud que recibieron recetas completas pasó de 63.5%, al inicio de la estrategia, a 88.7% al mes de junio de 2009.

de los Estados Unidos Mexicanos, un capítulo dentro del suplemento para la operación de establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos sobre farmacia hospitalaria.

- **Programas de calidad en la formación académica de técnicos y profesionales de la salud**
 - En septiembre de 2008 se implementó por primera ocasión el **Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas** en formato electrónico con un total de 21,616 sustentantes para la distribución de 6,249 plazas ofertadas por el Sistema Nacional de Residencias Médicas, de las cuales se logró prácticamente el 99% de ocupación.
 - En el periodo de septiembre de 2008 a agosto de 2009, los Institutos Nacionales de Salud (INS) formaron 2,572 **especialistas en diversas disciplinas de la salud**, como medicina interna, cardiología, pediatría, cirugía general, de trasplantes, neurocirugía, salud pública y epidemiología; subespecialidad como hemodinamia; educación continua en medicina genómica y otros cursos de alta especialidad.
 - La **eficiencia terminal en la formación de recursos humanos para la salud** varía entre las instituciones, en 2009 se encuentra en un promedio del 95%, cifra superior al 90% obtenido en 2008.
- **Atención médica**
 - En el último trienio, se estima que las **consultas externas** se incrementaron en un 12.5% con respecto a los tres primeros años de la pasada administración. De éstas, las otorgadas a población asegurada crecieron en 21.5% y para población no asegurada lo hicieron en 6.1%. La variación porcentual entre 2008 y el periodo enero-julio de 2009 fue de 3.3%, lo que significa más de 4.5 millones de consultas otorgadas.
 - En los primeros siete meses de 2009, las instituciones públicas del sector salud realizaron alrededor de 1.8 millones de **intervenciones quirúrgicas**, teniendo un mayor incremento las realizadas para la población asegurada con 10.1%, respecto de 2008. De 2007 a 2009 se realizaron 18.2% más intervenciones quirúrgicas en comparación al trienio 2001-2003.
 - Se estima un incremento de 3.9% en los **egresos hospitalarios** al comparar el periodo de enero a julio de 2009 con igual lapso de 2008, observándose el mayor aumento (6.8%) en las instituciones que atienden población asegurada. De 2007 a 2009, en comparación con el trienio 2001-2003, los egresos hospitalarios registran un crecimiento del 17.3%.
 - Durante 2008, los **egresos hospitalarios por mejoría** representaron el 92% del total registrado en ese año. En ese mismo año, la ocupación hospitalaria registrada fue de 75%.
- De septiembre de 2008 a agosto de 2009 la **Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)** atendió 13,406 inconformidades de usuarios de servicios de salud de todo el país, mediante un modelo de atención que incluye acciones de orientación, asesoría, gestión inmediata, conciliación y arbitraje.
 - Del total de **inconformidades**, 6,653 se resolvieron mediante orientación (49.6%); 4,094 por asesoría especializada (30.5%); 564 a través de gestiones inmediatas en instituciones de salud (4.2%); 1,777 se documentaron para ser atendidos como quejas (13.3%) y 318 a través de la emisión de dictámenes periciales solicitados por órganos de procuración y administración de justicia, así como por algunos órganos internos de control (2.4%). Del total de quejas, el 48.6% se resolvieron mediante conciliación y 3.9% con arbitraje. Del 47.5% restante, 26.6% no se conciliaron y 20.9% abandonaron el proceso arbitral o bien éste no procedió. Comparativamente con el periodo anterior (2007-2008), la proporción de quejas atendidas por convenios de conciliación es superior en un punto porcentual con respecto al total atendido; de igual manera, para los casos en que no procedió el arbitraje, la proporción de los restantes no presentó variación alguna.
 - De septiembre de 2008 a agosto de 2009, la **eficacia conciliatoria y arbitral**, sólo de aquéllos que concluyeron la conciliación y el arbitraje, fue de 66%. Este indicador refleja las acciones que la institución realiza para contribuir a la solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios, por lo que en gran medida está supeditado a la voluntad de las partes. Durante el periodo anterior, el resultado del indicador fue de 69.5%. La satisfacción de los usuarios encuestados con relación a estos servicios se ubicó en 98.2%, mismo que no presenta alguna diferencia con respecto al registrado en el año previo.
 - La CONAMED ha promovido la creación de **comisiones estatales**, de las que 25 ya están operando en el país; los estados de Baja California Sur, Quintana Roo y Zacatecas han iniciado el proceso para constituir sus respectivas comisiones estatales. Con el propósito de acercar la atención de

controversias a la población asegurada en las propias entidades federativas, se ha impulsado la desconcentración de estos servicios a través de convenios con el IMSS y el ISSSTE en Aguascalientes, Campeche, Colima, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Sinaloa y Veracruz.

MEJORAR LA PLANEACIÓN, LA ORGANIZACIÓN, EL DESARROLLO Y LOS MECANISMOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA UN MEJOR DESEMPEÑO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD COMO UN TODO

- **Desarrollo de instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud**
 - El 3 de junio de 2009 se concluyó la primera etapa del **desarrollo de la herramienta geo-referenciada para el Plan Maestro Sectorial (PMS) de Recursos para la Salud**, que incluye el inventario geo-referenciado de la infraestructura médica del sector público, el cual permite visualizar la población que demanda servicios de salud y ubicar la infraestructura médica existente, la accesibilidad de la población a los servicios y mediante un algoritmo, desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), determinar la distancia a los centros de salud y hospitales, contando así con mayores elementos para la planeación en materia de infraestructura. Como parte de la difusión de esta herramienta, se impartieron cursos a todas las entidades federativas durante los Talleres Regionales de Planeación de 2008.
 - Por otra parte, en marzo de 2008 se conformó un grupo interinstitucional con la participación de la SS, IMSS, ISSSTE y PEMEX, a fin de compartir información sobre **capacidades y necesidades en la prestación interinstitucional de servicios** en apoyo a la toma de decisiones en infraestructura, equipamiento y recursos humanos, evitando así las duplicidades en inversión y apoyando la prestación cruzada de servicios a los usuarios de las instituciones públicas de salud. Asimismo, se trabaja en sistemas y herramientas que permitan la compensación cruzada de servicios. En el municipio de Reforma del estado de Chiapas, se trabaja en un proyecto de un hospital universal que prestará servicios a población afiliada al ISSSTE, IMSS, PEMEX y Seguro Popular.
 - Durante los meses de octubre y noviembre de 2008, se realizaron tres talleres de planeación con las entidades federativas, en los que se identificaron las acciones necesarias para el Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud en los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), los cuales se financiaron con recursos del Fondo de Previsión Presupuestal (2%), lo que implicó que se gestionaran ante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, recursos por un importe de 1,302.4 millones de pesos.
- **Mecanismos innovadores para la gestión de unidades médicas y Redes de Servicios de Salud**
 - A fines de septiembre de 2008 se desarrollaron 50 **herramientas gerenciales para mejorar la toma de decisiones entre los mandos directivos y medios**, que incluyen temas de mejora continua, aspectos estratégicos, operativos, clínicos, estadísticos; manejo de recursos financieros, control del recurso humano y mejora de competencias, distribuyéndose entre las 32 entidades federativas y unidades centrales.
- **Avances en la actualización del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud**
 - Los **Cuadros Básicos y Catálogos de Insumos del Sector Salud (Edición 2008)** tienen la importancia estratégica de promover la utilización razonada y emplearse como instrumentos para la licitación y adquisición de los insumos por el Sistema Nacional de Salud. Los Cuadros Básicos y Catálogos se publicaron de la siguiente manera:
 - Edición 2008 del Cuadro Básico y Catálogo de Auxiliares de Diagnóstico, publicado el 8 de abril de 2009 en el DOF.
 - Edición 2008 del Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación, se publicó el 13 de marzo de 2009 en el DOF.
 - Edición 2008 del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos publicado el 25 de marzo de 2009 en el DOF.
 - Edición 2008 del Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico, publicado en el DOF el 15 de abril de 2009.
 - Los **comités específicos de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud** efectuaron 53 reuniones que permitieron la publicación en el DOF de 15 actualizaciones: cuatro de medicamentos, donde se renuevan 43 claves; cuatro de instrumental y equipo médico donde se actualizan 563 claves; cuatro de material de curación que incluyen 43 claves; y tres de auxiliares de diagnóstico con la actualización de cuatro claves. Asimismo, se

excluyeron un total de 292 claves, cuatro en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos y 288 claves en el Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico.

