

Informe de Rendición de Cuentas 2006 - 2012



Vivir Mejor

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD



**GOBIERNO
FEDERAL**



SECRETARÍA DE SALUD

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS

2006 – 2012

TERCERA ETAPA

INDICE

13.11.1	Presentación	4
13.11.1	Marco Legal	5
13. 11.1	Descripción de los servicios y funciones	5
13.11.1	Objetivos institucionales y su vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.	5
13.11.2	Marco jurídico de actuación	5
13.11.3	Resumen ejecutivo de las acciones y resultados relevantes	5
	A. Políticas y estrategias generales de gobierno	5
	B. Acciones y resultados relevantes.	6
13.11.4	Aspectos financieros y presupuestarios	95
13.1	Balanza de Comprobación con corte al 30 de junio de 2012	138
13.1	Informe presupuestario	144
13.11.5	Recursos Humanos.	152
13.11.6	Recursos Materiales: Bienes Muebles.	192
13.11.6	Recursos Materiales: Bienes Inmuebles	211
13.11.7	PEMG: Síntesis de las acciones y resultados relevantes	218
13.11.8	PNRCTCC: Síntesis de las acciones y resultados relevantes.	228
13.11.9	LFTAIPG: Cumplimiento a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.	255
13.11.10	Observaciones de auditorías de las instancias de fiscalización en proceso de atención.	259
13.11.11	Procesos de Desincorporación.	264
13.11.12	Resultados relevantes de las Bases o Convenios de Desempeño o de Administración por Resultados.	264
13.11.13	Otros aspectos relevantes relativos a la gestión administrativa.	265



13.2	Acciones y compromisos relevantes en Proceso de Atención al 31-Dic-2011, con su cronograma de actividades del 1°-Enero al 30 Noviembre-2012.	482
13.2	Acciones y compromisos relevantes en Proceso en proceso al 30 de noviembre de 2012 para atender en los primeros 90 días de la siguiente administración.	489
	Constancias documentales	492



A la Ciudadanía en general:

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

ATENTAMENTE

TITULAR DE LA SECRETARÍA DE SALUD



13.11.1 MARCO LEGAL

Sin cambios

13. 11.1 Descripción de los servicios y funciones

Sin cambios

123.11.2 Marco jurídico de actuación

Sin cambios

13.11.3 Resumen ejecutivo de las acciones y resultados relevantes

A. POLÍTICAS Y ESTRATÉGIAS GENERALES DE GOBIERNO

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2007-2012

Sin cambios

PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2007-2012

Sin cambios

B. Acciones y resultados relevantes.

SALUD

EJE RECTOR DEL PND 2007-2012

- Igualdad de Oportunidades.

PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2007-2012

OBJETIVOS

- Mejorar las condiciones de salud de la población.
- Reducir las desigualdades en los servicios de salud, mediante intervenciones focalizadas a los grupos vulnerables.
- Prestar servicios de salud con calidad y seguridad para el paciente.
- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.
- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

ESTRATEGIAS

- Consolidar las políticas y acciones del Sistema de Protección Contra Riesgos Sanitarios.
 - Reforzar las actividades de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades.
 - Enfatizar la calidad en la agenda del sector salud.
 - Extender la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a los servicios de salud.
 - Disponer de recursos financieros suficientes para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud de la persona.
 - Fortalecer la inversión en sistemas, tecnología de la información y comunicaciones, así como en la investigación y la enseñanza para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos del sector salud.
 - Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento.
-

FORTALECIMIENTO DEL PAPEL RECTOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Ante el reto que representa mejorar la calidad de los servicios y alcanzar la cobertura universal, de enero a agosto de 2012 la Secretaría de Salud -SS- orientó sus acciones a fortalecer el Sistema Nacional de Salud como medio para avanzar en las tareas de promoción, prevención y control de enfermedades, y en la modernización de la infraestructura hospitalaria y equipo.

Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios -COFEPRIS-

Para responder oportuna y eficazmente a cualquier situación de emergencia que ponga en riesgo la salud de la población, se impulsaron las actividades de regulación, control, vigilancia y fomento sanitario.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS				
Alimentos				
<ul style="list-style-type: none"> De enero a agosto de 2012, se han analizado 65, 667 muestras entre alimentos cárnicos, lácteos, pesqueros, agua y hielo; de las cuales, 79.7 por ciento se ubicaron dentro de las especificaciones microbiológicas establecidas en la normatividad sanitaria vigente. 				
			Proyecciones	
	2011*	31 Agosto 2012	Noviembre 2012	Diciembre 2012
Muestras de alimentos	111 056	65 667	100 947	105 248
% Dentro de especificaciones	77.0	79.7	79.8	80
* Información acumulada enero a diciembre.				
<ul style="list-style-type: none"> De enero a agosto de 2012, se realizaron 116, 284 visitas de verificación a empresas relacionadas con el proceso y venta de alimentos. El nivel de cumplimiento promedio de la aplicación de Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad fue 80.2 por ciento. 				
			Proyecciones	
	2011*	31 Agosto 2012	Noviembre 2012	Diciembre 2012
Visitas de verificación de Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad	175 771	116 284	178 101	187 863
% Buenas Prácticas de Higiene	81	80.2	80.3	80.5
* Información acumulada enero a diciembre.				
En 2011 se obtuvo un porcentaje del 77% de muestras de alimentos dentro de especificaciones y se tiene proyectado que para noviembre y diciembre de 2012, dicho parámetro aumente al 79.8% y 80% respectivamente.				

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

El porcentaje de muestras dentro de especificación se ha incrementado de 73.4% en 2007 a 79.7% hasta agosto de 2012, lo anterior se atribuye al refuerzo de las acciones de control sanitario tanto regulatorias como no regulatorias a nivel nacional.

Rastros

- Se actualizó la información referente al avance que presentan los establecimientos ubicados en poblaciones mayores a 50,000 habitantes y se están realizando los trabajos para el proyecto de modificación a la normatividad sanitaria específica de los rastros. Del 14 al 16 de marzo del presente año, se realizó la Reunión Nacional de Rastros 2012 “De la Regulación a la Protección Contra Riesgos Sanitarios en el Tema de Rastros” en la Ciudad de Boca del Río, Veracruz, con la participación de 60 asistentes.
- Se ha enviado material de difusión referente a rastros a 31 entidades (aproximadamente 600 posters) sobre toma, manejo y envío de muestras para diagnóstico de Encefalopatía Espongiforme Bovina. Así mismo se realizó una videoconferencia el 18 de julio del presente, con la asistencia de 54 asistentes, de 26 entidades federativas y se llevó a cabo el Curso de Capacitación a Médicos Veterinarios Zootecnistas “Sanitaristas de Rastros y Mataderos”, en el estado de Veracruz del 27 al 30 de junio de 2012 con una participación de 62 asistentes

Insumos para la Salud

- Se visitaron 78 establecimientos dedicados a la fabricación y distribución de medicamentos, con el fin de corroborar el cumplimiento de la norma Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad: 54 nacionales y 24 extranjeras.

	2011	31 Agosto 2012	Proyecciones	
			Noviembre 2012	Diciembre 2012
Total de Visitas a establecimientos dedicados a la fabricación y distribución de medicamentos	265	78	100	104
Visitas Nacionales	227	54	66	70
Visitas Extranjero	38	24	34	34

- Al mes de agosto de 2012, se capacitaron 2,886 personas, con la impartición de 138 cursos relacionados con la prescripción, dispensación y comercialización de medicamentos.



PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

	2011	31 Agosto 2012	Proyecciones	
			Noviembre 2012	Diciembre 2012
Personas capacitadas	5 847	2,866	3,940	4,299
Cursos impartidos	304	138	189	207

- Se continuó la operación del Sistema Nacional de Gestión de Residuos de Envases de Medicamentos en los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Querétaro, Puebla y Tlaxcala.
Para el primer semestre de 2012 se implementó el Programa en el Estado de México y Distrito Federal, y durante el segundo semestre en los Estados de Michoacán, Campeche, Mérida, Quintana Roo y Veracruz, lo anterior, para prevenir riesgos sanitarios provenientes del desecho inadecuado de medicamentos caducos.
- Asimismo, al mes de agosto de 2012, se tienen instalados a nivel nacional 1 071 contenedores de medicamentos y se han recolectado un total de 70.6 toneladas de medicamentos.

	2011	31 Agosto 2012	Proyecciones	
			Noviembre 2012	Diciembre 2012
Contenedores de Medicamentos	758	1 071	2 590	2 760
Toneladas de medicamentos recolectadas	66.55	70.6	88.57	95.42

Consumo de Tabaco y Alcohol

- Durante 2011, la COFEPRIS entregó 73 600 guías para el cumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco a las entidades federativas para su distribución en establecimientos mercantiles, de las cuales se han entregado un total de 54 270 guías, de estas 5 205 corresponden al periodo de enero-agosto de 2012.
- En febrero de 2011, se puso en operación la estrategia de calcomanías “Cien por Ciento Libres de Humo de Tabaco” en el sector privado con el propósito de promover ambientes libres de humo de tabaco.
- Se han declarado 32 353 establecimientos libres de humo de tabaco, de los cuales 13 602 corresponden al primer semestre de 2012.



PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS				
	2011	31 Agosto 2012	Proyecciones	
			Noviembre 2012	Diciembre 2012
Guías para el cumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco	47 485	5 205	5 505	5 805
Establecimientos libres de Humo de Tabaco	18 751	13 602	16 102	18 102
<ul style="list-style-type: none"> Se formularon 80 informes de suspensión publicitaria de bebidas alcohólicas por incumplimiento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad: 67 correspondieron a medios impresos, 1 a internet, 7 a radio y 5 a televisión. Se formularon 6 informes de suspensión publicitaria de productos del tabaco por incumplimiento a la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento: 2 correspondieron a medios impresos y 4 a internet. Es de resaltar que adicional a los procedimientos formales de suspensión de publicidad se han aplicado medidas no regulatorias tendientes a suspender 43 anuncios de productos del tabaco en portales de anuncios clasificados. Se concretaron 15 operativos para combatir el comercio ilegal de bebidas alcohólicas en Colima, Distrito Federal, Estado de México, Puebla, Hidalgo, Guerrero y Jalisco, incluyendo el denominado “mala copa” en coordinación con diversas dependencias gubernamentales. 				
	2011	31 Agosto 2012	Proyecciones	
			Noviembre 2012	Diciembre 2012
Informes de suspensión publicitaria de bebidas alcohólicas	61	80	110	120
Informes de suspensión publicitaria por incumplimiento a la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento	2	6	8	9
Operativos para combatir el comercio ilegal de bebidas alcohólicas	22	15	17	18
Establecimientos de Atención Médica				
<ul style="list-style-type: none"> Al 31 de agosto se llevaron a cabo 264 visitas de verificación sanitaria a hospitales en donde ocurrieron muertes maternas (224 visitas a hospitales públicos y 40 a hospitales privados). 				
	2011	31 Agosto 2012	Proyecciones	
			Noviembre 2012	Diciembre 2012
Visitas de verificación sanitaria a hospitales en donde ocurrieron muertes maternas	583	264	386	450

**PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS****Agua de Calidad Bacteriológica y Agua de Mar para uso Recreativo con Contacto Primario**

- Se tomaron, al 31 de julio de 2012, un total de 666,552 (*) determinaciones de cloro residual libre, para evaluar el cumplimiento de la normatividad sanitaria del agua que se distribuye a través de los sistemas de abastecimiento formales. De las cuales, el 91.0 por ciento se situaron dentro de la normatividad sanitaria vigente.

(*)Nota: Esta cifra es preliminar debido a que corresponde al reporte de las entidades federativas, y está sujeto a revisión y validación

	2011	31 Agosto 2012	Proyecciones	
			Noviembre 2012	Diciembre 2012
Determinaciones de cloro residual	1.49 millones	666,552(*)	979,329	1,050,590
% Dentro de la normatividad sanitaria vigente	91.97	91.0	91.18	91.21

(*)Nota: Esta cifra es preliminar debido a que corresponde al reporte de las entidades federativas, y está sujeto a revisión y validación

- Al 31 de Agosto de 2012, se efectuaron acciones de vigilancia sanitaria en 250 playas de 55 destinos turísticos, con objeto de valorar los riesgos sanitarios con base en el nivel bacteriano del agua de mar. Del total, 87.0 por ciento de las playas cumplieron con los niveles de calidad aceptables.

	2011	31 Agosto 2012	Proyecciones	
			Noviembre 2012	Diciembre 2012
Vigilancia sanitaria en playas	248	250	250	250
Destinos turísticos	53	55	55	55
% de Playas que cumplieron con los niveles de calidad aceptables	76.6	87.0	82.0 (*)	82.0 (*)

(*)Nota: Se estima que el porcentaje de cumplimiento en estas proyecciones son susceptibles de descender debido a que habitualmente se incrementa el número de muestras.

Verificaciones Sanitarias

- Se realizaron 4195 visitas de verificación a establecimientos de acuerdo a la competencia federal al mes de agosto del 2012.

	2011	31 Agosto 2012	Proyecciones	
			Noviembre 2012	Diciembre 2012
Verificaciones de acuerdo a la Competencia Federal	5 368	4195	5595	5795

Centro Nacional de Trasplantes -CENATRA-

El CENATRA vigorizó su función rectora y normativa en materia de donación, trasplantes, y asignación de órganos, tejidos y células, con particular énfasis en la supervisión y actualización del Registro Nacional de Trasplantes, y la promoción de una cultura de donación entre la población.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

- Del 01 de enero al 31 de agosto del 2012, se registró un padrón de 16 mil pacientes en espera de un órgano y/o tejido, y se practicaron 4 086 trasplantes: 2 074 fueron de riñón, 1 914 de córnea, 68 de hígado y 30 de corazón.
- Se distribuyeron 300,482 materiales de divulgación entre trípticos, folletos, credenciales para donadores voluntarios, y se atendieron 76 694 visitas a la página WEB del CENATRA, 486 llamadas telefónicas
- Se impartieron tres cursos de capacitación a personal hospitalario de los estados de Guerrero, Aguascalientes y Nayarit y dos cursos para operadores de los Centros de Atención Telefónica de LOCATEL y de empresa INBURSA en Toluca y el Distrito Federal, con el fin de apoyar la labor de difusión de la donación
- Se realizaron dos diplomados universitarios: la edición XVII del Diplomado de Formación de Coordinadores Hospitalarios de Donación y el I Diplomado Universitario de Procuradores de Tejido Corneal.
- Se impartieron cuatro cursos de capacitación a organizaciones de la sociedad civil y al público en general; tres cursos para la Formación de Promotores Líderes de la Donación, y uno para operadores de los centros de atención telefónica de LOCATEL y de la empresa INBURSA en Toluca y el Distrito Federal, con el fin de apoyar la labor de difusión de la donación.

Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea -CNTS-

Incrementar la disponibilidad y calidad de sangre, sus componentes y células progenitoras, requirió perseverar en la actualización de la normatividad regulatoria sanguínea y en la promoción de la donación voluntaria.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

- Se recolectaron 1.7 millones de unidades de sangre, de las cuales 2.8 por ciento se obtuvieron de donadores voluntarios y altruistas.
- Se programó la segunda sesión del Consejo Interno del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.
- El Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, aprobó la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la “Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos”

Comunidades Saludables

La formación de Comités Locales de Salud Reorientados del 2007-2012, refleja un decremento del 3 %, ya que durante el año 2011 se detectó un sobre registro en las cifras reportadas en el SIS, situación que fue corregida a partir del 2012, lo cual provocó que se reflejara un decremento en las acciones.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

En apoyo a este programa, la SS cada año ha convocado a reuniones nacionales de la Red Mexicana de Municipios por la Salud, con la asistencia de 1 200 participantes, en promedio, incluyendo presidentes municipales, personales de los ayuntamientos y personales de salud de los tres órdenes de gobierno. Hasta diciembre de 2012, se ha levantado la bandera blanca en 2 622 localidades, lo que da testimonio de que en dichas comunidades se ha concluido con el proceso de orientación y capacitación y, en consecuencia, la población ha participado activamente en el autocuidado de la salud.

Asimismo, se ha incorporado al programa a un total de 21 208 localidades, de las que 2 622 están certificadas como saludables, y se ha incorporado a 1,520 municipios, de los cuales 674 están acreditados. Cabe destacar que la acreditación de municipios y la certificación de comunidades se efectúan cuando todas las etapas se han cumplido satisfactoriamente, incluyendo la formación de comités, diagnóstico, plan de trabajo y operación de acciones en favor de la salud de la comunidad. El programa implementa una modalidad innovadora al promover al municipio como la unidad de análisis y de acción, motivando a sus habitantes en la realización de proyectos para mejorar las condiciones de salud locales.

En el reporte emitido por el Sistema de Información en Salud, de enero a diciembre del 2012 se encuentran incorporados 1,044 municipios lo que estimando el cierre del año representa el 45% de los municipios existentes en el país, en el proceso para su acreditación 985 activos y 674 acreditados como Municipios Saludables, este trabajo implicó certificar como saludables a los mercados y rastros 16,532 en la actualidad 2,622 comunidades Certificadas como Saludables que comprende la certificación de diferentes entornos como cerezos, edificios públicos, viviendas, centros recreativos entre otros. En total se han certificado 42,760 colectividades logrando cubrir y superar la meta sexenal programada para el 2012.

La Participación municipal tiene como propósito impulsar la participación activa de los ayuntamientos, la sociedad y las organizaciones locales en proyectos locales como dotación de agua limpia, manejo y disposición de residuos sólidos, control de población canina, control de fauna nociva y mejoramiento de mercados y rastros. La Organización comunitaria impulsa procesos de mejoramiento gradual de las condiciones de salud de la población, con la participación de las unidades de salud del primer nivel de atención, en coordinación con promotores voluntarios, comités de salud, procuradores y agentes de salud, entre otros. Tales procesos son impulsados a través de la capacitación, difusión y la participación social.

Tabla 1. Acciones de Capacitación, Difusión y Participación Social 2007-2012.

Concepto	2007	2008	% Variación	2009	% Variación	2010	% Variación	2011	% Variación	*2012	% Variación
Cursos											
A Comités Locales de Salud	40,006	43,422	9%	47,909	10%	51,650	8%	34,468	-33%	33,509	-3%
Personas Capacitadas											
Agentes y procuradores	497,621	543,019	9%	1,089,407	100%	745,735	-32%	309,342	-59%	303,120	-2%
Mujeres	193,245	164,605	-14.80%	281,036	71.00%	289,545	3%	74,094	-74%	108,530	46%
Grupos activos con PROESA	85,212	75,575	-11.30%	67,641	-10.50%	71,041	5%	21,840	-69%	30,578	40%
Educación para la salud (Orientación Alimentaria)											
Sesiones	16,516	21,858	32.30%	27,966	28.00%	25,814	-7.70%	7,023	-73%	14,542	107%
Asistentes	214,711	290,728	35.40%	363,561	25.00%	335,583	-7.70%	91,298	-73%	189,054	107%

Escuela y Salud

- De 2007 a Diciembre de 2012, se han incorporado 152,292 escuelas al programa, y 60,940 se han certificado como Escuelas Promotoras de la Salud, asimismo el personal de salud en coordinación con docentes, han efectuado 21,795,299 detecciones gruesas de problemas más frecuentes en escolares, se han referido a las unidades de salud para la atención a un total de 7,755,786 escolares y han sido atendidos el 75% de los referidos. En lo que a capacitación de la comunidad educativa se refiere se han realizado 110,801 talleres de capacitación a docentes y 1,338,526 talleres sobre promoción de la salud a escolares.
- Con el fin de dar respuesta a la problemática de acceso a agua para el consumo humano, así como de infraestructura hidrosanitaria en las escuelas de educación básica, el Banco Interamericano de Desarrollo, financia el Programa de Agua, Saneamiento e Higiene en Educación Básica, coordinado por la SEP con la participación de la Secretaría de Salud. La Unidad Coordinadora del Programa ha señalado una primera etapa de inicio en el último trimestre de 2012, con la participación de 7 entidades federativas y un total de 700 de inmuebles a intervenir. Se ha elaborado

y/o actualizado de forma conjunta materiales didácticos de apoyo para el personal de salud y personal educativo para la instrumentación de las diferentes intervenciones del programa, por ejemplo.: Manual para el Maestro. Desarrollan competencias para una nueva cultura de la salud, materiales informativos sobre influenza A (H1N1), 5) Guías de activación física para maestros de preescolar-primaria-secundaria, manual para madres y padres de familia. “Cómo preparar el refrigerio escolar y tener una alimentación correcta”, etc.

- En mayo 2012 los titulares federales de las Secretarías de Salud y Educación, suscriben las “Bases de Coordinación para el Establecimiento, Desarrollo y Ejecución del Programa de Acción Específico Escuela”. Esta formalización de trabajo conjunto se venía desarrollando entre los dos sectores, sienta la base para impulsar y materializar, - en las entidades federativas-; instrumentos jurídicos similares que permitan fortalecer los vínculos de coordinación para la operación, seguimiento y evaluación del programa.
 - El 18 de octubre de 2012 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-009-SSA2-2009, Promoción de la Salud Escolar.

Vete Sano, Regresa Sano

1.-Impulsar la atención médica integral a los migrantes de acuerdo a su grupo de edad y sexo

- ◆ Para el año 2012 se logró otorgar un total de 590,511 consultas, logrando obtener un avance del 104.48% respecto a la meta programada para el período en mención, de la misma forma, se logró ampliar la cobertura de atención y acceso a los servicios de prevención y promoción de la salud de la población migrante en su lugar de origen, tránsito y destino.
- ◆ Impulsar el otorgamiento del paquete de intervenciones garantizadas de Prevención y Promoción para una Mejor Salud en los Migrantes. Para el año 2012 se otorgaron un total de 433,700 atenciones integradas a migrantes y sus familias, completando el período con 2, 530, 707 atenciones.
- ◆ Impulsar el desarrollo de ferias de la salud para migrantes y sus familiares. Durante el 2012 se realizaron 174 ferias de la salud donde se atendieron a 61,301 migrantes y sus familias, cerrando el período 2007-2012 con un total de 1,461 ferias y 209,098 migrantes que asistieron a las ferias de la salud
- ◆ Impulsar la información, orientación y educación en salud para el manejo de los determinantes que favorecen las condiciones de salud de los migrantes y sus familiares, en su lugar de origen, tránsito y destino. No obstante que no hay una meta en el PAE para la actividad, se consideró que era importante fortalecer las competencias del personal de salud para la atención de la población migrante. Inicialmente se consideró al menos la realización de una capacitación a nivel federal y estatal, cabe hacer mención que a partir de 2008 se viene realizando anualmente la reunión nacional del Programa Vete Sano, Regresa Sano dirigido a

responsables estatales, coordinadores jurisdiccionales de promoción de la salud, promotores y titulares estatales de promoción de la salud. Adicionalmente el personal de salud recibe capacitación sobre la operación del programa y temas de migración y salud a nivel estatal y jurisdiccional. De 2007 a 2012, se han realizado 234 cursos/taller y capacitado a 6,623 personas.

2.-Impartición de capacitación para competencias y orientación a la utilización de servicios de salud de migrantes y sus familiares en el lugar de origen y destino.

- ◆ Realizar sesiones educativas para los migrantes y sus familias en su lugar de origen, tránsito y destino. Para el año 2012 se llevaron a efecto 19,669 talleres donde se capacitaron a 78,676 migrantes teniendo un total por el período 2007-2012 de 102,911 talleres y siendo capacitados 411,644 migrantes. Realizar talleres de capacitación a líderes de migrantes para fortalecer la participación social de migrantes, a través de los servicios estatales de salud. Respecto de la vinculación con las organizaciones de migrantes para la construcción y fortalecimiento de redes de apoyo y educación a migrantes en las localidades de origen y destino, de 2007 a 2012, se ha efectuado 680 talleres y capacitado a 8,525 líderes.

3. Acreditar Albergues de Jornaleros Agrícolas favorables a la Salud.

- ◆ Albergues de jornaleros agrícolas acreditados. Para 2012 se certificaron 25 albergues y se beneficiaron a 11,288 jornaleros agrícolas migrantes y sus familias, para el período 2007-2012 se realizaron en total 83 certificaciones de albergues y se benefició a 58,538 jornaleros agrícolas migrantes

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia

A efecto de disminuir la incidencia de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, desnutrición y obesidad que afectan más a la población infantil y adolescente, el **Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia**, en coordinación con el **Consejo Nacional de Vacunación**, reforzaron sus tareas preventivas de control y erradicación.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

Vacunación

- Se registró una cobertura de vacunación con esquema completo de 92.54 por ciento en niños menores de un año; de 95.2, en niños de un año, y de 98.0 por ciento en los de uno a cuatro años.
- Se aplicaron 52 300 008 dosis de todas las vacunas durante las tres Semanas Nacionales de Salud.

Enfermedades Diarreicas

- Se llevaron a cabo acciones preventivas para el manejo de alimentos, cloración del agua, lavado de manos y detección oportuna de signos de alarma, así como de diagnóstico y tratamiento oportuno en las unidades de primer nivel de salud.
- Se publicó la actualización del Manual de Procedimiento Técnico de Enfermedades Diarreicas.
- Se mantuvo la reducción en 7.0 por ciento la mortalidad en menores de cinco años. Las campañas de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno para estos padecimientos explican dicho resultado.

Infecciones Respiratorias Agudas

- Se actualizó el Manual de Procedimientos Técnicos de Infecciones Respiratorias Agudas.
- Se efectuó capacitación a las 32 entidades federativas en estos temas.

Nutrición

- Se promovieron las estrategias de lactancia materna, sueño seguro, inmunizaciones, prevención de accidentes y detección oportuna de cáncer, junto con diferentes actividades de supervisión y rectoría, con el fin de erradicar la mortalidad infantil por desnutrición.
- Se finalizó el Manual de Procedimientos Técnicos de Nutrición.
- Se realizó capacitación nacional en materia de prevención de desnutrición.

INDICADORES PARA RESULTADOS

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
SS				
Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.				
• Variación porcentual en la tasa de mortalidad observada en los menores de 5 años. 1/	Porcentaje	95.54	95.6	100.1
▪ Las acciones de prevención y la respuesta de la población a las Semanas Nacionales de Salud se reflejaron en una disminución en el número de fallecimientos.				

<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de dosis de vacunas aplicadas durante las Semanas Nacionales de Salud. <ul style="list-style-type: none"> La favorable respuesta de la población a las Semanas Nacionales de Salud permitió superar la meta. 	Porcentaje	95.0	95.8	100.8
Prevención Contra la Obesidad.				
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 19 años. 1/ <ul style="list-style-type: none"> El mayor número de detecciones hizo posible rebasar en 1.6 por ciento lo esperado. 	Porcentaje	31.0	30.5	101.6

1/ Debido a que el indicador es decreciente, se aplicó la fórmula siguiente: $((\text{Meta Original} - \text{Meta Alcanzada}) \times 100 / \text{Meta Original}) + 100$.

FUENTE: Secretaría de Salud.

Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-

Para hacer frente a las ITS, particularmente, al VIH/SIDA, se fortalecieron las actividades de prevención, control y atención bajo criterios de igualdad, no discriminación y de respeto a los derechos humanos. Al efecto, se incorporaron 6,225 personas al programa de acceso a medicamentos del 1º de enero al 30 de septiembre del 2012. Así, a septiembre 2012, se mantienen 47,679 pacientes recibiendo el tratamiento antirretroviral en los diferentes Centros Ambulatorios de Prevención y Atención de SIDA e ITS y en los Servicios de Atención Integral.

INDICADOR PARA RESULTADOS DEL PROGRAMA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE VIH/SIDA Y OTRAS ITS

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
SS Porcentaje de personas con VIH/SIDA sin seguridad social en tratamiento antirretroviral.	Porcentaje	100.0	93.5	93.5
<ul style="list-style-type: none"> La meta se alcanzó, en razón de que se atendió en su totalidad a las personas que solicitaron el servicio y que forman parte de la población que carece de seguridad social. 				

FUENTE: Secretaría de Salud/CENSIDA.

Enfermedades Transmisibles por Vector -ETV-

Con la certeza de que las ETV se focalizan en las regiones que presentan una diversidad climatológica, se ampliaron y mejoraron las labores de promoción, prevención y control epidemiológico, en coordinación con el **Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades**.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

Paludismo

- Se registraron 436 pacientes con Paludismo Vivax, lo que representa una reducción del 25.8% menos que el año anterior y cero casos de Falciparum. Se mantuvieron libres de transmisión 22 entidades federativas.
- Se efectuaron cuatro reuniones regionales, en las que se analizaron los temas relativos al proceso de Certificación de Áreas Geográficas Libres de Paludismo, Tratamiento Focalizado, evaluación trimestral y sobre técnicas de evaluación entomológica en la medición de impactos del uso de pabellones.
- Se brindó asesoría para enfrentar los brotes en Chiapas, Chihuahua, Jalisco, Nayarit y Sinaloa.
- Con la finalidad de asegurar los tratamientos a los casos nuevos y conocidos o sus convivientes se aseguraron los insumos para la compra de medicamento, materiales para toma de muestras de sangre y kits entomológicos, para fortalecer la vigilancia entomológica y el seguimiento de localidades con pabellones, así como contratos al menos por 3 meses para asegurar los tratamientos en la época más propicia de la transmisión de la región noroeste y de Oaxaca.
- Se impartieron cursos de capacitación para la eliminación y control de criaderos de anofelinos, dirigidos a la población del Estado de Puebla, México, San Luis Potosí, Chihuahua, Sonora, Sinaloa, Nayarit y Durango.
- Se elaboró el programa de actividades de Chiapas, para la distribución de 350 mil pabellones impregnados con insecticida, con el propósito de reducir la epidemia por paludismo y otros artrópodos. Los resultados de las pruebas han permitido asegurar que las mallas continúan siendo efectivas para la eliminación de mosquitos y otros artrópodos de interés en salud pública, además de haber reducido la transmisión a solo 203 casos de paludismo.
- Se realizó la gestión y se destinaron apoyos para la adquisición de pabellones impregnados, para las localidades positivas de la región noroeste (Chihuahua, Sonora, Sinaloa, Durango, Jalisco y Nayarit) que están en proceso de distribución para contener el número de casos, a pesar de los problemas sociales que se registran en la zona.
- Se capacitaron a los responsables de vectores, epidemiología y promoción de la salud estatales y de las jurisdicciones con mayor transmisión en el programa de distribución, manejo, cuidados y usos de mallas impregnadas con insecticidas de los estados de la región noroeste, así como en entomología para la selección de localidades testigo donde se evaluarán los impactos de los pabellones.

Dengue

- Se detectaron 18,032 casos confirmados, 11,880 de Fiebre por Dengue y 6,152 de Fiebre Hemorrágica por Dengue, mismos que representan un incremento de 366% y 785% respectivamente con respecto al año anterior.
- Se instalaron trece comités estatales de Prevención y Control del Dengue, en los estados de: Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán.
- Se realizaron dos series de reuniones regionales con las 32 entidades en los meses de Abril y Agosto con la finalidad de actualizar al programa en materia de las estrategias de prevención y control del dengue.
- Se supervisó y asesoró en la operación del Programa Dengue en los estados de Baja California, Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Puebla, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán.
- Se concretaron dos Jornadas Nacionales de Intensificación de Lucha contra el Dengue, con la participación del personal estatal y jurisdiccional de 31 entidades, en donde se implementaron acciones de reforzamiento en la prevención y control de la enfermedad con énfasis en el cuidado del agua, en el saneamiento de las unidades de salud y planteles educativos.
- Se efectuaron operativos para el control de brotes en Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán; y de prevención por eventos de asistencia masiva de población por la visita del Papa Benedicto XVI al estado de Guanajuato y por el desarrollo de la Reunión del G-20 en el estado de

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

Baja California Sur.

Oncocercosis

- Se suspende la medicación con Mectizan en el foco sur de Chiapas, iniciado así la Vigilancia Epidemiológica post tratamiento.
- A la fecha no se tiene reporte de casos nuevos, por lo que México inicia los trámites para la certificación nacional.
- En el mes de Abril se efectuó la reunión de evaluación y planificación sobre la Reunión Anual de IACO, a realizarse en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Se llevará a cabo en el mes de Octubre la IACO 2012.
- Instalación de comité para la revisión del Dossier Nacional 2012.

Enfermedad de Chagas

- Se registraron 470 casos nuevos, cantidad menor en un 14.5% a la reportada en 2011.
- Se recibió la donación de 1440 frascos de Nifurtimox, suficientes para atender a 480 casos agudos de esta enfermedad
- Participación en el curso anual de actualización a la red de microscopia sobre Chagas en el InDRE.
- Se encuentra en revisión el manual de la Enfermedad de Chagas.
- Se realiza vinculación con Médicos sin Frontera, para iniciar trabajo en el estado de Oaxaca en la atención a enfermos.
- Participación en el taller de programación de medicamento Chagásico en Brasilia, auspiciado por la OPS/OMS.

Leishmaniasis

- Se reportaron 429 casos que comparados con los 417 diagnosticados en el 2011 representan un incremento del 2.8%.
- Se tiene una cobertura del 97% de casos tratados en comparación con el 79.6% del año pasado en el mismo periodo.
- Se logro en 2012 el financiamiento vía ramo 12 para otras ETV, para la adquisición del medicamento Glucantime como apoyo extraordinario del nivel federal, mismo que se encuentra en el AFASPE modificadorio.
- Se capacito a la red de microscopia en el fortalecimiento del diagnóstico en el “Curso Nacional de Actualización de la red Microscopia y Laboratorios Estatales” impartido por el InDRE

Intoxicación por Picadura de Alacrán

- Se atendieron 218, 276 casos, 0.6 por ciento más que en 2011.
- Se supervisaron los niveles jurisdiccionales de los servicios de salud en los estados de Jalisco y Guerrero.
- Capacitación de personal operativo (252), de unidades de salud del primero y segundo nivel de atención en el estado de Jalisco.
- Capacitación de personal de CENAPRECE (75).
- Actualización de manual de vigilancia, prevención y control de la Intoxicación por Picadura de Alacrán.

Rabia

- Se atendió a 59, 035 personas agredidas por animales sospechosos de rabia.
- El 100% de la adquisición de los biológicos antirrábicos humanos (vacuna e inmunoglobulina antirrábicas humanas) la llevan a cabo los SESA a través del Anexo IV, Seguro Popular, las cantidades registradas en la plataforma SIAFFASPE 2012 corresponden a 96,934 dosis de vacuna antirrábica humana y 32,059 frascos de inmunoglobulina antirrábica humana, de

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

los cuales 24 estados informan están en proceso de adquirirlo.