ASEGURAR RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMIENTO, INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍAS DE LA SALUD EFICIENTES, OPORTUNAS Y ACORDES CON LAS NECESIDADES DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN

- Durante el periodo enero-junio de 2009 el **gasto ejercido en salud** sumó 111,495.6 millones de pesos, lo que significó un aumento de 10.2% real, respecto al mismo lapso del año anterior. Como proporción del Producto Interno Bruto (PIB), la participación del gasto en salud representó el 1%.

GASTO EN SALUD, 2008-2009

(Millones de pesos en términos de gasto pagado)

Concepto	Datos anuales		Enero-junio	
	Meta 2009	2008	2009	Var. % anual real
TOTAL ^{1/}	335,298.2	95,378.2	111,495.6	10.2
Instituciones que cubren a población no asegurada	128,066.5	43,771.5	50,609.8	9.0
Secretaría de Salud	81,509.9	22,025.2	26,561.4	13.7
Ramo 33 (FASSA)	46,556.6	21,746.3	24,048.4	4.3
Instituciones que cubren a población asegurada	207,231.6	51,606.6	60,885.8	11.2
SEDENA	3,632.1	1,511.6	1,805.2	12.6
IMSS	159,822.9	40,819.1	45,277.2	4.6
ISSSTE	33,674.4	5,136.9	8,757.2	60.7
Otros ^{2/}	10,102.2	4,139.1	5,046.3	14.9

^{1/} La suma de los parciales puede no coincidir con el total debido al redondeo de cifras.

^{2/} Comprende la Secretaría de Marina y Ramo 19: Aportaciones a Seguridad Social.

FUENTE: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

- Del total de gasto, 60,885.8 millones de pesos lo ejercieron las **instituciones que brindan atención a población asegurada**, cifra superior en 11.2% en términos reales a la registrada en igual periodo del ejercicio pasado. Por institución, el 74.4% correspondió al IMSS; el 14.4% lo erogó el ISSSTE; y el restante 11.3% se concentró en las secretarías de la Defensa Nacional, de Marina y el Ramo 19: Aportaciones a Seguridad Social.
- Por su parte, las **instituciones que cubren a población no asegurada** a través de la Secretaría de Salud y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33, erogaron 50,609.8 millones de pesos, lo que equivale a un incremento anual real de 9%. De este monto, la Secretaría de Salud participó con el 52.5% y las entidades federativas vía Ramo 33 con el 47.5%, cifras superiores en 13.7% y 4.3% real, respectivamente en relación a igual periodo de 2008.
- Para el primer semestre de 2009, el **gasto destinado a impulsar el fortalecimiento y mejora de la infraestructura para los servicios de salud** en el país ascendió a 8,197.5 millones de pesos, 363% más que en el mismo periodo de 2008. En la composición de este agregado de gasto destaca lo siguiente:
 - El 51.3% lo ejerció la Secretaría de Salud, 47.9% organismos y empresas sujetos a control presupuestario directo y otros; y el resto correspondió a Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios.
 - Cabe destacar que de los 3,128.9 millones de pesos erogados por los organismos y empresas sujetos a control presupuestario directo, el 73.4% lo ejerció el IMSS y el 26.6% el ISSSTE.
- **Nuevas unidades de consulta externa y de atención hospitalaria.** Para fortalecer la Red Hospitalaria Nacional de Alta Especialidad se desarrollan acciones de construcción de infraestructura a través del esquema denominado Proyecto para Prestación de Servicios (PPS) y del esquema de inversión presupuestaria tradicional.
 - Proyectos para Prestación de Servicios ^{1/}
 - Bajo este esquema, en mayo de 2009 se puso en operación el **Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE) de Ciudad Victoria, Tamaulipas**, que integra 21 especialidades médicas y

^{1/} Este esquema contempla el financiamiento privado para la construcción de hospitales, otorgándoles derechos para prestar los servicios, a excepción de los del área médica; la SS, por su parte, aporta al personal médico y tiene un plazo de 15 a 30 años para pagar el costo de la obra.

tiene una capacidad de 100 camas censables. Sus unidades de apoyo ofrecen servicios ambulatorios de hemodiálisis, cirugía, oncología y rehabilitación. La zona de influencia del hospital abarca al estado de Tamaulipas, Veracruz y parte de Hidalgo, con lo que se beneficia a 1.9 millones de habitantes.

- El fallo de la licitación pública internacional del **HRAE en Ixtapaluca, Estado de México** fue el 27 de abril de 2009, resultando ganador el consorcio integrado por las empresas Constructora y Edificadora GIA+A, S.A. de C.V., Constructora Hispánica, S.A. y Eductrade, S.A. De acuerdo a su regionalización contempla ofrecer servicios de salud a los estados de Hidalgo y México en beneficio de 5.5 millones de habitantes. Dispondrá de 246 camas censables y de 28 especialidades médicas, así como con servicios ambulatorios en hemodiálisis, rehabilitación, cirugía ambulatoria y oncología (radioterapia y quimioterapia).
- De 2009 a 2012, en el Programa de HRAE bajo el esquema de PPS, se propone desarrollar más unidades de atención hospitalaria ubicadas estratégicamente en aquellos estados que permitan beneficiar al mayor número de habitantes.
- Esquema tradicional
 - Mediante este esquema de inversión, continúa en proceso de construcción el **HRAE de Durango**, con un avance físico de la obra al mes de agosto de 2009 del 70%. Su capacidad será de 180 camas censables que beneficiarán a 3.5 millones de habitantes, tanto del estado de Durango como del de Zacatecas. La inversión total estimada de la SS es de 848.5 millones de pesos, de los cuales 608.5 corresponden a la obra civil y 240 al equipamiento. Al 2009 se han transferido 601 millones de pesos y el costo total final dependerá de los costos reales del equipamiento y de los efectos del mercado. En 2010 iniciará su operación.
 - Para fortalecer la **prestación de servicios de alta especialidad para el tratamiento del cáncer**, se encuentra en proceso de construcción la Torre de Oncología del Hospital Regional de Alta Especialidad "Juan Graham Casassus" en Villahermosa, Tabasco, con una inversión federal de 139 millones de pesos, en beneficio de 2.1 millones de habitantes de la región.
- **Unidades médicas de la Secretaría de Salud**
 - De septiembre de 2008 a agosto de 2009 se **concluyeron acciones de fortalecimiento** del Hospital General de San Francisco en Bahía de Banderas, Nayarit y del Hospital Materno Infantil en Culiacán, Sinaloa que beneficiarán a 470 mil habitantes. La inversión federal ascendió a 58.6 millones de pesos y 9.5 millones de pesos fueron proporcionados por las entidades federativas donde se ubican los hospitales.
 - Para ampliar la cobertura del segundo nivel de atención, están **en proceso de construcción 49 unidades hospitalarias** en 21 entidades federativas, con los que se incrementará la capacidad instalada en 1,320 camas censables. La inversión asciende a 3,573.3 millones de pesos federales y 1,115.5 millones de pesos estatales, en beneficio de 7.3 millones de habitantes.
 - En 44 unidades de segundo nivel de atención se encuentran en proceso de ejecución **acciones de ampliación, remodelación y/o equipamiento**, pertenecientes a 16 entidades federativas. Para ello se han destinado 1,494.9 millones de pesos por parte de la Federación y 173.5 millones de pesos por los estados, en beneficio de 5.4 millones de habitantes.
 - De septiembre de 2008 a agosto de 2009, **iniciaron operaciones 42 centros de salud** y un centro avanzado de atención primaria a la salud en 10 entidades federativas con una inversión federal de 157.3 millones de pesos y 13.4 millones de pesos de las entidades federativas, beneficiando a 400 mil habitantes.
 - Para fortalecer y ampliar la cobertura del primer nivel de atención se encuentran **en proceso de construcción 85 centros de salud** en 13 estados de la República. Los recursos federales ascienden a 148.7 millones de pesos y los estatales a 14.6 millones de pesos en beneficio de aproximadamente un millón de habitantes.