- A la fecha no se han presentado casos de rabia humana en el país, en contraste sí en perros confirmados por laboratorio sumando en el período ocho casos, dos en el Estado de México, dos en Chiapas, uno en Querétaro y tres en Yucatán.
- Se han aplicado 14.4 millones de dosis de vacunas antirrábica canina y felina durante la Semana Nacional y en la campaña permanente.
- Se han entregado materiales e insumos que aporta la Federación a ocho entidades federativas para realizar 33,725 esterilizaciones de animales de compañía, dado que ya comprobaron la utilización de lo aportado el año pasado.
- Se aprobaron proyectos del Programa de Empleo Temporal (PET) en 24 municipios de nueve entidades federativas, de las cuales siete informan utilizan este recurso en la estrategia de barridos de casa en casa para mejorar las coberturas de vacunación antirrábica canina y uno en operativos de control de foco rábico por registrar casos.
- Se pre-certificaron como libres de transmisión de la rabia canina, tres jurisdicciones sanitarias del estado de Nuevo León, así mismo se otorgaron 17 reconocimientos a municipios que apoyan a la jurisdicción sanitaria en la eliminación de la rabia canina, 16 en el Estado de México y 1 en Tlaxcala.

Tuberculosis Pulmonar

- Se diagnosticaron 11,209 casos de tuberculosis pulmonar sensible y se atendieron 94 casos nuevos en situación de multifármacorresistencia que corresponde de al 100% de los casos que lo requirieron.
- El porcentaje de casos curados se mantuvo mayor a 86%, cuando la meta establecida por la OMS es de 85%.
- 100% de las entidades federativas cuentan con insumos suficientes para el diagnóstico y tratamiento de casos prevalentes
- Se realizaron 3 curso/taller de carácter nacional en los tópicos principales del programa: 1.Fármacorresistencia; 2.TB en el niño y el adulto y 3. Reacciones adversas a fármacos antituberculosis.
- Se realizaron 29 visitas de supervisión y asesoría a los niveles estatal, jurisdiccional y local para verificación de la aplicación y observancia de las directrices y normatividad oficial en la operación del programa TB.

Lepra

- Se registraron 168 casos nuevos de lepra y se entregaron 273 esquemas de tratamiento PQT para casos nuevos y prevalentes de los años 2010-2012.
- Se logró la curación de 181 casos ingresados al tratamiento entre 2010 y 2011, que representan el 82% de los programados
- Se realizaron 8 visitas de asesoría y supervisión a las entidades federativas prioritarias para verificación de la observancia de la normatividad oficial y directrices establecidas por el programa nacional.
- Se redujo de 23 a 18 los municipios prioritarios con tasa mayor a 1 caso por cada 10 mil habitantes

Cólera

- Se detectaron en Sinaloa y en Baja California Sur Hallazgos de *Vibrio cholerae* toxigénicos.
- Se realizaron dos operativos preventivos de diarreas uno en Querétaro y otro más en Nayarit.
- Se elaboró el boletín correspondiente a la Estrategia “Caminando a la Excelencia”, con el fin de fortalecer con el control epidemiológico de cólera.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

- Se reforzaron las medidas de control, a través de acciones de búsqueda intencionada, monitoreo ambiental y cloración de fuentes de abastecimiento formal de agua.
- Se asesoró y capacitó técnicamente a cinco entidades federativas en el manejo del programa

Urgencias Epidemiológicas y Desastres Naturales

- Se realizaron cuatro operativos de apoyo, de los cuales tres se dirigieron a la vigilancia epidemiológica y control del dengue en los estados de Tamaulipas, Veracruz y Guerrero.
- Adicionalmente, se realizó operativo para el desarrollo de estudio seroepidemiológico en humanos de influenza por el virus aviar AH7N3 en el estado de Jalisco.
- Con base en la preparación desarrollada por el Programa en los Servicios Estatales de Salud, fueron registrados 29 desastres, de los cuales el 100% se reportaron y atendieron en forma oportuna.
- Se realizaron cuatro operativos de apoyo, de los cuales tres se dirigieron a la vigilancia epidemiológica y control del dengue en los estados de Tamaulipas, Veracruz y Guerrero.

Salud del Adulto y Adulto Mayor

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

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

- Se realizaron 26.0 millones de detecciones de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias, de las cuales 22,760,606 resultaron negativas.
- Se detectaron 479,606 casos positivos de hipertensión arterial, 919,635 de diabetes mellitus y 1,433,211 de personas con obesidad, a través de la Secretaría de Salud.
- Se registraron 364,423 casos nuevos de hipertensión arterial, 292,219 de diabetes mellitus y 1,433,211 personas con obesidad en el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

Salud Bucal

A efecto de disminuir la prevalencia de enfermedades bucales, la dependencia, en coordinación con los sistemas estatales de salud intensificaron las acciones de prevención y atención odontológica. En el periodo comprendido de enero a agosto del 2012 entre los servicios otorgados se resalta: el tratamiento restaurativo atraumático en 31 municipios de menor índice de desarrollo humano; otorgamiento de 6,031,254 consultas, y suministro de 3,098,971 esquemas básicos de prevención. Cabe destacar que en la prestación de dichos servicios, se incrementó en 1.3 puntos porcentuales el indicador de Calidad en la Atención.

Asimismo, en el Programa Permanente de Salud Bucal se realizaron 96,197,158 actividades. Del total, 58.4% correspondió a escolares, 37.8% a curativo asistenciales y 3.58% a preescolares.

INDICADOR PARA RESULTADOS DEL PROGRAMA CONSULTA BUCAL

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 2		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
Secretaría de Salud Consultas odontológicas otorgadas por cada 1 000 No derechohabientes.	Consulta	99.6	100.5	100.9

FUENTE: FUENTE SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD, DGIS/SECRETARIA DE SALUD ENERO A AGOSTO 2012/

Igualdad de Género en Salud

En el marco del programa **Igualdad de Género en Salud**, se siguió promoviendo e incorporando la perspectiva de género en los programas y servicios de salud, así como en el personal, a través de la capacitación y la distribución de guías didácticas en las entidades federativas.

PRINCIPALES ACCIONES Y RESULTADOS

- Se realizaron 2 reuniones de trabajo con líderes federales para capacitar y asesorar en materia de incorporación de perspectiva de género en sus programas de salud así como de comunicación incluyente para sus productos comunicativos de campañas.
- Asistencia a eventos de programas prioritarios para capacitar en materia de perspectiva de género en salud; en particular, con el programa de Comunidades saludables, VIH/SIDA, adicciones en particular en el Programa contra el Tabaquismo.
- Emisión de opiniones sobre comunicación incluyente y perspectiva de género para documentos normativos y técnicos de los diferentes programas de salud, como la NOM de salud bucal; la NOM de salud mental, NOM de Información en Salud, NOM de Expediente electrónico.
- 2 capacitaciones a directivos de servicios de salud, jurisdicciones, programas estatales de salud y directivos de unidades de salud, realizadas en San Luis Potosí y Chiapas.
- También brinda asesoría y acompañamiento a la Dirección General Adjunta del Programa de Transparencia y Rendición de Cuentas y Apoyo a Informes de las oficinas del Secretario de Salud, para que todas las unidades administrativas de esta dependencia realicen los trabajos y modificaciones pertinentes para alcanzar la certificación.

Violencia Familiar y de Género

A través del programa **Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género**, se reforzaron las acciones dirigidas a la detección oportuna de casos en las mujeres mayores de 15 años. Asimismo, para aquéllas que vivieron violencia, se brindaron servicios de atención médica, psicológica y jurídica, apoyo social, refugios y capacitación para su inserción laboral.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

- Se atendió a 159 850 mujeres mediante servicios especializados, en todo el país
- Se llevó a cabo la operación de la intervención de Reeducción para Víctimas y Agresores de Violencia de Pareja en 19 Programas Estatales (Aguascalientes, Baja California, Campeche, Coahuila, Colima, Chihuahua, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas). Al cierre del mes de septiembre, se reportó la formación de un total 467 grupos de reeducación, 260 de mujeres víctimas de violencia de pareja (57%) y 207 de hombres agresores (43%). Se realizaron cinco visitas de supervisión en donde se revisaron aspectos técnicos y metodológicos de la ejecución de la intervención de reeducación en los estados de: Tlaxcala, Zacatecas, Coahuila, Nuevo León y Campeche.
- Durante el período evaluado se aplicaron 1, 642,781 herramientas de detección a mujeres de 15 años y más, de población de responsabilidad y que se encuentran en relación de pareja, de las 1,756,340 comprometidas como meta a realizar durante este ejercicio. Lo anterior representa un avance del 94% de lo propuesto a nivel nacional. De las herramientas aplicadas, se estiman positivas un total de 220,875 lo que representa una prevalencia por notificación del 13.4%, misma que no corresponde a la prevalencia esperada que debería ser de alrededor de un 33%.
- Se impartieron 410 cursos-taller a 5 696 médicos del Sistema Nacional de Salud.
- La detección es parte fundamental del programa en el 1er nivel de atención, que tiene como fin confirmar los casos de mujeres que viven violencia. Dicha actividad se realiza por el personal médico y consiste en detectar todos los marcadores de riesgo. En este contexto, de las 154,849 usuarias confirmadas que recibieron atención en los servicios especializados; 117,226 (75.7%) fueron referidas por las unidades de salud de 1er nivel. Con ello se alcanzó la meta anual de referencia programada a nivel nacional del 70%.
- Se publicaron cuatro historietas relacionadas con el tema de violencia de género para informar a la población más vulnerable sobre el impacto que tiene en la salud, y los derechos de quienes viven en esta situación.
- Se realizó la gestión con la coordinación administrativa para realizar la distribución de 10,000 guías a 32 entidades federativas “Guía para la atención a personas violadas”. En coordinación Interinstitucional con la Secretaría de Gobernación se continúa distribución a las Instituciones del Gobierno Federal (SEGOB, STPS, SEP, SRE, CONACULTA y SESA’S) de las 4 historietas de la campaña “Corazón Azul” con el tema de Trata de Personas; así mismo, se concluyó y elaboro el guion de la historieta con el tema de violación sexual.
- Se realizó la actualización del Directorio Nacional de Servicios Especializados de Atención a la Violencias de la Secretaría de Salud, para su difusión electrónica mediante el sitio WEB del CNEGySR.
- Se verificó el cumplimiento en la aplicación de los Protocolos de Atención Psicológica en los Servicios Especializados los estados de: Oaxaca, Tlaxcala, Sinaloa, Guerrero y Nayarit.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

- Se desarrolló del proyecto “Medición del Impacto Derivado de la Atención en Refugios a Usuarías, sus Hijos e Hijas que Viven en Situación de Violencia Extrema”, el cual dio inicio durante el segundo trimestre del año 2012.

Cáncer Cérvico Uterino y de Mama

Uno de los factores de mayor incidencia en la mortandad entre las mujeres de 25 años y más es el cáncer-cérvico uterino y de mama. Al efecto, se impulsaron las actividades dirigidas a fortalecer la detección temprana y a disminuir su incidencia.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

Cérvico Uterino

- Se dio continuidad a la estrategia de detección del VPH a través de la prueba de captura de híbridos en mujeres de 35 a 64 años con los insumos adquiridos durante 2011, realizando hasta el cierre del tercer trimestre 729,740 pruebas en este grupo de edad.
- Se extendió a todos los municipios del país la vacuna del VPH, incluyendo los de menor índice de desarrollo humano.
- Se realizó los convenios de comodato para la instalación de seis laboratorios nuevos de biología molecular en los estados de Chiapas, Baja California, Baja California Sur, Durango, Chihuahua y Zacatecas, a los cuales se acudió para verificar la factibilidad y tiempos de la instalación.
- Se solicitó a las entidades federativas que incrementaran el número de mujeres a las que se les practica la prueba de detección del VPH, para lo cual se trabajó en el diseño de material promocional (carteles) y campañas en medios masivos en Jalisco. Así mismo, se concluyó en este trimestre la meta de visitar los 15 laboratorios de biología molecular y se desarrollaron dos sesiones webex con los de menor productividad.

Mama

- Se han realizado 211,534 mastografías a septiembre 2012, de las cuales sólo 118,101 son consideradas para la evaluación.
- Se realizaron supervisiones a las entidades con menor avance en la meta de detección.
- Se solicitó a las entidades federativas que incrementaran el número de mujeres a las que se les practica la mastografía y reforzar el seguimiento de mujeres con resultado anormal.
- Se garantizó que las entidades contaran con el presupuesto en las partidas necesarias para asegurar la operación de los servicios de detección.
- Se transfirieron recursos financieros para la construcción y equipamiento de seis Unidades de Especialidades Médicas de Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama en Durango, Hidalgo, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Tlaxcala.
- Se continuó con la estrategia de capacitación continua dirigida a personal involucrado en el Programa de Cáncer de Mama, en los diferentes niveles de atención de las 32 entidades

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

federativas, capacitando con cursos de inducción al puesto y la realización de la capacitación “Caminando a la excelencia”.

- La transferencia del presupuesto del ejercicio fiscal. En 2012 se inició en junio y para el corte a septiembre se ha transferido el 100%, por lo que ahora las entidades ya podrán realizar las gestiones necesarias para contar con insumos y personal, para realizar las acciones del programa.
- La mortalidad por cáncer de mama ha mantenido una tendencia ascendente los últimos 11 años, con una tasa de 14.6 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en el año 2000 a 16.7 en 2011, lo que representa un incremento del 14% en el periodo.

INDICADORES PARA RESULTADOS

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 1		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
SS				
Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud.				
• Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía.	Porcentaje	19.2	10.39	54.1
▪ El bajo desempeño de algunas entidades federativas en esta actividad, explica el resultado.				
• Cobertura de pruebas de VPH realizadas a mujeres sin seguridad social entre 35 y 64 años de edad.	Porcentaje	35.0	18.2	52.0
▪ La meta no se alcanzó debido, principalmente a la falta de difusión de los beneficios que brindan las pruebas.				
• Cobertura de citología realizada a mujeres sin seguridad social entre 25 y 34 años de edad.	Porcentaje	85.0	41.3	48.6
▪ No lo solicitan con la frecuencia esperada. Además, de que se complementa con nuevas estrategias, como la prueba de VPH.				
• Porcentaje de niñas de 9 años de edad de las entidades federativas que contemplan los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano, vacunadas contra VPH.	Porcentaje	90.0	96.8	107.5
▪ La meta se superó como resultado del fortalecimiento de la vacunación en la Tercera Semana Nacional de Salud.				

1/ Debido a que el indicador es decreciente, se aplicó la fórmula siguiente: $((\text{Meta Original} - \text{Meta Alcanzada}) \times 100 / \text{Meta Original}) + 100$.

FUENTE: Secretaría de Salud e IMSS.

REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Salud Reproductiva

En materia de salud reproductiva, se buscó mejorar y proteger la salud de las mujeres durante su vida reproductiva. Para ello, se fortalecieron las acciones orientadas a disminuir los embarazos no planeados y los de alto riesgo, así como a aumentar el período inter-genésico.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

- Se alcanzó, a septiembre de 2012, una cobertura de 46.2 por ciento en la aceptación por mujeres en el uso de un método anticonceptivo moderno.
- Le cobertura de anticoncepción post evento obstétrico estimada para el tercer trimestre del 2012 es de 58.5%.
- Se efectuaron acciones intensivas para mejorar la prestación de servicios de planificación familiar dando énfasis en la anticoncepción posevento obstétrico (APEO) para coadyuvar en la disminución del riesgo reproductivo y de la muerte materna en la estrategia Fuerza de Tarea, en 16 hospitales de 7 entidades federativas: Chiapas, Distrito Federal, Hidalgo, México, Jalisco, Guerrero y Veracruz
- Al mes de octubre del 2012 se efectuaron once cursos de consejería para prestadores de servicio, en los estados de Durango, Guerrero, Nayarit, Coahuila, México, Chihuahua, San Luis Potosí, Tlaxcala y Jalisco y dos en el Distrito Federal con un total de 291 participantes.
- Se realizaron tres talleres regionales dirigidos a responsables estatales y jurisdiccionales del programa de planificación familiar y anticoncepción con aproximadamente 230 asistentes de 31 entidades federativas
- Durante el periodo que se informa se han incorporado 14050 nuevos usuarios de vasectomía sin bisturí, en este periodo se llevaron al cabo once jornadas quirúrgicas de acreditación en los siguientes Estados: Estado de México (2), Guanajuato (2), Jalisco, Michoacán (2), Sonora, Guerrero, Quintana Roo y Tamaulipas, durante estas jornadas se acreditaron 19 médicos en el manejo de la técnica quirúrgica, además se instalaron trece nuevos servicios de vasectomía sin bisturí.
- Se llevaron a cabo dos Reuniones Regionales de Actualización en Salud Sexual y Reproductiva del hombre, la primera de ellas en el mes de junio con sede en el Puerto de Veracruz, la segunda de ellas en el mes de Octubre en Mazatlán con un total de 155 participantes.

Arranque Parejo en la Vida

A través de este Programa, la SS persistió en reducir los problemas emergentes que pueden conllevar el embarazo, parto y puerperio, así como los derivados al momento del nacimiento.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

- Se afiliaron 450 mil mujeres al Programa de Embarazo Saludable del Seguro Popular.
- Se realizaron 26 talleres de desarrollo humano para sensibilización del personal de salud, en las entidades federativas de México, Distrito Federal, Chiapas, Hidalgo, Guanajuato, Michoacán, Puebla Oaxaca, y Tabasco, con la asistencia de 780 personas; formación de reanimadores neonatales y la formación de reanimadores comunitarios.
- Se fortaleció el Convenio de Universalización de la Atención de Emergencias Obstétricas.
- Se fortaleció la estrategia de protección, promoción y fomento a la lactancia materna, mediante la reactivación de la iniciativa Hospital Amigo del niño y la niña, mediante la formación y actualización de evaluadores,
- Se logró, a través del Convenio de Universalización de la Atención de Emergencias Obstétricas, entre la SS, el IMSS y el ISSSTE, que las mujeres embarazadas que requieran del servicio médico ante una emergencia obstétrica sean atendidas en cualquiera de estas instituciones independientemente de ser o no derechohabientes.
- Se realizaron seis Talleres de Redes Sociales del Programa de APV dirigido a personal de salud del 1er.nivel de atención, autoridades y personal municipal y del DIF, en Hidalgo.

INDICADORES PARA RESULTADOS

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 1		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada /Original
		Original	Alcanzada	
SS				
Reducción de la Mortalidad Materna.				
• Razón de mortalidad materna. 1/	Razón 2/	47.1	49.7	94.7
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se redujo la razón de mortalidad materna con relación al año anterior, pese a que se han llevado a cabo diversas acciones y los esfuerzos a nivel de entidad federativa no han sido los esperados. 				
IMSS				
Atención a la Salud Reproductiva.				
• Tasa de mortalidad materna. 1/	Otra	27.3	29.1	93.4
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La meta no se alcanzó debido a que se presentaron diversos factores que influyeron en este indicador, tales como: la variabilidad existente entre las diferentes unidades de atención para ofrecer un servicio oportuno y de calidad a la mujer con emergencia obstétrica; el retraso del inicio de la edad al primer embarazo en la mujer, y las enfermedades crónico-degenerativas que complican o agravan la salud durante el embarazo. 				
• Tasa de atención de partos. 1/	Otra	46.5	48.8	95.1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La afiliación tardía de mujeres embarazadas para su atención, limitó la oportunidad de brindar asesoría en materia de planificación familiar. Al efecto, el uso de métodos anticonceptivos fue semejante a los de años previos. 				

1/ Debido a que el indicador es decreciente, se aplicó la fórmula siguiente: $((\text{Meta Original} - \text{Meta Alcanzada}) \times 100 / \text{Meta Original}) + 100$.

2/ La unidad de medida es la razón entre las defunciones maternas y los nacimientos estimados.

FUENTE: Secretaría de Salud e IMSS.

Investigación y Formación de Recursos Humanos

Para enfrentar los cambios en el perfil epidemiológico de la población, se siguió impulsando la formación de profesionistas especializados y la investigación científica y tecnológica, principalmente hacia la innovación e introducción de tecnologías de punta que contribuyan a la prevención, diagnóstico y tratamiento de nuevas patologías.

Al efecto, la SS formará a finales de 2012 a 2 932 médicos en diferentes especialidades: 1 016 de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y 1 916 de las instituciones de salud de las entidades federativas. En complemento, se estima se realizarán 989 cursos de educación continua con la asistencia de 53,858 profesionales de la salud. También, en materia de investigación, se estima publicar 1 127 artículos científicos en revistas indexadas de niveles III a V.

INDICADOR PARA RESULTADOS DEL PROGRAMA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO EN SALUD

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 2		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
SS Índice de artículos científicos publicados en revistas indexadas.	Porcentaje	57.6	56.0	97.2
<ul style="list-style-type: none"> Se estima que los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad presentarán al cierre del ejercicio fiscal 1 127 artículos científicos en revistas indexadas de los niveles III a V. 				

FUENTE: Secretaría de Salud.

INDICADOR PARA RESULTADOS DEL PROGRAMA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS PARA LA SALUD -HOSPITALES-

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 2		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
SS Proporción de especialistas médicos formados respecto al total nacional.	Porcentaje	34.7	49.8	101.4
<ul style="list-style-type: none"> La meta es evaluada en forma anual por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud toda vez que corresponde al ciclo académico que concluye en febrero 2013. Los factores de variación están asociados a posibles bajas durante el año escolar. 				
1/ Proyección a diciembre 2012				

FUENTE: Secretaría de Salud.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Fortalecimiento de los Sistemas de Calidad

Para mejorar la calidad en los servicios y garantizar el abasto oportuno de medicamentos en los tres niveles de atención, se siguió impulsando el Sistema Integral de Calidad **-SICALIDAD-**, al tiempo que se promovió la certificación en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

- Se encuestaron 2.78 millones de usuarios de los servicios del sector en todo el país; de los cuales, 95.6 por ciento mostraron estar satisfechos con el trato y calidad de los servicios.
- Se establecieron acciones integradas de calidad en 15,480 unidades.
- Se alcanzó un total de 10,374 unidades acreditadas.
- Se financiaron 34 proyectos de capacitación en calidad en diferentes entidades federativas y 84 proyectos de Acuerdos de Gestión en igual número de unidades médicas, para apoyar, principalmente, la acreditación de unidades.

Con el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud se monitoreó el desempeño de 10,757 unidades médicas de la SS, IMSS, ISSSTE, IMSS-Oportunidades y otras instituciones del sector.

INDICADOR PARA RESULTADOS DEL PROGRAMA CALIDAD EN SALUD E INNOVACIÓN

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 2		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
SS Hospitales públicos que han implantado medidas de seguridad del paciente. • Tal alcance proviene de aplicar medidas de seguridad al paciente en 334 hospitales.	Porcentaje	85.0	83.9	98.7

FUENTE: Secretaría de Salud.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico -CONAMED-

Mediante su intervención especializada e imparcial, la CONAMED refrendó su compromiso como instancia conciliadora en la resolución de inconformidades derivadas de controversias entre pacientes y personal médico.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

- De enero a agosto de 2012 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico concluyó 8,557 asuntos relacionados con inconformidades derivadas de la prestación de servicios de salud, al ofrecer medios alternos para su solución. De esta cifra, destaca el incremento de 18.8% en las gestiones inmediatas realizadas con respecto al resultado alcanzado en el mismo periodo del año anterior.
- De acuerdo a los servicios ofrecidos, se atendieron mediante orientación 3,907 asuntos, por asesoría especializada, 2,610; a través de gestiones inmediatas con instituciones de salud, 721; así como 1,111 quejas por conciliación o arbitraje y 208 mediante la emisión del dictamen médico pericial; estos últimos, realizados para brindar apoyo a los órganos de procuración y administración de justicia y algunos órganos internos de control. Es importante mencionar que de acuerdo a estas cifras, se estima alcanzar la meta programada para este año.
- En los primeros ocho meses de 2012, se impartió el curso denominado “Prevención del conflicto derivado del Acto Médico”, del cual se realizaron seis eventos con un total de 446 alumnos. Así mismo, se realizaron 97 conferencias con una participación de 7,005 asistentes.
- Ante el evidente beneficio social que representa la aplicación del arbitraje médico, la CONAMED promueve, con base en las atribuciones que le confiere su decreto de creación, el surgimiento de instancias análogas en cada una de las entidades federativas, para lo cual se estableció contacto con las autoridades estatales y miembros de los congresos locales. A la fecha se encuentran en funcionamiento 26 comisiones estatales de arbitraje médico.
- Entre 2007 y 2012, se formalizaron en 14 de estas comisiones convenios para homologar sus procesos de atención de la queja médica, para que estén acordes a los que operan en la CONAMED. A la fecha suman 16 comisiones homologadas (Aguascalientes, Campeche, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Veracruz). Se prevé que durante el último trimestre de 2012 se firme el convenio de homologación con la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del estado de Tlaxcala.

Fortalecimiento de la Infraestructura y Equipamiento

La presente Administración ha invertido en estos seis años **79,530.6** millones de pesos en infraestructura física en salud, de los cuales **71,777 MP** son recursos Federales, **6,957.8 MP** son recursos Estatales, **611.6 MP**, son recursos Municipales, y **184 MP** corresponden a otras fuentes de financiamiento, principalmente privadas; lo que ha permitido el desarrollo de **5,523** acciones de infraestructura, de las cuales **4,431** están terminadas y **1,092** continúan en Proceso. Del total de estas acciones, **1,850** corresponden a obras nuevas, **415** Sustituciones por obras nuevas y **3,258** acciones de fortalecimientos.

La Secretaría de Salud participó en el desarrollo de **4,350** acciones de infraestructura, en tanto el IMSS participó en **297** acciones, el IMSS Oportunidades en **614**, el ISSSTE en **204**, y **58** acciones más fueron desarrolladas con recursos de entidades Federativas: **13** del estado de Chiapas, **1** en el Estado de México, **3** de Nuevo León, **1** en Puebla, **10** en Querétaro, **4** en Quintana Roo, **25** en San Luis Potosí, y **1** en Yucatán.



UNIDADES DE PRIMER CONTACTO

Del total de estas acciones de infraestructura en salud, **4,502** se han destinado a la construcción y/o remodelación de Unidades de Primer Contacto, de las cuales **3,658** están terminadas y **844** continúan en Proceso. En total se han destinado **16,489.2 MP**, para la construcción, remodelación y equipamiento de Unidades de Primer Contacto.

Las **3,658** acciones terminadas en Unidades de Primer Contacto están conformadas por **1,587** obras nuevas, **149** obras nuevas por sustitución y **1,922** fortalecimientos (ampliaciones, remodelaciones y equipamientos)

Total de Obras nuevas y sustituciones Terminadas: **1,736**

SECRETARÍA DE SALUD: 1,548

- **530** Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES)
- **640** Unidades Móviles del Programa CARAVANAS de la Salud
- **20** Establecimientos de Apoyo
- **324** Centros de Salud
- **31** Centros de Salud con Servicios Ampliados
- **3** Unidades Médicas de Alta especialidad

IMSS: 50

- **40** Unidades de Medicina Familiar
- **10** Unidades de Medicina Familiar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria

IMSS Oportunidades: 63

- **63** Unidades Médicas Rurales

ISSSTE: 30

- **16** Unidades Médicas Familiares
- **14** Clínicas de Medicina Familiar

Entidades Federativas: 45

- **18** Unidades Móviles del Programa CARAVANAS de la Salud
- **2** Establecimientos de Apoyo
- **24** Centros de Salud



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- 1 Centro de Salud con Servicios Ampliados

Continúan en Proceso **844** acciones de infraestructura en Unidades de Primer Contacto, conformadas por **83** obras nuevas, **200** obras nuevas por sustitución, y **561** acciones de fortalecimiento (ampliaciones, remodelaciones y equipamientos).

Obras nuevas y sustituciones en Proceso: **283**

SECRETARÍA DE SALUD: 257

- 12 Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES)
- 6 Establecimientos de Apoyo
- 213 Centros de Salud
- 26 Centros de Salud con Servicios Ampliados

IMSS: 2

- 2 Unidades de Medicina Familiar

IMSS Oportunidades: 21

- 21 Unidades Médicas Rurales

ISSSTE: 3

- 2 Unidades Médicas Familiares

UNEMES

Al 31 de Agosto de 2012 se han construido **530** UNEMES distribuidas en las **32** entidades federativas bajo la dirección de las autoridades locales de salud, **12** Unidades más continúan en Proceso de construcción en **10** entidades federativas. Estas nuevas unidades se suman a los **17** proyectos de fortalecimiento, **16** terminados y uno en proceso, que conforman en total las **559** acciones realizadas en las UNEMES durante los últimos seis años.

Las **530** UNEMES construidas están integradas por: **318** UNEMES “Nueva Vida” CAPA, **100** UNEMES de Enfermedades Crónicas, **34** UNEMES Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), **47** Centros Integrales de Salud Mental (CISAME), **7** UNEMES de Hemodiálisis, **3** de Urgencias, **9** de Cirugía Ambulatoria, **3** de Diagnóstico, **4** de Oncología, y **5** de Detección de Diagnóstico de Cáncer de Mama, con una Inversión de **1,922.6** millones de pesos, de los cuales **1,561.1** millones de pesos corresponden a recurso federal.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Las 12 obras en proceso de construcción corresponden a **3 UNEMES** de Hemodiálisis, **7 DEDICAM**, **1** de Oncología y **1** de Trauma, con una inversión total de **186.1** millones de pesos, de los cuales **176.1** corresponden a recurso federal.

Unidades Médicas de Atención Especializada (UMAE)

Durante la presente administración se han construido **3** nuevas Unidades de Atención Especializada ubicadas en Chiapas, Tabasco y Durango, asimismo se ha concluido el equipamiento del Centro de Atención Oncológico, en Michoacán

UNIDADES HOSPITALARIAS

En los últimos seis años se han desarrollado **1,021** acciones de infraestructura destinadas a la construcción y/o remodelación de Unidades Hospitalarias, de las cuales **773** están terminadas y **248** en Proceso. De estas acciones **246** corresponden a Obras Nuevas y Sustituciones y **775** Acciones de Fortalecimiento (Ampliación, Remodelación y Equipamiento).

En total se han destinado **63,041.5 MP**, para la construcción, remodelación y equipamiento de Unidades Hospitalarias.

De 2007 a 2012, se han construido **189** Unidades Hospitalarias:

SECRETARÍA DE SALUD: 140

- 74 Hospitales Generales,
- 45 Hospitales Comunitarios,
- 17 Hospitales Materno-Infantil, y
- 5 Hospitales Regionales de Alta Especialidad en los estados de Estado de México, Guanajuato, Oaxaca, Tamaulipas y Yucatán

IMSS: 22

- 4 Hospitales Generales Regionales
- 3 Hospitales Generales de Subzona
- 4 Hospitales Generales de Zona
- 1 Hospital General de Zona CON Unidad Médica de Atención Ambulatoria
- 9 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria
- 1 Hospital Rural



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

IMSS Oportunidades: 11

- 11 Hospitales Rurales

ISSSTE: 14

- 3 Hospital de Alta Especialidad
- 3 Hospital General
- 1 Clínicas Hospitalares
- 4 Clínica Médico Familiar con Especialidades
- 3 Clínicas de Especialidades

Entidades Federativas: 2

- 1 Hospital Comunitario (Chiapas)
- 1 Hospital General (Querétaro)

Asimismo, se encuentran en proceso de **248** acciones de infraestructura más destinadas a Unidades Hospitalarias, las cuales se encuentran integradas por **36** Obras nuevas, **21** obras nuevas por sustitución, y **191** acciones de fortalecimiento (Ampliaciones, remodelaciones y equipamiento).

Unidades Hospitalarias en Proceso de Construcción: **57**

SECRETARÍA DE SALUD: 54

- 29 Hospitales Generales,
- 22 Hospitales Comunitarios,
- 3 Hospitales Materno-Infantil

IMSS: 2

- 2 Hospitales Generales de Zona

ISSSTE: 1

- 1 Hospital de Alta Especialidad

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud a los segmentos de la población que carecen de seguridad social, privilegiar a la que vive en condiciones de extrema pobreza, y a la que reside en las zonas más apartadas del país, constituye una tarea prioritaria del Sector Salud. Para ello, se fortalecieron los programas de Desarrollo Humano Oportunidades, IMSS-Oportunidades, Combate a las Adicciones, Caravanas de la Salud y el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación.

Desarrollo Humano Oportunidades -Oportunidades-

PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	2 0 1 1 Jun	2 0 1 2 Jun	VAR. %
Total de beneficiarios en control	Familia (Miles)	5,612.0	5,647.6	0.6
SS		4,169.7	4,188.2	0.4
IMSS-Oportunidades Rural		1,262.8	1,280.2	1.4
IMSS-Régimen Obligatorio		179.5	179.2	-0.2
Atención	Consulta (Millones)	21.9	22.8	4.1
Niños menores de cinco años		3.6	3.6	0.0
Niños menores de cinco años con desnutrición		0.9	0.9	0.0
Mujeres embarazadas		0.8	0.8	0.0
Otros integrantes de la familia		17.5	18.4	5.1
Alimentación				
Niños menores de cinco años que recibieron suplementos alimenticios	Niños (Miles)	451.8	528.7	17.0
Mujeres embarazadas y en período de lactancia que recibieron suplementos alimenticios	Mujeres (Miles)	219.3	259.9	18.5
Suplementos alimenticios adquiridos para menores de cinco años ^{1/}	Dosis (Miles)	190,904.9	216,684.8	13.50
Suplementos alimenticios adquiridos para mujeres embarazadas y en período de lactancia ^{1/}		87,695.4	90,609.6	3.32

Cobertura				
Municipios		2,447	2 448	0.04
Localidades		96,187	96,231	0.05
Entidades		32	32	0.0
Recursos humanos				
	Persona	88 478	92 115	4.1
Médicos		30 941	31 903	3.1
Enfermeras		35 920	36 752	2.3
Paramédicos		12 521	12 949	3.4
Administrativos y otros		9 096	10 511	15.6
Infraestructura física				
	Hospitales y/o Clínicas	14 055	14 349	2.1
Equipos de Salud Itinerantes				
	Equipos	2 754	2 798	1.6

FUENTE: Con Oportunidades. Padrón Activo Mayo-Junio 2011 y Mayo-Junio 2012
1_/Las cifras de suplemento corresponden a los cierres del 2011 y 2012

Mediante la vertiente de salud del Programa, se siguió beneficiando a los integrantes de las familias con la provisión del Paquete Básico Garantizado de Salud, con base en las Cartillas Nacionales de Salud. Se trata de prevenir y detectar con oportunidad enfermedades de mayor impacto en la salud pública, sin menoscabo del cuidado de los aspectos curativos y de control de los principales padecimientos.

Así, al mes de junio del 2012 se atendió a 5 647.6 miles de familias, de las cuales 74.2 por ciento fueron responsabilidad de la SS; 22.7 del IMSS-Oportunidades Rural, y 3.2 por ciento de familias del IMSS-Régimen Obligatorio.

Se proporcionaron 22.8 millones de consultas: 3.6 millones a niños de hasta cinco años, de éstos, 0.9 fueron menores de cinco años con desnutrición; 0.8 a mujeres embarazadas, y 18.4 millones a los demás integrantes de las familias beneficiarias. El análisis por institución indica que, 72.4 por ciento fueron atendidas por la SS, 25.0 por el IMSS-Oportunidades Rural, y el restante 2.6 por ciento por IMSS-Régimen Obligatorio.

Con el propósito de mejorar los niveles de nutrición de la población objetivo, se adquirieron 216.7 millones de dosis alimenticias para su entrega a niños y niñas de seis meses a cinco años de edad, en las que se incluye además del suplemento Nutrisano®, 53.5 millones de dosis de Vita niño®, multivitamínico

en polvo que se distribuye a niños y niñas de seis a 59 meses de edad, sin distinción del estado nutricional y 0.5 millones de dosis de Nutricrece®, leche descremada en polvo fortificada para niños y niñas de 13 a 23 meses, atendidos en áreas rurales. Cabe destacar que estos dos últimos tipos de suplementos se entregan a la población que se encuentra en la prueba piloto de la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición **-EslAN-** y en el Modelo Alternativo de Salud **-MAS-** de áreas urbanas.

Adicionalmente, se compraron 90.6 millones de dosis de suplementos alimenticios para mujeres embarazadas y en período de lactancia, en los que se incluye el complemento Nutrivida®, y se adquirieron 9.9 millones de dosis del suplemento Nutrivida Tabletas®, los cuales se distribuyeron entre la población beneficiaria de las unidades donde se aplica la EslAN y el MAS.

Al mes de Junio del 2012, para el desarrollo de las acciones de Oportunidades, se dispuso de 14 349 unidades médicas fijas del Sector Salud y 2 798 equipos de salud itinerantes. De estos últimos, 1 863 fueron a unidades médicas móviles, 11 brigadas a pie y 924 de otras modalidades. En comparación con el mismo mes del año previo, el número de unidades médicas fijas participantes creció 2.1 por ciento. En el caso del IMSS-Régimen Rural, participaron 270 módulos de atención. De igual forma intervinieron 92 115 profesionales y técnicos, cifra que comparada con el mes del ejercicio precedente fue superior en 4.1 por ciento.

PROTECCIÓN FINANCIERA

Sistema de Protección Social en Salud

Con el propósito de alcanzar la cobertura universal en salud y garantizar a la población el acceso efectivo y la prestación de servicios, se continuaron dando pasos firmes en la ampliación y el fortalecimiento del Seguro Popular **-SP-** en apoyo de las familias no derechohabientes de la seguridad social, preferentemente las de menos ingresos.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

- Se afiliaron al mes de agosto del 2012 al SP 1.0 millones de personas, con lo que el padrón ascendió a 52.8 millones, cifra superior en 0.4 por ciento con respecto a la meta programada.
- Del total de afiliados, 99.4 por ciento correspondió a los cuatro primeros deciles de ingreso, en tanto que los deciles V al X agrupan al 0.6 por ciento y forman parte del régimen contributivo, con excepción de los beneficiarios del Seguro Médico para una Nueva Generación y Embarazo Saludable.

INDICADOR PARA RESULTADOS DEL PROGRAMA SEGURO POPULAR

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 2		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
SS Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud.	Porcentaje	98.0	100.7	102.8
<ul style="list-style-type: none"> La afiliación acumulada al primer semestre del 2012 es de 52,738,355 personas, mientras que la meta anual reportada en el PASH es de 52,322,494. Esta mayor afiliación se debe a una demanda mayor a la esperada para la incorporación 2012. 				
Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular.	Porcentaje	98.0	89.01	269.72
<ul style="list-style-type: none"> La periodicidad de este indicador es semestral y se tenía una meta de 339,263 personas nuevas que equivale al 33% de la meta anual (98%). 				

FUENTE: Secretaría de Salud.

Seguro Médico para una Nueva Generación -SMNG-

Por su relevancia en el cuidado de la salud infantil, el SMNG orientó sus tareas a promover la atención preventiva y brindar servicios integrales de salud a los niños nacidos a partir de diciembre de 2006, y que no están afiliados a alguna institución de seguridad social. Al respecto, al mes de agosto del 2012 se han afiliado al Programa 738,106 recién nacidos, con lo que el padrón ascendió en 6,521,220 niños.

Para el desempeño de sus funciones, se financiaron las adquisiciones de vacunas e implantes cocleares para infantes con hipoacusia severa y profunda, y compró equipos de tamizaje auditivo.

Asimismo, se impartieron cursos y se contrató personal en el marco de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud, el fortalecimiento de la red de frío y el tamiz metabólico semiampliado.

INDICADORES PARA RESULTADOS DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 2		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
SS Niños afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación.	Porcentaje	100.0	134.0	134.0
<ul style="list-style-type: none"> El incremento de la afiliación se debe al aumento de la demanda de los padres para afiliar a sus hijos, que son la población objetiva, aunada a las campañas de afiliación que se llevan a cabo en las entidades federativas de manera constante durante el año. Las metas se hacen con base en las estimaciones de CONAPO, como indican las Reglas de Operación, las cuales quedaron por debajo de la dinámica demográfica, la meta estimada por año fue afiliar 850 mil niños 				

Niños afiliados con acceso a los servicios de salud.	Porcentaje	60.0	62.0	103.3
<ul style="list-style-type: none"> • Los datos son preliminares al 31 de agosto, por lo que la meta puede variar y ser mayor cuando se obtenga el cierre completo del registro del sistema. 				

FUENTE: Secretaría de Salud.

Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

A través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) se siguió financiando a la población de escasos recursos que padece alguna enfermedad de alto costo económico. Al efecto, el FPGC financió al 30 de junio del 2012 un monto de 3,226.0 millones de pesos para la atención de 70,835 casos de enfermedades catastróficas.

Sobresalen los recursos asignados al Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA por 2,346.1 millones de pesos para la compra de antirretrovirales y pruebas de monitoreo -CD4, Carga Viral y Pruebas de Genotipos- en beneficio de más de 42 mil pacientes, para los períodos 2010-2011 y 2011-2012.

FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS

C O N C E P T O	Casos atendidos	Millones de Pesos
Cáncer Cérvico Uterino (CACU)	252	4.6
Cáncer de Niños (CN/TS)	368	44.3
Seguro Médico para una Nueva Generación (Cáncer en Niños)		
Trasplante de Médula Ósea Infantil (TMOI)	6	3.9
Cuidados Intensivos Neonatales (CIN)	2,940	138.9
Cataratas (CAT)	8,972	100.9
Cáncer de Mama (CAMA)	2,765	455.3
Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos (SMNG 17)	679	52.2
Trasplante de Cornea (TC)	5	0.1
Tumor Testicular (TT)	166	13.6
Hemofilia (HEM)	0	0.0
Trasplante de Médula Ósea Adultos (TMOA)	0	0.0
Enfermedades Lisosomales (EL)	0	0.0
Linfoma No Hodgkin (LNH)	285	64.8
Infarto Agudo al Miocardio (IAM)	35	1.3
Cáncer de Próstata (CP)	0	0.0
Trasplante de Riñón	0	0.0
Cáncer de Ovario	0	0.0
Hepatitis C	0	0.0

VIH-SIDA	54,362	2,346.1
Total	70,835	3,226.0

Nota: Cifras validadas al 30 de junio del 2012.

FUENTE: Secretaría de Salud.

Caravanas de la Salud

Con este Programa se prosiguieron otorgando servicios de salud a la población de los municipios de menor índice de desarrollo humano y alto grado de marginación, que por su ubicación geográfica carecen de atención médica oportuna. Para ello, operaron 953 unidades médicas móviles en beneficio de 3.8 millones de personas que habitan en las 21,414 localidades objetivo del programa.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

- Se otorgaron 8,942,572 acciones de promoción y prevención; 3,034,962 atenciones médicas ligadas al CAUSES (Consultas de primera vez y subsecuentes). En total se otorgaron hasta el tercer trimestre del año 2012 un total de 11,977,534 acciones en SALUD
- Se inició la operación de la estrategia de referencia y contrarreferencia de pacientes, mediante la cual se canalizaron a los pacientes que requirieron de un mayor cuidado a los hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

INDICADORES PARA RESULTADOS DEL PROGRAMA CARAVANAS DE LA SALUD

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	M E T A S 2 0 1 2		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Alcanzada / Original
		Original	Alcanzada	
SS Porcentaje del total de población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el Programa.	Porcentaje	90.0	98.40	100%
<ul style="list-style-type: none"> • La meta se superó en virtud de que se reestructuraron algunas rutas del Programa, con el fin de ampliar la cobertura de atención a otras localidades. 				
Porcentaje de unidades médicas móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado.	Porcentaje	90.0	98.55	100%
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener en operación a una mayor cantidad de unidades médicas móviles con respecto a las programadas. 				

FUENTE: Secretaría de Salud.

ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN (Enero-Septiembre 2012)

SALUD^{1/}

Misión: La Secretaría de Salud es una Dependencia del Gobierno Federal, responsable de la rectoría estratégica del Sistema Nacional de Salud, de la conducción y prestación de servicios de salud a la persona y a la comunidad, de la generación de recursos para la salud y de la protección social en salud para toda la población Mexicana, a través de la coordinación de los esfuerzos de las diversas instituciones de seguridad social del país y de las entidades federativas, así como de la dirección de las áreas centrales, órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados, centrada en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y basada en los valores de calidad de la atención y trato digno a las personas, equidad, efectividad, eficiencia y sustentabilidad financiera.

Objetivos Nacionales

5. Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizado: alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo, tal y como lo establece la Constitución.

La Secretaría de Salud, durante 2012, comprometió indicadores, algunos de ellos sectoriales, por ello se aclara que algunas cifras son preliminares, ya que los resultados finales se conocen después de los tiempos de elaboración de la Cuenta Pública. A continuación se presenta la explicación sucinta de los resultados obtenidos:

Programa Presupuestario		Presupuesto (Pesos)			Porcentaje del Ejercicio	
Clave	Denominación	Aprobado	Modificado	Ejercido	Ejer./Aprob.	Ejer./Modif.
E010	Formación de Recursos Humanos Especializados para la Salud (Hospitales)	2,697,608,166	2,659,930,832	1,236,623,195	45.8	46.5

Vinculación:

- **Plan Nacional de Desarrollo:** Eje 3.- Igualdad de Oportunidades; **OEPP 5.-** Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.
- **Programa Sectorial: 12.-** Programa Sectorial de Salud 2007-2012; **Objetivo 3.-** Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Proporción de especialistas médicos formados por el programa respecto al total nacional de la Secretaría de Salud				
Nivel: Fin	Contribuir a la disminución de necesidades no cubiertas de profesionales de la salud especializados para la atención de los problemas de salud.			
Tipo del indicador	Estratégico			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	(Médicos especialistas formados en las entidades ejecutoras de la CCINSHAE / Médico especialistas formados a nivel nacional x 100			
Unidad de medida	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
34.7	34.7	1/ 49.8	101.4	
Unidad Responsable: 160 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad				

1/ Proyección a Diciembre de 2012

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

Este **indicador estratégico de fin** mide la “**Proporción de especialistas médicos formados respecto al total nacional**”, con el fin de contribuir a disminuir las necesidades de salud no cubiertas de la población mediante la formación de especialistas médicos.

- El indicador es de tipo anual y están en desarrollo las actividades de formación hasta concluir el ciclo académico marzo 2012 - febrero 2013, por lo cual no se informan resultados del cumplimiento de metas a este periodo.
- Para el ejercicio 2012, se estableció una meta de 34.7 por ciento de especialistas médicos formados dentro de las unidades médicas coordinadas por la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) que esta conformada por 1 016 médicos especialistas formados en las entidades ejecutoras de la CCINSHAE en relación a 2 932 médicos especialistas formados a nivel nacional, sin embargo los resultados a esta fecha son los mismos que los originales toda vez que el ciclo académico concluye en febrero de 2013.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador:

En el marco del programa presupuestal se han realizado diversas actividades de formación de recursos humanos para la salud durante el periodo enero-septiembre 2012 que comprenden pregrado, posgrado y educación continua, aunque su enfoque prioriza la formación de médicos especialistas toda vez que. Los principales avances por área reportados por las entidades ejecutoras se presentan a continuación:

Pregrado

- ◆ En el Instituto Nacional de Psiquiatría se fortaleció la capacitación relacionada con los estándares relacionados con la Calidad y Seguridad del paciente para la generación que ingresó en marzo de 2012.
- ◆ En el Hospital Juárez del Centro en Enfermería se realizaron convenios con CONALEP para realizar prácticas de campo clínico y servicio social y se establecieron convenios con la Escuela Superior de Medicina y la Escuela Nacional Homeopática para llevar a cabo formación de pregrado por rotación en la Carrera de Médico Cirujano, además de Servicio Social en el área de Ingeniería Biomédica; así como con la Universidad del Valle de México para Servicio Social en el área de la Licenciatura en nutrición.
- ◆ En el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán se incrementaron en un 66 por ciento las plazas de internado médico de pregrado, mismas que se realizan mediante convenio con la UNAM, la Universidad Anahuac/Mayab y la Universidad Autónoma de Guadalajara (Campus Tabasco).
- ◆ Por su parte, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia impartió un curso a nivel de pregrado para formar a 404 alumnos de la Licenciatura en Terapia Física y otro para la formación de 42 alumnos de la Licenciatura en Terapia Ocupacional que tienen como propósito ampliar la cobertura de atención paramédica de las personas con discapacidad en al menos los 21 Centros de Rehabilitación del DIF a través de la formación de estos profesionales.

Posgrado

El posgrado se identifica en tres acciones esenciales: especializaciones asociadas a residencias médicas y especializaciones no vinculadas con residencias médicas, además de maestrías y doctorados. A continuación se presentan los principales resultados en esta área:

- ◆ En el Instituto Nacional de Psiquiatría sus residentes y estudiantes de posgrado obtuvieron en conjunto 9 becas del Instituto Carlos Slim para la Salud. El Instituto Nacional de Cancerología llevó a cabo la XXIX Reunión Anual Médica en la que se destacó la incorporación de nuevos elementos en el quehacer oncológico nacional e internacional.

- ◆ El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias destacó por los trabajos realizados respecto al análisis y gestión del estado actual de la neumología en México para lo cual se realizó un diagnóstico de la distribución de los neumólogos en México y dentro de los resultados se citan poblaciones de más de 100 mil habitantes sin estos servicios de especialidad. Adicionalmente, estos trabajos servirán para proponer cambios en el plan de estudios de la especialidad de neumología.
- ◆ Diversas instituciones hospitalarias, entre ellas el Instituto Nacional de Cardiología han iniciado con la rotación de sus médicos residentes a los Hospitales Regionales de Alta Especialidad con lo cual llevan atención médica especializada en zonas alejadas del centro del país, con accesibilidad a un diagnóstico oportuno y atención específica.
- ◆ En otros aspectos, destaca el Hospital de la Mujer en el cual se logró la titulación de la totalidad de los egresados de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia, así como de la Especialidad de Neonatología.
- ◆ En el caso del Instituto Nacional de Medicina Genómica se continuaron las gestiones con la UNAM con la finalidad de ser Sede Académica para la Maestría en Medicina Genómica. Este posgrado que forma parte de los posgrados de excelencia del CONACYT, representa un gran beneficio para el Instituto y su futura población, ya que asegura la calidad de la enseñanza, el prestigio y relevancia de los estudios reconocidos por la UNAM.
- ◆ Para el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía se integró al programa académico un nuevo Curso de Alta Especialidad, en Neurooncología. Los tumores primarios del sistema nervioso central son causa cada vez más frecuente de consulta y son patologías que requieren intervenciones de alta especialidad. Con la creación de este curso se formarán profesionales entrenados que permitirán diagnósticos más oportunos, tratamientos mejor dirigidos lo cual impactará en el pronóstico de la población con patología oncológica cerebral.
- ◆ El Instituto Nacional de Pediatría logró que en el examen del PUEM, los médicos residentes de tercer año de pediatría obtuviera el primer lugar de todas las sedes universitarias formadoras de recursos en pediatría, además se creó el curso de subespecialidad en cirugía cardiotorácica y el curso de posgrado para médicos especialistas en atención integral al niño con síndrome de Down. El Instituto fue sede del Curso Técnico en Terapia Física y Terapia Ocupacional en Ortopedia y Traumatología Pediátrica en base al convenio que se tiene con el Instituto Teletón de Estudios Superiores en Rehabilitación, con 55 alumnos que egresaron en 2012, además de que mediante el Centro de adiestramiento en simulación médico-quirúrgica realizó el curso: “Atención del Paciente en Estado Crítico”, para los médicos residentes de segundo y tercer años de pediatría.
- ◆ Por su parte, los residentes del Instituto Nacional de Perinatología llevaron a cabo su rotación en el extranjero (España, Estados Unidos) con lo cual se propicia que los residentes desarrollen una mejor competencia en su área aplicativa y cumplan con los requerimientos para completar su formación, además de que se favorecen destrezas y habilidades para poder garantizar a los pacientes calidad y seguridad en el servicio otorgado y dar la mejor atención basada en evidencia.
- ◆ En el Instituto Nacional de Rehabilitación egresó la primer Generación de la Maestría de Ciencias de la Salud de IPN con 100% de eficiencia terminal, formada principalmente por personal adscrito al INR, con lo que se favorece la inclinación de la actividad médica hacia la investigación.
- ◆ En el marco del proyecto de enseñanza de posgrado de geriatría, el Instituto Nacional de Geriatría participó en un análisis de la situación de recursos humanos especializados en esta área lo que permitió el consenso del cuerpo de profesores de los cursos de posgrados de la especialidad en Geriatría de la UNAM a efecto de reducir los años de especialidad y convertirla en modalidad de entrada directa a partir del

examen nacional de residencias médicas que permita aumentar el número de especialistas que dediquen su trabajo profesional a la atención de la población adulta mayor.

- ◆ Destaca el Hospital General de México en el cual durante el primer semestre de 2012 quedó concluido el trámite y autorizada la especialidad de Medicina Familiar, como Subsede y en un Programa especial para médicos generales; esta especialidad es considerada como capacitación ya que está dirigida a médicos generales. Así también se otorgo el nivel académico por parte de la UNAM para la especialización de Urgencias Médicas.
- ◆ En el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad durante el ejercicio fiscal 2012 se inició el Programa de Residencias Médicas mediante el cual estas instituciones de alta especialidad participaron decididamente en el desarrollo de personal de salud para atender las necesidades de la medicina de alta especialidad en la región.
- ◆ Finalmente, en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia – DIF se impartió un curso a nivel de posgrado para la formación de 42 Médicos Especialistas en Medicina de Rehabilitación lo que permitirá ampliar la cobertura de atención médica de las personas con discapacidad en al menos los 21 Centros de Rehabilitación del DIF, a través de la formación de médicos especialistas en Rehabilitación.

Educación Continua

- ◆ En Educación Continua, debido a la alta calidad de los cursos que ofrece el Instituto Nacional de Psiquiatría, se firmó un convenio con la Secretaría de Salud del Gobierno de Zacatecas, para impartir tres cursos en la modalidad a distancia, dirigidos a profesionales de la salud.
- ◆ El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias diseño e implemento el diplomado de Profesionalización Docente dirigido a los profesores que imparten cursos de posgrado y pregrado. Concluyo la segunda generación del Diplomado de Profesionalización docente con 16 participantes.
- ◆ En el caso del Instituto Nacional de Medicina Genómica, derivado de los intercambios realizados con el Broad Institute, se generó un programa novedoso denominado “X-training 2012 – Aprendizaje Interdisciplinario”, con 56 personas como alumnos, derivado de su éxito se determinó la valoración de su realización cada año se realice así como su taller correspondiente.
- ◆ En el Hospital Infantil de México se dio continuidad a las sesiones interinstitucionales, mismas que forman parte del Programa de Centro Mexicano de Salud por Televisión (CEMESATEL), durante el primer semestre se tuvieron 48. En las sesiones, participaron 31 instituciones de salud que tradicionalmente lo hacen como son Academia Nacional de Medicina, Institutos Nacionales de Salud, Hospital Central Militar, Academia Mexicana de Pediatría, etc. La audiencia fue de 3,282 visitas en vivo, calculado con base en los resultados de la encuesta a usuarios e internet. La transmisión por internet ha permitido un incremento de los receptores, en América Latina, Estados Unidos, Europa y Asia a través de 2,308 reproducciones de contenido grabado.
- ◆ Por su parte, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, de reciente apertura están en proceso de inició de las actividades de educación continua, como lo muestra el HRAE Ixtapaluca que llevo a cabo el Curso Introducción a la investigación con 72 asistentes.
- ◆ Finalmente, en los Centros de Integración Juvenil se encuentra en proceso la Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones de Centros de Integración Juvenil, correspondiente a la 8ª generación. Esta especialidad tiene reconocimiento y validez oficial de la SEP, Clave DGP417717. Se

inició el Diplomado Género, Violencia Familiar y Adicciones, correspondiente a la 5ª generación. El diplomado, cuenta con reconocimiento académico de la UNAM.

Programa Presupuestario		Presupuesto (Pesos)			Porcentaje del Ejercicio	
Clave	Denominación	Aprobado	Modificado	Ejercido	Ejer./Aprob.	Ejer./Modif.
E 022	Investigación y desarrollo tecnológico en salud	1,500,814,344	1,558,022,584	966,957,153	64.4	62.1

Vinculación:

- **Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3.-** Igualdad de Oportunidades; **OEPP 8.-** Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano del país.
- **Programa Sectorial: 12.-** Programa Sectorial de Salud 2007-2012; **Objetivo 1.-** Mejorar las condiciones de salud de la población.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Índice de artículos científicos publicados en revistas indexadas				
Nivel: Propósito	El conocimiento científico necesario para resolver los problemas de salud de la población está disponible para quienes lo requieran			
Tipo del indicador	Estratégico			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	$(\text{Artículos científicos publicados en revistas indexadas niveles III a V} / \text{Artículos totales publicados en revistas de los niveles I a V}) \times 100$			
Unidad de medida	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
57.6	57.6	1/ 56.0	97.2	
Unidad Responsable: 160 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad				

1/ Proyección a Diciembre de 2012

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

Es un indicador **estratégico de componente** que mide “la eficacia de la población de artículos científicos de alta calidad”, que permitirán impactar, en los casos que se desarrolla una aplicación directa a partir del conocimiento innovador generado en beneficio de la salud de la población.

- El indicador es de tipo semestral por lo que las cifras alcanzadas que se presentan corresponden al periodo enero-junio 2012, el resto de proyectos de investigación se encuentran en desarrollo, motivo por el cual la publicación de los artículos que concluyen se reportarán en el cierre del ejercicio en el mes de diciembre de 2012.
- Para propiciar la generación de conocimiento científico innovador que incida en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, la Secretaría de Salud dio continuidad a la evaluación anual del Presupuesto Basado en Resultados a través del indicador de tipo estratégico “Índice de artículos científicos publicados en revistas indexadas”, que se ha constituido como uno de sus principales indicadores a lo largo del tiempo privilegiando la relevancia de los artículos científicos que son publicados en revistas indexadas de nivel III a V de la clasificación internacional; con ello orientan las tareas del programa hacia la investigación pertinente que propicie la innovación científica básica y aplicada de alta calidad que contribuya a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías que afectan salud de la población.
- El indicador índice de artículos científicos publicados en revistas indexadas al final del periodo registró un valor de 63.7 por ciento con 599 artículos publicados en revistas indexadas de los niveles III a V en comparación con los 528 previstos originalmente, que representan 71 artículos de alto nivel adicionales publicados. También los artículos totales publicados en revistas indexadas de niveles I a V presentaron un incremento de 58 al pasar de 883 previstos originalmente a 941 registrados al final del primer semestre del año, que representa una meta alcanzada de 63.7 por ciento, lo cual representa en términos generales un cumplimiento de 106.5 por ciento, respecto a la meta original de 59.8 por ciento. Este comportamiento se explica por lo siguiente:
- Los Institutos Nacionales de Salud registraron un valor de 68.8 por ciento en comparación con la meta original de 64.6 por ciento, en lo cual destaca el comportamiento del Instituto Nacional de Medicina Genómica que en este periodo todos sus artículos fueron considerados como de alto impacto, con una producción de 13 artículos de alto impacto más que los estimados.
- Los Hospitales Federales de Referencia presentaron un 36.3 por ciento de artículos de alto impacto en comparación con el 36.8 estimado originalmente, esto debido a que en el Hospital General de México se cumplió con la meta comprometida en un 87.5 por ciento porque se tienen artículos en etapa de revisión.
- En el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad la meta original fue del 20 por ciento pero se alcanzó el 100 por ciento de artículos de alto impacto respecto a la totalidad de artículos científicos publicados esto motivado principalmente por las actividades del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.
- Finalmente, los Servicios de Atención Psiquiátrica no publicaron ninguno artículo de alto nivel de los dos comprometidos al inicio del periodo.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

- ◆ La investigación en salud presenta beneficios reales y potenciales para la mejora de la salud de la población lo que contribuye al desarrollo del país con una mejor calidad de vida. En el periodo de enero-septiembre 2012 se reporta de manera estimada un incremento en el promedio de

artículos científicos publicados en revistas de alto impacto respecto a la programación original en 6.5 por ciento, lo cual denota el reconocimiento de la comunidad científica a la investigación que se realiza en las entidades que participan en el programa. A continuación se muestran algunos avances relevantes que tienen impacto directo en la salud de la población:

- ◆ En el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" en el marco de la Red de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud mental en México (REC-INPRFM), se tiene colaboración con dos Centros Comunitarios: Centro de Integración Juvenil de Azcapotzalco, D.F. y el Centro Nueva Vida-Puebla Sur. En los cuales se desarrollan proyectos para mejorar la retención y resultados del tratamiento de pacientes por consumo de sustancias y contribuyen a reducir las barreras para ingresar al tratamiento e incrementan la disponibilidad de los servicios de atención.
- ◆ El Instituto Nacional de Cancerología desarrolla el programa de Investigación en Cáncer de Mama que se realiza en colaboración con instituciones nacionales e internacionales, para conocer los mecanismos de génesis de la enfermedad y detectar tempranamente la enfermedad, y en caso de que la neoplasia ya se haya hecho evidente, al identificar a las pacientes que tienen factores de mal pronóstico será posible adecuar las terapias para cada uno de los casos en particular, lo cual impactará en la sobrevida libre de progresión, sobrevida global así como en la calidad de vida de las pacientes afectadas por la neoplasia.
- ◆ Por su parte el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias obtuvo dos premios importantes en el 8° Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Tórax en Montevideo Uruguay relacionados con la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), estos estudios permiten instrumentar acciones gubernamentales en la mejora de las estufas en las viviendas para disminuir la exposición al humo de leña y sus consecuencias en el aparato respiratorio. Adicionalmente, se concluyó y publicó un estudio muy importante que determinó las bases genéticas de susceptibilidad a padecer cuadros graves de influenza en población mestiza mexicana, estos resultados serán útiles para buscar biomarcadores de susceptibilidad a desarrollar cuadros graves de influenza en población mexicana.
- ◆ En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición se continua con diferentes proyectos de investigación orientados al desarrollo rural (Oaxaca, Sierra Juárez, Costa Chica de Guerrero, zona Mazahua del Estado de México, Sierra Tarahumara) logrando con ello una presencia favorable en las diferentes comunidades indígenas del país en temas como la desnutrición, desarrollo sostenible, epidemiología sociocultural, etc.
- ◆ Por su parte, el Instituto Nacional de Medicina Genómica se han generado resultados relevantes asociados al proyecto relacionado con el linfoma difuso de células B grandes, estos conocimientos serán útiles para encontrar nuevas estrategias terapéuticas más personalizadas para esta enfermedad; además se realizó otro proyecto que proporciona nuevos conocimientos para entender mejor los mecanismos moleculares que conducen al desarrollo del cáncer de mama y se está trabajando en un tratamiento específico para las pacientes que presenten el gen de fusión. Estos avances serán de beneficio para las pacientes que sufren esta neoplasia maligna.
- ◆ A finales de 2011 se publicó la Convocatoria para la "Cátedra de Investigación en Biología de Sistemas Fundación Televisa-INMEGEN" cuya finalidad es consolidar las investigaciones y formar recursos humanos en este campo bajo el liderazgo de un investigador con experiencia. Esta Cátedra es un logro importante para el Instituto ya que la Biología de Sistemas es una nueva forma de estudiar un organismo o sistema biológico, viéndolo como un sistema integrado e interrelacionado de genes, proteínas y reacciones bioquímicas que dan lugar a procesos biológicos. En lugar de analizar los componentes individuales de un organismo, los biólogos de sistemas se centran en todos los componentes y sus interacciones como parte de un único sistema, que serán las responsables de la biología del organismo. Es una nueva forma de estudiar como funciona nuestro organismo en salud y en la enfermedad.

- ◆ En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía destaca la publicación de un estudio de cohorte en una población sobre la incidencia y mortalidad de la demencia en países de mediano ingreso en colaboración con el grupo 10/66 que reúne investigadores de varios países que llevan a cabo estudios de población sobre demencia, enfermedades no transmisibles y envejecimiento. Adicionalmente, se creó una unidad periférica en neurociencias en colaboración con la Facultad de Medicina de la UNAM, que abrirá las puertas a numerosos estudiantes en ciencias afines de la salud que interactuarán con investigadores de reconocido prestigio académico para el estudio de enfermedades neurodegenerativas (E. de Parkinson), cuya frecuencia está en aumento por el incremento de la vida media en México.
- ◆ En el Instituto Nacional de Perinatología se desarrollan modelos de atención integral en salud materno-infantil con impacto a nivel comunitario por lo cual se continuó con el avance del programa de intervención comunitaria temprana sobre la detección de factores de riesgo específico para el desarrollo de morbilidades durante el embarazo y la prevención del parto pretérmino y el peso bajo al nacimiento. Asimismo, resalta el programa para la detección de Diabetes Mellitus Gestacional con el cual se realiza la identificación temprana de mujeres con obesidad gestacional, riesgo de diabetes o diagnóstico de diabetes gestacional.
- ◆ En el caso del Instituto Nacional de Rehabilitación se logró la creación de la revista: “Investigación en Discapacidad”, editada por el Instituto, que amplía y la difusión --entre la comunidad científica nacional e internacional-- de los principales avances realizados por los investigadores del INR en materia de rehabilitación y discapacidad.
- ◆ El Instituto Nacional de Geriátrica desarrolla diversos proyectos relevantes para adultos mayores como el proyecto: “ Insulina y Sarcopenia” que tiene como objetivo conocer el efecto que la insulina tiene en la incidencia de sarcopenia (la pérdida de la masa y fuerza muscular asociada al envejecimiento) para adultos de 60 y más años; el proyecto: “Relación de la talla y la edad en dos encuestas nacionales” analiza la talla de la población adulta en México para identificar factores ambientales que influyen en la velocidad de disminución de la talla, y sus diferencias geográficas y por niveles socioeconómicos. El proyecto “Intervención sociomédica para pacientes con deterioro cognoscitivo” busca evaluar la efectividad de una intervención socio medica multidimensional en adultos mayores con deterioro cognoscitivo, que permita a los cuidadores/familia afrontar su papel como proveedor de cuidados y permita a los médicos de atención primaria reforzar el conocimiento sobre el deterioro cognoscitivo en adultos mayores, mediante capacitación al cuidador, grupos de apoyo, intervención en crisis y trato personalizado con el cuidador considerando las diferencias que pudieran existir entre grupos étnicos.
- ◆ En el Hospital Infantil de México destacan los trabajos del laboratorio de ingeniería de tejidos que han hecho posible por primera vez en el mundo, la aplicación exitosa de la medicina regenerativa en la reconstrucción de problemas urinarios complejos en niños, tales como la sustitución o reconstrucción de la uretra, vagina, uréter, así como del esfínter urinario. Los resultados a largo plazo de esta línea de investigación permitirán que los niños con problemas urinarios complejos, de origen genético o adquirido mejoren de manera sustancial su calidad de vida. Por otra parte, la reconstrucción facilitará la prevención de complicaciones, principalmente aquellas producidas por un proceso infeccioso.
- ◆ Por su parte, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad han iniciado con el desarrollo de actividades de investigación y paulatinamente incrementan la cantidad y calidad de sus líneas de investigación y proyectos, así como la incorporación de investigadores a la institución. En este periodo de evaluación el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, recibió la constancia de inscripción 2012/4976 por parte del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología al Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (RENIECYT), que facilita el

acceso a convocatorias para presentar propuestas para la ejecución de proyectos de investigación aplicada, desarrollo tecnológico e innovación con vinculación nacional e internacional.

- ◆ En los Centros de Integración Juvenil, A.C. se concluyó el Estudio Epidemiológico del Consumo de Drogas con usuarios de los servicios de tratamiento de Centros de Integración Juvenil, el cual permite tener un conocimiento actualizado del patrón de consumo de drogas, así como características socio-demográficas de la población atendida, grupos de alto riesgo, drogas emergentes, tendencias del consumo y diferencias regionales en el patrón de uso. Adicionalmente, se terminó el Estudio de Evaluación de Materiales Institucionales para la Prevención del Uso de Sustancias, utilizados en diferentes proyectos a nivel nacional y el Estudio sobre la Relación del Consumo de Sustancias en Jóvenes en condiciones de estar sin estudio, ni empleo; los resultados de la investigación ofrecen parámetros para el desarrollo de programas de prevención del uso de sustancias, sensibles a la problemática de un sector significativo y creciente de jóvenes excluidos de actividades productivas y por tanto en alto riesgo.