Unidades médicas nuevas de la SS en operación

En el periodo septiembre de 2008 a agosto de 2009 iniciaron operaciones 22 unidades hospitalarias de la SS, incrementando la capacidad instalada en 726 camas en beneficio de 3.2 millones de habitantes de los estados de Chihuahua, Coahuila, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala y Veracruz. La inversión total de las obras ascendió a 2,469.7 millones de pesos, correspondiendo el 59.3% a la aportación federal y el resto a recursos estatales.

- En este periodo se concluyeron **ampliaciones y remodelaciones para el fortalecimiento en 40 centros de salud** de los estados de Colima, Chiapas, México, Tlaxcala y Yucatán, con una inversión federal de 31.8 millones de pesos, a fin de beneficiar a 100 mil habitantes, y continúan en proceso las acciones de fortalecimiento de 15 centros de salud en los estados de Baja California, Coahuila, Jalisco, Michoacán y Yucatán, con una inversión federal de 46 millones de pesos.
- De septiembre de 2008 a agosto de 2009 **iniciaron operaciones tres Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)**, los cuales incluyen servicios adicionales como atención obstétrica, salud mental, rayos X y laboratorio, entre otros, y se fortalecieron dos unidades de este tipo, a través de una inversión federal de 93.9 millones de pesos en beneficio de 30 mil habitantes en los estados de México y Veracruz.
- Con una inversión de 300.5 millones de pesos del Gobierno Federal y 48.9 millones de los gobiernos estatales, **están en proceso de construcción 15 CESSA** en los estados de Chihuahua, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Veracruz, Yucatán y Zacatecas, en beneficio de 21 mil habitantes.

- **Nuevas unidades del IMSS e ISSSTE**

Nuevas unidades médicas del IMSS

Del 1o. de enero de 2007 al 30 de junio de 2009, se terminaron un total de 42 unidades nuevas:

27 de consulta externa (en las cuales se invirtieron 2,515 millones de pesos) ubicadas en 18 entidades para beneficio de 566,400 derechohabientes.

12 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria de Baja California Sur, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Tamaulipas, Veracruz, Durango, Campeche y Coahuila.

Tres hospitales en Jalisco, Chihuahua y Puebla. Para ello se invirtieron 1,899 millones de pesos en beneficio de 1,062,000 derechohabientes.

- De septiembre de 2008 a agosto de 2009 se concluyeron 19 **unidades en el IMSS**, 12 de consulta externa ubicadas en Coahuila, Durango, Distrito Federal, Guanajuato, Estado de México, Michoacán (dos unidades), Tamaulipas, Veracruz, Morelos, Sonora y en San Luis Potosí; el monto de inversión fue de 1,310 millones de pesos, beneficiando a 494,400 derechohabientes. De las otras siete unidades, cuatro son Unidades Médicas de Atención Ambulatoria en Coahuila, Durango, Campeche y Michoacán y tres hospitales ubicados en Puebla, Jalisco y Chihuahua; el monto de inversión ascendió a 1,210 millones de pesos para beneficio de 542 mil derechohabientes.

- Hasta el mes de julio de 2009 se cumplió la meta del **ISSSTE** de construir nueve unidades médicas nuevas, ocho de consulta externa de primer nivel de atención y una unidad de segundo nivel de atención: Clínica de Medicina Familiar tipo "B"^{1/} con especialidades en León, Guanajuato con inversión de 114.3 millones de pesos; Clínica de Medicina Familiar tipo "B" con Especialidades en Oaxaca, Oaxaca con una inversión de 77.9 millones de pesos; Clínica de Medicina Familiar tipo "B" en Chihuahua, Chihuahua con una inversión de 41.7 millones de pesos; Clínica de Medicina Familiar tipo "B" con Centro de Apoyo Diagnóstico en Torreón, Coahuila con una inversión de 30.3 millones; Clínica de Medicina Familiar tipo "A" en Guadalupe, Nuevo León, con una inversión de 34.7 millones; Unidad de Medicina Familiar tipo "E" en Zacatelco, Tlaxcala con una inversión de 16.9 millones de pesos; Unidad de Medicina Familiar tipo "E" en Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí con una inversión de 15.7 millones de pesos; unidad de Medicina Familiar tipo "A" en Naranjos, Veracruz con una inversión de 15.7 millones de pesos, y una Clínica de Diagnóstico y Detección Automatizada (CLIDDA) de segundo nivel de atención en Chetumal, Quintana Roo, en la cual el gobierno estatal se encargó de la obra y de su inversión. Con estas acciones se benefician 500 mil derechohabientes.

- **Creación de centros de atención especializada para pacientes ambulatorios (UMAES y UNEMES)**

- De septiembre de 2008 a agosto de 2009, **iniciaron operaciones 288 Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES)**: 15 de Salud Mental (CESAME); 302 Centros de Atención Primaria en Adicciones "Nueva Vida" (CAPA); 38 centros de atención al Síndrome de Obesidad, Riesgo Cardiovascular y *Diabetes Mellitus* (SORID); seis Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), una de oncología y tres de hemodiálisis. La inversión total ascendió a 704.2 millones de pesos, aportados en un 86.9% por la Federación y el 13.1% por los estados, beneficiando a 20.5 millones de habitantes de las 32 entidades federativas.

^{1/} La Clínica de Medicina Familiar (CMF) tipo "B" consta de 12 consultorios de medicina familiar; las tipo "A" de ocho. La Unidad de Medicina Familiar (UMF) tipo "E" consta de cuatro consultorios de medicina familiar.