Los resultados numéricos específicos alcanzados por las entidades participantes en el programa presupuestal en el periodo ene-ro-junio se presentan a continuación:

Clave	Unidad Responsable	Variables					
		Artículos publicados en revistas indexadas (niveles III a V)		Artículos totales publicados en revistas de los niveles I a V			
		Aprob.	Alcanz.	Aprob.	Alcanz.	Aprob.	Alcanz.
INDICADOR: índice de artículos científicos publicados en revistas indexadas							
NBB	Hospital General Dr. Manuel Gea González	11	17	24	35	45.80	48.57
NBD	Hospital General de México	32	28	89	89	36.00	31.46
NOO	Servicios de Atención Psiquiátrica	2	0	12	4	16.70	0.00
NWA	Hospital Juárez de México	3	8	12	22	25.00	36.36
Subtotal Hospitales Federales de Referencia		48	53	137	150	35.03	35.33
M7F	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"	40	54	47	65	85.10	83.08
NBG	Hospital Infantil de México "Federico Gómez"	35	42	55	65	63.60	64.62
NBV	Instituto Nacional de Cancerología	25	38	50	52	50.00	73.08
NCA	Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"	38	43	47	51	80.90	84.31
NCD	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	50	56	58	63	86.20	88.89
NDE	Instituto Nacional de Perinatología	24	21	35	32	68.60	65.63
NDF	Instituto Nacional de Rehabilitación	18	18	32	32	56.30	56.25
NCG	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"	91	91	160	160	56.90	56.88
NCH	Instituto Nacional de Medicina Genómica	10	24	11	24	90.90	100.00

Clave	Unidad Responsable	Variables					
		Artículos publicados en revistas indexadas (niveles III a V)		Artículos totales publicados en revistas de los niveles I a V			
		Aprob.	Alcanz.	Aprob.	Alcanz.	Aprob.	Alcanz.
NCK	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”	34	36	82	82	41.50	43.90
NDY	Instituto Nacional de Salud Pública	79	86	86	103	91.90	83.50
NCZ	Instituto Nacional de Pediatría	35	31	78	56	44.90	55.36
Subtotal Institutos Nacionales de Salud		479	540	741	785	64.64	68.79
M7A	Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas	1	4	2	4	50.00	100.00
NBQ	Hospital Regional de Alta Especialidad de Baja	0	1	3	2	0.00	50.00
NBR	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	0	1	0	0	0.00	0.00
Subtotal Hospitales Regionales de Alta Especialidad		1	6	5	6	20.00	100.00
Total		528	599	883	941	59.8	63.7

Programa Presupuestario		Presupuesto (Pesos)			Porcentaje del Ejercicio	
Clave	Denominación	aprobado	Modificado	Ejercido	Ejer./Aprob.	Ejer./Modif.
E 023	Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	15,433,392,575	14,317,439,189	8,406,973,991	54.5	58.7

Vinculación:

- **Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3.-** Igualdad de Oportunidades; **OEPP 5.-** Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.
- **Programa Sectorial: 12.-** Programa Sectorial de Salud 2007-2012; **Objetivo 5.-** Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Egresos hospitalarios por mejoría				
Nivel: Propósito		La demanda a la Comisión sobre servicios especializados de salud es atendida		
Tipo del indicador		Estratégico		
Dimensión a medir		Eficacia		
Fórmula		(Número de egresos hospitalarios por mejoría en el año de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del programa / Total de egresos hospitalarios del año en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa) X 100		
Unidad de medida		Porcentaje		
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
92.1	92.1	1/ 93.7	101.7	
Unidad Responsable: 160 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad				

1/ Proyección a Diciembre de 2012

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

El indicador **estratégico** de nivel **propósito** “Egresos hospitalarios por mejoría” en el periodo enero-septiembre de 2012 alcanzó un valor de 93.4 por ciento, 2.1 puntos porcentuales superior a la expectativa inicial, que era de 91.3 por ciento, con lo cual se cumplió con la meta comprometida en un 102.3 por ciento, el comportamiento por grupo de instituciones se presenta a continuación:

- Los Institutos Nacionales de Salud rebasaron su expectativa inicial al alcanzar un 94.9 por ciento de egresos hospitalarios por mejoría, 4.0 puntos superior al establecido originalmente.
- Los Hospitales Federales de Referencia, que para este análisis incluyen a los Servicios de Atención Psiquiátrica, registraron un valor de 93.5 por ciento, que significa un cumplimiento de la meta programada del 101.2 por ciento.
- Para los Hospitales Regionales de Alta Especialidad el cumplimiento de la meta comprometida fue en términos prácticos del 100.0 por ciento, ya que se registró un valor alcanzado de 87.3 por ciento de egresos hospitalarios por mejoría.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

Los efectos socioeconómicos sobre la población en este nivel de la Matriz de Indicadores para Resultados se traducen en la mejoría o restablecimiento de la salud de la población atendida por las entidades que participan en el programa. Algunos de los resultados relevantes en el periodo de evaluación se presentan a continuación:

- ◆ Las acciones de mejoría en la incidencia de infecciones nosocomiales fueron fortalecidas obteniendo menores tasas a las previstas como se aprecia en los resultados consolidados del programa, de manera específica el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío mostró un decremento del 6.5 por ciento respecto al mismo periodo del 2011; en el Hospital Infantil de México la tasa de infecciones nosocomiales se presentó un comportamiento similar pero con una reducción del 7 por ciento debido a la implementación de clínicas y grupos de trabajo multidisciplinarios como la Clínica de Prevención y Reducción Bacteriemias Relacionadas a Líneas y Terapia Intravascular y la Campaña Permanente Lavarte las Manos Ayuda a Salvar Vidas. En el caso del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición se logró mantener la estancia hospitalaria dentro de los rangos establecidos disminuyendo el riesgo de complicaciones y de adquirir infecciones nosocomiales, lo que permitió disminuir de manera importante el costo de la atención y el pago que por los servicios realizan los pacientes, permitiendo con ello una atención médica más oportuna y de mejor calidad de los pacientes, lo que favoreció el incremento en los egresos por mejoría.
- ◆ El Hospital General Dr. Manuel Gea González desarrollo el “Proyecto Gea, una nueva forma de nacer”, que es un programa de educación y psicoprofilaxis perinatal, que favorece la toma de decisiones por parte de las madres de la vía de nacimiento de sus hijos, con pláticas educativas de todo el proceso desde la concepción hasta el nacimiento y los posteriores cuidados al recién nacido lo que favorece un mejor cuidado de estos y una resolución favorable del parto con el posterior impacto que se espera en la disminución de muertes maternas al haber una detección temprana de complicaciones.
- ◆ Por su parte, el Instituto Nacional de Cardiología para favorecer a la población de los deciles de ingresos más bajos, apoyo la atención médica a través de donativos otorgando tratamiento con dispositivos de vanguardia que son de alto costo.
- ◆ El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía fortaleció la unificación de procesos de atención bajo el modelo de calidad e integración de los servicios a usuarios con el proyecto “Calidad y Seguridad en el uso de medicamentos dentro del INNN-segunda etapa” con el cual se espera beneficiar a 12,250 pacientes hospitalizados en Urgencias, y en los servicios de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, al otorgar 36,750 uni dosis de medicamentos al año, como seguridad al paciente. Adicionalmente se lleva a cabo el proyecto Asistencia Paliativa con tecnología digital para la seguridad y calidad en la atención domiciliaria, del paciente con enfermedades neurológicas en etapa terminal.

Los resultados numéricos específicos alcanzados por las entidades participantes en el programa presupuestal en el periodo ene-ro-septiembre se presentan a continuación:

Clave	Unidad Responsable	Variables					
		Número de egresos hospitalarios por mejoría en el año de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa		Total de egresos hospitalarios en el año en los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de Alta Especialidad y otras entidades que operan en el marco del Programa			
		Aprob.	Alcanz.	Aprob.	Alcanz.	Aprob.	Alcanz.
INDICADOR: Egresos hospitalarios por mejoría							
NBB	Hospital General Dr. Manuel Gea González	8,450	7,911	8,994	8,319	94.0	95.1
NBD	Hospital General de México	29,133	31,401	32,139	34,210	90.6	91.8
N00	Servicios de Atención Psiquiátrica	3,479	3,594	3,868	3,836	89.9	93.7
NWA	Hospital Juárez de México	13,371	12,299	14,702	13,031	90.9	94.4
HNH	Hospital Nacional Homeopático	905	0	953	0	95.9	0.00
HMM	Hospital de la Mujer	11,198	10,418	11,427	10,773	98.0	96.7
Subtotal Hospitales Federales de Referencia		66,537	65,623	72,083	70,169	92.30	93.5
M7F	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"	366	395	405	426	90.4	92.7
NBG	Hospital Infantil de México "Federico Gómez"	4,634	4,800	4,792	4,914	96.7	98
NBV	Instituto Nacional de Cancerología	5,137	4,991	5,771	5,473	89.0	91.2
NCA	Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"	3,485	3,753	4,225	4,257	82.5	88.2
NCD	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	2,784	2,989	3,192	3,410	97.2	87.7
NDE	Instituto Nacional de Perinatología	8,677	8,840	8,742	8,920	99.3	99.1
NDF	Instituto Nacional de Rehabilitación	5,772	5,924	5,796	5,947	99.6	99.6
NCG	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"	3,479	3,919	4,439	4,044	78.4	96.9
NCK	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"	2,129	2,434	2,294	2,533	92.8	96.1
NCZ	Instituto Nacional de Pediatría	4,940	4,843	5,891	5,264	83.9	92.0
Subtotal Institutos Nacionales de Salud		41,403	42,888	45,547	45,188	90.9	94.9
M7A	Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas	3,073	2,578	3,616	3,043	86.0	84.7
NBQ	Hospital Regional de Alta Especialidad de Baja	3,597	3,897	4,232	4,383	85.0	88.9
NBR	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	1,921	1,901	2,261	2,314	85.0	82.2
NBS	Hospital Regional de Alta Especialidad de Yucatán	2,843	2,680	3,083	2,972	92.2	90.2
NBT	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	726	720	760	770	95.5	93.5
HRI	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	54	0	60	0	90.0	0.00
Subtotal Hospitales Regionales de Alta Especialidad		12,214	11,776	14,012	13,482	87.2	87.3
Total		120,154	120,287	131,642	128,839	91.3	93.4

INDICADOR PARA RESULTADOS: Ocupación hospitalaria				
Nivel: Componente		La población recibe atención hospitalaria		
Tipo del indicador		Gestión		
Dimensión a medir		Eficacia		
Fórmula		$(\text{Días paciente durante el periodo} / \text{Días camas durante el periodo}) \times 100$		
Unidad de medida		Porcentaje		
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
78.2	78.8	78.5	1/ 99.6	
Unidad Responsable: 160 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad				

1/ Proyección a Diciembre de 2012

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

El indicador consolidado de gestión “Ocupación hospitalaria” presentó al final del periodo enero-septiembre 2012 un valor de 78.3 por ciento, que muestra un cumplimiento de la meta programada del 99.5 por ciento, siendo el comportamiento por grupo de instituciones el siguiente:

- Los Institutos Nacionales de Salud tuvieron un cumplimiento de la meta programada del 103.1 por ciento, ya que concluyeron con una ocupación hospitalaria del 83.2 por ciento.
- En el caso de los Hospitales Federales de Referencia, que para esta presentación incluyen a los “Servicios de Atención Psiquiátrica”, la ocupación hospitalaria al final del periodo fue del 80.1 por ciento, que representa un cumplimiento de la meta programada del 100.5 por ciento.
- Los Hospitales Regionales de Alta Especialidad cumplieron su meta programada en 96.4 por ciento ya que concluyeron el periodo con un 61.1 por ciento de ocupación hospitalaria.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

Este nivel de la Matriz de Marco Lógico corresponde a los bienes y servicios que se otorgan a la población en el marco del Programa. En este sentido se detallan a continuación algunos de los principales resultados en el periodo de evaluación para beneficio de la población:

- ◆ Se ha incrementado el número de trasplantes, así como la procuración de órganos en las acciones que realizan las entidades que participan en el programa. El Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío aumentó el número de trasplantes respecto al mismo periodo del año pasado. El Hospital Infantil de México continua con su Programa de Trasplantes, que es el único en su tipo en el país en la edad pediátrica, es el centro de trasplantes en niños más activo y con mejores resultados. En este periodo se realizaron doce trasplantes renales, cinco de hígado de donador cadavérico, uno de corazón, cinco de córnea y dos de médula ósea.
- ◆ Se ha incrementado el número de cirugías ambulatorias y procedimientos de mínima invasión en las entidades que participan en el programa presupuestal, como se identifica en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío en el que estos procedimientos quirúrgicos aumentaron cuatro veces más que en el primer semestre de 2011; el Hospital Infantil de México fortaleció sus actividades en materia de Cirugía Endoscópica de Mínima Invasión, que es una intervención que requiere de equipo especial con lo que se logra disminuir la estancia hospitalaria y las complicaciones, en este periodo se llevaron 97 procedimientos en los departamentos de Cirugía General, Cirugía Cardiovascular, Tórax, Urología, Ortopedia, Otorrinolaringología y Neurocirugía en una gran variedad de patologías.

Los resultados numéricos específicos alcanzados por las entidades participantes en el programa presupuestal en el periodo enero-septiembre se presentan a continuación:

Clave	Unidad Responsable	Variables					
		Días paciente durante el periodo		Días cama durante el periodo			
		Aprob.	Alcanz.	Aprob.	Alcanz.	Aprob.	Alcanz.
INDICADOR: Ocupación hospitalaria							
NBB	Hospital General Dr. Manuel Gea González	42,920	37,567	50,505	45,233	85.0	83.1
NBD	Hospital General de México	186,870	194,281	234,818	242,142	79.6	80.2
NOO	Servicios de Atención Psiquiátrica	142,120	128,061	165,550	165,550	85.8	77.4
NWA	Hospital Juárez de México	83,867	82,796	108,350	108,350	77.4	76.4
HNH	Hospital Nacional Homeopático	2,208	0	7,300	0	30.2	0.00
HMM	Hospital de la Mujer	35,840	34,599	40,513	40,513	88.5	85.4
Subtotal Hospitales Federales de Referencia		493,825	477,304	607,036	601,788	81.3	79.3
M7F	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"	10,800	10,223	13,500	13,500	80.0	75.7
NBG	Hospital Infantil de México "Federico Gómez"	47,777	48,454	58,300	58,300	82.0	83.1
NBV	Instituto Nacional de Cancerología	28,522	30,258	32,606	32,725	87.5	92.5
NCA	Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"	42,170	46,622	58,575	58,575	72.0	79.6
NCD	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	34,999	36,711	48,772	48,950	71.8	75.0

Clave	Unidad Responsable	Variables					
		Días paciente durante el período		Días cama durante el periodo			
		Aprob.	Alcanz.	Aprob.	Alcanz.	Aprob.	Alcanz.
NDE	Instituto Nacional de Perinatología	36,852	41,966	48,215	49,046	76.4	85.6
NDF	Instituto Nacional de Rehabilitación	36,025	32,442	45,030	42,180	80.0	76.9
NCG	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"	39,873	41,335	45,655	45,758	87.3	90.3
NCK	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"	28,103	27,750	34,650	34,650	81.1	80.1
NCZ	Instituto Nacional de Pediatría	57,596	57,223	64,155	64,625	89.8	88.5
Subtotal Institutos Nacionales de Salud		362,717	372,984	449,458	448,309	80.7	83.2
M7A	Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas	34,232	30,056	49,140	49,140	69.7	61.2
NBQ	Hospital Regional de Alta Especialidad de Baja	26,320	26,209	38,360	38,360	68.6	68.3
NBR	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	15,371	16,698	18,084	18,150	85.0	92.0
NBS	Hospital Regional de Alta Especialidad de Yucatán	23,214	23,286	50,370	50,370	46.1	46.2
NBT	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	5,104	4,182	8,220	8,220	62.1	50.9
HRI	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	300	0	600	0	50.0	0.00
Subtotal Hospitales Regionales de Alta Especialidad		104,541	100,431	164,774	164,240	63.4	61.1
Total		961,083	950,719	1,221,268	1,214,337	78.7	78.3

INDICADOR PARA RESULTADOS: Ingresos hospitalarios programados					
Nivel: Actividad	Hospitalización de pacientes				
Tipo del indicador	Gestión				
Dimensión a medir	Eficiencia				
Fórmula	(Ingresos hospitalarios programados / Total de ingresos hospitalarios) X 100				
Unidad de medida	Porcentaje				
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)		
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada		Alcanzada/Modificada
58.7	58.5	1/ 61.8	105.6		
Unidad Responsable: 160 Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					

1/ Proyección a Diciembre de 2012

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

El indicador de gestión “**Ingresos hospitalarios programados**” en el periodo enero-septiembre 2012 a nivel consolidado refleja un valor de 63.0 por ciento de ingresos hospitalarios programados, que representa un 107.7 por ciento de la meta programada y se considera como resultado favorable toda vez que se propicia un mayor apego al tratamiento, así como un mejor estado de salud y recuperación del paciente además de menores erogaciones financieras. El comportamiento por grupo de instituciones fue el siguiente:

- Los Institutos Nacionales de Salud alcanzaron un 65.8 por ciento de sus ingresos hospitalarios programados, que representan un porcentaje de cumplimiento de la meta comprometida del 100.3 por ciento.
- Los Hospitales Federales de Referencia tuvieron un cumplimiento de su meta comprometida del 113.9 por ciento ya que obtuvieron un 58.0 por ciento de ingresos hospitalarios programados.
- Los Hospitales Regionales de Alta Especialidad presentaron un 79.9 por ciento de ingresos hospitalarios programados en comparación con el 77.6 comprometido, 1.4 puntos porcentuales más que los esperados originalmente.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador.

En el marco de la metodología de Marco Lógico las acciones que se detallan en este contexto corresponden al nivel “Actividad”, y los principales resultados que se presentaron en el periodo fueron los siguientes:

- ◆ Las entidades que participan en el programa desarrollaron las actividades que permitirán cumplir con las metas comprometidas de la Matriz de Indicadores para Resultados, y en el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad destaca el continuó fortalecimiento de su operación.
- ◆ Una de las actividades relevantes en este periodo fue la Firma del convenio específico para intercambio de servicios médicos en sector salud (IMSS, ISSSTE, SSA).
- ◆ En este periodo se han fortalecido las acciones para lograr la acreditación de padecimientos en el Sistema de Protección Social en Salud lo que mejora la infraestructura y recursos disponibles, en particular el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, como en el caso del Hospital Regional de Alta Especialidad que logró la acreditación de siete padecimientos, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria con cinco padecimientos.
- ◆ El Instituto Nacional de Psiquiatría obtuvo dictamen favorable respecto a su certificación por el periodo junio 2012 a junio 2015 respecto a la certificación del Consejo de Salubridad General con lo cual los pacientes del Instituto recibirán atención médica con una visión basada en la calidad y seguridad del paciente, y con estándares de servicio internacionales. Adicionalmente, el Instituto presentó la Cédula para la Acreditación en CAUSES de Hospitales Psiquiátricos (Instrucción 331/2011) ante la Dirección General de calidad y Educación en Salud (DGCES), y

fue aprobada con lo cual se podrá firmar convenios de colaboración con el Programa de Seguro Popular de diferentes estados, beneficiando a los pacientes con trastornos relacionados con Salud mental y adicciones, que actualmente son pacientes del Instituto y pacientes potenciales.

- ◆ En el marco del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en este año se inició con la inclusión de dos nuevas patologías con diagnóstico de Cáncer de Testículo y Linfoma No Hodgkin en sus variedades: Folicular y Linfocítico, con ello los pacientes podrán recibir atención médica integral de acuerdo a los protocolos establecidos. Se estima que para este año se atenderán aproximadamente 120 casos de cáncer de Testículo y 160 de Linfoma.
- ◆ En el caso del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía se solicitó al Consejo de Salubridad General la inscripción al Proceso de Certificación para Establecimientos de Atención Médica dentro del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica con lo cual el Instituto mantendrá su liderazgo en la atención y manejo de enfermedades del sistema nervioso tanto en México como en América Latina.
- ◆ En otras actividades, el Hospital General de México fue aceptado como Miembro Fundador de la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, por la Asociación Salud sin Daño – América Latina, con lo cual se compromete a trabajar, como miembro de Red en: Priorizar la Salud Ambiental, Reducir, tratar y disponer de manera segura los residuos de establecimientos de salud, así como comprar y proporcionar alimentos saludables, cultivados de manera saludable.
- ◆ El Hospital General Dr. Manuel Gea González obtuvo el Primer lugar a la Memoria Anual del Comité de Farmacia y Terapéutica de Hospitales con la implementación de la farmacia hospitalaria y la conformación del Comité de Farmacia y Terapéutica, que logró una óptima planeación de medicamentos, así como una mejora en la vigilancia en la administración de medicamentos lo cual redundó en mejor atención a los pacientes con una disminución de eventos adversos.
- ◆ Adicionalmente, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, se realizaron sesiones informativas a familiares de pacientes hospitalizados para fomentar la cultura de la donación de órganos y tejidos que fueron impartidas por el Comité de Trasplantes de Tejido Compuesto del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán, por personal de Banco de Piel y de Tejidos del Instituto Nacional de Rehabilitación, por el Hospital Infantil de México y por personal de Trabajo Social del Instituto.
- ◆ Por su parte, el Hospital General de México llevó a cabo el Seminario Internacional de Nefroprevención y Trasplante, organizado por el Hospital y el Instituto Carlos Slim de la Salud, que tiene como objeto establecer el capital humano para el desarrollo de programas integrales de trasplantes y promover que quienes requieren de un trasplante lo reciban lo antes posible para obtener una rehabilitación completa.
- ◆ El Hospital Infantil de México continúa siendo centro de referencia nacional e internacional para Cirugía Laringotraqueobronquial, así como en materia de radiocirugía, en la cual es pionero en este tipo de procedimientos y con mayor experiencia en niños.
- ◆ Los Servicios de Atención Psiquiátrica fortalecieron la atención ambulatoria a través de seis unidades médicas especializadas, con lo cual se proporciona atención en salud mental comunitaria, multidisciplinaria, integral y continua, mediante acciones de promoción y prevención, diagnósticas terapéuticas y de rehabilitación psicosocial, a través de servicios caracterizados por la calidad, el pleno respeto de los derechos y la dignidad humana, y sin ningún tipo de barreras para su acceso.

- ◆ Por último, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia a través de sus 21 Centros de Rehabilitación representa la oferta más grande de atención a las personas con discapacidad en el ámbito público y privado en el país. En este periodo se atendieron a 376,286 personas, realizaron 262,939 valoraciones de personas con discapacidad en los centros de rehabilitación, a través de consultas médicas especializadas, asimismo se proporcionaron 77,836 atenciones en las áreas de psicología, trabajo social y estudios de gabinete.

Los resultados numéricos específicos alcanzados por las entidades participantes en el programa presupuestal en el periodo ene-ro-septiembre se presentan a continuación:

Clave	Unidad Responsable	Variables					
		Ingresos hospitalarios programados		Total de Ingresos hospitalarios			
		Aprob.	Alcanz.	Aprob.	Alcanz.	Aprob.	Alcanz.
INDICADOR: Ingresos hospitalarios programados							
NBB	Hospital General Dr. Manuel Gea González	2,850	2,863	9,534	8,563	29.9	33.4
NBD	Hospital General de México	18,530	20,082	32,192	34,596	57.6	58.0
NWA	Hospital Juárez de México	6,768	6,627	15,787	13,065	42.9	50.7
HNH	Hospital Nacional Homeopático	288	0	960	0	30.00	00.0
HMM	Hospital de la Mujer	7,274	7,683	11,720	8,064	62.1	95.3
Subtotal Hospitales Federales de Referencia		35,710	37,255	70,193	64,288	50.9	58.0
NBG	Hospital Infantil de México "Federico Gómez"	3,933	3,601	4,893	4,978	80.4	72.3
NBV	Instituto Nacional de Cancerología	5,464	5,574	5,490	6,992	99.5	79.7
NCA	Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"	2,535	2,765	4,505	4,348	56.3	63.6
NCD	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	1,167	1,307	3,295	3,436	35.4	38.0
NDF	Instituto Nacional de Rehabilitación	4,326	4,559	5,796	6,000	74.6	76.0
NCG	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"	2,335	2,335	4,224	4,080	55.3	57.2
NCK	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"	1,174	1,395	2,302	2,538	51.0	55.0
NCZ	Instituto Nacional de Pediatría	2,947	3,271	5,891	5,300	50.0	61.7
Subtotal Institutos Nacionales de Salud		23,881	24,807	36,396	37,672	65.6	65.8
M7A	Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas	3,558	3,558	3,733	3,145	95.3	113.1
NBQ	Hospital Regional de Alta Especialidad de Bajío	3,515	4,000	4,393	4,489	80.0	89.1
NBR	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	1,096	1,055	2,193	2,267	50.0	46.5
NBS	Hospital Regional de Alta Especialidad de Yucatán	2,150	1,485	3,072	2,963	70.0	50.1
NBT	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	743	682	875	784	84.9	87.0
HRI	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	79	0	87	0	90.8	0.00

Subtotal Hospitales Regionales de Alta Especialidad	11,141	10,780	14,353	13,648	77.6	79.0
Total	70,732	72,842	120,942	115,608	58.5	63.0

Programa Presupuestario		Presupuesto (Pesos)			Porcentaje del Ejercicio	
	Denominación	Aprobado	Modificado	Ejercido	Ejer./Aprob.	Ejer./Modif.
E 025	Prevención y atención contra las adicciones	1 294 478 158	1 098 093 963	648 681 741	50.1%	59.1%

Vinculación:

- **Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3.-** Igualdad Oportunidades; **OEPP 4.-** Mejorar las condiciones de salud de la población.
- **Programa Sectorial: 12.-** Programa Sectorial de Salud 2007-2012; **Objetivo 1.-** Mejorar las condiciones de salud de la población.

INDICADOR: Adolescentes en acciones de prevención				
Nivel: Propósito	Consumo de sustancias adictivas disminuido.			
Tipo del indicador:	Estratégico			
Dimensión a medir:	Eficacia			
Fórmula:	((Adolescentes de 12 a 17 años que participan en acciones de prevención) / (Total de adolescentes en este rango de edad en el país)) X 100.			
Unidad de medida:	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada (Septiembre)	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
9.56	25.48	19.02	198.95	74.64
Unidad Responsable: 312 Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones				

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

- Se estableció para este ejercicio el **indicador estratégico**. “**Adolescentes en acciones de prevención**”, a fin de atender la **eficacia** en acciones de prevención universal, selectivas e indicadas. El número de adolescentes de 12 a 17 años de edad programados en cobertura para el año 2012 fue de 1,212,908; el comportamiento de la meta, con corte al mes de septiembre, alcanzó la cifra de 2,418,194 adolescentes participando en

acciones preventivas del consumo de drogas, lo que significa una realización de acciones en jóvenes de más del doble con relación a la meta programada original.

- Respecto de la meta establecida para el indicador, de alcanzar un 9.56% de adolescentes en acciones de prevención, que se refiere a las 1,212,908 acciones de prevención en adolescentes de 12 a 17 años, sobre una población objetivo de 12,716,767 en ese grupo de edad, ésta se rebasó, alcanzando un 19.02%, con lo cual **se establece una meta rebasada en 198.95%**
 - ◆ El porcentaje de la meta programada se alcanzó y fue superada, tomando en consideración que se registran todas las actividades preventivas dirigidas a adolescentes que reportan los Consejos Estatales contra las Adicciones y los 334 Centros Nueva Vida.
 - ◆ Las entidades federativas concentraron gran parte de estas labores preventivas en la población de 12 a 17 años, ya que el trabajo con adolescentes es una de las prioridades del programa.
 - ◆ Es importante aclarar, que este indicador es acumulativo, con lo cual se espera concluir 2012 con un total de 5 086 706 de una población objetivo de 12,716,767, lo que representa un 40%, que se espera rebasar dada la respuesta de los jóvenes y la comunidad.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

- Los **beneficios económicos y sociales alcanzados con este indicador de propósito**, contribuyó a:
 - ◆ Reducir la probabilidad de consumo de drogas ilícitas por primera vez y promoción de estilos de vida saludable, a través de la enseñanza de habilidades para la vida y técnicas de afrontamiento eficaces dirigidas a adolescentes.
 - ◆ Disminuir la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en población adolescente, así como de los daños y riesgos a nivel individual, social y económico, asociados al consumo.
 - ◆ Evitar de forma temprana que los jóvenes en riesgo de consumir sustancias psicoactivas progresen hacia el desarrollo de un trastorno adictivo.
 - ◆ Evitar costos muy importantes a la sociedad y a los gobiernos federal y estatales, inherentes a un tratamiento intensivo para la rehabilitación de personas que pudiesen consumir sustancias psicoactivas y que esto se convierta en adicción.
 - ◆ Apoyar en la mejora del entorno familiar y social de las personas, al detectar oportunamente los posibles casos.
 - ◆ Como ya se estableció, el alcance de las metas en actividades de prevención tiene un impacto positivo en la economía, tomando en consideración que los costos de atención y tratamiento de las personas que presentan consumo de sustancias adictivas, es más elevado que los costos por concepto de prevención, además del impacto económico en otras áreas como son la vida laboral, la seguridad y descomposición social y familiar.

Programa Presupuestario		Presupuesto (Pesos)			Porcentaje del Ejercicio	
	Denominación	Aprobado	Modificado	Ejercido	Ejer./Aprob.	Ejer./Modif.
036	Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación	1 211 095 203	953 419 333	953 419 333	78.7	100.0

Vinculación:

- **Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3.-** Igualdad de Oportunidades; **OEPP 6.-** Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
- **Programa Sectorial: 12.-** Programa Sectorial de Salud 2007-2012; **Objetivo 2.-** Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.

INDICADOR: Variación porcentual en la tasa de mortalidad observada en los menores de 5 años					
Nivel: Fin	Contribuir a la disminución de la mortalidad en los menores de 5 años de edad mediante la protección específica que generan las vacunas contra las enfermedades prevenibles por vacunación.				
Tipo del indicador	Estratégico				
Dimensión a medir	Eficacia				
Fórmula	$(\text{Tasa de mortalidad observada en los menores de 5 años de edad para un periodo determinado} / \text{Tasa de mortalidad observada en los menores de 5 años de edad para el mismo periodo del año inmediato anterior}) \times 100$				
Unidad de medida	Porcentaje				
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%) ¹		
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada		Alcanzada/Modificada
95.54	95.55	81.98	114.2		114.2
Unidad Responsable: ROO Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia					

^{1/} Debido a que el indicador es decreciente el resultado involucra la reducción en el cálculo del porcentaje de cumplimiento, por ello se aplicó la fórmula siguiente: $((\text{Meta original} - \text{Meta alcanzada}) \times 100 / \text{Meta original}) + 100$.

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

- Este indicador **“Variación porcentual en la tasa de mortalidad observada en los menores de 5 años”** es **estratégico**, en virtud de que da seguimiento a uno de los objetivos del Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil, para alcanzar la reducción en la tasa de mortalidad infantil y en la tasa de mortalidad en los menores de 5 años de edad, en un 25.0 por ciento para el 2012 con relación a la tasa de 2006. El indicador evalúa la disminución porcentual en la tasa de mortalidad en los menores de 5 años.
- Durante el periodo presupuestario 2011, la tasa de mortalidad observada en los menores de cinco años disminuyó de 16.7 defunciones por cada 1000 Nacidos Vivos Estimados (NVE) en 2010 a 13.69 defunciones por cada 1 000 NVE en 2011.
- En cuanto a la variación porcentual en 2011 solo se registró el 81.98 por ciento de la tasa de mortalidad registrada en los menores de cinco años con relación a la tasa de mortalidad registrada en los menores de cinco años en 2010. Es decir, que durante 2011 se registró una reducción favorable 18.02 puntos porcentuales en la tasa de mortalidad registrada en los menores de cinco años con relación a 2010 $((13.69/16.7)-1*100)$.
- Dentro de las acciones realizadas para el alcance de la meta se encuentran los siguientes:
 - ◆ El Programa Presupuestario "Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación" es un programa prioritario para cumplir los objetivos del programa Sectorial de Salud, contribuyendo con la política pública de igualdad de oportunidades del Plan Nacional de Desarrollo, ya que por medio de la protección específica que generan las vacunas se contribuye a la reducción de las enfermedades infecciosas, y por lo tanto, a la reducción de la mortalidad de los mexicanos.
 - ◆ La Vacunación, que de todas las intervenciones en Salud Pública, es una de las más costo-efectivas, responde tanto a razones epidemiológicas, económicas, justicia social y de Seguridad Nacional, ya que su efecto es la prevención de enfermedades. El compromiso ha sido mantener por arriba de 95.0 por ciento las coberturas de vacunación con esquemas completos en los niños menores de cinco años, para reducir la probabilidad de ocurrencia de brotes de enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV). Con ello, el cumplimiento de los compromisos nacionales, continentales e internacionales de mantener la erradicación de la poliomielitis causada por el poliovirus salvaje, mantener la eliminación de la difteria, eliminar el Tétanos neonatal y Tétanos no neonatal, consolidar la eliminación del sarampión, consolidar la eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita, controlar la Tos ferina.
 - ◆ La mortalidad en menores de cinco años ha presentado una reducción constante en las últimas dos décadas, gracias a las acciones de vacunación; prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades diarreicas (EDA's) e infecciones respiratorias agudas (IRA's); suplementación con vitamina A; acciones específicas en la prevención de la desnutrición y medidas de capacitación en prevención de accidentes, entre otras.
 - Actualmente las acciones se dirigen principalmente a la comunidad: manejo de alimento, cloración del agua, lavado de manos y detección oportuna de signos de alarma dirigidas a madres o cuidadores del menor de cinco años, así como en el diagnóstico y tratamiento oportuno por parte de los proveedores de salud en IRA's y EDA's, en las unidades de primer nivel de salud.

- Para favorecer estas estrategias se trabaja en la actualización o realización de los manuales de procedimientos técnicos, entre ellos el de Atención Integrada al Menor de un Año, Enfermedades Diarreicas, Infecciones Respiratorias Agudas, y Nutrición.
- Como parte de la estrategia para la reducción de la mortalidad infantil, se está impulsando la lactancia materna, sueño seguro, inmunizaciones, prevención de accidentes, detección oportuna de cáncer. Así como de diferentes actividades de supervisión y de rectoría a nivel nacional.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

- Los **efectos económicos** alcanzados en este **indicador de fin** están vinculados con las acciones de vacunación, ya que las acciones de prevención y la respuesta de la población a las Semanas Nacionales de Salud, se ven reflejadas en una disminución del número de fallecimientos. Esto, permite una importante reducción de costos de atención.
 - ◆ La disminución de casos, genera economías importantes tanto en el entorno familiar, laboral y social, ya que las enfermedades que están asociadas a este indicador, principalmente las referidas a Enfermedades Diarreicas Agudas EDAs, e Infecciones Respiratorias Agudas IRAs, presentaban incrementos año con año, situación que se ha venido revirtiendo hace más de 10 años.
 - ◆ La incorporación de nuevas vacunas en el esquema de vacunación, el más importante de América Latina, ha permitido distribuir mejor el presupuesto para atención de la salud, ya que la menor atención de casos por enfermedades a menores de cinco años, permite que se atiendan nuevas enfermedades, como en el caso de los niños, con la aparición del cáncer en niños que cada vez más requiere de mayores recursos.

INDICADOR PARA RESULTADOS Porcentaje de dosis de vacunas aplicadas durante las Semanas Nacionales de Salud				
Nivel: Componente		Vacunas aplicadas durante las Semanas Nacionales de Salud		
Tipo del indicador		Gestión		
Dimensión a medir		Eficacia		
Fórmula		(Número de dosis de vacunas aplicadas durante la Semana Nacional de Salud correspondiente al periodo / Número de dosis de vacunas programadas para las tres Semanas Nacionales de Salud) * 100		
Unidad de medida		Porcentaje		
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
95.0	95.0	95.8	100.8	100.8
Unidad Responsable: ROO Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia				

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

- Este indicador **“Porcentaje de dosis de vacunas aplicadas durante las Semanas Nacionales de Salud”**, es de **gestión**, pero se vincula de manera destacada con las acciones de prevención que permiten disminuir la morbi-mortalidad de las enfermedades que previene y cuya aplicación es de las de mayor beneficio costo-efectividad. Se observan variaciones entre la meta original y la alcanzada, así como en el valor de la meta anual debido a las siguientes causas:
 - ◆ La liberación y entrega oportuna de los biológicos influye en el cumplimiento de la aplicación de las dosis programadas para la tercera Semana Nacional de Salud.
 - ◆ Las actividades de vacunación de las tres Semanas Nacionales de Salud (SNS) son programadas y realizadas mediante la coordinación y participación de las instituciones del Sector Salud (SS, IMSS ORDINARIO, IMSS OPORTUNIDADES E ISSSTE).
 - ◆ Los Consejos Estatales y Jurisdiccionales, en forma interinstitucional, elaboran el Programa de Trabajo para realizar las actividades de cada una de las Semanas Nacionales de Salud.
 - ◆ La meta de las dosis programadas para aplicar durante las tres Semanas Nacionales de Salud, se obtiene de la estimación realizada con base en las cifras del Censo de Población y Vivienda 2005 realizada por CONAPO, así como del concentrado de actividades de PROVAC, Sistema de información que permite el registro nominal de los recién nacidos y menores de ocho años, y de los Censos Nominales (adolescentes, mujeres embarazadas y adultos mayores del país), del corte más reciente, así como de las matrículas escolares oficiales.
 - ◆ El cumplimiento de la meta, depende del logro de las dosis aplicadas por cada una de las instituciones del Sector Salud durante la ejecución de las actividades de las Semanas Nacionales de Salud.
 - ◆ Lo anterior refleja como un mayor desempeño, tanto de las unidades de salud, los profesionales que participan en esto, como en una mejor respuesta de la población, durante las tres Semanas Nacionales de Salud. Las vacunas fueron aplicadas dentro de los estándares programados, lo cual repercute favorablemente en las coberturas de vacunación de la población objetivo, al generar una cultura a la prevención y en su momento a que se presente el control epidemiológico en un periodo muy corto, de algunas enfermedades prevenibles por vacunación, manteniendo eliminada la transmisión autóctona de las mismas. Además, se fortalecen las estrategias para disminuir la población susceptible como son: recién nacidos, población infantil, preescolar, escolar, mujeres de 12 a 44 años de edad y hombres de 12 años de edad y más, que radican en municipios con casos de tétanos neonatal y no neonatal.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

- Los efectos económicos en este indicador de gestión son altamente favorables, ya que con las acciones de vacunación se previene, y por tanto, se reducen considerablemente los casos, y por consiguiente, el número de defunciones por enfermedades prevenibles por vacunación, lo cual representa una reducción de costos para la nación de aproximadamente 49.2 miles de millones de pesos.
- Al igual que en el indicador anterior, la incorporación de nuevas vacunas en el esquema de vacunación, el más importante de América Latina, ha permitido distribuir mejor el presupuesto para atención de la salud, ya que la menor atención de casos por enfermedades a menores de cinco años, permite que se atiendan nuevas enfermedades, como en el caso de los niños, con la aparición del cáncer en niños, que cada vez más requiere de mayores recursos, lo mismo que en adultos, sobre todo mayores, donde las infecciones respiratorias agudas provocan un importante número de defunciones.

Programa Presupuestario		Presupuesto (Pesos)			Porcentaje del Ejercicio	
Clave	Denominación	Aprobado	Modificado	Ejercido	Ejer./Aprob.	Ejer./Modif.
P 012	Calidad en Salud e Innovación	1 155 045 936	1 073 581 076	642 984 121	57.7	59.9

Vinculación:

- **Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3.-** Igualdad de Oportunidades; **OEPP 5.-** Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.
- **Programa Sectorial: 12.-** Programa Sectorial de Salud 2007-2012; **Objetivo 3.-** Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Hospitales públicos que han implantado medidas de seguridad del paciente.					
Nivel: Actividad	Implantación del proyecto de seguridad del paciente en hospitales públicos de mediana y alta complejidad				
Tipo del indicador	Gestión				
Dimensión a medir	Calidad				
Fórmula	((Número de hospitales públicos de mediana y alta complejidad que han implantado el proyecto de seguridad del paciente) / (Total de hospitales públicos de mediana y alta complejidad)) X 100				
Unidad de medida	Porcentaje				
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)		
Original	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Original		Alcanzada/Modificada
60.00%	85.00%	83.91%	139.83		98.7
Unidad Responsable: 600 Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud					

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

- La meta sexenal de este indicador fijada en 60% se alcanzó en 2011, logrando que en ese año 323 de los 398 hospitales de mediana y alta complejidad del Sector Salud, hubieran incorporado acciones de Seguridad del Paciente como las inherentes a la técnica del lavado de manos, el uso de la lista de verificación quirúrgica, así como acciones para reducir los eventos adversos asociados al uso de medicamentos. Además, esas unidades hospitalarias aplican protocolos que favorecen la correcta identificación de los pacientes durante su estancia hospitalaria, el riesgo de caídas de los pacientes hospitalizados y la aplicación de barreras físicas y químicas durante la colocación de catéteres venosos centrales, para evitar las infecciones sistémicas o bacteriemias asociadas a la colocación de estos.
- De enero a junio de 2012, y derivado de los acuerdos tomados en la Octava Reunión Ordinaria del Comité Nacional por la Calidad en Salud, se ha incrementado la participación del personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud con los 32 Responsables Estatales de Calidad, con el inicio del proceso de sensibilización para desarrollar y fomentar una cultura de seguridad del paciente en los hospitales del Sector Salud de 60 camas y más (mediana y alta complejidad), así como para fomentar la notificación y registro de los eventos adversos derivados del proceso de atención médica; y las acciones para la incorporación de una asignatura de calidad y seguridad de los pacientes en la formación de los recursos humanos de las disciplinas médicos-biológicas, en diversas universidades y facultades del país. Asimismo, se inició un Curso Virtual de Capacitación a Responsables Estatales de Calidad y Gestores de calidad de los establecimientos de salud, sobre mejora de la calidad de atención y la seguridad del paciente; se realizaron cursos presenciales de calidad y seguridad del paciente en cinco entidades federativas, en los que además se incorporaron temas como la prevención y reducción de la infección nosocomial, el uso adecuado y racional de medicamentos y la reducción de la mortalidad materna, por lo que al mes de agosto de 2012 un total de 334 hospitales de 60 camas y más están realizando acciones en materia de seguridad del paciente, lo que significa 39.83 por ciento más de la meta sexenal propuesta inicialmente, y un avance del 98.7 por ciento de la meta modificada propuesta para diciembre de 2012 que es de 85.0 por ciento.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

- Con las acciones de seguridad del paciente que se han fomentado en los 398 hospitales de mediana y alta complejidad del Sector Salud, y que actualmente se realizan en 334 hospitales, se espera lograr en primer lugar un impacto social y económico en los pacientes que son atendidos en estos hospitales, ya que al disminuir los incidentes y eventos adversos derivados del proceso de atención médica; además representa un impacto económico para los establecimientos de salud al reducir el tiempo de estancia hospitalaria y los días camas, el uso de recursos adicionales para atender las complicaciones y lesiones ocasionadas a pacientes, se logra reducir el sufrimiento innecesario de pacientes y familiares como consecuencia de eventos adversos derivados de la falta de calidad de atención y por otro lado, se logra un impacto en la percepción que tiene la ciudadanía sobre la atención médica proporcionada.

Programa Presupuestario		Presupuesto (Pesos)			Porcentaje del Ejercicio	
Clave	Denominación	Aprobado	Modificado	Ejercido	Ejer./Aprob.	Ejer./Modif.
P 016	Prevención y atención de VIH/SIDA y otras ITS	218 687 910	219 244 837	130 895 616	59.9%	59.7%

Vinculación:

- **Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3.-** Igualdad de Oportunidades; **OEPP 5.-** Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente
- **Programa Sectorial: 12.-** Programa Sectorial de Salud 2007-2012; **Objetivo 2.-** Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Porcentaje de personas con VIH/SIDA sin seguridad social en tratamiento antirretroviral				
Nivel: Componente	Cobertura de acceso a medicamentos antirretrovirales en México.			
Tipo del indicador	Estratégico			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	((Personas con SIDA sin seguridad social en tratamiento antirretroviral) / (Personas con SIDA sin seguridad social que requieren tratamiento antirretroviral)) X 100.			
Unidad de medida	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
100	100	93.5	93.5	93.5
Unidad Responsable: K00 Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA				

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

- El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA estableció para 2012 el **indicador estratégico “Porcentaje de personas con VIH/SIDA sin seguridad social en tratamiento antirretroviral”**, que mide la **eficacia** de la cobertura de tratamiento con antirretrovirales de las personas con VIH/SIDA sin seguridad social. La meta programada fue atender al 100.0 por ciento de los pacientes al cierre del año, la meta alcanzada fue de 100.0 por ciento, lo que significó atender a la totalidad de todos que lo solicitaron y que forman parte de la población que carece de seguridad social. Este comportamiento se explica por lo siguiente:
 - ◆ Para 2012 se estableció el compromiso de dar atención a la totalidad de la población que requiriera de tratamiento de antirretrovirales por tener la enfermedad del SIDA. Se estimó que 50,988 personas sin seguridad social requerirían de tratamiento y que a todas se les daría el tratamiento. Al 30 de septiembre, 47,679 personas más requirieron de tratamiento con antirretrovirales, lo que equivale a 93.5 por ciento de la meta anual programada.
 - ◆ Se brindó tratamiento a todas las personas que acudieron a los servicios de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención de SIDA e ITS (CAPASITS) y los Servicios de Atención Integral (SAI) en los hospitales de la Secretaría de Salud, debido a que la falta de tratamiento antirretroviral podría significar el incremento en la mortalidad correspondiente.
 - ◆ De enero a septiembre 2012, recibieron tratamiento con antirretrovirales 3,500 personas menos, lo representa 36.0 por ciento menos que en el mismo periodo del año anterior.
 - ◆ El financiamiento de los antirretrovirales se llevó a cabo a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, del Sistema de Protección Social en Salud, que tiene como eje rector al Seguro Popular.
 - ◆ Se recuerda, que las estimaciones se basan en modelos que intentan predecir comportamientos o tendencias futuras, en este caso, del número de personas viviendo con VIH que necesitarían tratamiento durante un periodo determinado. Para el caso específico de la meta en análisis, se realizó un modelo de regresión lineal con datos históricos.
 - ◆ La estimación basada en datos completos del ciclo permitieron, al cierre del mismo, identificar los patrones de mortalidad, en descenso, de bajas por referencia a servicios de derechohabencia, y de tipo epidemiológico para reflejar las infecciones ocurridas entre 8-10 años antes, que es el tiempo promedio entre la infección y el momento de iniciar tratamiento antirretroviral.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

- Los beneficios socioeconómicos de este indicador con nivel de componentes, se apoya en los resultados del programa de acceso universal a tratamiento antirretroviral y al cumplimiento de la meta, que permite que las personas que lo requieren tengan una mejor calidad de vida y mayor sobrevivencia.
- De igual modo, al combinar los efectos de el Tx ARV con prácticas preventivas como el uso sistemático del condón, se reduce el riesgo de que las personas viviendo con VIH puedan transmitir la infección o puedan re-infectarse.
- El hecho de ofrecer Tx ARV a toda persona en necesidad de los mismos, disminuye la probabilidad de transmisión del VIH y la probabilidad de posibles re-infecciones, lo cual hace que los costos de este programa disminuyan; y por tanto evitan una presión económica al Sistema Nacional de Salud en costo de medicamentos ARV.

Programa Presupuestario		Presupuesto (Pesos)			Porcentaje del Ejercicio	
Clave	Denominación	Aprobado	Modificado	Ejercido	Ejer./Aprob.	Ejer./Modif.
P 017	Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud	1 141 370 526	1 140 878 012	832 332 608	72.9	73.0

Vinculación:

- **Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3.-** Igualdad de Oportunidades; **OEPP 6.-** Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
- **Programa Sectorial: 12.-** Programa Sectorial de Salud 2007-2012; **Objetivo 2.-** Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía	
Nivel: Componente	Mastografías realizadas para la detección del cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años
Tipo del indicador	Gestión
Dimensión a medir	Eficacia
Fórmula	Número de mujeres asintomáticas de 50 a 69 años, responsabilidad de la Secretaría de Salud con mastografía de detección en el último año / Número de mujeres de 50 a 69 años de edad X 100
Unidad de medida	Porcentaje

VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
21.6	16.8	6.8	31.5	40.5
Unidad Responsable: L00 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva				

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

- La **Eficacia** en la detección de cáncer de mama en las unidades médicas vinculadas con la Secretaría de Salud, se estableció medirla, para 2012, a través del **Indicador de gestión “Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía”**. Consiste en la ejecución de diversas estrategias orientadas a hacer más eficiente la operación de los servicios de detección con mastografía en las entidades federativas. En 2012 se programó alcanzar el 21.6 por ciento de cobertura de mastografía en mujeres de 50 a 69 años, responsabilidad de la Secretaría de Salud, con mastografía de detección en el último año, de un universo de 3,646,876 de mujeres de 50 a 69 años de edad.
 - ◆ En el PASH se registró una modificación a la meta, programando 520,166 mujeres con mastografía de un universo de 3’096,208, para una cobertura de 16.8 por ciento, La población sin seguridad social responsabilidad del IMSS-Oportunidades, así como a la modificación de la NOM-041 que recomienda la mastografía a partir de los 40 años, por lo que además de la meta, la capacidad instalada tiene que dar respuesta a la demanda de estudios de mujeres fuera del grupo blanco.
 - ◆ En el periodo enero-septiembre se obtuvo un avance general de 6.8 por ciento, que equivale a un porcentaje de cumplimiento de 31.5 y 40.5 por ciento, con relación a las metas original y modificada, respectivamente, producto de 211,534 mujeres asintomáticas de 50 a 69 años, responsabilidad de la Secretaría de Salud con mastografía de detección en el último año, de un universo modificado al original de 3’096,208. Dichas cifras pueden presentar cambios al alza debido en el retraso de la captura de la información. Este comportamiento se explica por lo siguiente:
 - ◆ A través del Programa de Prevención y Control de Cáncer de Mama, se realizaron y registraron en el Sistema de información en Cáncer de la Mujer 546 899 mastografías a mujeres sin seguridad social, de las cuales sólo 392,264 un 53.9 por ciento, se realizaron en mujeres de 50 a 69 años, que es el grupo sobre el cual se define la evaluación del programa.
 - Con estas acciones se detectaron 2,390 mujeres con anormalidad (BIRADS IV y V) que requirieron realización de estudios de imagen y biopsia para confirmación de diagnóstico.
 - Para favorecer el incremento en la cobertura y la evaluación de casos sospechosos, se retransfirieron a las entidades federativas, recursos financieros para la construcción y equipamiento de tres UNEMES de Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama a igual número de entidades: Hidalgo, San Luis Potosí y Tamaulipas y se dio seguimiento al mismo proyecto en cinco entidades. En 2012 inició la operación de las UNEMES de Cd. Juárez y Toluca.
 - ◆ Se continuó con la estrategia de capacitación continua dirigida a personal involucrado en el Programa de Cáncer de Mama, en los diferentes niveles de atención de las 32 entidades federativas, capacitando a 407 personas.

- Adicionalmente, se capacitó a 53 elementos técnicos y médicos radiólogos en mastografía.
- ◆ La variación entre la cobertura alcanzada y la meta se debe a un avance desigual en la detección con mastografía al interior de los estados. El bajo desempeño de las entidades se debe a:
 - 20 entidades tienen avances menores al 90% de su meta; de ellas, siete de las entidades con el mayor número de programadas como meta, son las de menor productividad, con un logro menor del 50.0 por ciento: Veracruz 19 por ciento, Chiapas 46 por ciento, Guerrero 8 por ciento, Oaxaca 12 por ciento, Michoacán 22 por ciento, Puebla 34 por ciento. Las condiciones que propiciaron este bajo cumplimiento fueron:
 - La gran mayoría de mastógrafos no cuentan con personal médico y técnico dedicado al programa, puesto que las inversiones en nuevos mastógrafos fijos o móviles no se han acompañado de ampliación de plantilla del personal.
 - La operación depende de los contratos eventuales con presupuesto del Ramo 12. El Anexo IV no autorizó la contratación de médicos radiólogos, ya que la CNPSS consideró que la detección temprana de cáncer de mama con mastografía para lo cual el médico radiólogo es fundamental no constituye una estrategia de promoción y prevención.
 - Los contratos se realizan en el segundo semestre, ya que el recurso se transfiere en mayo y el convenio establece vigencias al 31 de diciembre, por lo que la operación real es de 6 meses
 - Los insumos se adquieren también a mediados de año e incluso a finales de año debido al retraso en las entidades para la liberación del recurso transferido.
 - Deficiencias en la incorporación de información en el Sistema de Cáncer de Mama SICAM, por parte de los Hospitales Federales e Institutos Nacionales de Salud, como: Instituto Nacional de Cancerología, Hospital General de México, Hospital Juárez, Instituto Nacional de Perinatología, Hospital de la Mujer, así como de organismos que realizan acciones de detección, en coordinación con los servicios estatales de salud y otras unidades involucradas con el programa, que generan la inoportunidad de cifras, lo que pudiera generar, en su caso, que la meta no esté debidamente integrada.
 - Insuficiencia en la infraestructura y personal del Programa respecto a la población. Este punto es particularmente grave en los estados de México, Oaxaca, Michoacán y Coahuila, así como en Chiapas, que sólo trabajó con un mastógrafo en 2011 y de manera irregular.
 - Falta de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, que limita las acciones en estados como Puebla y Veracruz, que no se ha resuelto a pesar de la autorización federal de las pólizas de mantenimiento en el presupuesto del Seguro Popular, pues los regímenes estatales no las autorizan.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

- Los beneficios económicos y sociales en este **indicador de componente**, no se alcanzaron debido a la falta de cumplimiento en la meta de cobertura, se dejó de beneficiar a un número mujeres con la detección oportuna de mastografía. El impacto económico en este sentido, se traduce en casos de cáncer de mama no detectados, que continuarán evolucionando a etapas más avanzadas, lo que a futuro representará un incremento en el gasto d atención de cáncer por cada caso atendido en etapa tardía, respecto al tratamiento en etapa temprana.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Cobertura de pruebas de VPH realizadas a mujeres sin seguridad social entre 35 y 64 años de edad				
Nivel: Componente	Detecciones de cáncer cérvico uterino realizadas en mujeres de 35 a 64 años de edad responsabilidad de la Secretaría de Salud			
Tipo del indicador	Gestión			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	(Número de detecciones del virus del papiloma humano en mujeres de 35 a 64 años de edad responsabilidad de la Secretaria de Salud en el último año / número de mujeres de 35 a 64 años de edad responsabilidad de la Secretaria de Salud en el último año) X 100			
Unidad de medida	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
58.7	58.7	40.6	69	69
Unidad Responsable: L00 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva				

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

- Hasta el año 2008, la prueba de detección del cáncer cérvico-uterino por citología exfoliativa se realizaba en todas las mujeres de 25 a 64 años de edad, cada tres años; a partir de 2009, se introduce la prueba de captura de híbridos del virus del papiloma humano (VPH), como la prueba de elección en mujeres de 35 a 64 años, a realizarse cada cinco años. En el momento actual nos encontramos en el proceso de consolidación de esta nueva prueba de detección que deberá sustituir paulatinamente a la prueba de citología exfoliativa en este grupo de edad blanco.
 - ◆ Dicha inclusión de la prueba de VPH en el programa de cáncer cérvico-uterino ha permitido la modernización de las estrategias de tamizaje en nuestro país, la incorporación de nuevas tecnologías para la detección oportuna de esta patología, con pruebas más sensibles (captura híbrida de VPH) permitirán en el corto plazo, detectar un mayor número de mujeres en riesgo de padecer cáncer cérvico-uterino y otorgarles el tratamiento oportunamente, a fin de detener la historia natural de la enfermedad.
 - ◆ La prueba de detección del VPH permite asegurar que una mujer con resultado negativo a la misma no desarrollará lesiones premalignas antes de cinco años, por ello, la recomendación es que las mujeres en el grupo de población blanco deberán realizarse este estudio cada cinco años cuando resulte negativo, es así que esta nueva estrategia deberá asegurar de forma paulatina que las mujeres de 35 a 64 años se realicen la prueba de VPH

una vez cada cinco años. Una de las causas de no alcanzar la meta prevista, es que esta estrategia aún no permea, no es conocida de manera suficiente, en la población y por lo tanto, no es solicitada con la frecuencia necesaria.

- ◆ Una consideración importante es que el programa incluye al total de mujeres que deben ser cubiertas con una prueba de tamizaje para la identificación de lesiones premalignas o cáncer, en este caso, el grupo de edad de 35 a 64 años de edad estimadas como meta original un 85.0 por ciento del universo a tamizar, sin embargo, al ser una prueba nueva, las mujeres aún no identifican plenamente este estudio como el de elección para la prevención del cáncer cérvico-uterino u optan por el Papanicolaou o citología exfoliativa. Con base en las pruebas alcanzadas (preliminares) por 729,740 registradas al cierre del tercer trimestre 2012, el resultado fue de 40.61 por ciento.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

- La detección del Virus del Papiloma Humano tiene un costo-beneficio sobre la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico-uterino al permitir identificar lesiones premalignas en etapas iniciales, con ello, el tratamiento se hace mucho más accesible para la población.
- La disminución en el número de casos de cáncer en etapas avanzadas significa un ahorro en el tratamiento de alta especialidad, así como la disminución en el costo psico-social en la paciente y en su familia.
- Al ser una prueba nueva, la captura de híbridos del Virus del papiloma Humano aún no es identificada como la prueba que puede prevenir de, una mejor forma, el cáncer cérvico-uterino, cuando esto suceda, podrá verse un efecto económico importante al realizar cada cinco años una prueba de detección en lugar de realizar cada tres años una prueba de citología exfoliativa.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Cobertura de citología realizada a mujeres sin seguridad social entre 25 y 34 años de edad.				
Nivel: Componente	Detecciones de cáncer cérvico uterino realizadas en mujeres de 25 y 34 años de edad responsabilidad de la Secretaría de Salud			
Tipo del indicador	Gestión			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	$(\text{Número de detecciones de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 a 34 años de edad en el último año} / \text{número de mujeres de 25 a 34 años de edad responsabilidad de la Secretaría de Salud en el último año}) \times 100$			
Unidad de medida	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
85	59.17	29.86	35.1	50.4
Unidad Responsable: L00 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva				

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

- El **indicador de gestión** mide la eficacia de **“Cobertura de citología realizada a las mujeres sin seguridad social entre 25 a 34 años de edad”**, contribuye junto con el indicador de **“Cobertura de pruebas de VPH realizadas a mujeres sin seguridad social entre 35 y 64 años de edad”**, a proteger a las mujeres en el grupo de edad de 25 y 34 años.
- **Se alcanzó una meta de 29.8 por ciento acciones de detección de un 85 establecido como meta original y 59.17 de meta modificada, con lo que se alcanza un porcentaje menor**, por diferentes circunstancias que a continuación se mencionan:
 - ◆ El Papanicolaou se ha determinado como la prueba de principal elección en la población de mujeres de 25 a 34 años de edad, sin embargo, la estrategia de invitación oportunista para la realización de la prueba en las mujeres de este grupo de edad ha condicionado que no sea solicitado con la frecuencia necesaria. Asimismo, la implementación de nuevas estrategias de detección como la prueba de detección del Virus del Papiloma Humano VPH, han determinado que la selección de métodos de detección se complementen y se vean variaciones en ambos indicadores.
 - ◆ Para 2012, se estableció una meta de 59.17 por ciento, de 1,032,527 detecciones estimadas, contra un universo de 1,745,002 mujeres de 25 a 34 años de edad, responsabilidad de la Secretaría de Salud.
 - ◆ El resultado al cierre del trimestre, fue de 521,112 detecciones de cáncer cérvico-uterino, que contra el mismo universo, determinó un resultado preliminar de 35.1 y 50.4 por ciento, contra original y modificado, respectivamente.
 - ◆ A continuación se mencionan algunas causas de no haber alcanzado la meta:
 - Falta una mayor promoción a nivel estatal para que las mujeres de 25 a 34 años acudan a realizarse la prueba de citología exfoliativa. Esto ha condicionado que las entidades con el menor porcentaje logrado de la meta en 2012 sean el Distrito Federal (24.9 por ciento), Oaxaca (31.4), Estado de México (34.2) y Veracruz (35.3 por ciento).
 - Retraso en la captura de detecciones realizadas al sistema de información de cáncer de la mujer (SICAM).
 - Falta de estrategias a nivel local para favorecer que las mujeres en la población de interés acepten la realización de esta prueba o la de VPH.
 - La prueba de Papanicolaou se realiza en mayor porcentaje de forma oportunista en el país, por lo que la invitación para que las mujeres de 25 a 34 años de edad realicen la prueba de detección de Papanicolaou, se hace a través de identificar a las mujeres en consulta por otro motivo e invitarlas a realizarse la prueba como una extensión de la consulta. Este sistema oportunista condiciona que no se realice la invitación a todas las mujeres en ese grupo de edad.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

- Este indicador que tiene el nivel de componente, presenta efectos socioeconómicos de beneficio a corto plazo, ya que su estrategia de detección a través de Papanicolaou se verá disminuida en su uso debido a la introducción de las nuevas tecnologías de detección, como la identificación de mujeres con infección por virus del papiloma humano.
- La oportunidad en la aplicación de las citologías, junto con la prueba de VPH, constituyen una acción de prevención del cáncer cérvico-uterino, que permitirá que las mujeres tengan la información necesaria para su atención, en su caso, y que con ello evite mayores gastos de atención médica, así como propiciará la protección de la salud y la vida de la mujeres, con el beneficio de alcanzar una mejor vida productiva.
- Se actúa en acciones de prevención cuyo costo-efectividad es más efectivo, buscando que en el mediano y largo plazo haya menos presiones en el gasto en salud.

Programa Presupuestario		Presupuesto (Pesos)		Porcentaje del Ejercicio		
Clave	Denominación	Aprobado	Modificado *	Ejercido *	Ejer./Aprob.	Ejer./Modif.
S0200	Caravanas de la Salud	704 096 038	795 781 971	412 511 413	58.1	51.8

Vinculación:

- **Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3.-** Igualdad de Oportunidades; **OEPP 4.-** Mejorar las condiciones de salud de la población.
- **Programa Sectorial: 12.-** Programa Sectorial de Salud 2007-2012; **Objetivo 2.-** Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Porcentaje del total de población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el programa				
Nivel: Fin		Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población sin acceso o con acceso limitado a los servicios de salud, a través de la oferta de servicios de prevención, promoción y atención médica ambulatoria.		
Tipo del indicador		Estratégico		
Dimensión a medir		Eficacia		
Fórmula		$(\text{Población atendida por el programa} / \text{Total de población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación}) \times 100$		
Unidad de medida		Porcentaje		
VALOR DE LA META ANUAL (porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Original anual	Programada 3er. Trimestre	Alcanzada 3er. Trimestre	Alcanzada/Original	Alcanzada/Programado
100.00	0.00	98.44	98.44	98.44
Unidad Responsable: 611 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud				

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

Este indicador se programó para reportar avances con periodicidad anual.

La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud a través de la Secretaría de Salud estableció para 2012 el indicador estratégico: Porcentaje del total de población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el programa, al final del periodo enero-septiembre se observó lo siguiente:

La meta estimada registrada originalmente fue de 100.00% (3,700,000 / 3,700,000), la cual se modificó a 100.00% (3,900,000 / 3,900,000), debido a que al cierre del ejercicio 2011, se logró atender a 3,837,056 personas, equivalente al 98.39% de 3,900,000. El logro alcanzado al cierre del periodo enero-septiembre de 2012 ascendió al 98.44% (3,839,056 / 3,900,000).

- La meta programada modificada anual en números absolutos fue de 3,900,000 equivalente al 100.00 por ciento de 3,900,000 El logro alcanzado fue 3,839,056 que representa el 98.44 por ciento con respecto a la meta programada modificada.
- Para el periodo que se reporta, la meta del indicador presenta un avance acumulado anual del 98.44 por ciento, inferior en un 1.56 por ciento en relación a lo programado modificado anual.

- Las 3,839,056 personas atendidas por el programa en el periodo en comento, habitan en las 21,414 localidades atendidas actualmente; el número de atenciones médicas realizadas en enero-septiembre de 2012, ascendió a 3,034,962; asimismo, se realizaron 8,942,572 acciones de promoción y prevención a la población que habita en dichas localidades.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador.

- El **impacto** del comportamiento de este **indicador estratégico**, se refleja en números absolutos en una mayor cantidad de población atendida en las localidades que son objetivo del programa. La variación con respecto a la meta originalmente programada es resultado de la reorientación en las entidades federativas de algunas rutas de las Unidades Médicas Móviles (UMM), con el fin de alcanzar una mayor cobertura.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Porcentaje de unidades médicas móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado				
Nivel: Actividad	Operación de unidades médicas móviles debidamente equipadas y con recursos humanos capacitados para la prestación de los servicios con calidad			
Tipo del indicador	Gestión			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	$(\text{Unidades médicas móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado} / \text{Total de unidades médicas móviles adquiridas}) \times 100$			
Unidad de medida	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Original anual	Programada 3er. Trimestre	Alcanzada 3er. Trimestre	Alcanzada/Original	Alcanzada/Programado
89.96	98.76	98.55	109.55	99.79
Unidad Responsable: 611 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud				

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

Este indicador se programó para reportar avances con periodicidad trimestral.

La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud a través de la Secretaría de Salud estableció para 2012 el indicador de gestión: Porcentaje de unidades médicas móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado, al final del periodo enero-septiembre de 2012, se observó lo siguiente:

La meta anual estimada registrada originalmente fue de 89.96% (896 / 996), la cual se estimó modificar a 98.65% (951/ 964), debido a que se preveía contar con un mayor número de unidades médicas móviles en operación y considerando que únicamente no estarían en operación la unidades médicas móviles siniestradas.

Al cierre del periodo que se informa, se alcanzó el 98.55% (950 / 964), logrando el 99.79% por ciento conforme lo programado modificado para el periodo enero-septiembre de 2012. Asimismo, a dicho periodo se logró un cumplimiento acumulado anual del 99.90% con respecto a lo programado. La meta programada no se alcanzó en virtud de que en las entidades federativas no se logró mantener en operación a las unidades médicas móviles previstas para la operación y ejecución del programa.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador.

- **El impacto** del comportamiento de este **indicador de gestión**, en el periodo que se informa, se refleja continuidad de la atención y un mecanismo responsable de planeación de metas en función del comportamiento del Programa.

Programa Presupuestario		Presupuesto (Pesos)			Porcentaje del Ejercicio	
Clave	Denominación	Aprobado	Modificado *	Ejercido*	Ejer./Aprob.	Ejer./Modif.
S201	Seguro Médico para una Nueva Generación	2 653 025 918	2 653 025 918	1 969 176 024	74.2	74.2

Vinculación:

- **Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3.-** Igualdad de Oportunidades; **OEPP 7.-** Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.
- **Programa Sectorial: 12.-** Programa Sectorial de Salud 2007-2012; **Objetivo 4.-** Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud

INDICADOR PARA RESULTADOS: Niños afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación	
Nivel: Actividad	Afiliación de los menores de 5 años nacidos sin seguridad social a partir del 1 de diciembre de 2006 con acceso a los servicios de salud
Tipo del indicador	Gestión
Dimensión a medir	Eficacia
Fórmula	$((\text{Niños afiliados en el Seguro Médico para una Nueva Generación en el periodo}) / (\text{Niños programados a afiliarse al Seguro Médico para una Nueva Generación en el mismo periodo})) \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje

VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
100	100	178.7	178.7	178.7
Unidad Responsable: U00 Comisión Nacional de Protección Social en Salud				

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

- El **indicador de gestión “Niños afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación”**, permite conocer cuántos niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006, se han afiliado y con ello garantizar su acceso a los servicios de salud.
- El avance del aseguramiento con un porcentaje de cumplimiento de 178.7, en relación con la meta original, es producido por un mayor número de nacimientos en el año. El estimado con el que se realizó la programación de la meta es con fundamento en las cifras poblacionales de crecimiento proporcionadas por el CONAPO, las cuales no han sido actualizadas.
 - ◆ A partir de 2008 la estrategia de embarazo saludable incorpora a las mujeres embarazadas al Sistema de Protección Social en Salud, provocando un incremento en la afiliación de recién nacidos.
 - ◆ Se afiliaron no sólo a los recién nacidos como se tenía programado, sino también a los menores de cinco años que aún no se encontraban dentro del Sistema de Protección Social en Salud.
 - ◆ El incremento de nacimientos por encima de los estimados y de niños nacidos después del 1 de diciembre de 2006 que no fueron incorporados al nacimiento en el sistema, hace que se supere la meta programada; este hecho genera la mayor demanda de afiliación.
 - ◆ En el 2010 Seguro Médico para una Nueva Generación para el cierre fue de 1 304 787 niños, por lo que la meta se cubrió en un 153.5 por ciento de la meta establecida.
 - ◆ En 2011 se programó como meta afiliar a 850 000 niños al Seguro Médico para una Nueva Generación y al cierre de dicho año se logró la afiliación de 1 519 354 niños, por lo que la meta se cubre en un 178.7 por ciento. Estos datos son definitivos al cierre del 31 de diciembre. comparado con 2010, se incrementó el número de afiliados en un 16.4 por ciento.
 - ◆ El subestimado de CONAPO es importante para explicar la superación de la meta, pues esta cifra ha quedado por debajo de los nacimientos registrados.
 - ◆ Esta cifra se debe principalmente a: El avance a la afiliación al SMNG, reforzada con la estrategia embarazo saludable; la base para el cálculo de la meta (CONAPO) que está por debajo de los nacimientos ocurridos en el periodo y se afiliaron al sistema niños que no son recién nacidos, pero pertenecen a la población objetivo y no habían sido incorporados al Sistema de Protección Social en Salud.



SALUD

Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

- Se incrementa el acceso de los menores de 5 años a todas las intervenciones del SMNG y beneficios del Sistema de Protección Social en Salud, lo cual reduce las posibilidades de empobrecimiento de los padres al contar con los servicios de salud para sus hijos.
- Se garantiza la atención médica y se incrementan las condiciones de salud que facilitan un crecimiento saludable de los menores y prevención y curación de los padecimientos que pueden llegar a presentar.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Niños afiliados con acceso a los servicios de salud				
Nivel: Actividad		Afiliación de los menores de 5 años nacidos sin seguridad social a partir del 1 de diciembre de 2006 con acceso a los servicios de salud		
Tipo del indicador		Gestión		
Dimensión a medir		Eficacia		
Fórmula		$\left(\frac{\text{Número de casos de niños beneficiados por el Seguro Médico para una Nueva Generación en el periodo}}{\text{Número de casos de niños beneficiados por el Seguro Médico para una Nueva Generación en el año inmediato anterior}} \right) \times 100$		
Unidad de medida		Porcentaje		
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
120	120	134.8	112.3	112.3
Unidad Responsable: U00: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.				

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

- El **indicador de gestión “Niños afiliados con acceso a los servicios de salud”**, con nivel de **actividad**, permite conocer cuántos niños nacidos a partir del 1º de diciembre de 2006 ya afiliados, han acudido a recibir atención a los servicios de salud.
- El incremento de los casos depende de la capacidad y mejora de los prestadores de servicios en el registro de los mismos y de los regímenes estatales de salud para validar los casos con oportunidad en el Sistema SMNG. Aunado a la mayor afiliación al Sistema de Protección Social en Salud.