- Se encuentran en **proceso de construcción** al mes de agosto 106 **UNEMES** en 23 entidades federativas: 43 SORID; 26 CAPA; siete CAPASITS, cinco de cirugía ambulatoria, cuatro de hemodiálisis, 15 de salud mental; dos de urgencias, dos de oncología, una de imagenología y una de diagnóstico. La inversión federal asciende a 540.2 millones de pesos y la estatal a 19.5 millones, a fin de beneficiar a 8.5 millones de habitantes.
- Asimismo, continúan en **proceso de construcción** seis **Unidades Médicas de Atención Especializada (UMAES)** en los estados de Colima, Chiapas, Durango, San Luis Potosí, Sonora y Zacatecas, con una inversión federal a 2009 de 51.1 millones de pesos y de 40.2 millones de pesos estatales, para beneficio de 2.6 millones de habitantes. Destacan la unidad de Paidopsiquiatría en Durango; el Centro Infantil de Desarrollo Neuro-conductual de Sonora y la Clínica de rehabilitación contra alcoholismo y otras adicciones en Colima. Se concluyeron dos Centros Geronto-Geriátricos en Tecmán y Manzanillo, Colima y una Unidad de Medicina Física en Tatahuicapan, Veracruz.
- **Dignificación y mantenimiento de la infraestructura y equipo médico de las unidades de salud**
 - Con una inversión federal de 481 millones de pesos, aportados por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), con base en el Anexo IV numeral 2 "Conservación y Mantenimiento de Unidades Médicas", durante 2008, se realizó el **mantenimiento preventivo y correctivo de 1,340 unidades médicas de la Secretaría de Salud** en 27 entidades federativas, de las cuales 1,251 son centros de salud y 89 son unidades hospitalarias, fortaleciendo así al SPSS y a la red de unidades que prestan servicios al sistema. Para 2009 se estima invertir 1,067.8 millones de pesos del SPSS a través del Anexo IV numeral 2 en 25 entidades federativas, en las que se incluyen 2,683 centros de salud y 244 hospitales. Las entidades que no han realizado propuesta de inversión en este rubro son Baja California, Coahuila, Chihuahua, Hidalgo, México, Nuevo León y San Luis Potosí.
- **Avances en el diseño e instrumentación del Sistema Nacional de Trasplantes**
 - El Centro Nacional de Trasplantes registró de enero a junio de 2009, 1,270 **donaciones**, de las cuales 444 (35%) fueron de origen cadavérico y 826 (65%) de personas vivas, en tanto que los trasplantes realizados fueron 1,028 de riñón y 1,079 de córnea. En las instituciones de alta especialidad se realizaron 248 trasplantes de órganos, principalmente renales, de córnea y de médula ósea, que contribuyeron a mejorar la calidad de vida de los receptores.
 - Para captar la actividad de **trasplantes** realizados y contar con la base de datos de pacientes que requieren de un órgano, tejido o células para trasplante a nivel nacional, desde 2002 se cuenta con el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes. Durante 2009, se llevó a cabo el proceso de actualización de la tercera versión de las cuatro bases que lo componen: la de trasplantes, la de receptores, de donaciones y de establecimientos autorizados por la COFEPRIS para la realización de ese tipo de procedimientos.
- **Acciones para fortalecer el Sistema Nacional de Atención en Salud Mental**
 - En 2006 se programó la **construcción** de 36 **UNEMES-CISAME** en diferentes estados del país. De ellas, 18 iniciaron operaciones, 14 se concluyeron y cuatro continúan en proceso de construcción. De septiembre de 2008 a agosto de 2009, en el Centro Integral de Salud Mental CISAME-DF, se otorgaron 46,600 consultas en los servicios de paidopsiquiatría, psiquiatría, psicogeriatría y psicología y 14,513 consultas de rehabilitación. A partir del mes de septiembre de 2008 se puso en operación la clínica de autismo, otorgando tratamiento a 300 niños de este padecimiento en 2009.
 - Se gestionó ante el **Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"** la entrega de las **guías clínicas de las UNEMES-CISAME**; se diseñaron estrategias para la implementación del Modelo Miguel Hidalgo Programa Nacional de Salud Mental; se desarrollaron los programas específicos de capacitación en temas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y autismo a través del Curso Taller para padres de hijos con TDAH (CISAME-DF, abril-junio 2008) y del curso de diagnóstico temprano y estrategias de tratamiento en autismo, impartido a coordinadores de salud mental de todos los estados (septiembre 2008). Asimismo, se estableció el Comité Técnico de Autismo, integrado por el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME), AUTISM SPEAKS, CLIMA, AUTISMEX, Asociación Mexicana de Pediatría y Asociación Mexicana de Neurología Pediátrica (octubre 2008), asesorando y generando los lineamientos para la operación de la clínica de autismo, realizando actividades de sensibilización para la población en el tema de autismo (caminata "Juntos por el Autismo" en mayo de 2009).
- **Atención médica a través del uso de telesalud**
 - De septiembre de 2008 a agosto de 2009 se incorporaron dos entidades federativas a las 16 ya existentes con **servicios de telemedicina** que concentran un total de 148 unidades con dichos servicios.

- En el mismo periodo, el **portal e-Salud** recibió alrededor de 94,480 usuarios al mes, dando respuesta a más de 50 preguntas mensuales realizadas por los ciudadanos. Las cifras mencionadas se incrementaron en un 16.3% con respecto al periodo anterior. A partir de mayo de 2009 y de manera ininterrumpida se colabora con las acciones contra la influenza A (H1N1) informando a la población a través de este portal y a los profesionales de la salud por medio de la red de videoconferencias. De mayo a junio de 2009 se realizaron siete sesiones con la participación de más de mil profesionales de salud en toda la República.
- Para la implementación y consolidación de las **Redes Estatales de Telemedicina** que forman parte del "Sistema Nacional de Telesalud", se trabajó con los Servicios Estatales de Salud mediante asesorías, y recomendaciones, se promovió la participación conjunta de las instituciones del sector salud, sector académico y de Organizaciones no Gubernamentales por medio del Comité Interinstitucional e-Salud, difundiendo recomendaciones, homogenizando procesos y puntualizando las líneas de trabajo para la consolidación de dicho Sistema.
- Dentro del marco del 4o. Foro Nacional de Tecnologías en Salud celebrado en septiembre de 2008, expertos nacionales e internacionales compartieron **experiencias en materia de e-Salud y telemedicina**. En noviembre y diciembre de 2008, se celebraron tres talleres regionales de telemedicina con la participación de más de 200 profesionales de la salud provenientes de 28 entidades federativas; en junio de 2009 se celebró el Taller Nacional de Telemedicina 2009 donde se revisaron conceptos relacionados a la infraestructura en telesalud.
- **Evaluación de tecnologías para la salud**
 - El **porcentaje de adopción de recomendaciones de evaluación de tecnologías para la salud** se estima con base en las tendencias y tuvo un valor de 64.1% en 2009, lo que significa un 80.1% de la meta comprometida para 2012. Este indicador permite evaluar en qué grado las recomendaciones realizadas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), basadas en criterios de seguridad, efectividad, costo-efectividad y viabilidad operativa, son adoptadas al momento de incorporar tecnologías a los servicios de salud.
- **Financiamiento y establecimiento de políticas para la renovación y mantenimiento de equipo médico:**
 - Para fortalecer la gestión del equipo médico en México, durante el periodo septiembre de 2007 a agosto de 2009, se realizaron cinco actividades fundamentales:
 - Elaboración y liberación de 38 **Certificados de Necesidad** para la adquisición de equipo médico con un costo mayor a un millón de pesos.
 - Creación y/o modificación de 67 **Cédulas de Especificaciones Técnicas**, quedando a disposición de los usuarios actualmente un total de 287.
 - Se otorgaron 513 **asesorías**, en materia de equipamiento médico, infraestructura y mantenimiento tanto a nivel nacional, estatal y federal, así como internacional.
 - Se realizaron nueve **cursos taller** con temas relacionados con la ingeniería clínica, capacitando a un total de 387 profesionales.
 - Se impulsó el desarrollo de **Centros Estatales de Ingeniería Biomédica**, con base en la elaboración de la propuesta del Proyecto Ejecutivo para el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, así como cinco manuales de procedimientos de las actividades que en ellos se llevarán a cabo.

OBJETIVO: REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN LOS SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE INTERVENCIONES FOCALIZADAS EN COMUNIDADES MARGINADAS Y GRUPOS VULNERABLES

PROMOVER LA SALUD REPRODUCTIVA Y LA SALUD MATERNA Y PERINATAL, ASÍ COMO LA PREVENCIÓN CONTRA ENFERMEDADES DIARREICAS, INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, Y OTRAS ENFERMEDADES ASOCIADAS AL REZAGO SOCIAL QUE PERSISTE EN LA SOCIEDAD

- **Mortalidad materna e infantil en los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH)**
 - En los 125 municipios con menor IDH se ha observado un descenso irregular en la **mortalidad materna** debido a que aún persisten problemas para la certificación y registro de las defunciones. Por ello, la Secretaría de Salud realizó una investigación durante 2008 para determinar el subregistro en una muestra de municipios con estas características. El estudio reveló que de cada dos defunciones maternas ocurridas, sólo una había sido certificada y registrada. Los principales problemas que se

encontraron fueron: el acceso a los registros civiles, el desconocimiento de la importancia del registro entre la población y su costo, así como el acceso a la atención médica hospitalaria.

- Entre 2005 y 2008 se observó un incremento en la razón de mortalidad materna de 43 muertes por cada 100 mil NVE^{1/}; sin embargo, entre 2008 y 2009 se prevé una reducción de 18.5 defunciones por cada 100 mil NVE.
- Para **disminuir en 2012 a la mitad la tasa de mortalidad materna en los 125 municipios con menor IDH**, en octubre de 2008 se desarrolló una aplicación específica dentro de la herramienta geo-referenciada del Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud, la cual contiene capas con los indicadores requeridos para diagnosticar deficiencias en las redes de atención materna y determinar las acciones de fortalecimiento necesarias. La aplicación y la metodología para su uso, se presentó en seis talleres prácticos a las entidades federativas que tienen al menos un municipio con IDH bajo.
- **Disminuir 40% la mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH.** Las tasas más elevadas de mortalidad infantil se presentan en los municipios con menor IDH, debido a que viven en condiciones de pobreza extrema y no cuentan con acceso a los servicios de salud, principalmente por su dispersión geográfica. Cabe señalar que el subregistro de defunciones en menores de cinco años es una problemática que ocurre en todo el país, más aún, en estos municipios, debido principalmente a falta de conocimiento del certificado de defunción, grandes distancias al registro civil y defunciones de niños a temprana edad que no tienen registro de nacimiento, entre otras causas. Como parte de las estrategias para minimizar el subregistro de la mortalidad infantil desde 2003 se viene realizando la búsqueda intencionada de defunciones de menores de cinco años, recuperando los certificados de defunción que no han sido notificados en las Oficinas del Registro Civil. Con ello, hasta julio de 2009 se lograron recuperar 2,011 y 2,435 registros de 2006 y 2007, respectivamente.
- Sin embargo, la implementación de programas y políticas de salud han logrado un efecto positivo en la disminución de la mortalidad infantil. En 2005 se presentaron 38.9 **defunciones por cada 1,000 nacidos vivos** y en 2008, 33.5, equivalente a cinco defunciones menos en este lapso.
- A través de las Caravanas de Salud se ha logrado cubrir gran parte de la **atención prenatal** en estos municipios, sin embargo, todavía existe resistencia en algunos sectores de la población para la atención hospitalaria del parto, o bien dificultades en el acceso a los servicios de salud por la amplia dispersión de las localidades. Durante los últimos años se ha promovido la **atención hospitalaria del parto** y el acercamiento de las embarazadas a las unidades hospitalarias con objeto de detectar y tratar oportunamente las complicaciones. Estas acciones aunadas a la planificación familiar y las redes sociales de ayuda contribuirán, en los próximos años, a reducir la mortalidad materna en estos municipios.
- A fin de **reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de cinco años en los 125 municipios con menor IDH**, durante 2009 se realizaron acciones para fortalecer la participación social en la prevención, detección y tratamiento oportunos de enfermedades en la población menor de un año, así como promover conductas de alimentación saludable dirigidas al total de niños de esa edad en el país (1,912,061)^{2/}. Desde el 1o. de enero a junio de 2009 se han otorgado 93,379 consultas de primera vez para desnutrición (leve, moderada y severa) en menores de cinco años de edad.
- **Promoción de la salud sexual y reproductiva responsable**
 - De septiembre de 2008 al mes de agosto de 2009^{3/}, se incorporaron 680 mil mujeres como **usuarias activas de métodos anticonceptivos modernos**, lo que significa poco más de 3.3 millones de usuarias y usuarios activos, cifra superior en cerca de 190 mil usuarios al año anterior (6.1%). En lo que va de 2009 se reportaron 449,434 nuevas aceptantes de métodos de planificación familiar.
 - Las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO)^{4/} para la **prevalencia de uso de métodos anticonceptivos** en 2009 fue de 72.9% del total de mujeres en edad fértil unidas con base

^{1/} NVE: nacidos vivos estimados.

^{2/} Proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO.

^{3/} Estimaciones con base en el Sistema de Información en Salud (SIS).

^{4/} Estimaciones CONAPO 2009-2012.

en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2006), lo que representa un aumento de 4.4% respecto a la encuesta de 1997.

Importancia de la lactancia materna

Conscientes de la importancia de la lactancia materna en la salud del recién nacido y de sus repercusiones positivas en el desarrollo del infante, el 2 de junio de 2009, dentro de la Reunión del Comité Nacional del Programa Arranque Parejo en la Vida, se aprobó la propuesta de creación de una instancia colegiada para coordinar, evaluar y dar seguimiento a los esfuerzos tanto gubernamentales como de la sociedad civil en torno a la promoción de la práctica de la lactancia materna exclusiva, incluidas la regulación de propaganda y venta de los sucedáneos de la leche materna.

• Acciones para fortalecer las políticas de salud materna y perinatal

- La lactancia materna exclusiva ha demostrado una eficacia importante en la disminución de la morbi-mortalidad infantil; para promoverla, el 29 de octubre de 2008, se realizó la **Reunión de Seguimiento del Acuerdo entre Fabricantes y Distribuidores de Sucédáneos de la Leche Materna**, con el propósito de revisar el cumplimiento del mismo por las partes firmantes.
- De enero a julio de 2009 se atendieron 530,325 partos en las unidades de la Secretaría de Salud y del IMSS-Oportunidades, alcanzando una **cobertura de atención del parto por personal calificado** del 87.3%, lo que representa un incremento de tres puntos porcentuales, con respecto al mismo periodo del año pasado.
- El 28 de mayo de 2009, en el marco del Día Internacional por la Salud de las Mujeres, la SS, el IMSS y el ISSSTE firmaron el **Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas**, en el cual se establece el compromiso solidario por parte de estas instituciones para atender a toda mujer que presente una urgencia obstétrica en la unidad médica con la capacidad resolutoria más cercana, independientemente de su derechohabencia a un seguro médico. Además, durante este acto, el Programa Arranque Parejo en la Vida presentó el documento "Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México".
- El acuerdo del Consejo de Salubridad General para hacer obligatoria en nuestro país la notificación y análisis de cada muerte acaecida durante el embarazo, parto o puerperio (publicado en noviembre de 2004) y la búsqueda intencionada de **muerres maternas** mal clasificadas (iniciada en 2002), han permitido contar con mejor información acerca de las cifras y los factores condicionantes de las causas de muerte materna. Dicha información se utiliza desde entonces para establecer medidas preventivas inmediatas desde el nivel local, las cuales reflejan la tendencia descendente del indicador en los últimos años. De esta manera, se observa que el descenso logrado en el trienio 2007-2009 fue de nueve muertes por cada 100 mil NVE respecto a la cifra observada en 2001-2003, lo que significa que mientras que en promedio se registraron 65 muertes maternas en los tres primeros años de la gestión anterior, en 2007-2009, sólo se registraron 56 por cada 100 mil nacidos vivos.
- En los últimos dos años la **tasa de mortalidad infantil**, considerada como un indicador de desarrollo social y nivel de salud en todos los países, así como uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, pasó de 15.7 por cada mil nacimientos en 2007, a 15.2 en 2008. Esta reducción es atribuible al Programa Arranque Parejo en la Vida y al Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil, que fue la estrategia nacional implementada para disminuir los altos índices de morbi-mortalidad materna e infantil de nuestro país.
- Una de las principales acciones para **fortalecer las políticas en salud materna y perinatal** es la revisión y actualización de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM). De enero a julio de 2009 se ha alcanzado un 80% de avance en la revisión de las NOM-007 para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, así como la NOM-034 para la detección, prevención y tratamiento de los defectos al nacimiento.
- De enero a julio de 2009, el sistema de **vigilancia epidemiológica de las defunciones maternas** recibió 548 notificaciones, 1.9% más que las registradas en el mismo periodo del año anterior (538). La oportunidad en la notificación inmediata de defunciones maternas se mantuvo en promedio, igual al de 2008 (menos de 13 días en 2009), situación que resulta positiva si se considera que en 2006, entre la defunción y su registro pasaban en promedio 61 días.
- Con el propósito de extender la cobertura de servicios de salud a áreas remotas de menor IDH, donde prevalece el uso de métodos tradicionales de acuerdo a los usos y costumbres, de septiembre de

2008 a junio de 2009 se certificaron a 263 **parteras tradicionales** más; en total las parteras atendieron 27,650 partos, cifra menor a los atendidos el periodo anterior, debido a la promoción de la atención hospitalaria del parto y a la estrategia de incorporación de parteras tradicionales al Sistema. Además, se realizaron pruebas piloto para generar, en estas zonas específicas, personajes alternativos como las parteras profesionales o las enfermeras obstetras que estén calificadas para brindar la atención necesaria con la calidad suficiente.