- ◆ El aumento de los casos de los niños beneficiados, obtenido al cierre preliminar a diciembre de 2011 por 33 688 niños, determina un cumplimiento de 112.3 por ciento sobre la meta original, al beneficiar 33 688 casos de 30 000 programados.
- ◆ Para 2011 se tenía estimado atender 30 000 de 25 000, que se consideró se cerraría al término de 2010, lo que generó una propuesta de 120 por ciento para dicho año, esto, debido a que la propuesta para el año siguiente se hace en el segundo semestre del año anterior. Al término, se alcanzó un 134.8 por ciento, producto de atender 33 688 casos, comparados con los 33 809 casos finales de 2010.

Efectos socioeconómicos del alcance de metas del indicador

- Se establece la protección a los menores de cinco años, que previene mayores costos en el corto, mediano y largo plazo.
- Evita gastos mayores a los padres, que serían catastróficos, con efecto en su patrimonio.
- Este mayor número de casos en el Sistema de Protección Social en Salud, provoca un incremento en la demanda de servicios proporcionados por el Programa.
- Un mayor conocimiento de los beneficios del Programa hace que los padres acudan con mayor frecuencia a los servicios médicos.

Programa Presupuestario		Presupuesto (Pesos)		Porcentaje del Ejercicio		
Clave	Denominación	Aprobado	Modificado *	Ejercido *	Ejer./Aprob.	Ejer./Modif.
U005	Seguro Popular	64 402 458 192	64 127 804 199	47 344 957 356	73.5	73.8

*Información del periodo enero-septiembre 2012

Vinculación:

- **Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3.-** Igualdad de Oportunidades; **OEPP 7.-** Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.
- **Programa Sectorial: 12.-** Programa Sectorial de Salud 2007-2012; **Objetivo 4.-** Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de Salud.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud				
Nivel: Componente		Acceso efectivo a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud		
Tipo del indicador		Gestión		
Dimensión a medir		Eficacia		
Fórmula		(Número de consultas en el periodo) / (Total de personas afiliadas en el periodo)		
Unidad de medida		Promedio		
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
1.5	1.47	1.34	89.3	91.1
Unidad Responsable: U00 Comisión Nacional de Protección Social en Salud				

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

- El **indicador de gestión**, “Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud”, mide la **eficacia** en el acceso de los afiliados a consultas en el primer nivel de atención. Al respecto, se alcanzó un cumplimiento del 89.3 por ciento con relación a la meta establecida para el mismo año.
 - ◆ Durante 2011 el promedio de consultas fue de 1.34, con lo cual se alcanza un cumplimiento de la meta de 89.3 por ciento, derivado de que las consultas sumaron 69 596 779, mientras que el número de personas afiliadas fue de 51 823 314, en este sentido, debemos considerar que en el último trimestre del año, se afiliaron más de tres millones de personas.
 - ◆ Las cifras que se reportan son preliminares, con fecha de cierre a diciembre del 2011, sin embargo, cabe señalar que la Dirección General de Información en Salud (DGIS), aún no tiene cifras definitivas de consultas otorgadas, respecto al periodo que se reporta, ya que su proceso de captura de información es continuo y se tiene previsto que el cierre definitivo de información 2011 sea entre los meses de mayo y junio de 2012.
 - ◆ Se registró una ligera variación negativa de 0.13 menos consultas con relación a lo programado para el segundo semestre del 2011, sin embargo, es conveniente señalar que hubo un incremento en el número de afiliaciones de 1.02 por ciento para el mismo periodo.
 - ◆ En 2011, se afilió a 51.8 millones de personas, lo que corresponde a un incremento del 19.0 por ciento con respecto al 2010, ya que en ese año se afiliaron 43.5 millones de personas. Este incremento en el número de personas se refleja en el incremento de las consultas que en 2010 fueron 63 121 731, mientras en 2011 pasó a 69. 5 millones, este número se incrementará como se ha mencionado antes, debido a que la cifra del cierre de las mismas es todavía preliminar.
 - ◆ En 2011 la afiliación en localidades donde más del 40.0 por ciento de la población habla alguna lengua indígena ascendió a 4 603 406 personas, lo que representa un crecimiento de 578 344 personas respecto al año 2010.

- ◆ A través de la estrategia Embarazo Saludable se han afiliado al Seguro Popular 1 755 610 mujeres embarazadas, es decir, se tuvo un crecimiento en la afiliación de 347 747 mujeres embarazadas a lo largo del año.
- ◆ Del total de afiliados al Seguro Popular, a diciembre del 2011 el 99.4 por ciento (51 513 252) corresponde a los cuatro primeros deciles de ingreso, mientras que los deciles V al X agrupan al 0.6 por ciento (310 062) del total de afiliados y que forman parte del régimen contributivo, con excepción de los beneficiarios del SMNG y Embarazo Saludable.
- ◆ Al mes de diciembre de 2011 se han afiliado al SPSS más de 14.5 millones de beneficiarios en los 1 250 municipios de zonas prioritarias que representan el 28.0 por ciento respecto a la afiliación total al Sistema.
- ◆ Es importante destacar, que para efectos de definir el número de individuos que estaban afiliados, se modificó la forma de identificar el indicador y la unidad de medida vinculada con la persona, pero sin dejar de identificar a la familia, la cápita se integra por persona, lo que establece de manera equitativa de los recursos que deben recibir las entidades federativas, además de hacer transparente la asignación y transferencia de los recursos a que tienen derecho las entidades. Por ello, la evaluación de resultados se hace con base en la unidad de medida de “personas”. Es de este cambio que resulta relevante el indicador de consultas por persona debido a que indica el acceso a los beneficios en este tipo de unidad de medida.

Efectos socioeconómicos e impacto social del alcance de metas del indicador

- Este indicador de **componente**, tiene efectos socioeconómicos importantes entre las personas afiliadas al Seguro Popular, quienes reciben atención médica preventiva y curativa oportuna, lo que contribuye a un mejor diagnóstico y seguimiento adecuado del estado de salud de cada uno de los usuarios de los servicios y que generen acciones de prevención que en el corto, mediano y largo plazo, y que esto permita un menor impacto en los presupuestos futuros que se asignen para el sector salud.
 - ◆ El acceso a los servicios de salud fortalece el ejercicio de los derechos de los afiliados, pues ven ampliadas sus oportunidades mediante el mejoramiento de la salud y evita la demora en su atención médica por motivos económicos.
 - ◆ El acceso a la salud resguarda el patrimonio de las familias contra gastos en salud.
 - ◆ Propicia la incorporación a las áreas productivas de la población.

INDICADOR PARA RESULTADOS Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular				
Nivel: Actividad	Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular			
Tipo del indicador	Gestión			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	((Total de Personas nuevas afiliadas en el año) / (Total de Personas nuevas programadas para su afiliación en el año)) X 100			
Unidad de medida	Porcentaje			
VALOR DE LA META ANUAL (Porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
100.0	100.0	106.7	106.7	106.7
Unidad Responsable: U00 Comisión Nacional de Protección Social en Salud				

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

- El **indicador de gestión, “Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular”**, mide la **eficacia** en la meta de afiliación establecida para el periodo. El resultado obtenido fue de un avance del 6.7 por ciento respecto a la meta planeada.
 - ◆ Es importante destacar, que para efectos de definir el número de individuos que estaban afiliados, se modificó la forma de identificar el indicador y la unidad de medida vinculada con la persona, pero sin dejar de identificar a la familia, la cápita se integra por persona, lo que establece de manera equitativa los recursos que deben recibir las entidades federativas, además de hacer transparente la asignación y transferencia de los recursos a que tienen derecho las entidades. Por ello, la evaluación de resultados se hace con base en la unidad de medida de “personas”.
 - ◆ En 2010 se programó la afiliación de 12 532 232 nuevas personas al Seguro Popular, logrando un avance del 98.8 por ciento al afiliar de una meta que fue de 12 385 770 nuevas personas al cierre de ese mismo año.
 - ◆ Durante 2011, se programó la afiliación de 7 781 496 nuevas personas al Seguro Popular, logrando un avance del 106.7 por ciento al afiliar a 8 304 595 nuevas personas al cierre del año. En ambos años 2010 y 2011 se ha logrado incorporar a la población programada en afiliar.
 - ◆ Respecto a 2010 se incrementaron el número de personas nuevas afiliadas en un 6.7 por ciento, 8 304 595 en 2011, contra 7 781 496 en 2010.
 - ◆ Las estrategias y planeación para la afiliación implementadas por las entidades federativas en coordinación con el Gobierno Federal, tuvieron una buena respuesta por parte de la población objetivo.
 - ◆ Al cierre de 2011 el avance de incorporación de afiliados es de 51 823 314 personas, lo que representa el 101.0 por ciento con relación a la meta establecida para llegar a la Cobertura Universal que fue de 51 300 215.

- El número de beneficiarios se incrementó en un 19.1 por ciento con respecto al año anterior que se tenía afiliadas a 43.5 millones de personas, lo que significa en términos absolutos, que se afiliaron 8 304 595 personas más en 2011. La variación más significativa por estado se registró en Baja California con 43.4 por ciento, Puebla con 42.8 por ciento y Jalisco con 40.1 por ciento.
- El número de beneficiarios afiliados residentes en localidades donde más del 40.0 por ciento de la población es de habla indígena, la cual ascendió durante 2011 a 4 603 406 personas, lo que representa un incremento de 578 344 beneficiarios, cifra superior en 14.4 por ciento, a los registrados al cierre de 2010. Los Estados donde se concentra el mayor grupo de estas familias son: Oaxaca con 20.0 por ciento, Chiapas 17.9 por ciento, y Veracruz con 12.2 por ciento.

Efectos socioeconómicos e impacto social del alcance de metas del indicador

- Los efectos socioeconómicos y alcance social, en este indicador de nivel de actividad, se identifica al cierre de 2011, porque se logró la cobertura universal en 30 de las 32 entidades federativas, con los siguientes impactos:
 - ◆ Las personas incorporadas podrán tener acceso a las intervenciones que incluye el CAUSES del Seguro Popular.
 - ◆ La afiliación de nuevas personas al Seguro Popular contribuye al cumplimiento del mandato constitucional de que todos los mexicanos cuenten con acceso a los servicios de salud.
 - ◆ Al incrementarse el número de mexicanos afiliados al Seguro Popular, se protege el patrimonio de las personas y las familias, ya que de manera automática se asegura la atención médica y medicinas, además de que con acciones de prevención a las que se incorporan, se disminuye la posibilidad de un gasto por enfermedad.
 - ◆ El 34.7 de los beneficiarios incorporados al SPSS se ubican en zonas rurales, mientras que el 65.3 por ciento de los afiliados se ubican en zonas urbanas.

2012 (Avance al primer semestre del año). Causa: Para atender a todo solicitante, se estableció con las Entidades Federativas el Anexo II del acuerdo de coordinación para el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud. Este Anexo II sirve para establecer las metas anuales de afiliación para las entidades federativas y para elaborar los escenarios del avance al Sistema de Protección Social en Salud. Como propósito de dicho anexo se mantiene la Cobertura Universal Voluntaria (CUV) alcanzada en 2011. Esto dentro de 3 bandas de cobertura, las cuales consideran el crecimiento natural de la población calculada con la tasa de natalidad reportada en los indicadores de Población CONAPO 1990-2030, y la regularización de los registros que cumplen con los criterios de validación de la demanda adicional observada. Efecto: El resultado es mantener la proyección sobre la afiliación y dar cobertura a todos los nuevos solicitantes para lograr la Cobertura Universal de Salud en las 32 Entidades Federativas.

Programa Presupuestario		Presupuesto (Pesos)		Porcentaje del Ejercicio		
Clave	Denominación	Aprobado	Modificado *	Ejercido *	Ejer./Aprob.	Ejer./Modif.
U007	Reducción de Mortalidad Materna	255 343 943	255 343 943	177 119 138	69.4	69.4

Vinculación:

- **Plan Nacional de Desarrollo: Eje 3.-** Igualdad de Oportunidades; **OEPP 6.-** Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
- **Programa Sectorial: 12.-** Programa Sectorial de Salud 2007-2012; **Objetivo 2.-** Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.

INDICADOR PARA RESULTADOS: Reducción de la mortalidad materna				
Nivel: Fin	Contribuir a mejorar el acceso, calidad y seguridad de los servicios de atención médica a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.			
Tipo del indicador	Estratégico			
Dimensión a medir	Eficacia			
Fórmula	$(\text{Número de defunciones maternas} / \text{Nacimientos estimados}) \times 100\ 000$			
Unidad de medida	Razón			
VALOR DE LA META ANUAL (porcentaje)			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (%)	
Aprobada	Modificada	Alcanzada	Alcanzada/Aprobada	Alcanzada/Modificada
44.5	49	47.0*	94.7	98.6
Unidad Responsable: L00 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva				

Nota: El indicador es decreciente, por lo que si el resultado es menor al programado o esperado, el valor de cumplimiento, es mayor del 100.0 por ciento. La fórmula por aplicar es: $((\text{Meta original} - \text{meta alcanzada}) \times 100 / \text{meta original}) + 100$.

* Información preliminar según Plataforma de Vigilancia Epidemiológica (3 de octubre de 2012)

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

- El **indicador estratégico “Razón de mortalidad materna”**, es la razón entre las defunciones maternas y los nacimientos estimados, el **tipo es estratégico** y su dimensión es de **eficacia**.
 - ◆ La meta planteada para 2012 fue registrar 847 defunciones. En 2012 se han registrado en cifras preliminares 721 defunciones maternas con una razón de muerte materna de 47.0 hasta la semana epidemiológica 40 (3 de octubre).
 - ◆ La reducción es de un 12.7% de razón de muerte materna en comparación a la misma semana epidemiológica de 2011.
 - ◆ Los estados que han registrado la menor mortalidad materna en el país 2012 son: Baja California Sur, Colima, Campeche, Nayarit, Coahuila, Querétaro, Quintana Roo, Morelos, Durango, Sonora, y Aguascalientes, y todos con menos de 11 defunciones.
 - ◆ Los estados que ha registrado la mayor mortalidad materna en el país 2012 fueron. México, Distrito Federal, Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Puebla, Guanajuato y Jalisco. Estos nueve estados concentran más del 60% de la mortalidad materna en el país.
 - ◆ En 2012 se programó al final del año alcanzar una razón de mortalidad materna de 44.5 en su ejecución, al momento se cuenta con una razón de muerte materna de 47.0, el incremento hasta el momento se deber a lo heterogéneo de la aplicación de políticas públicas en las diferentes entidades, y algunos determinantes sociales históricos que no se han podido revertir, con todo ello no se estima lograr alcanzar la meta programada, a pesar de que se tienen cifras menores a las del año pasado.

Actividades realizadas

- Se apoyaron a las 32 entidades federativas, para mejorar la infraestructura hospitalaria y apoyo en anticoncepción, postevento obstétrico, medicamentos esenciales y recursos humanos para fortalecer las plantillas de personal.
- Se realizó una Reunión Nacional para el Abasto de Medicamentos Esenciales para la Atención de las Emergencias Obstétricas, donde se analizaron las necesidades de insumos y fuentes de financiamiento, con representantes de todas las entidades federativas.
- Se logró, a través del Convenio de Universalización de la Atención de Emergencias Obstétricas, entre la SS, el IMSS y el ISSSTE, que las mujeres embarazadas que requieran del servicio médico ante una emergencia obstétrica sean atendidas en cualquiera de estas instituciones independientemente de ser o no derechohabientes. Hasta agosto se han atendido 1 108 eventos obstétricos en 105 hospitales de las tres instituciones.
- Capacitación en emergencias obstétricas a personal de salud que atiende pacientes obstétricas en hospitales prioritarios y unidades de salud de referencia (6,894 capacitados).

- Se apoyó para la contratación de parteras profesionales en seis entidades federativas. Distrito Federal, San Luis Potosí, Guerrero, Veracruz, Puebla y Oaxaca.
- Se apoyó para el equipamiento para la atención del parto humanizado a once entidades federativas: Baja California, Campeche, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Oaxaca y San Luis Potosí.
- Se apoyó para el equipamiento de Posadas AME a las entidades federativas de Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Oaxaca, Querétaro y San Luis Potosí.
- Se recibieron y evaluaron 36 proyectos municipales en salud materna y perinatal presentados al Fondo de Comunidades Saludables de los estados de Chihuahua, Durango, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Puebla, Tlaxcala y Zacatecas.
- Se implementó la estrategia del Grupo de Fuerza de Tarea, integrada por el CNEGSR, DGCyES, COFEPRIS, CNTS, DGPLADES y DGE, enfocándose en ocho entidades federativas con alto número de defunciones maternas: Guerrero, Distrito Federal, Jalisco, México, Puebla, Hidalgo, Veracruz y Chiapas. Además se visitaron los estados de Nayarit y Oaxaca. En total se supervisaron a 47 hospitales.
- El horario de atención de la línea 01 800 0MATERNA se amplió al turno nocturno y de fin de semana para ofrecer el servicio las 24 horas del día a través de 6 operadoras/es. Hasta octubre de 2012 se registraron más de 1,000 llamadas de usuarias/os de las 32 entidades federativas. Los motivos principales de llamadas recibidas son: solicitud de información de unidad médica que proporcionan servicios, del procedimiento para la afiliación al Seguro Popular, apoyos para traslado y atención en hospitales, inconformidades y quejas por dilación o rechazo en centros de salud y hospitales para la atención, cobros indebidos y en algunos casos, mal trato por parte de personal médico y administrativo.
- El proyecto Madrinas Comunitarias opera en 10 municipios de Guerrero, 3 de Oaxaca, 8 de Hidalgo, 1 de Tabasco, 59 de Tlaxcala, 14 de Puebla, 4 de Querétaro y 7 de Veracruz. En esos municipios, 1,763 mujeres fueron identificadas y trasladadas oportunamente para la atención de complicaciones obstétricas en unidades de segundo nivel.
- Se impulsó la contratación de Monitoras/es comunitarias/os en los Estados de Guerrero, Oaxaca, Distrito Federal, Puebla y Querétaro para dar seguimiento en campo al fortalecimiento de la participación comunitaria en el cuidado de la salud materna y el proyecto Madrinas Comunitarias

13.11.4 Aspectos financieros y presupuestarios

Durante esta administración, se aprobaron los presupuestos más importantes que históricamente se venían aprobando, propiciado por la modificación a la Ley General de Salud a partir de enero de 2004, al ponerse en marcha en ese año el Sistema de Protección Social en Salud, que tiene como base al Seguro Popular de Salud, que brinda acceso a los servicios de salud y que al término de 2012 otorga cobertura a toda la población, considerando que es a través de la afiliación voluntaria y que protege a la población que carece de seguridad social.

Otros ingresos

En la Secretaría de Salud se obtienen ingresos adicionales a través de la prestación de servicios en las unidades hospitalarias federales, en el caso del Distrito Federal, se tienen tres unidades que se coordinan directamente por la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad CCINSHAE. Estos recursos se identifican como Cuotas de Recuperación.

A continuación se presentan los recursos captados al mes de agosto de 2012. Como se observa, los recursos se depositan a la TESOFE, para posteriormente solicitar la aprobación como ampliaciones al presupuesto. Del total remitido a la TESOFE, no todo es ampliado a las unidades hospitalarias que los captaron.

**SECRETARÍA DE SALUD
INTEGRACION DE INGRESOS CAPTADOS POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN 2006-2012
INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS**

Concepto	2012 agosto	Total 2007-2012	COMENTARIOS A LAS VARIACIONES 2007 A 2012
HOSPITAL DE LA MUJER			
RECIBIDAS	11 311 243.00	114 142 529.00	
ENTERADAS A TESOFE	11 311 243.00	114 142 529.00	
AMPLIACIONES LIQUIDAS	0.00	25,126,125.74	
HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO			
RECIBIDAS	0.00	15 093 653.00	
ENTERADAS A TESOFE	0.00	15 093 653.00	
AMPLIACIONES LIQUIDAS	0.00	7 087 246.64	

Concepto	2012 agosto	Total 2007-2012	COMENTARIOS A LAS VARIACIONES 2007 A 2012
HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO			
RECIBIDAS	881 358.00	5 210 313.00	
ENTERADAS A TESOFE	881 358.00	5 210 313.00	
AMPLIACIONES LIQUIDAS	0.00	1 198 705.62	
TOTAL			
Recibidas	12 192 601.00	134 446 495.00	
Enteradas A TESOFE	12 192 601.00	134 446 495.00	
Ampliaciones Liquidadas	0.00	33 412 078.00	

Como “Ingresos”, se consideran los presupuestos autorizados: original y modificados, en los Presupuestos de Egresos de la Federación 2007 al 2011 en esta primera etapa del Informe. Entendiendo por ingreso final los presupuestos modificados. En el caso de los “Egresos”, se refieren al presupuesto ejercido, que es coincidente con los pagos realizados a través de la Tesorería de la Federación, por medio de los sistemas de liberación de recursos establecidos.

A continuación daremos cuenta del ejercicio del presupuesto autorizado, por el periodo enero a junio de 2012.

EJERCICIO PRESUPUESTARIO A AGOSTO DE 2012

COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO PROGRAMÁTICO DEVENGADO

RAMO 12 SALUD

PRESUPUESTO 2012

Para el ejercicio fiscal 2012, en el Presupuesto de Egresos de la Federación, la H. Cámara de Diputados aprobó para el Ramo 12 Salud un **presupuesto original** de 113 479 679.2 miles de pesos, modificándose con ampliaciones de 82 703 261.1 miles de pesos y reducciones de 86 585 785.4 miles de pesos para llegar a un **presupuesto modificado** de 109 597 154.9 miles de pesos, que representa el 3.4 por ciento menor **con relación al presupuesto original autorizado y el 100.0 por ciento en relación con el presupuesto modificado. De los recursos ejercidos**, 28 665 506.0 miles de pesos correspondieron a **gasto directo**, que representa el 60.4 por ciento en relación con la asignación original; y 41 752 061.0 miles de pesos de **subsidios**, importe que equivale al 63.2 por ciento del presupuesto original autorizado.

- El presente cuadro muestra la integración por apartados del gasto, así como su identificación por gasto corriente y de capital, diferenciando el presupuesto ejercido por la Secretaría de Salud y el del DIF.
- El presupuesto ejercido del gasto programable devengado por clasificación económica por 70 417 567.0 miles de pesos, al ser cotejado con el presupuesto original autorizado de 113 479 679.2 miles de pesos muestra una variación global de 43 062 112.2 miles de pesos, inferior en 37.9 por ciento, correspondiendo una variación de menos de 45 332 345.3 de miles de pesos a **gasto corriente** y una variación de más de 2 270 233.1 miles de pesos al **gasto de inversión**, menor en 41.6 por ciento y 50.9 por ciento mayor, respectivamente.
 - El **presupuesto original** por 113 479 679.2 miles de pesos, tuvo los siguientes movimientos presupuestarios:
 - ◆ Se vio incrementado por ampliaciones presupuestarias por 82 703 261.1 miles de pesos, y reducciones por 86 585 785.4 miles de pesos.
 - ◆ Determinando una reducción neta de 3 882 524.3 miles de pesos, por lo que el presupuesto modificado para el ejercicio 2012 alcanzó un monto de 109 597 154.9 miles de pesos.

1. GASTO PROGRAMABLE DEVENGADO RAMO 12 SALUD.

Ramo12Salud														
Gasto Programable Devengado al 31 de agosto de 2012														
Descripción	Presupuesto(Pesos)						VariaciónAbsoluta (Ejercido/Original)			VariaciónPorcentual (Ejercido/Original)			Estructura Porcentual	
	Total		Corriente		Capital		Total	Corriente	Capital	Total	Corriente	Capital	Original	Ejercido
	Original	Ejercido	Original	Ejercido	Original	Ejercido								
Total	113 479 679 217	70 417 566 998	109 016 992 001	63 684 646 668	4 462 687 216	6 732 920 330	- 43 062 112 219	- 45 332 345 333	2 270 233 114	-37.9	-41.6	50.9	100.0	100.0
GastoDirecto	47 447 002 087	28 665 505 963	42 984 314 871	25 605 352 857	4 462 687 216	3 060 153 106	- 18 781 496 124	- 17 378 962 014	- 1 402 534 110	-39.6	-40.4	-31.4	41.8	40.7
Subsidios	66 032 677 130	41 752 061 035	66 032 677 130	38 079 293 811	0	3 672 767 224	- 24 280 616 095	- 27 953 383 319	3 672 767 224	-36.8	-42.3		58.2	59.3
SSA	111 589 135 685	69 261 470 637	107 126 448 469	62 550 772 712	4 462 687 216	6 710 697 926	- 42 327 665 048	- 44 575 675 757	2 248 010 710	-37.9	-41.6	50.4	98.3	98.4
GastoDirecto	46 055 711 834	27 704 251 936	41 593 024 618	24 666 321 235	4 462 687 216	3 037 930 701	- 18 351 459 898	- 16 926 703 383	- 1 424 756 515	-39.8	-40.7	-31.9	40.6	39.3
Subsidios	65 533 423 851	41 557 218 701	65 533 423 851	37 884 451 477	0	3 672 767 224	- 23 976 205 150	- 27 648 972 374	3 672 767 224	-36.6	-42.2		57.7	59.0
DIF	1 890 543 532	1 156 096 361	1 890 543 532	1 133 873 956	0	22 222 405	- 734 447 171	- 756 669 576	22 222 405	-38.8	-32.5	0.0	1.7	1.6
GastoDirecto	1 391 290 253	961 254 027	1 391 290 253	939 031 622	0	22 222 405	- 430 036 226	- 452 258 631	22 222 405	-30.9	-61.0	0.0	1.2	1.4
Subsidios	499 253 279	194 842 334	499 253 279	194 842 334			- 304 410 945			-61.0	110.0		0.4	0.3

Fuente:Secretaría de Salud

- En el Ramo 12 se ejerció un presupuesto de 70 417 567.0 miles de pesos, que al ser comparado con el presupuesto modificado por 109 597 154.9 miles de pesos, representa el 64.3 por ciento.
- La Secretaría de Salud integra su presupuesto ejercido de 98.4 por ciento con 39.3 por ciento de gasto directo y 59.0 por ciento en subsidios, lo que hace patente el esfuerzo de ir disminuyendo el gasto central en beneficio de los programas sustantivos. La Distribución del DIF se observa en su informe que se presenta por separado.
- Por origen de los recursos, el presupuesto ejercido se integra de la siguiente forma, a gasto corriente le correspondieron 63 684 646.7 miles de pesos, es decir el 90.4 por ciento del gasto total y a gasto de inversión 6 732 920.3 miles de pesos que representan el 9.6 por ciento del total. De los recursos totales del Sector, la Secretaría de Salud ejerció 69 261 470.6 miles de pesos, que representan el 98.4 por ciento y el DIF 1 156 096.4 miles de pesos, es decir el 1.6 por ciento.
- Resulta conveniente comentar que cuando se menciona como ejercicio presupuestario al DIF, esto hace referencia a las ministraciones que realiza la Secretaría de Salud a dicho organismo, ya que el ejercicio real de los recursos enviados, se manifestará en la evaluación del ejercicio presupuestario en el apartado de resultados o del formato correspondiente a entidades de control presupuestario indirecto.

2.- ANÁLISIS DEL GASTO POR CLASIFICACIÓN ECONÓMICA.

Ramo 12 Salud
Gasto Programable Devengado por Clasificación Económica al 31 de Agosto de 2012

Concepto	Presupuesto(Pesos)			Variación Porcentual		Estructura Porcentual		
	Aprobado	Modificado	Ejercido	Ejerc/Aprob.	Ejerc/Modif.	Aprobado	Modificado	Ejercido
TOTAL	113 479 679 217	109 597 154 924	70 417 566 998	-37.9	-35.7	100	100	100
Gasto Directo	47 447 002 087	48 347 199 364	28 665 505 963	-39.6	-40.7	41.8	44.1	40.7
Subsidios	66 032 677 130	61 249 955 560	41 752 061 035	-36.8	-31.8	58.2	55.9	59.3
GASTOCORRIENTE	109 016 992 001	98 981 923 240	63 684 646 668	-41.6	-35.7	96.1	90.3	90.4
Gasto Directo	42 984 314 871	43 205 996 075	25 605 352 857	-40.4	-40.7	37.9	39.4	36.4
Subsidios	66 032 677 130	55 775 927 164	38 079 293 811	-42.3	-31.7	58.2	50.9	54.1
Servicios Personales	20 682 962 884	20 404 862 960	11 045 431 067	-46.6	-45.9	18.2	18.6	15.7
Gasto Directo	20 682 962 884	20 404 862 960	11 045 431 067	-46.6	-45.9	18.2	18.6	15.7
Subsidios								
Gasto de operación	8 844 721 418	9 318 385 648	5 331 919 239	-39.7	-42.8	7.8	8.5	7.6
Gasto Directo	8 844 721 418	9 318 385 648	5 331 919 239	-39.7	-42.8	7.8	8.5	7.6
Subsidios	0	0	0					

Concepto	Presupuesto(Pesos)			Variación Porcentual		Estructura Porcentual		
	Aprobado	Modificado	Ejercido	Ejerc/Aprob.	Ejerc/Modif.	Aprobado	Modificado	Ejercido
-Materiales y Suministros	4 951 838 817	4 584 959 714	2 663 353 645	-46.2	-41.9	4.4	4.2	3.8
Gasto Directo	4 951 838 817	4 584 959 714	2 663 353 645	-46.2	-41.9	4.4	4.2	3.8
Subsidios								
-Servicios Generales	3 892 882 601	4 733 425 934	2 668 565 594	-31.5	-43.6	3.4	4.3	3.8
Gasto Directo	3 892 882 601	4 733 425 934	2 668 565 594	-31.5	-43.6	3.4	4.3	3.8
Subsidios								
Subsidios	66 032 677 130	55 775 927 164	38 079 293 811	-42.3	-31.7	58.2	50.9	54.1
Subsidios	66 032 677 130	55 775 927 164	38 079 293 811	-42.3	-31.7	58.2	50.9	54.1
Otros de Corriente	13 456 630 569	13 482 747 467	9 228 002 551	-31.4	-31.6	11.9	12.3	6.1
Gasto Directo	13 456 630 569	13 482 747 467	9 228 002 551	-31.4	-31.6	11.9	12.3	13.1
Subsidios								
GASTODEINVERSIÓN	4 462 687 216	10 615 231 685	6 732 920 330	50.9	-36.6	3.9	9.7	9.6
Gasto Directo	4 462 687 216	5 141 203 289	3 060 153 106	-31.4	-40.5	3.9	4.7	4.3
Subsidios	0	5 474 028 396	3 672 767 224		-32.9	0.0	5.0	5.2
Inversión física	4 462 687 216	10 615 231 685	6 732 920 330	50.9	-36.6	3.9	4.7	4.3
Gasto Directo	4 462 687 216	5 141 203 289	3 060 153 106	-31.4	-40.5	3.9	4.7	4.3
Subsidios	0	5 474 028 396	3 672 767 224					
-Bienes Muebles Inmuebles	248 765 502	479 382 999	51 492 141	-79.3	-89.3	0.2	0.4	0.1
Gasto Directo	248 765 502	479 382 999	51 492 141	-79.3	-89.3	0.2	0.4	0.1
Subsidios								
-Inversión Pública	1 013 676 724	1 450 427 502	852 806 488	-15.9	-41.2	0.9	1.3	1.2
Gasto Directo	1 013 676 724	1 450 427 502	852 806 488	-15.9	-41.2	0.9	1.3	1.2
Subsidios								
-Otros de Inversión Física	3 200 244 990	3 211 392 788	2 155 854 476	-32.6	-32.9	2.8	2.8	1.9
Gasto Directo	3 200 244 990	3 211 392 788	2 155 854 476	-32.6	-32.9	2.8	2.8	1.9
Subsidios					0	0	0	0
Subsidios	0	5 474 028 396	3 672 767 224		-32.9	0.0	0.0	0.0
Inversión Financiera								
Gasto Directo								
Subsidios								

Concepto	Presupuesto(Pesos)			Variación Porcentual		Estructura Porcentual		
	Aprobado	Modificado	Ejercido	Ejerc/Aprob.	Ejerc/Modif.	Aprobado	Modificado	Ejercido

Otros de Inversión

Gasto Directo

Subsidios

- Hasta el mes de agosto del año de 2012 el **presupuesto ejercido, Ramo 12 Salud** fue de 70 417 567.0 miles de pesos, cifra menor en 43 062 112.2 miles de pesos con relación a la asignación original autorizada a ese periodo. Esta práctica, en términos de la clasificación económica del gasto, se debió principalmente al menor ejercicio presupuestario en los capítulos de Servicios Personales por 9 637 531.8 miles de pesos, Materiales y Suministros por 2 288 485.2, Servicios Generales por 1 224 317.0 miles de pesos, Subsidios corrientes 27 953 383.3 miles de pesos, Otros de Corriente por 4 228 628.0, Bienes Muebles e Inmuebles 197 273.4 miles de pesos, Obra Pública -160 870.2 miles de pesos, Otros de Inversión por 1 044 390.5 miles de pesos y con un mayor ejercicio presupuestario en Subsidios con 3 672 767.2
- De los recursos gastados, 28 665 506.0 miles de pesos correspondieron a **gasto directo**, monto menor en 40.7 por ciento con relación al presupuesto calendarizado original aprobado y 41 752 061.0 miles de pesos fueron **subsidios**, cantidad menor en 36.8 por ciento a la del presupuesto original calendarizado.
- Del total del presupuesto ejercido de 70 417 567.0 miles de pesos, correspondió al presupuesto erogado de **gasto corriente** 63 684 646.7 miles de pesos, equivalente al 90.4 por ciento y el 9.6 por ciento a **gasto de inversión**, siendo éstos 41.6 y 50.9 puntos porcentuales menor y mayor respectivamente, a los originalmente autorizados.