- Para la detección de **hipotiroidismo congénito**, de septiembre de 2008 a junio de 2009 se tamizaron a 785,250 recién nacidos en la Secretaría de Salud, de los cuales 401 casos fueron diagnosticados con hipotiroidismo congénito y tratados de manera eficaz y oportuna, previniendo el desarrollo de retraso mental profundo. Si se consideran los casos tamizados del 1o. de enero de 2007 a junio de 2009, se alcanzaron 1,347 casos.
- Asimismo, se lograron avances significativos en la prevención de discapacidades mediante el reforzamiento de la alianza estratégica con la Sociedad Civil Organizada. Destaca la alianza con la **Red Nacional para la Prevención de la Discapacidad** y la reducción de los tiempos de entrega de las pruebas de tamiz neonatal de tres meses a sólo 20 días en promedio. Esta Red Nacional sumó durante 2009, una Red Estatal de Prevención de la Discapacidad al Nacimiento.
- **Acciones de prevención de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en la infancia**

- Del 1o. de enero de 2007 a junio de 2009, se reportó un promedio anual de 2.7 millones de **consultas por infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años**, de los cuales 1.3 millones de niños recibieron tratamiento sintomático en la consulta de primera vez. En lo que va de 2009 se registraron alrededor de 2.2 millones de casos de infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años.
- En cuanto a **enfermedades diarreicas**, desde el 1o. de enero de 2007 a agosto de 2009, se apoyaron acciones de prevención en el hogar; signos de alarma, detección en la unidad de salud, tratamiento oportuno y referencia y contrarreferencia activas dirigidas a 9.6 millones de menores de cinco años. De enero a junio de 2009 se registraron 135,837 consultas por esta causa en niños menores de cinco años, de las cuales 97.4% recibió tratamiento con plan A de hidratación oral en la consulta de primera vez (132,357 niños).
- **Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados**
 - En el Encuentro Nacional 2008, celebrado en Acapulco, Guerrero del 30 de junio al 5 de julio de ese año, los salubristas del país acordaron la **estrategia de salud pública**. Una de las propuestas presentadas fue el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE), instrumento novedoso que proporciona todos los elementos para dar seguimiento trimestral a los indicadores estratégicos de los programas de salud pública. Basado en una plataforma electrónica, el AFASPE integra todas las intervenciones por programa, detalladas por fuente de financiamiento y asociadas a metas. Entre abril y junio de 2009 se recibió la totalidad de convenios firmados por las entidades federativas. Cada uno de los 32 convenios cubre los 31 programas de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) con un monto nacional financiado de 11 mil millones de pesos.

Acciones para prevenir el hipotiroidismo

Con el fin de prevenir algunos defectos de cierre de tubo neural como la espina bífida, anencefalia y mielomeningocele, de enero a julio de 2009 se continuó con la campaña de suplementación con ácido fólico, entregándose este nutrimento a 2.4 millones de mujeres en edad fértil, lo que representa una cobertura de esta vitamina a 15% del grupo poblacional.

Actualmente 55% de las mujeres en edad fértil en México consumen ya este importante micronutriente básico para prevenir, entre otros, los defectos en el tubo neural del recién nacido. En un esfuerzo sin precedentes, la Fundación Teletón, la Red Nacional de Prevención de la Discapacidad, la Secretaría de Salud y Diconsa suman esfuerzos y voluntades en la Campaña "Toma lo mejor de la vida, Toma Ácido Fólico una vez al día" con el fin de prevenir la discapacidad causada por la deficiencia de esta vitamina; motivando a las mujeres en edad fértil para que tomen una tableta diaria de 400 microgramos se espera disminuir en 70% la aparición de anencefalia, espina bífida y mielomeningocele.

AMPLIAR LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DE UNIDADES MÓVILES Y EL IMPULSO DE LA TELEMEDICINA

Caravanas de la Salud

Entre 2008 y 2009, la Secretaría de Salud adquirió 557 unidades médicas móviles equipadas para ampliar la cobertura de servicios de salud en las localidades de difícil acceso y de alta y muy alta marginación de todo el país. Así, de enero de 2007 a agosto de 2009, el Programa Caravanas de Salud habría incorporado 1,104 UMM. Al cierre de 2009, el programa operará 1,334 UMM para otorgar servicios de atención médica, odontológica y acciones de prevención y promoción de la salud a una población cercana a 2.7 millones que habitan en 13,272 localidades las 32 entidades federativas del país. El inicio del programa en 2007 tomó en cuenta la incorporación de 24 entidades federativas y al final de ese mismo año, el programa ya tenía presencia en las 32 entidades federativas.

En diciembre de 2008 se publicó en el DOF las Reglas de Operación 2009 del Programa de Caravanas de la Salud, incorporando mejoras para su operación.

- Al cierre de 2008, **Caravanas de la Salud** operó con 842 unidades médicas móviles en 9,241 localidades, beneficiando a 2.1 millones de personas, a través de igual número de acciones de atención médica, odontológica y de prevención y promoción de la salud.
 - Del 1o. de enero al 5 de agosto de 2009, Caravanas de la Salud ha realizado 4,360,476 acciones de atención médica, odontológica y de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
 - Para fortalecer las acciones ante la contingencia provocada por la Influenza A (H1N1), del 29 de abril al 6 de agosto de 2009, se orientaron un total de 317 UMM del programa para la atención de casos de influenza en 19 entidades federativas, realizando acciones de prevención, detección oportuna y atención médica durante dicha contingencia. En este periodo se brindaron un total de 1,436,259 atenciones, realizando 1,335,009 acciones de promoción y prevención, 101,250 consultas médicas, 2,208 casos sospechosos detectados y a los que se les suministró el tratamiento (Oseltamivir) y 245 referencias de casos complicados a hospitales generales.
 - Al 31 de julio de 2009 se han acreditado 145 UMM del programa, para garantizar que la prestación de los servicios que se ofertan sean seguros y de calidad.
- De 2008 al 31 de julio de 2009, a través del Programa de Caravanas de la Salud se transfirieron recursos por un monto de 457.6 millones de pesos para la operación de las UMM del programa en todo el territorio nacional.
- Derivado de los 92 convenios de transferencia de recursos para el ejercicio fiscal 2009, formalizados con las 32 entidades federativas, de enero a junio de 2009 se han radicado 282.6 millones de pesos^{1/} para el desarrollo del programa que incluye el pago de servicios personales, viáticos, gastos de camino para el personal operativo y directivo de la Coordinación Estatal de Caravanas de la Salud.

FORTALECER LAS POLÍTICAS DE COMBATE CONTRA LAS ADICCIONES CAUSADAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS^{2/}

- En relación con los **tratamientos para dejar de fumar**, de septiembre de 2008 a agosto de 2009 se realizaron 1,234 reuniones informativas en instituciones de salud, educativas y laborales con la asistencia de 17,803 personas; asimismo, a 7,838 pacientes se les proporcionó atención en consejo médico y 2,066 recibieron tratamiento integral.
- **Reducir 15% el número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad.** Para dar cumplimiento a esta meta, en 2008 la Secretaría de Salud, en coordinación con la OPS y la OMS, representantes de los gobiernos estatales y municipales de cuatro entidades federativas (Jalisco, Guanajuato, Nuevo León y el Distrito Federal) y Organizaciones de la Sociedad Civil, puso en marcha la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial (IMESEVI), la cual aprovechará que en 20 entidades federativas se dispone de programa estatal de seguridad vial, para iniciar actividades en los municipios con mayor siniestralidad de esos estados.
 - A partir de 2009 operó la **primera fase de la IMESEVI** en Mérida, Yucatán; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Toluca, Estado de México; Ciudad Juárez, Chihuahua; y Culiacán, Sinaloa.
 - Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009, bajo el esquema de la IMESEVI se prevé **capacitar en el tema de seguridad vial**, focalizando en los factores de riesgo: conducción bajo los efectos del alcohol, no uso de cinturón de seguridad y de sistemas de retención infantil, a 128 formadores, 1,412 multiplicadores, 129 replicadores y 40,363 personas de población civil en las ciudades de

^{1/} Cifra estimada.

^{2/} En el apartado 3.7 Familias, Niños y Jóvenes, de este Informe, se reportan resultados más específicos en el ámbito de las adicciones.

Monterrey, Guadalajara, León y Distrito Federal, haciendo énfasis en factores de riesgo, como: conducción bajo los efectos del alcohol, no utilización del cinturón de seguridad y de sistemas de retención infantil. Se ha capacitado a 217 personas de las 28 entidades federativas como auditores de seguridad vial y, se realizaron 19 talleres en los que se formaron 360 instructores y 3,800 formadores (entre personal de salud, bomberos, seguridad pública, protección civil y del transporte público), así como a 1,200 personas de la población civil, en materia de soporte vital básico, para prestar ayuda a víctimas en caso de emergencia.

- Se elaboró la Norma Modelo para Reformas Estatales y Municipales en Seguridad Vial. Derivado de ella, se logró la **aprobación del dictamen en la Comisión de Puntos Constitucionales del Congreso de Jalisco** para que se autorice bajar el nivel de alcohol permitido en un conductor, de 0.8 gramos de alcohol por litro en sangre a 0.5 miligramos de alcohol por litro de aire expirado. De igual forma, se presentaron ante el Senado diversas estrategias para mejorar el marco legal federal en la materia. En marzo de 2009, se aprobó el Punto de Acuerdo relacionado con introducir contenidos de seguridad vial en el sistema educativo formal.
- Durante el último trimestre de 2008 se llevaron a cabo dos **campañas**, una para fortalecer la entrada en vigor de la Ley General para el Control del Tabaco y otra para promover los servicios que brindan los Centros "Nueva Vida". Para enero de 2009, se coordinó la campaña nacional contra el alcoholismo "Compartiendo esfuerzos" en conjunto con los grupos de Alcohólicos Anónimos. En este mismo año, se reforzaron las acciones de prevención con una segunda campaña contra el alcoholismo y otra en materia de adicciones.

OBJETIVO: EVITAR EL EMPOBRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN POR MOTIVOS DE SALUD MEDIANTE EL ASEGURAMIENTO MÉDICO UNIVERSAL

CONSOLIDAR UN SISTEMA INTEGRADO DE SALUD PARA GARANTIZAR EL ACCESO UNIVERSAL A SERVICIOS DE ALTA CALIDAD Y PROTEGER A TODOS LOS MEXICANOS DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA ENFERMEDAD

- Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

Seguro Popular de Salud

A agosto de 2009, se han afiliado al Seguro Popular de Salud (SPS) 10,053,040 familias, lo que significa un avance del 91.4%, respecto a la meta para 2009 de 10,994,538 familias. En los primeros tres años de la actual administración se afiliaron 4.5 millones de familias, que representa un crecimiento del 88.5% respecto de la afiliación obtenida en 2006. Para 2010 la meta es lograr que 12.6 millones de familias cuenten con la cobertura del Seguro Popular.

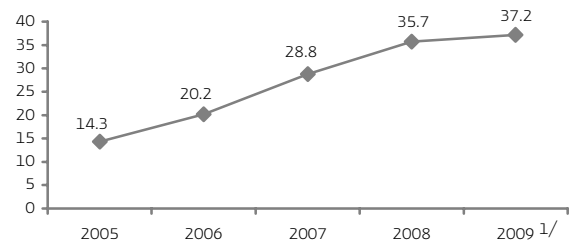
Centros "Nueva Vida"

En continuidad con la Estrategia Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones, y en el marco de la Estrategia "Limpiemos México"^{1/}, el Gobierno Federal diseñó un programa para la construcción, equipamiento y operación de una red de atención de 310 unidades de especialidad médica: centros de atención primaria en adicciones, denominados también Centros "Nueva Vida", los cuales se encuentran distribuidos en los municipios prioritarios del país. Hasta agosto de 2009, esta red de centros se encuentra operando al 100% de la meta inicial programada.

Gradualmente, se inició la operación de los Centros "Nueva Vida", con acciones de identificación de servicios de la localidad, promoción de los servicios de atención, aplicación de pruebas de detección temprana, servicios de consejería, terapia breve y derivación oportuna a servicios de tratamiento residencial.

A junio de 2009, 2 millones de adolescentes han participado en este conjunto de acciones y específicamente, a 348,762 se les realizaron pruebas de tamizaje, 198,980 adolescentes en sesiones grupales de orientación psicológica y se han otorgado 17,931 consultas de primera vez.

FAMILIAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR DE SALUD, RESPECTO AL TOTAL DE FAMILIAS, 2005-2009 (Porcentajes)



^{1/} Cifra al mes de junio.
FUENTE: Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

^{1/} En el apartado 1.12 Prevención del delito, de este Informe también se reportan acciones de los Centros "Nueva Vida".

- Del total de afiliados al Seguro Popular a junio de 2009, el 64% se encuentra en **zonas urbanas** y el 36% en **zonas rurales**. Si bien la afiliación en zonas urbanas es superior en términos absolutos, el porcentaje de afiliados en zonas rurales es mayor a la proporción de población rural a nivel nacional registrada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), que es del 24%.
- En materia de atención a los beneficiarios del Seguro Popular, en 2008 se otorgaron 39.7 millones de **consultas médicas**. De enero a mayo de 2009 se proporcionaron 19.6 millones de consultas médicas, lo que representó 26.4% más respecto al mismo periodo en 2008.
- En 2009 los **recursos totales** autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación al Seguro Popular ascendieron a 43,057.1 millones de pesos, cifra que representa un crecimiento nominal de 31.9% respecto a los 32,655.8 millones de pesos ejercidos en 2008.
 - A junio de 2009 se han transferido a las entidades federativas 8,427.3 millones de pesos de subsidios, lo que representa el 24.9% del presupuesto total transferible de 33,767.9 millones de pesos; en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) se transfirieron al Fideicomiso del SPSS, en el mismo periodo, 2,760 millones de pesos, es decir, 40.8% del presupuesto total transferible de 6,755.7 millones de pesos y, en el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), 821.1 millones de pesos, 32.4% del total transferible de 2,533.4 millones de pesos.

CONSOLIDAR LA REFORMA FINANCIERA PARA HACER EFECTIVO EL ACCESO UNIVERSAL A INTERVENCIONES ESENCIALES DE ATENCIÓN MÉDICA, EMPEZANDO POR LOS NIÑOS

- En diciembre de 2006 se creó el **Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)**, con el objetivo de proteger la salud de los niños mexicanos nacidos a partir del 1o. de diciembre de 2006, que no están afiliados a ninguna institución de seguridad social, desde su nacimiento y hasta cumplir cinco años de edad.
 - Desde su inicio, al mes de junio de 2009 se han afiliado 2,220,542 niños, de los que 470,141 lo hicieron en el periodo enero-junio de 2009.
 - Los menores afiliados al SMNG también lo están al Seguro Popular y tienen derecho a los beneficios del CAUSES y del FPGC, y adicionalmente, a la atención médica y medicamentos de 116 padecimientos complementarios que incluyen desde enfermedades infecciosas hasta malformaciones congénitas.

CONSOLIDAR EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALTA ESPECIALIDAD CON UN FONDO SECTORIAL DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS

- El **Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos brinda protección financiera a las familias para el tratamiento de enfermedades de alta especialidad** y que derivan en un desembolso catastrófico de recursos para las mismas. Mediante el FPGC se cubren intervenciones como cuidados intensivos neonatales, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, cáncer de niños y adolescentes, trasplante de médula ósea, cataratas, trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos, y VIH-SIDA.
 - Durante el primer semestre de 2009, se han validado 24,137 casos atendidos en 2008 por un monto de 1,023 millones de pesos. El total de casos validados en 2008 ascendió a 54,949, que representan un monto de 2,320.8 millones de pesos y corresponden a enfermedades catastróficas como las señaladas previamente. Asimismo, se adquirieron 26,820 antirretrovirales para la atención del VIH-SIDA y 9.1 millones de vacunas antiinfluenza.