GASTO CORRIENTE

- El **gasto corriente** ejercido ascendió a 63 684 646.7 miles de pesos, monto menor en un 41.6 por ciento respecto al presupuesto original de 109 016 992.0–miles de pesos. El gasto corriente directo ejercido fue de 25 605 352.9 miles de pesos y los subsidios se situaron en 38 079 293.8 miles de pesos. Cabe mencionar que este rubro observó una variación de - 45 332 345.3 miles de pesos en relación con el presupuesto original aprobado. Su evolución de gasto se presenta a continuación:
 - ◆ Las erogaciones en **Servicios Personales** por 11 045 431.1 miles de pesos registraron un menor presupuesto calendarizado a agosto de 9 637 531.8 miles de pesos, es decir, 46.6 por ciento menor al presupuesto original autorizado, correspondiendo a gasto directo el 100.0 por ciento. para subsidios no hubo presupuesto, la variación se integra por:

- Ahorros presupuestales por incidencias del personal (faltas, retardos).
- Apoyo de recursos para diversos institutos y hospitales de alta especialidad para cubrir sus compromisos de pago que tiene esta dependencia como: pago de remuneraciones al personal y demás prestaciones establecidas en las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
- ◆ En el rubro de **Gasto de Operación** se registró un menor ejercicio presupuestaria de 5 331 919.2 miles de pesos, equivalente al 60.3 por ciento, en comparación con el presupuesto original calendarizado autorizado, debido principalmente a las siguientes causas:
- ◆ En **Materiales y Suministros**, se ejerció un presupuesto de 2 663 353.6 miles de pesos, 2 288 485.2 miles de pesos menor, equivalente 46.2 por ciento respecto al presupuesto original calendarizado, dicha variación se debe principalmente a:
 - Recursos comprometidos para la adquisición de insumos para el procesamiento en equipos y bienes informáticos, alimentación de personas derivado a la ejecución de programas de salud; adquisición de sustancias químicas, medicinas, accesorios y suministros médicos, para los hospitales e institutos; lubricantes y aditivos, uniformes y prendas de protección, para institutos y hospitales.
 - Transferencia de recursos al Ramo 23 por concepto de disponibilidades presupuestarias generadas por las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y entidades apoyadas de control indirecto, instruida por la SHCP, como medidas de control presupuestario.
- ◆ En **Servicios Generales** se erogaron recursos por 2 668 565.6 miles de pesos, cifra con un ejercicio 31.5 por ciento menor, equivalente a 1 224 317.0 miles de pesos, con relación al presupuesto original de 2 668 565.6 miles de pesos. La variación se debe a las siguientes causas:
 - Pagos de servicios básicos: (telefonía, energía eléctrica, agua, limpieza y vigilancia en oficinas, hospitales e institutos, arrendamiento (edificios y oficinas), equipo y bienes informáticos; servicios de difusión (campañas de salud), pago de obligaciones de esta dependencia por servicios prestados, los cuales se cubren a mes vencido (ISR 2.5%).
 - Transferencia de recursos al Ramo 23 por concepto de disponibilidades presupuestarias generadas por las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y entidades apoyadas de control indirecto, instruida por la SHCP, como medidas de control presupuestario.

- ◆ En el rubro de **Subsidios** se observó un menor ejercicio presupuestario de 27 953 383.3 miles de pesos, equivalente al 42.3 por ciento, respecto al presupuesto original, como resultado de las siguientes causas:
 - Recursos comprometidos pendientes de transferir a los estados con el fin de atender el padrón de beneficiarios de acuerdo al padrón de afiliados al seguro popular; suplemento alimenticio en especie del programa de oportunidades; aportaciones pendientes de ministrar a las entidades, para el componente de salud del programa de oportunidades; recursos pendientes de ministrar para la cuota social y la aportación solidaria federal que marca la Ley General de Salud. Así mismo, recursos pendientes de transferir a los estados para diversos programas prioritarios de esta dependencia como son: atención a familias y población vulnerable, Comunidades Saludables, Caravanas de la Salud, Arranque Parejo en la Vida, Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Mama, Igualdad de Género, Programa Nacional de Seguridad Vial, entre otros; recursos pendientes de transferir a las entidades federativas, para obra, mantenimiento e infraestructura a hospitales y centros de salud correspondientes a los programas FOROSS, SICALIDAD y AFASPE.
- ◆ En el rubro de gasto Otros de corrientes, se ejercieron 9 228 002.6 miles pesos, presupuesto menor en 31.4 por ciento con relación al original autorizado 13 456 630.6 miles de pesos, por lo que se tiene una variación de 4 228 628.0 miles de pesos, el 100.0 por ciento correspondió a gasto directo. La variación fue originada principalmente por:
 - El pago de gastos relacionados con actividades sociales deportivas y de ayuda extraordinaria, compensación a médicos residentes, pago de guarderías.

GASTO DE INVERSIÓN

- El **gasto de inversión** realizado fue de 6 732 920.3 miles de pesos, cantidad que representó un mayor ejercicio presupuestario del 59.0 por ciento, respecto a los 4 462 687.2 miles de pesos de presupuesto original. El presupuesto ejercido de gasto de inversión lo integraron 3 060 153.1 y 3 672 767.2 miles de pesos de gasto directo y de subsidios, la variación es del 100.0 por ciento mayor con relación al presupuesto original, respectivamente. La variación fue originada principalmente por:
 - ◆ Pago de servicios de arrendamiento financiero, adquisición de equipo médico, instrumental médico y de laboratorio, así como adquisición de vehículos para la operación de programas federales. recursos reservados para mantenimiento y conservación de obra pública en oficinas

administrativas, hospitales, institutos y centros de salud, esto derivado a los Programas Anuales de Adquisiciones y el de Obra Pública (mantenimiento). Pago de inversionista proveedor correspondiente a los Hospitales de Alta Especialidad del Bajío y Ciudad Victoria Tamaulipas.

- ◆ En materia de **Inversión Física** el mayor ejercicio presupuestario de 50.9 por ciento respecto a la asignación original, obedece a trabajos de construcción, mantenimiento y reducciones al presupuesto, para apoyo a presiones de gasto de órganos desconcentrados y Organismos públicos descentralizados. Al interior de este rubro se observan diferentes comportamientos, mismos que a continuación se detallan:
- ◆ **Bienes Muebles, Inmuebles e intangibles.**- El presupuesto ejercido de 51 492.1 miles de pesos 79.3 por ciento menor al presupuesto original y 89.3 por ciento menor del presupuesto modificado, el gasto directo por ese total se aplicó a La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad, Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y entidades de control presupuestario indirecto.
 - Transferencia de recursos al Ramo 23 por concepto de disponibilidades presupuestarias generadas por las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y entidades apoyadas de control indirecto, instruida por la SHCP, como medidas de control presupuestario.
- ◆ **En Inversión Pública** se ejercieron 852 806.5 miles de pesos de un presupuesto original aprobado de 1 013 676.7 miles de pesos, 15.9 por ciento menor del presupuesto original y el 41.2 por ciento menor del presupuesto modificado. Del presupuesto ejercido de 852 806.5 miles de pesos, corresponde a gasto directo el 100.0 por ciento. Destacan las ampliaciones a las unidades siguientes:
 - Instituto de Medicina Genómica.- Ampliación de recursos para continuar con los trabajos de construcción de la sede permanente del instituto.
 - Biológicos y Reactivos de México.- Ampliación para construir los laboratorios de producción y control de la calidad para la vacuna contra la influenza, así como otros biológicos bacterianos y virales importantes para apoyar los programas de vacunación del Sector Salud en México y prevenir emergencias epidemiológicas como la crisis de influenza de mediados de 2009, en su primera etapa.
 - Construcción del Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez

- ◆ *Otros de Inversión Física.*- Se ejercieron 2 155 854.5 miles de pesos, 32.6 por ciento menor al presupuesto original aprobado de 3 200 245.0 miles de pesos. El presupuesto ejercido, se aplicó el 100.0 por ciento a gasto directo. La variación de 1 044 390.5 miles de pesos, se explica por lo siguiente:
 - Crédito del Banco Mundial para el Sistema de Protección Social en Salud.
- ◆ En lo correspondiente a **Subsidios**, se obtuvo un menor ejercicio presupuestario de 3 672 767.2 miles de pesos, que representa el 32.9 por ciento menor al presupuesto modificado, debido a disposiciones de cierre presupuestal emitido por la Secretaría de hacienda y Crédito Público a través de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaria de Salud; estos recursos fueron reorientados para otras acciones por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público.**3. PRESUPUESTO EJERCIDO POR GRUPO FUNCIONAL.**

Ramo 12 Salud
Salud y DIF al 31 de Agosto de 2012

Grupo Funcional	Descripción	Modificado	Ejercido	Variaciones		Participación %Ejerc.
				Absoluta	Ejerc./Modif	
	Total	109 597 154 924	70 417 566 998	-39 179 587 926	35.7	100.0
	SSA	107 621 736 288	69 261 470 637	-38 360 265 651	35.6	98.4
	DIF	1 975 418 636	1 156 096 361	- 819 322 275	41.5	1.6
1	Gobierno	161 140 268	97 729 864	- 63 410 404	39.4	0.1
	SSA	141 581 438	86 601 678	- 54 979 760	38.8	0.1
	DIF	19 558 830	11 128 185	- 8 430 644	43.1	0.0
2	Desarrollo Social	107 877 992 073	69 352 879 982	-38 525 112 092	35.7	98.5
	SSA	105 922 132 267	68 207 911 806	-37 714 220 461	35.6	96.9
	DIF	1 955 859 807	1 144 968 176	- 810 891 631	41.5	1.6
3	Desarrollo Económico	1 558 022 584	966 957 153	- 591 065 430	37.9	1.4
	SSA	1 558 022 584	966 957 153	- 591 065 430	37.9	1.4

Fuente: Secretaría de Salud.

- El presupuesto ejercido total fue 70 417 567.0 miles de pesos, el Grupo Funcional **1 Gobierno** representa el 0.1 por ciento, el Grupo Funcional **2 Desarrollo Social** el 98.5 por ciento y el Grupo Funcional **3 Desarrollo Económico** el 1.4 por ciento; en el caso del presupuesto ejercido, la mayor erogación fue en el Grupo Funcional 2 Desarrollo Social, donde se ejerció el 98.5 por ciento.

- La Secretaría de Salud durante el año de 2012 ejerció el 98.4 por ciento del presupuesto total del Ramo 12 y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), participó con el 1.6 por ciento.

4. GASTO PROGRAMABLE DEVENGADO POR GRUPO DE MODALIDAD DE PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS.

- A continuación se presenta el detalle del ejercicio del gasto de la Secretaría de Salud por Grupo y Modalidad de los Programas Presupuestarios.

Secretaría de Salud															
Gasto Programable Devengado por Grupo y Modalidad de Programas Presupuestarios, al 31 de agosto de 2012															
(Pesos)															
Concepto	Presupuesto									Variación Porcentual					
	Total			Corriente			Inversión			Ejer./Orig.			Ejer./Modif.		
	Original	Modificado	Ejercido	Original	Modificado	Ejercido	Original	Modificado	Ejercido	Total	Cte.	Inv.	Total	Cte.	Inv.
TOTAL	113 479 679 217	109 597 154 924	70 417 566 998	109 016 992 001	98 981 923 240	63 684 646 668	4 462 687 216	10 615 231 685	6 732 920 330	-37.9	-41.6	50.9	-35.7	###	-36.6
Clave GRUPO/Modalidad															
SUJETOS A REGLAS DE OPERACIÓN	9 841 922 659	9 782 453 262	7 020 772 983	9 841 922 659	9 678 345 333	7 020 772 983	0	104 107 929	0	-28.7	-28.7		-28.2	###	###
S Sujetos a Reglas de Operación	9 841 922 659	9 782 453 262	7 020 772 983	9 841 922 659	9 678 345 333	7 020 772 983	0	104 107 929	0	-28.7	-28.7	0.0	-28.2	-27.5	
OTROS SUBSIDIOS	68 287 285 020	65 854 334 492	43 645 624 950	68 287 285 020	60 754 306 096	40 253 269 058	0	5 100 028 396	3 392 355 892	-36.1	-41.1		-33.7	###	-33.5
U Otros Subsidios	68 287 285 020	65 854 334 492	43 645 624 950	68 287 285 020	60 754 306 096	40 253 269 058	0	5 100 028 396	3 392 355 892	-36.1	-41.1		-33.7	-33.7	-33.5
DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES	32 102 839 228	30 908 581 425	18 331 557 149	27 640 152 012	25 497 486 065	14 990 992 711	4 462 687 216	5 411 095 360	3 340 564 438	-42.9	-45.8	-25.1	-40.7	-41.2	-38.3
E Prestación de Servicios Públicos	25 883 565 622	24 240 492 858	14 039 445 809	22 555 718 097	20 600 703 621	11 636 401 028	3 327 847 525	3 639 789 237	2 403 044 781	-45.8	-48.4	-27.8	-42.1	-43.5	-34.0
P Planeación, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas	4 229 501 488	4 004 427 791	2 658 183 314	4 157 926 488	3 932 551 169	2 607 711 979	7 157 500	7 187 622	50 471 335	-37.2	-37.3	-29.5	-33.6	-33.7	-29.8
G Regulación y Supervisión	826 373 273	861 429 825	644 593 505	826 373 273	861 429 825	644 593 505				-22.0	-22.0	0.0	-25.2	-25.2	
R	100 134 154	102 801 450	102 286 199	100 134 154	102 801 450	102 286 199				2.1	2.1	0.0	-0.5	-0.5	
K Proyectos de Inversión	1 063 264 691	1 699 429 501	887 048 322				1 063 264 691	1 699 429 501	887 048 322	-16.6	0.0	-16.6	-47.8		-47.8
ADMINISTRATIVOS Y DE APOYO	3 247 632 310	3 051 785 746	1 419 611 916	3 247 632 310	3 051 785 746	1 419 611 916	0	0	0	-56.3	-56.3	0.0	-53.5	###	0.0
M Apoyo al Proceso Presupuestario	3 079 216 609	2 890 645 478	1 321 882 052	3 079 216 609	2 890 645 478	1 321 882 052				-57.1	-57.1	0.0	-53.5	-54.3	0.0
O Apoyo a la Función Pública	168 415 701	161 140 268	97 729 864	168 415 701	161 140 268	97 729 864				-42.0	-42.0	0.0	-54.3	-39.4	

Fuente: Secretaría de Salud

- De enero a agosto de 2012 la Secretaría de Salud ejerció 70 417 567.0 miles de pesos, lo que significó un menor ejercicio presupuestario 37.9 por ciento respecto al presupuesto original autorizado, correspondiendo al gasto corriente 63 684 646.7 miles de pesos y a inversión

6 732 920.3 miles de pesos, lo que representa un menor ejercicio presupuestario de 41.6 y mayor de 50.9 respectivamente en relación al presupuesto programado originalmente y se destinaron en la operación de 34 **programas presupuestarios**, distribuidos en tres grupos y nueve modalidades.

- ◆ En la **modalidad de Subsidios** se integran por la clave S y U; la primera se compone por los programas sujetos a reglas de operación y son: Comunidades Saludables, de Atención a Personas con Discapacidad, de Desarrollo Humano Oportunidades, para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia, de Atención a Familias y Población Vulnerable, Estancias Infantiles para apoyar a las Madres Trabajadoras, Caravanas de la Salud, Seguro Médico para una Nueva Generación y Sistema Integral de Calidad en Salud. La segunda a otros subsidios para el programa de Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud y el Seguro Popular.
- ◆ En la **modalidad Desempeño de las funciones**, se integran por la clave E, P, G, R y K, de las cuales se determinan los siguientes programas:
 - En la clave E: Formación de recursos humanos especializados para la salud, Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud, Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud, Investigación y desarrollo tecnológico en salud, Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud, Prevención y atención contra las adicciones, Reducción de la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación, y Vigilancia epidemiológica.
 - En la clave G: Regulación y Supervisión, Programa presupuestario Protección contra riesgos sanitarios.
 - En la clave R: Relevantes, Programa presupuestario Cooperación internacional en salud.
 - En la clave K: Proyectos de inversión, se compone de tres programas presupuestarios: Proyectos de infraestructura social en salud, Proyectos de inmuebles y Mantenimiento de infraestructura.
- ◆ La **modalidad Administrativos y de Apoyo**, se integra por la clave M y O, las cuales contienen los programas: Actividades de apoyo administrativo y Actividades de apoyo a la función pública y buen gobierno, respectivamente.
- En las modalidades de **programas presupuestarios, que presentaron los menores incrementos** a agosto de 2012 entre el presupuesto modificado autorizado contra el ejercido, fueron los siguientes:
 - ◆ En la **modalidad Subsidio**:
 - ◆ **S 037 Programas Comunidades Saludables.-** Al 31 de Agosto del 2012 se erogaron 76 195.1 miles de pesos, inferior en 32.8 por ciento al presupuesto modificado, Se destinó para fortalecer los determinantes positivos de la salud, mediante el impulso de la participación de las

autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores sociales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, a fin de generar entornos favorables, así como para el Programa de Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura en Salud, para crear una nueva cultura a través de la ejecución integrada de las funciones de promoción de la salud, que modifique los determinantes, para contribuir a la disminución de los padecimientos prioritarios de salud pública.

- ◆ **S 039 Programas de Atención a Personas con Discapacidad.-** En este programa al mes de agosto se ejercieron recursos por 148 969.9 miles de pesos, lo que significó un menor del 42.4 en relación al presupuesto modificado, con lo que se impulsaron proyectos presentados por Sistemas Estatales DIF, Sistemas Municipales DIF y Organizaciones de la Sociedad Civil.
- ◆ **S 0072 Programas de Desarrollo Humano Oportunidades.-** Para este programa se gastaron 3 960 632.6 miles de pesos, lo que significó un menor del 24.0 por ciento en relación al presupuesto modificado, se destino para la atención a la salud se proporciona a los integrantes de la familia mediante las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud, con base en las Cartillas Nacionales de Salud. Estas acciones tienen un carácter principalmente de promoción de la salud y detección oportuna de enfermedades de mayor impacto en la salud pública, sin menoscabo del cuidado de los aspectos curativos y de control de los principales padecimientos.
- ◆ **S 0149 Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia.-** Los recursos ejercidos ascendieron 89 960.2 miles de pesos, cantidad que represento un menor ejercicio del 38.0 por ciento, los recursos se destinaron para llevar acabo el objetivo específico de fomentar el conocimiento, difusión, cumplimiento y/o aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño en y a través de las Instancias Ejecutoras.
- ◆ **S 0150 Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable.-** Se ejerció la cantidad 194 335.1 miles de pesos, cifra inferior en 30.5 por ciento, equivalente a 85 222.2 miles de pesos, con relación a su modificado de 279 557.4 miles de pesos; se aplicaron para contribuir a reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, mejorando el desarrollo integral de las familias y las comunidades para disminuir las condiciones de vulnerabilidad social.
- ◆ **S 0174 Programa de Estancias Infantiles para apoyar a Madres Trabajadoras.-** Los recursos erogados en este programa se ubicaron en 112 036.3 miles de pesos, monto inferior en 46.6 por ciento a la contemplada en el presupuesto modificado. Los recursos se aplicaron a este programa para contribuir, mediante el aumento de la oferta de espacios de cuidado y atención infantil, a abatir el rezago en materia de acceso y permanencia en el trabajo de madres que trabajan, buscan empleo o estudian y de los padres solos con hijas(os) o niñas(os) bajo su cuidado en estancias infantiles y hogares que cumplan con los criterios de elegibilidad. Cabe mencionar que este programa se opera conjuntamente con la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).

- ◆ **S 0200 Caravanas de la Salud.-** El presupuesto ejercido a agosto en este programa fue de 412 511.4 miles de pesos, el cual fue menor en 48.2 por ciento, equivalente a 383 270.5 miles de pesos, al presupuesto modificado. Los recursos asignados son para apoyar principalmente, la adquisición y el equipamiento de las unidades médicas móviles programadas para adquirirse en el 2012.
- ◆ **S 0201 Seguro Médico para una Nueva Generación.-** El presupuesto ejercido ascendió a 1 969 176.0 miles de pesos, cantidad que significó un decremento del 25.8 por ciento, equivalente a 683 849.9 miles de pesos, respecto a su presupuesto modificado. El presupuesto erogado se refleja en el incremento de la afiliación en el primer semestre del año fue mayor al previsto debido al aumento de la demanda del servicio y esto incrementa la necesidad de capitas adicionales para cubrir el acceso adecuado de los servicios de los menores al SMNG.
- ◆ **S 0202 Sistema Integral de Calidad en Salud.-** El presupuesto ejercido en este programa fue de 56 956.2 miles de pesos, el cual fue menor en 50.4 por ciento, equivalente a 57 830.6 miles de pesos, a su presupuesto modificado, recursos destinados a las Entidades Federativas correspondientes a los Programas de Compromisos de calidad en acuerdos de gestión, Acciones de capacitación.
- ◆ **U 005 Seguro Popular.-** Se ejerció la cantidad de 42 554 098.4 miles de pesos, cifra inferior en 33.6 por ciento, equivalente a 21 573 705.8 miles de pesos, con relación a su modificado de 64 127 840.2 miles de pesos. Recurso para atender a todo solicitante, se estableció con las Entidades Federativas en el Anexo II del acuerdo de coordinación para el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud teniendo como propósito mantener la Cobertura Universal Voluntaria (CUV) alcanzada en 2011, dentro de 3 bandas de cobertura, las cuales consideran el crecimiento natural de la población calculada con la tasa de natalidad reportada en los indicadores de Población CONAPO 1990-2030, y la regularización de los registros que cumplen con los criterios de validación de la demanda adicional observada.
- La afiliación acumulada a septiembre de 2012 es de 52 887 960 personas afiliadas mientras que la meta anual de cobertura es de 52 630 454. Esta mayor afiliación se debe a una demanda mayor a lo esperada para la incorporación de afiliados.
- ◆ **U 006 Fortalecimiento de las redes de Servicios de Salud.-** Los recursos erogados en este programa se ubicaron en 93 522.0 miles de pesos, monto menor en 47.9 por ciento a la contemplada en el presupuesto modificado. son recursos enviados a las entidades federativas para el desarrollo de acciones de infraestructura y equipamiento en salud, por parte de la Dirección General de Planeación Y Desarrollo en Salud. Las acciones que se realizan con estos recursos son para servicios de apoyo al fortalecimiento de la Infraestructura Física en las entidades federativas, con la finalidad de supervisar las obras, así como la verificación y el seguimiento a las transferencias de recursos a las entidades federativas, mediante la subcontratación de terceros.

- ◆ **U 007 Reducción de la Mortalidad Materna.-** Se registró un ejercicio presupuestario de 177 119.1 miles de pesos, cantidad menor en 30.6 por ciento equivalente a 78 224.8 miles de pesos, respecto al presupuesto modificado. recursos aplicados para las actividades siguientes:
 - ◆ Actividades realizadas:
 - Se conformó el grupo de Fuerza de Tarea para disminuir la mortalidad materna, constituida por personal del CNEGSR (DGASMP), COFREPI, DGPLADES, CNTS, DGCE, DGE además de Planificación Familiar, que han realizado supervisiones integrales a los ocho entidades federativas que cuentan con el mayor número o RMM del país (Chiapas, Distrito Federal, Guerrero, Jalisco, México, Hidalgo, Puebla y Veracruz) lo que permitió dejar recomendaciones en todo el proceso de atención de las emergencias obstétricas en las redes de atención.
 - Se apoyó a las 32 entidades federativas, para mejorar la infraestructura hospitalaria, apoyo de medicamentos esenciales para la atención de las emergencias obstétricas, además de la contratación de personal de salud para cubrir guardias y vacaciones del personal.
 - Se ha fortalecido el Convenio de Universalización de la Atención de Emergencias Obstétricas.
 - Se apoyó para el equipamiento para la atención del parto humanizado a 11 estados
 - La efectividad en el ejercicio de la razón de mortalidad materna a cargo del Centro Nacional de Equidad de Género (CNEGSR) consiste en la ejecución del programa estratégico de Arranque Parejo en la Vida, orientados a hacer más eficiente las acciones que fomentan la calidad de la atención obstétrica para respetar y proteger los derechos de las mujeres embarazadas en México. En 2012 se programó alcanzar una razón de mortalidad materna de 44.5, no se ha alcanzado el objetivo por lo heterogéneo de la aplicación de políticas públicas en las diferentes entidades, y algunos determinantes sociales históricos que no se han podido revertir.
- ◆ **U 008 Prevención contra la obesidad.-** A Agosto del 2012 erogó 190 178.2 miles de pesos, equivalente a 34.4 por ciento inferior de su presupuesto modificado autorizado. Los recursos ejercidos se aplicaron para llevar las siguientes actividades.
 - Está por concluir la encuesta para detectar en número de personas con sobrepeso y obesidad cifra, derivado de que aún no existe la cultura de control de hábitos alimenticios, pero que debe cambiar, con los esfuerzos que están realizando no solo el sector salud, sino otros sectores como el de educación y el privado, principalmente de la industria alimentaria.
 - La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, nos dará los avances en esta materia, los cuales deben reflejarse en el mediano plazo.
 - Se continuó con el desarrollo de la estrategia “Cinco Pasos por Tu Salud” en los entornos escolares y laborales, así como la aplicación de los lineamientos del Acuerdo “ANSA” de Salud Alimentaria y la vinculación con la Secretaría de Educación Pública.
- ◆ **U 009 Vigilancia Epidemiológica.-** El presupuesto ejercido en este programa fue de 430 983.9 miles de pesos, el cual fue menor en 44.3 por ciento, equivalente a 342 530.9 miles de pesos, a su presupuesto modificado. los subsidios ejercidos obedeció fundamentalmente a las

erogaciones en el concepto de gasto 4300 “Subsidios a entidades federativas”, son recursos destinados al Sistema de Protección Social en Salud, para garantizar que los programas: Emergencias Epidemiológicas, Dengue, Tuberculosis, Diabetes, Envejecimiento, Riesgo Cardiovascular, Vigilancia Epidemiológica y Laboratorio en Salud Pública, cumplan con sus objetivos y metas establecidas para la protección de la población en salud.

- ◆ **U010 Apoyos Adicionales para la Prevención y Atención de Adicciones en Entidades Federativas** .- Al 31 de agosto se han ejercido 199 723.3 miles de pesos, el cual fue menor en 12.4 por ciento del presupuesto modificado autorizado. Los recursos obedecen para apoyar a las entidades federativas para llevar acciones de prevención en adicciones, así como pruebas de tamizaje, pláticas de tratamiento y capacitación sobre el tema de adicciones.
- ◆ **En el grupo Desempeño de las Funciones se encuentran las siguientes:**
- ◆ **E 010 Formación y Desarrollo Profesional de Recursos Humanos Especializados para la Salud.**- A agosto del 2012 se han erogado 1 236 623.2 miles de pesos, equivalente a un menor ejercicio presupuestario de 53.5 por ciento de su presupuesto modificado autorizado. Los recursos se aplicaron para incrementar su campo clínico, para formar especialistas y se impulsó desde el inicio de la presente administración la formación de especialistas que contribuyan en mayor medida en los aspectos de atención preventiva primaria en el primer nivel de atención como de prevención secundaria en unidades de 2º. Y 3er nivel de atención, con el fin de dar un mejor manejo de los problemas crónicos de mayor prevalencia e impacto a la salud en el país. También a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud se apoya a las entidades federativas.
- ◆ **E 019 Capacidad Técnica y Gerencial de los Recursos Humanos para la Salud.**- Se ejerció la cantidad 106 589.4 miles de pesos, cifra inferior en 49.4 por ciento, equivalente a 103 894.0 miles de pesos, con relación a su modificado de 210 483.4 miles de pesos. Estos recursos se aplican a los cursos de capacitación que se dan al personal operativo, al personal de servicio profesional de carrera, tanto en área central, órganos desconcentrados, descentralizados y entidades federativas.
- ◆ **E 020 Dignificación, Conservación y Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento en Salud.**- Durante el periodo de enero-agosto de 2012 se ejerció un presupuesto de 2 292 317.7 miles de pesos, equivalente a 66.7 por ciento, respecto a su presupuesto modificado. Con este presupuesto se apoyó para el mantenimiento a las siguientes unidades: Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, Hospital General Manuel Gea González, Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, Hospital de Alta Especialidad de Oaxaca, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Rehabilitación y Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura en Salud. Y apoyo por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en salud a las entidades federativas.

- ◆ **E 022 Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.**- El presupuesto ejercido ascendió a 966 957.2 miles de pesos, que representa el 62.1 por ciento del presupuesto modificado. Aplicado al desarrollo de la investigación en salud, a través de la generación y difusión de conocimientos reales y potenciales que contribuyen al descubrimiento, actualización, mejora de técnicas y procedimientos para el abordaje de diversos temas de la salud, así como a ampliar el conocimiento. Esto se traduce en la mejora de la salud de la población con el consecuente incremento de su bienestar económico y social, que les permite contribuir al desarrollo del país con una mejor calidad de vida.
- ◆ **E 023 Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud.**-El presupuesto ejercido de 8 406 974.0 miles de pesos, que represento el 58.7 por ciento del presupuesto modificado. Los Recursos destinados a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Regionales de Alta especialidad, aplicados en los egresos hospitalarios por mejoría, ocupación hospitalaria e ingresos hospitalarios programados.
- ◆ **E 025 Prevención y Atención Contra las Adicciones.**- Se ejerció la cantidad 648 681.7 miles de pesos, cifra inferior en 40.9 por ciento, equivalente a 449 412.2 miles de pesos, respecto a su presupuesto modificado, con los apoyo de estos recursos a este programa se trata de obtener los siguientes beneficios:
 - Reducir la probabilidad de consumo de drogas ilícitas por primera vez y promoción de estilos de vida saludable, a través de la enseñanza de habilidades para la vida y técnicas de afrontamiento eficaces dirigidas a adolescentes.
 - Disminuir la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en población adolescente, así como de los daños y riesgos a nivel individual, social y económico, asociados al consumo.
 - Evitar de forma temprana que los jóvenes en riesgo de consumir sustancias psicoactivas progresen hacia el desarrollo de un trastorno adictivo.
 - Evitar costos muy importantes a la sociedad y a los gobiernos federal y estatales, inherentes a un tratamiento intensivo para la rehabilitación de personas que pudiesen consumir sustancias psicoactivas y que esto se convierta en adicción.
 - Apoyar en la mejora del entorno familiar y social de las personas, al detectar oportunamente los posibles casos.
 - Como ya se estableció, el alcance de las metas en actividades de prevención tiene un impacto positivo en la economía, tomando en consideración que los costos de atención y tratamiento de las personas que presentan consumo de sustancias adictivas, es más elevado que los costos por concepto de prevención, además del impacto económico en otras áreas como son la vida laboral, la seguridad y descomposición social y familiar.

Cabe mencionar que también se apoyó a las entidades federativas, para llevar este programa.

- ◆ **E 036 Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.**- El presupuesto ejercido ascendió a 381 302.6 miles de pesos, cantidad que significó un decremento del 60.4 por ciento, equivalente a 580 639.5 miles de pesos, respecto a su presupuesto modificado. Dentro de las acciones realizadas para el alcance de la meta se encuentran los siguientes:
 - El Programa Presupuestario "Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación" es un programa prioritario para cumplir los objetivos del programa Sectorial de Salud, contribuyendo con la política pública de igualdad de oportunidades del Plan Nacional de Desarrollo, ya que por medio de la protección específica que generan las vacunas se contribuye a la reducción de las enfermedades infecciosas, y por lo tanto, a la reducción de la mortalidad de los mexicanos.
 - La Vacunación, que de todas las intervenciones en Salud Pública, es una de las más costo-efectivas, responde tanto a razones epidemiológicas, económicas, justicia social y de Seguridad Nacional, ya que su efecto es la prevención de enfermedades. El compromiso ha sido mantener por arriba de 95.0 por ciento las coberturas de vacunación con esquemas completos en los niños menores de cinco años, para reducir la probabilidad de ocurrencia de brotes de enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV). Con ello, el cumplimiento de los compromisos nacionales, continentales e internacionales de mantener la erradicación de la poliomielitis causada por el poliovirus salvaje, mantener la eliminación de la difteria, eliminar el Tétanos neonatal y Tétanos no neonatal, consolidar la eliminación del sarampión, consolidar la eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita, controlar la Tos ferina.
 - La mortalidad en menores de cinco años ha presentado una reducción constante en las últimas dos décadas, gracias a las acciones de vacunación; prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades diarreicas (EDA's) e infecciones respiratorias agudas (IRA's); suplementación con vitamina A; acciones específicas en la prevención de la desnutrición y medidas de capacitación en prevención de accidentes, entre otras.
 - Actualmente las acciones se dirigen principalmente a la comunidad: manejo de alimento, cloración del agua, lavado de manos y detección oportuna de signos de alarma dirigidas a madres o cuidadores del menor de cinco años, así como en el diagnóstico y tratamiento oportuno por parte de los proveedores de salud en IRA's y EDA's, en las unidades de primer nivel de salud.
 - Para favorecer estas estrategias se trabaja en la actualización o realización de los manuales de procedimientos técnicos, entre ellos el de Atención Integrada al Menor de un Año, Enfermedades Diarreicas, Infecciones Respiratorias Agudas, y Nutrición.
 - Como parte de la estrategia para la reducción de la mortalidad infantil, se está impulsando la lactancia materna, sueño seguro, inmunizaciones, prevención de accidentes, detección oportuna de cáncer. Así como de diferentes actividades de supervisión y de rectoría a nivel nacional.

- ◆ **G 004 Protección contra Riesgos Sanitarios.**- En este programa a agosto del presente se ejercieron 644 593.5 miles de pesos, cantidad que representó un menor ejercicio de 25.2 por ciento, equivalente a 216 836.3 miles de pesos, con respecto a su presupuesto modificado. Este

programa lo tiene asignado la Comisión Nacional de Protección Contra Riesgos Sanitarios los recursos asignados se orientaron para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de laboratorio e industrial, comisiones oficiales Nacionales e Internacionales para la realización de la integración del Sistema Federal Sanitario, capacitación y subrogaciones, Comunicación Social (Campaña de medicamentos accesibles, seguros y eficaces).

- ◆ **K 011 Proyectos de Infraestructura Social de Salud, K 025 Proyectos de Inmuebles (Oficinas Centrales), y K 027 Mantenimiento de Infraestructura.-** Se ejerció la cantidad 887 048.3 miles de pesos, cifra inferior en 47.8 por ciento, equivalente a 812 381.2 miles de pesos, en relación a su presupuesto modificado, recursos asignados para apoyo de los proyectos:
 - Hospital General Manuel Gea González, Hospital General de México, Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, Instituto Nacional de Salud Pública Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Cardiología Instituto Nacional de Ciencias Médicas de la Nutrición “Salvador Zubirán”, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Laboratorios de Biológicos y reactivos de México, S.A. de C.V. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales y Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura en Salud.
- ◆ **P 012 Calidad en Salud e Innovación.-** Los recursos ejercidos ascendieron a 642 984.1 miles de pesos, monto que significa un decremento de 40.1 por ciento con relación a su presupuesto modificado. Aplicado para reuniones de trabajo y cursos para el personal que participa en las diferentes etapas del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.
- ◆ **P 013 Asistencia Social y Protección del Paciente.-** Los recursos ejercidos ascendieron a 611 340.1 miles de pesos, monto que significa un 62.7 por ciento con relación a su presupuesto Modificado. Las unidades que participan en este programa son: Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, Dirección General del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Comisión Nacional de Bioética y Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Destaca el apoyo que da a este programa el “DIF”, no siendo recursos adicionales al presupuesto a Agosto de 2012, de los apoyos alimentarios otorgados en el Programa de Desayunos Escolares, fueran diseñados por los Sistemas Estatales DIF cumpliendo con los criterios de calidad nutricia establecidos por el Sistema Nacional DIF. Esto significa que fueran sustituidos o eliminados alimentos que son una fuente considerable de azúcares refinados, grasa y/o sodio, además se incluyeran al menos dos de los tres grupos de alimentos señalados en la NOM-043-SSA2-2005. Derivado de estas acciones, en 28 sistemas estatales incluyeran fruta y/o verdura fresca en sus menús y fruta deshidratada.