OBJETIVO: GARANTIZAR QUE LA SALUD CONTRIBUYA A LA SUPERACIÓN DE LA POBREZA Y AL DESARROLLO HUMANO EN EL PAÍS

- El **Programa IMSS-Oportunidades** proporciona servicios integrales de salud a la población rural y urbana marginada, mediante una red de infraestructura médica, conformada por 3,549 unidades médicas rurales, 70 hospitales, 226 unidades médicas urbanas y 225 unidades médicas móviles. De septiembre de 2008 a agosto de 2009 se estima alcanzar los siguientes resultados:
 - Se prevé otorgar 20.2 millones de **consultas** (200 mil más respecto al periodo anterior); se estima realizar 210,518 **egresos hospitalarios**, que en comparación con los 209,869 del periodo previo, representan en términos absolutos 649 egresos más; 117,773 **intervenciones quirúrgicas**, superiores en 36.3% respecto al periodo anterior; está programado realizar 9.1 millones de **estudios de laboratorio** (3.7 millones por arriba a las del periodo previo); se considera realizar 475,666 **estudios de rayos X**, lo que significa 67.4% más respecto a los realizados en mismo lapso anterior y se estima atender 140,971 **partos** (40% de incremento en comparación con lo reportado el año pasado).

- Se lograron **coberturas** de casi 100% en el **Programa de Vacunación Universal**, al vacunar a 97.7% de los niños menores de un año de edad con las vacunas de BCG, Anti-Hepatitis "B" y Pentavalente acelular; y a 99.5% de los niños de uno a cuatro años, atendidos por IMSS-Oportunidades, a quienes además de las anteriores vacunas, se agrega la triple viral (SRP) y refuerzos de DPT. Con estas acciones se contribuyó al logro de uno de los objetivos fundamentales del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud: combatir el rezago epidemiológico, la mortalidad infantil y la desnutrición, a través de una mayor cobertura de vacunación para los niños y niñas.
- De septiembre de 2008 a agosto de 2009, IMSS-Oportunidades considera reducir significativamente su **tasa de muerte materna**, alcanzando un índice de 38.5 por cada 100 mil nacidos vivos estimados; en el periodo anterior, se registró una tasa de 58.2 por cada 100 mil nacidos vivos.
- Se prevé reducir la **tasa de desnutrición infantil**, pasando de una prevalencia de niños desnutridos de 8.8% a una de 8.6% entre septiembre 2008 y agosto 2009.
- Durante 2008, este programa benefició con valoraciones a 12,667 mexicanos efectuando 2,923 **procedimientos quirúrgicos** a través de 20 Encuentros Médico-Quirúrgicos. A junio de 2009 se han realizado 10 Encuentros con 1,322 procedimientos quirúrgicos y se tiene programado para agosto de 2009, realizar 14 encuentros más, con lo que se lograría un total de 24 al final del ejercicio.

CONSOLIDAR LA INVESTIGACIÓN EN SALUD Y EL CONOCIMIENTO EN CIENCIAS MÉDICAS VINCULADOS A LA GENERACIÓN DE PATENTES Y AL DESARROLLO DE LA INDUSTRIA NACIONAL

- **Avances en la reorientación de la innovación tecnológica y la investigación para la salud hacia los padecimientos emergentes, las enfermedades no transmisibles y las lesiones**
 - Los logros científicos en las diversas especialidades se manifiestan en los 1,423 **artículos científicos publicados** en revistas indexadas^{1/}. Estos artículos representan el resultado de los proyectos de investigación llevados a cabo con el objetivo de ofrecer conocimientos que permitan enfrentar los problemas de salud de la población mexicana. En ese sentido, no sólo se encuentran dentro de ellos temáticas complejas relacionadas con biología molecular, modelos matemáticos, análisis genómico, sino las aportaciones como encuestas nacionales de nutrición, enfermedades crónicas, alcoholismo, *diabetes* o hipertensión enfocados particularmente para instrumentar acciones concretas o servir de fundamento a la formulación de políticas nacionales de salud.
- **Mapa del Genoma de los Mexicanos**
 - El 11 de mayo de 2009, se presentaron los resultados del proyecto del Mapa del Genoma de los Mexicanos, que es uno de los primeros esfuerzos en su tipo en América Latina y representa un logro de gran trascendencia al incursionar en un campo de conocimiento de vanguardia a nivel mundial, el cual permitirá ampliar la infraestructura científica y tecnológica y avanzar en diversas áreas de la medicina preventiva y predictiva en materia de control y combate de las enfermedades de la población nacional.
 - El estudio se realizó en 10 entidades de la república, incorporando población mexicana mestiza y de cuatro grupos indígenas^{2/}. Se obtuvo el primer análisis de las características genómicas específicas de la población mexicana, mostrando aspectos derivados del proceso histórico de mestizaje de las distintas poblaciones indígenas asentadas en el país con otras poblaciones ancestrales (europea, africana y asiática) que la hacen única.
 - Este esfuerzo contribuirá a comprender mejor los factores genéticos involucrados en algunos de los problemas nacionales de salud, relacionados con enfermedades crónico degenerativas, infecciosas y padecimientos comunes a fin de coadyuvar al desarrollo de nuevas alternativas médicas de prevención, diagnóstico y tratamiento; además se incrementará el conocimiento sobre la variabilidad genómica de América Latina.

^{1/} Las revistas indexadas son las que publican los productos de investigación y por su impacto están incluidas en el *Journal Citation Reports*, en sus dos versiones (*Sciences* y *Social Sciences*). Se pueden considerar también las revistas científicas de circulación periódica con comité editorial, como las incluidas en el Índice de Revistas Científicas y Tecnológicas del CONACYT.

^{2/} Los estados participantes fueron Campeche, Durango, Guanajuato, Guerrero, Oaxaca, Sonora, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. Se integraron muestras de las poblaciones indígenas de tepehuanos (Durango), mixtecos y zapotecos (Oaxaca) y mayas (Campeche); y muestras de cerca de 3 mil participantes.

GARANTIZAR UN BLINDAJE EFECTIVO CONTRA AMENAZAS EPIDEMIOLÓGICAS Y UNA RESPUESTA OPORTUNA A DESASTRES PARA MITIGAR EL DAÑO AL COMERCIO, LA INDUSTRIA Y EL DESARROLLO REGIONAL

- En el marco del Programa de Mediano Plazo 2007-2012 de **Laboratorios de Biológicos y Reactivos**, entre enero y junio de 2009 se concluyó la ingeniería básica del proyecto para la producción de la vacuna contra la influenza, se inició la ingeniería de detalle y la adquisición de equipos, cuya construcción dura hasta 14 meses, a fin de producir en la planta de Cuautitlán Izcalli la vacuna contra Influenza estacional y pandémica.
 - Los estudios de ingeniería concluirán en septiembre de 2009 y las obras iniciarán en el último trimestre de ese año con término en septiembre de 2010. De inmediato se iniciará la calificación y validación de la planta, de manera que los primeros lotes se producirán en el segundo trimestre de 2011.
 - De enero a junio de 2009 se prepararon los términos de referencia para licitar el proyecto del laboratorio para producir las vacunas doble y triple viral; además, se definió la modalidad de maquila por contrato para la producción de hemoderivados, y se trabajó en la modificación a la Ley General de Salud, de modo que se permita procesar el plasma para obtener hemoderivados a fin de realizar este proyecto.
 - Para atender la contingencia originada por el virus A (H1N1), BIRMEX importará 20 millones de dosis de la vacuna A (H1N1), que se utilizará durante la época invernal. Adicionalmente, se tendrán 19.5 millones de dosis de vacuna estacional, que se aplicará igual que en años anteriores.
- **Instituto Nacional de Virología**
 - Entre septiembre de 2008 y agosto de 2009 el Instituto Nacional de Virología, produjo 31.6 millones de dosis de la vacuna antipoliomielítica. En 2008 se ejecutó la primera fase de la remodelación del área de control de calidad. La segunda fase concluirá en diciembre de 2009, con lo cual podrá obtenerse el Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación.
 - Por su parte, el Instituto Nacional de Higiene (INH) produjo 19.8 millones de dosis de vacuna Td y 167.7 miles de frascos de sueros antialacrán y antiviperino; además, etiquetó y acondicionó 13.1 millones de vacuna antiinfluenza y 0.7 millones de antineumocócica. En junio de 2009 se iniciaron las obras de remodelación del INH, previendo su conclusión en marzo de 2010.