- ◆ **P 014 Promoción de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades Crónico-Degenerativas Transmisibles y Lesiones.-** Se ejerció la cantidad de 440 630.9 miles de pesos, cifra inferior en 26.0 por ciento, equivalente a 154 422.4 miles de pesos, con relación a su modificado de 595 053.3 miles de pesos. Recursos destinados para apoyo del gasto del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, Subsecretaría de Prevención y Promoción para la Salud y Dirección General de Promoción de la Salud.
- ◆ **P 016 Prevención t atención de VIH/SIDA y otras ITS.-** El presupuesto ejercido ascendió a 130 895.6 miles de pesos, que representa el 59.7 por ciento del presupuesto modificado, Recursos asignados para en 2012 ya que se estableció el compromiso de dar atención a la totalidad de la población que requiriera de tratamiento de antirretrovirales por tener la enfermedad del SIDA.
 - A agosto del 2012, se brindo tratamiento a todas las personas que acudieron a los servicios de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención de SIDA e ITS (CAPASITS) y los Servicios de Atención Integral (SAI) en los hospitales de la Secretaria de Salud, debido a que la falta de tratamiento antirretroviral podría significar el incremento en la mortalidad correspondiente.
- ◆ **P 017 Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud.-** Los recursos erogados en este programa se ubicaron en 832 332.6 miles de pesos, monto inferior en 27.0 por ciento a la contemplada en el presupuesto modificado. Este destinados para la adquisición a la vacuna que previene la infección por Virus del Papiloma Humano.
- ◆ **R 001 Cooperación Internacional de Salud.-** Se ejerció la cantidad de 102 286.2 miles de pesos, cifra inferior en 0.5 por ciento, equivalente a 515.3 miles de pesos, con relación a su modificado de 101 801.5 miles de pesos. Esto se debió a los diferentes compromisos internacionales de México en materia de Salud.
- ◆ Finalmente en el **grupo Administrativos y de Apoyo**, el programa que lo conforma registró menores recursos:
- ◆ **O 001 Actividades de Apoyo a la Función Pública y Buen Gobierno y M001 Actividades de Apoyo Administrativo.-** Para estos programa se gastaron 1 419 611.9 miles de pesos, que representaron 1 632 173.8 miles de pesos menos de su presupuesto modificado. Los recursos utilizados fueron para las unidades de área Central, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Descentralizados, etiquetados a los rubros de: Servicios Personales, Gasto de Operación y Otros de Corriente.

5. SUBSIDIOS RAMO 12 SALUD.

SUBSIDIOS RAMO 12 SALUD al 31 de Agosto de 2012

(Pesos)

(Continúa)

Clave	Unidad Responsable	Aprobado	Modificado	Ejercido	Variación Porcentual	
					Ejercido / Aprobado	Ejercido / Modificado
	Total	66 032 677 130	61 249 955 560	41 752 061 035	-36.8	-31.8
	Corriente	66 032 677 130	55 775 927 164	38 079 293 811	-42.3	-31.7
	Inversión	0	5 474 028 396	3 672 767 224		-32.9
160	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	21 000 000	6 500 000	4 262 500	-79.7	-34.4
	Corriente	21 000 000	6 500 000	4 262 500	-79.7	-34.4
	Inversión					
172	Dirección General de Relaciones Internacionales	23 500	0	0	-100.0	
	Corriente	23 500	0	0	-100.0	
	Inversión					
300	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	10 500 000	0	0		
	Corriente	10 500 000	0	0	-100.0	
	Inversión					
310	Dirección General de Promoción de la Salud	342 456 661	148 039 969	130 939 482	-61.8	- 12
	Corriente	342 456 661	148 039 969	130 939 482	-61.8	- 12
	Inversión					
313	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental	10 720 864	12 720 864	5 959 772		- 53
	Corriente	10 720 864	12 720 864	5 959 772		- 53
	Inversión					
315	Centro Nacional para la Prevención de Accidentes	24 200 000	18 506 722	14 548 325		- 21
	Corriente	24 200 000	18 506 722	14 548 325		- 21
	Inversión					
513	Dirección General de Recursos Humanos	1 645 000 000	122 500	85 337	-100.0	- 30
	Corriente	1 645 000 000	122 500	85 337	-100.0	- 30
	Inversión					
514	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	393 992 641	0	0	-100.0	
	Corriente	393 992 641	0	0	-100.0	
	Inversión					
610	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	47 233 592	39 764 067	32 087 929	-32.1	- 19
	Corriente	47 233 592	39 764 067	32 087 929	-32.1	- 19
	Inversión					
611	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	2 594 618 262	905 654 401	598 432 339	-76.9	- 34

Clave	Unidad Responsable	Aprobado	Modificado	Ejercido	Variación Porcentual	
					Ejercido / Aprobado	Ejercido / Modificado
	Corriente	2 594 618 262	408 515 890	274 910 318	-89.4	- 33
	Inversión	0	497 138 511	323 522 021		- 35
K00	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	29 133 610	53 200 296	47 313 974	62.4	- 11
	Corriente	29 133 610	53 200 296	47 313 974	62.4	- 11
	Inversión					
L00	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	835 843 609	869 843 609	785 348 522	-6.0	- 10
	Corriente	835 843 609	815 843 609	734 937 190	-12.1	- 10
	Inversión	0	54 000 000	50 411 332		
M7F	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	100 000	100 000	58 218	-41.8	- 42
	Corriente	100 000	100 000	58 218	-41.8	- 42
	Inversión					
NHK	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	499 253 279	238 339 621	194 842 334	-61.0	- 18
	Corriente	499 253 279	238 339 621	194 842 334	-61.0	- 18
	Inversión					
O00	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	731 713 367	663 902 671	598 323 043	-18.2	- 10
	Corriente	731 713 367	663 902 671	598 323 043	-18.2	- 10
	Inversión					
R00	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia	6 800 000	175 418 541	166 418 541	2347.3	- 5
	Corriente	6 800 000	175 418 541	166 418 541	2347.3	- 5
	Inversión					
S00	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	285 852 611	280 935 701	280 852 611	-1.7	- 0
	Corriente	285 852 611	280 935 701	280 852 611	-1.7	- 0
	Inversión					
U00	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	57 994 235 134	57 474 155 482	38 563 407 955	-33.5	- 33
	Corriente	57 994 235 134	52 551 265 597	35 264 574 084	-39.2	- 33
	Inversión	0	4 922 889 885	3 298 833 871		- 33
X00	Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones	560 000 000	362 751 116	329 180 154	-41.2	- 9
	Corriente	560 000 000	362 751 116	329 180 154	-41.2	- 9
	Inversión					

- En ejercicio 2012 al mes de agosto el Ramo 12 Salud correspondiente al monto de los Subsidios erogados se ubica en 41 752 061.0 miles de pesos, equivalente al 59.3 por ciento que corresponden a Subsidios ejercidos en el 2012 por su naturaleza del gasto se aplicó a gasto corriente por 38 079 293.8 de pesos, lo que representó el 42.3 por ciento en relación a los recursos originales autorizados de 66 032 677.1 miles de pesos. Estos recursos se destinaron para apoyo de programas sustantivos. Las unidades responsables que recibieron dichos recursos fueron:

- ◆ 160 La Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales de Alta Especialidad, ejerció 4 262.5 miles de pesos, correspondiente a gasto corriente.
 - Continuidad al Programa de Becas de Inicio a la Investigación (PROBEI) para desarrollar investigaciones en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Referencia, erogaciones en la partida 43901, Susidios para capacitación y becas, que son recursos destinados al programa de becas de inicio a la investigación, dirigido a jóvenes estudiantes de profesiones, relacionadas con la salud y donde se les otorga un apoyo económico de 2.5 miles de pesos mensuales, hasta dos años renovables cada seis meses, para desarrollar proyectos específicos de investigación de los Institutos Nacionales de Salud o en los Hospitales Federales de Referencia.
- ◆ 172 A la Dirección General de Relaciones Internacionales, se le autorizó un presupuesto de 23.5 miles de pesos, mismo que se canceló por reducción de recursos fiscales para cumplir con el programa de ahorro implementado en el presente ejercicio.
 - Adicionalmente, las becas al extranjero se pagan a través de la Dirección General de Recursos Humanos.
- ◆ 300 Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, se le autorizó un presupuesto de 10 500.0 miles de pesos, la reducción obedece a lo siguiente:
 - Transferencia de recursos al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE).
- ◆ 310 La Dirección General de Promoción de la Salud gastó 130 939.5 miles de pesos, recursos que están comprometidos básicamente para:
 - El Programa Comunidades Saludables, para fortalecer las determinantes positivas de la salud, mediante el impulso de la participación de las autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores sociales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud a fin de generar entornos favorables, así como para el Programa de Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura en Salud, a fin de crear una nueva cultura a través de la ejecución integrada de las funciones de promoción de la salud, que modifique las determinantes, para contribuir a la disminución de los padecimientos prioritarios de salud pública.
- ◆ 313 El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental ejerció 5 959.8, se tienen recursos comprometidos para:
 - Apoyar programas de Invierno sin Frío y Rehabilitación Psicosocial en hospitales psiquiátricos y villas de transición hospitalaria en toda la república.

- ◆ 315 El Centro Nacional para la Prevención de Accidentes ejerció 14 548.3 miles de pesos, se tienen recursos comprometidos para:
 - El Programa de Seguridad Vial, del PROSEV 2007-2012 establece como metas reducir de reducir el número de muertes por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población.
- ◆ 513 La Dirección General de Recursos Humanos tenía asignado de origen por subsidios 85 .3 miles de pesos, apoyar presiones de gasto de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
 - Transferencia de recursos al Ramo 23 por concepto de disponibilidades presupuestarias generadas por las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y entidades apoyadas de control indirecto, instruida por la SHCP, como medidas de control presupuestario.
- ◆ 514 La Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física, tenía asignado de origen por subsidios 393 992.6 miles de pesos, mismos que se detallan a continuación:
 - Recursos transferidos a las entidades federativas, los cuales serán destinados a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, a efecto de dar cumplimiento a la estrategia de Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud (FOROSS) en los estados, derivado de las ampliaciones que la Cámara de Diputados autorizó en el Ramo 12, Salud y de manera específica en el anexo 33.6, Equipamiento, Modernización y Obra Pública de Unidades Médicas en Entidades Federativas , ya que conforme a sus facultades, atribuciones y funciones previstas puedan realizar programas y acciones para ejercer los recursos de manera más eficaz y eficiente conforme a las disposiciones normativas aplicables.
- ◆ 610 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud tiene una participación en el presupuesto ejercido de 32 087.9 miles de pesos, recursos comprometidos para el Programa Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, principalmente.
- ◆ 611 La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud en el 2012, ejerció 598 432.3 miles de pesos, recursos comprometidos para el Programa de Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud (FOROSS).
- ◆ K00 Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, presenta un ejercicio de 47 314.0, lo cual se refleja lo siguiente:

- Mayores recursos para todas las entidades federativas, con el fin de reunir a los responsables de programas estatales de VIH/SIDA y coordinadores de los centros de atención de VIH (centro ambulatorios para la prevención y atención del sida e infecciones de transmisión sexual, servicios e atención integral) de dichas entidades federativas y así difundir los lineamientos para la prescripción del tratamiento antirretroviral que deberán aplicarse en los servicios de atención médica que proporcionan la atención a las personas con VIH sin seguridad social. Lo anterior, permitirá unificar y eficientar la operación de las red de atención de VIH para la prescripción del tratamiento antirretroviral y las condiciones necesarias para mantener la universalidad en el acceso al tratamiento de las personas con VIH que lo requieran de conformidad con las estrategias del programa sectorial de salud 2007-2012, para el cumplimiento de los objetivos planteados; 1. mejorar las condiciones de salud de la población; 2. reducir la desigualdad en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; 3. brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; 4. evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y 5. garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y el desarrollo humano del país.
- ◆ L00 El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, erogó durante el ejercicio de 2012 la cantidad de 785 348.5 miles de pesos, corresponden a los siguientes programas Arranque Parejo en la Vida, Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Mama, Igualdad de Género
- ◆ M7F Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, su presupuesto ejercido es de 58.2 miles de pesos
 - Transferencia de recursos al Ramo 23 por concepto de disponibilidades presupuestarias generadas por las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y entidades apoyadas de control indirecto, instruida por la SHCP, como medidas de control presupuestario.
- ◆ NHK Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), presupuesto ejercido es de 194 842.3 miles de pesos, recursos comprometidos para:
 - Mayores recursos al Programa Atención a Familias y Población Vulnerable.
- ◆ O00 El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, erogó 598 323.0 miles de pesos, recursos comprometidos para el apoyar a las 32 entidades federativas, en el fortalecimiento a las áreas contra riesgos sanitarios y a los laboratorios estatales, en el programa del Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA C) y al Programa de Emergencias Radiológicas Externas (PERE).
- ◆ R00 Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, tuvo un ejercicio de 166 418.5 miles de pesos y se detalla a continuación:

- Mayores recursos a las entidades federativas, con el fin de cumplir con el programa nacional para la reducción de la mortalidad infantil (PRONAREMI), que tiene como estrategia principal fortalecer las acciones de vacunación, mejorar el conocimiento de la población sobre la enfermedad e infección respiratoria aguda, entre otros.
- ◆ S00 Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, reportó un ejercicio de 280 852.6 miles de pesos los cuales se explican a continuación:
 - Mayores recursos a los programas de Fortalecimiento a la Protección contra Riesgos Sanitarios, Laboratorios Estatales de Salud Pública y Emergencias Radiológicas Externas.
- ◆ U00 La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, ejerció en el periodo de 2012 un presupuesto 38 563 407.9 miles de pesos:
 - Recursos comprometidos pendientes de transferir a los estados con el fin de atender el padrón de beneficiarios de acuerdo al padrón de afiliados al seguro popular; suplemento alimenticio en especie del programa de oportunidades; aportaciones pendientes de ministrar a las entidades, para el componente de salud del programa de oportunidades; recursos pendientes de ministrar para la cuota social y la aportación solidaria federal que marca la Ley General de Salud.
- ◆ X00 Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones, durante el ejercicio erogó 329 180.2 miles de pesos
 - Mayores recursos a los estados de Aguascalientes, Colima, Guerrero y México, a fin de cumplir con diferentes proyectos para el combate contra las adicciones, como son talleres para prevención de adicciones, capacitación y proyección en salas cinematográficas de videos especializados en adicciones, intervención comunitaria, para la prevención en adicciones, dicho recurso será radicado vía AFASPE (Acuerdo Fortalecimiento Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas).

Proyección septiembre noviembre y diciembre de 2012.- RAMO 12 SALUD

Ramo 12 Salud
Salud y DIF 2012

Millones de pesos

Grupo Funcional	Descripción	Modificado anual	Ejercido agosto	Programado sept. – nov. 2012	Programado diciembre	Total Enero- dic.	Variaciones		
							Anual /agosto	Anual/nov.	Anual /dic.
	Total	109,597.2	70,417.6	27,297.5	8,676.0	106,391.0	35.7	10.8	2.9
	SSA	107,621.7	69,261.5	26,864.9	8,385.6	104,512.0	35.6	10.7	2.9
	DIF	1,975.4	1,156.1	432.6	290.4	1,879.1	41.5	19.6	4.9
1	Gobierno	161.1	97.7	39.9	19.5	157.1	39.4	14.6	2.5
	SSA	141.6	86.6	36.1	15.5	138.2	38.8	13.3	2.4
	DIF	19.6	11.1	3.8	4.0	18.9	43.1	23.7	3.2
2	Desarrollo Social	107,878.0	69,352.9	26,859.0	8,499.0	104,710.8	35.7	10.8	2.9
	SSA	105,922.1	68,207.9	26,430.2	8,212.6	102,850.7	35.6	10.7	2.9
	DIF	1,955.9	1,145.0	428.8	286.3	1,860.1	41.5	19.5	4.9
3	Desarrollo Económico	1,558.0	967.0	398.6	157.5	1,523.1	37.9	12.4	2.2
	SSA	1,558.0	967.0	398.6	157.5	1,523.1	37.9	12.4	2.2

RAMO 12

Gasto Programable Devengado por Clasificación Económica 2012

Concepto	Presupuesto (Millones de Pesos)			Programado sept. – nov. 2012	Programado diciembre 2012	Total Enero- dic. 2012	Variaciones % 2012 acumuladas		
	Aprobado	Modificado	Ejercido Agosto				Anual /agosto	Anual /nov.	Anual /dic.
TOTAL	113 479.7	109 597.2	70 417.6	27 297.5	8 676.0	106 391.0	35.7	10.8	2.9
GASTO CORRIENTE	109 432.7	99 408.8	63 984.1	24 222.2	8 399.0	96 605.3	35.6	11.3	2.8
Servicios Personales	20 683.0	20 404.9	11 045.4	5 481.5	2 630.0	19 156.9	45.9	19.0	6.1
Gasto de operación	9 260.4	9 745.2	5 631.4	2 722.0	359.9	8 713.2	42.2	14.3	10.6
-Materiales y Suministros	4 951.8	4 585.0	2 663.4	1 380.8	43.7	4 087.8	41.9	11.8	10.8
-Servicios Generales	4 308.6	5 160.3	2 968.1	1 341.2	316.2	4 625.5	42.5	16.5	10.4
Otros de Corriente	79 489.3	69 258.7	47 307.3	16 018.8	5 409.1	68 735.2	31.7	8.6	0.8
GASTO DE INVERSIÓN	4 047.0	10 188.4	6 433.4	3 075.3	277.0	9 785.7	36.9	6.7	4.0
Inversión física	4 047.0	10 188.4	6 433.4	3 075.3	277.0	9 785.7	36.9	6.7	4.0
- Bienes Muebles, Inmuebles e	248.8	479.4	51.5	347.1	17.8	416.3	89.3	16.9	13.2

Concepto	Presupuesto (Millones de Pesos)			Programado sept. – nov. 2012	Programado diciembre 2012	Total Enero- dic. 2012	Variaciones % 2012 acumuladas		
	Aprobado	Modificado	Ejercido Agosto				Anual /agosto	Anual /nov.	Anual /dic.
Intangibles									
- Inversión Pública	1 013.7	1 450.4	852.8	408.0	27.2	1 288.0	41.2	13.1	11.2
- Otros de Inversión Física	2 784.5	8 258.6	5 529.1	2 320.2	232.0	8 081.4	33.0	5.0	2.1

SECRETARÍA DE SALUD

- En este análisis, la Secretaría de Salud presenta el ejercicio presupuestario de su gasto, sin incluir lo relacionado con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF, ambos se encuentran incorporados en el Ramo 12 Salud, con relación al presupuesto ejercido, se manifiesta la aplicación de recursos en atención a las directrices de política pública dictadas para el Sector Salud, la Secretaría presenta los esfuerzos e iniciativas realizadas para atender programas sustantivos, se priorizó las asignaciones presupuestarias para la atención de grupos vulnerables y la desigualdad social, se impulsó así la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, destacando la operación del Seguro Popular, la reducción de las adicciones, complementos alimenticios, educación sexual e igualdad de género y Seguro Médico para una Nueva Generación, entre otros.

ANÁLISIS DEL GASTO POR CLASIFICACIÓN ECONÓMICA.

Secretaría de Salud
Gasto Programable Devengado por Clasificación Económica 2012 al 31 de Agosto de 2012 (Continúa)

Concepto	Presupuesto (Pesos)			Variación Porcentual		Estructura Porcentual		
	Aprobado	Modificado	Ejercido	Ejerc / Aprob.	Ejerc / Modif.	Aprobado	Modificado	Ejercido
TOTAL	111 589 135 685	107 621 736 289	69 261 470 637	-37.9	-35.6	100.0	100.0	100.0
Gasto Directo	46 055 711 834	46 610 120 348	27 704 251 936	-39.8	-40.6	41.3	43.3	40.0
Subsidios	65 533 423 851	61 011 615 941	41 557 218 701	-36.6	-31.9	58.7	56.7	60.0
GASTO CORRIENTE	107 126 448 469	97 089 571 769	62 550 772 712	-41.6	-35.6	96.0	90.2	90.3
Gasto Directo	41 593 024 618	41 551 984 224	24 666 321 234	-40.7	-40.6	37.3	38.6	35.6
Subsidios	65 533 423 851	55 537 587 545	37 884 451 477	-42.2	-31.8	58.7	51.6	54.7
Servicios Personales	19 591 344 947	19 310 856 787	10 384 660 755	-47.0	-46.2	17.6	17.9	15.0
Gasto Directo	19 591 344 947	19 310 856 787	10 384 660 755	-47.0	-46.2	17.6	17.9	15.0
Subsidios						0.0	0.0	0.0
Gasto de operación	8 546 648 338	8 776 227 221	5 064 566 930	-40.7	-42.3	7.7	8.2	7.3

Gasto Directo	8 546 648 338	8 776 227 221	5 064 566 930	-40.7	-42.3	7.7	8.2	7.3
Subsidios	0	0	0			0.0	0.0	0.0
-Materiales y Suministros	4 863 609 696	4 470 061 890	2 602 951 697	-46.5	-41.8	4.4	4.2	3.8
Gasto Directo	4 863 609 696	4 470 061 890	2 602 951 697	-46.5	-41.8	4.4	4.2	3.8
Subsidios						0.0	0.0	0.0
-Servicios Generales	3 683 038 642	4 306 165 330	2 461 615 234	-33.2	-42.8	3.3	4.0	3.6
Gasto Directo	3 683 038 642	4 306 165 330	2 461 615 234	-33.2	-42.8	3.3	4.0	3.6
Subsidios						0.0	0.0	0.0
Subsidios	65 533 423 851	55 537 587 545	37 884 451 477	-42.2	-31.8	58.7	51.6	54.7
Subsidios	65 533 423 851	55 537 587 545	37 884 451 477	-42.2	-31.8	58.7	51.6	54.7
Otros de Corriente	13 455 031 333	13 464 900 217	9 217 093 549	-31.5	-31.5	12.1	12.5	13.3
Gasto Directo	13 455 031 333	13 464 900 217	9 217 093 549	-31.5	-31.5	12.1	12.5	13.3
Subsidios						0.0	0.0	0.0
GASTO DE INVERSIÓN	4 462 687 216	10 532 164 520	6 710 697 926	50.4	-36.3	4.0	9.8	9.7
Gasto Directo	4 462 687 216	5 058 136 124	3 037 930 701	-31.9	-39.9	4.0	4.7	4.4
Subsidios		5 474 028 396	3 672 767 224		-32.9	0.0	5.1	5.3
Inversión física	4 462 687 216	10 532 164 520	6 710 697 926	50.4	-36.3	4.0	9.8	9.7
Gasto Directo	4 462 687 216	5 058 136 124	3 037 930 701	-31.9	-39.9	4.0	4.7	4.4
Subsidios	0					0.0	0.0	0.0
- Bienes Muebles e Inmuebles	248 765 502	474 012 367	51 492 141	-79.3	-89.1	0.2	0.4	0.1
Gasto Directo	248 765 502	474 012 367	51 492 141	-79.3	-89.1	0.2	0.4	0.1
Subsidios						0.0	0.0	0.0
- Inversión Pública	1 013 676 724	1 383 878 767	833 657 073	-17.8	-39.8	0.9	1.3	1.2
Gasto Directo	1 013 676 724	1 383 878 767	833 657 073	-17.8	-39.8	0.9	1.3	1.2
Subsidios						0.0	0.0	0.0
- Otros de Inversión Física	3 200 244 990	8 674 273 386	5 825 548 712	82.0	-32.8	2.9	8.1	8.4
Gasto Directo	3 200 244 990	3 200 244 990	2 152 781 487	-32.7	-32.7	2.9	3.0	3.1
Subsidios		5 474 028 396	3 672 767 224		-32.9	0.0	5.1	5.3
Subsidios						0.0	0.0	0.0
Inversión Financiera								
Gasto Directo								
Subsidios								
Otros de Inversión								
Gasto Directo								
Subsidios								

Para este ejercicio la Secretaría de Salud ha ejercido 69 261 470.6 miles de pesos, 98.4 del total ejercido en el Ramo 12 Salud, de un presupuesto original de 111 589 135.7 miles de pesos. Con relación al presupuesto modificado por 107 621 736.3. miles de pesos, se ejerció el 64.4 por ciento.

- **En gasto corriente** se observó una inferior variación que ascendió a 44 575 675.8 miles de pesos, con relación al presupuesto original, corresponden: a recursos asignados a servicios personales por 9 206 684 .2 miles de pesos, materiales y suministros por 2 260 658.0 miles de pesos, servicios generales 1 221 423.4 miles de pesos, en subsidios 27 648 972.4 miles de pesos menor, otros de corriente por 4 237 937.8 miles de pesos, **en gastos de inversión** refleja una variación mayor de 2 248 010.7 miles de pesos, que lo forman: bienes muebles inmuebles e intangibles 197 273.4 miles de pesos inferior, inversión pública por 180 019.7 miles de pesos menor al original y otros de Inversión física por 2 625 303.8 de pesos, mayor al original.
- ◆ Conforme a la naturaleza del gasto, del presupuesto total ejercido por la Secretaría de Salud para el año 2012, el 90.3 por ciento, corresponde a gasto corriente con 62 550 772.7 miles de pesos y el 9.7 por ciento a gasto de inversión con 6 710 697.9 miles de pesos.

GASTO CORRIENTE

- **El gasto corriente** ejercido asciende a 62 550 772.7 miles de pesos, registrando en gasto directo 24 666 321.2 miles de pesos y de subsidios por 37 884 451.5 miles de pesos, que representan el 59.3 y el 57.8 por ciento, respectivamente a lo autorizado original.
- La evaluación de gasto corriente por capítulo se presenta a continuación, las causas son idénticas a las manifestadas en el apartado de gasto por clasificación económica, sin considerar lo correspondiente al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Por lo anterior solo se comentan los capítulos de gasto.
 - ◆ **Servicios Personales.-** Para este rubro se le autorizó un presupuesto original de 19 591 344.9 miles de pesos, de los cuales se ejercieron 10 384 660.7 miles de pesos, 53.0 por ciento con respecto al presupuesto original y el 53.8 por ciento del modificado, correspondiendo a lo siguiente:
 - Transferencia de recursos al Ramo 23 por concepto de disponibilidades presupuestarias generadas por las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y entidades apoyadas de control indirecto, instruida por la SHCP, como medidas de control presupuestario.

- Por otro lado, al mes de agosto se tienen recursos comprometidos para cubrir obligaciones de esta dependencia como son: remuneraciones al personal de carácter permanente, compensación por formación académica a médicos residentes, aportaciones ISSSTE, FOVISSSTE, aportaciones al seguro de Cesantía en edad avanzada y vejez, compensación garantizada, seguro de separación individualizado y demás prestaciones establecidas en las Condiciones Generales de Trabajo de la S.S.
- Ahorros presupuestales por incidencias del personal (faltas, retardos).
- Apoyo de recursos para diversos institutos y hospitales de alta especialidad para cubrir sus compromisos de pago que tiene esta dependencia como: pago de remuneraciones al personal y demás prestaciones establecidas en las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
- ◆ En el rubro de *Gasto de Operación* se registra una variación presupuestaria menor de 3 482 081.4 miles de pesos, equivalente al 40.7 por ciento menor, en comparación con el presupuesto original autorizado, y principalmente se debe a las siguientes causas:
 - ◆ *Materiales y Suministros*.- Se presentó un menor ejercicio presupuestario de 2 260 658.0 miles de pesos, es decir un 46.5 por ciento menor en comparación con el presupuesto original, Su variación se debe a lo siguiente:
 - Transferencia de recursos al Ramo 23 por concepto de disponibilidades presupuestarias generadas por las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y entidades apoyadas de control indirecto, y transferencia de recursos para el mantenimiento de las unidades de atención médica.
 - Por otro lado, recursos comprometidos para la adquisición de insumos para el procesamiento en equipos y bienes informáticos, alimentación de personas derivado a la ejecución de programas de salud; adquisición de sustancias químicas, medicinas, accesorios y suministros médicos, para los hospitales e institutos; lubricantes y aditivos, uniformes y prendas de protección, para institutos y hospitales.
- ◆ En *Servicios Generales* la variación presupuestaria menor es de 1 221 423.4 miles de pesos, es decir 33.2 por ciento menor con respecto al presupuesto original, la variación se debe a las siguientes causas:
 - Mayores recursos para el programa Derechos de niñas y niños, por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Programa Asistencia Social y Protección al Paciente.

- Mayores recursos para el aseguramiento de bienes patrimoniales.
 - Ingresos excedentes de los Órganos Desconcentrados y entidades apoyadas de control indirecto.
 - Mayores recursos para apoyo de campañas de prevención de salud.
 - Mayores recursos para el mantenimiento y conservación de inmuebles en diferentes oficinas de esta dependencia.
- ◆ En el rubro de Subsidios observó un ejercicio presupuestario menor de 27 648 972.4 miles de pesos equivalente al 42.2 por ciento menor con respecto al presupuesto original, como resultado de las siguientes causas:
- Transferencia de recursos al Ramo 33 Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud FASSA, con el fin de cubrir en diversos organismos públicos descentralizados de las entidades federativas de esta dependencia la homologación del personal.
 - Apoyo de recursos a la Dirección General de Relaciones Internacionales a fin de llevar a cabo los mecanismos de coordinación para continuar con el apoyo y fortalecimiento del desarrollo del Programa de Ventanillas de Salud (VDS), y el Programa de Investigación en Migración y Salud, así como la realización de la 11° Edición de la Semana Binacional de Salud.
 - Transferencia de recursos al Ramo 23 por concepto de disponibilidades presupuestarias generadas por las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y entidades apoyadas de control indirecto.
 - Al mes de agosto, se tienen recursos pendientes de transferir a los estados con el fin de atender el padrón de beneficiarios de acuerdo al padrón de afiliados al seguro popular; suplemento alimenticio en especie del programa de oportunidades; aportaciones pendientes de ministrar a las entidades, para el componente de salud del Programa de Oportunidades; ministrar la cuota social y la aportación solidaria federal que marca la Ley General de Salud. Así como diversos programas prioritarios de esta dependencia como: Atención a Familias y Población Vulnerable, Comunidades Saludables, Caravanas de la Salud, Arranque Parejo en la Vida, Programa Nacional de Seguridad Vial, entre otros; recursos pendientes de transferir a las entidades federativas, para obra, mantenimiento e infraestructura a hospitales y centros de salud correspondientes a los programas FOROSS, SICALIDAD y AFASPE.

- ◆ En *Otros de Corriente*.- Se realizaron los movimientos de presupuesto de unidades centrales, recursos al Ramo 23 y Ramo 33, así como envío de recursos a entidades federativas, presentando un presupuesto ejercido por 9 217 093.5 miles de pesos, presupuesto original autorizado de 13 455 031.3 miles de pesos, se determina una diferencia menor neta del 31.5 por ciento.
 - La variación de 4 237 937.8 miles de pesos, se debió a:
 - Transferencia de recursos al Ramo 23 por concepto de disponibilidades presupuestarias generadas por las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y entidades apoyadas de control indirecto, instruida por la SHCP, como medidas de control presupuestario.

GASTO DE INVERSIÓN

- Al 31 de agosto de 2012 el presupuesto ejercido es de 6 710 697.9 miles de pesos, el modificado de 10 532 164.5, 136.0 por ciento mayor al presupuesto original autorizado de 4 462 687.2 miles de pesos. A través de este capítulo, se llevaron a cabo acciones para apoyar las áreas centrales y órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados, en relación al presupuesto original y el ejercido la variación de 50.4 por ciento mayor al original se debe a:
 - Transferencia de recursos al Ramo 23 por concepto de disponibilidades presupuestarias generadas por las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y entidades apoyadas de control indirecto, instruida por la SHCP, como medidas de control presupuestario.
- ◆ *Inversión Física*.- En materia de inversión física, el presupuesto ejercido de 6 710 697.9 miles de pesos equivale al 150.0 por ciento mayor con respecto al presupuesto original, esto obedece a lo siguiente:
 - Transferencia de recursos al Ramo 23 por concepto de disponibilidades presupuestarias generadas por las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y entidades apoyadas de control indirecto, instruida por la SHCP, como medidas de control presupuestario.
 - Cabe hacer mención, que al me de agosto de 2012 se tienen recursos comprometidos para cubrir el pago de arrendamiento financiero, para la adquisición equipo instrumental médico y de laboratorio, equipo médico y de laboratorio para hospitales e institutos de salud.

- ◆ *Bienes Muebles, Inmuebles e intangibles.*- El presupuesto ejercido de 51 492.1 miles de pesos 79.3 por ciento menor al presupuesto original y 89.1 por ciento menor del presupuesto modificado, el gasto directo por ese total se aplicó a La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad, Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y entidades de control presupuestario indirecto.
 - Transferencia de recursos al Ramo 23 por concepto de disponibilidades presupuestarias generadas por las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y entidades apoyadas de control indirecto, instruida por la SHCP, como medidas de control presupuestario.
- ◆ *Inversión Pública.*-Se presenta un presupuesto ejercido de 833 657.1 miles de pesos equivalente al 82.2 por ciento con respecto al presupuesto original, esto es debido a lo siguiente:
 - Al Programa Anual de Mantenimiento: proyecto de restauración del inmueble ubicado en donceles 39 (museo de la salud); Hospital Samuel Ramírez Moreno, Centro de Atención en Salud Mental; construcción de la Torre de Especialidades del Hospital General Dr. Manuel Gea González; construcción y equipamiento de la nueva Torre de hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología; proyecto para la construcción y equipamiento del Centro Nacional de Investigación y atención de Quemados del Instituto Nacional de Rehabilitación; Hospital Nacional Homeopático, Centro de Enseñanza e Investigación aplicada; renovación y transformación de las instalaciones de la Comisión de control Analítico y ampliación de cobertura (CCAYAC); construcción de la unidad de hospitalización Merida y Proyecto de construcción de la Unidad de Internamiento Tuxtla Gutiérrez de los Centros de Integración Juvenil, A.C.; construcción del edificio de la Torre Medica A unidad de trasplante, Quirófanos, Cirugía General, Terapia Médico Quirúrgica, Gastroenterología y Oftalmología del Hospital General de México; reforzamiento estructural del edificio de hospitalización y la construcción de la unidad de radio oncología del Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición; ampliación del Hospital Psiquiátrico Infantil J. N. Navarro.
 - Instituto de Medicina Genómica.- Ampliación de recursos para continuar con los trabajos de construcción de la sede permanente del instituto.
 - Biológicos y Reactivos de México.- Ampliación para construir los laboratorios de producción y control de la calidad para la vacuna contra la influenza, así como otros biológicos bacterianos y virales importantes para apoyar los programas de vacunación del Sector Salud en México y prevenir emergencias epidemiológicas como la crisis de influenza de mediados de 2009, en su primera etapa.

Gasto Programable Devengado 2006 -2012

Con objeto de establecer el crecimiento presupuestario por el periodo 2006 al 2012, a continuación se presenta el consolidado de las cuentas públicas de dichos años.

GASTO PROGRAMABLE DEVENGADO RAMO 12																								
EJERCIDO - MODIFICADO 2006-AGOSTO DE 2012																								
Millones de Pesos																								
CONCEPTOS	2006			2007			2008			2009			2010			2011			a agosto de 2012			TOTAL 2007-2011		
	Modificado	Ejercido	Variación Ejerc.-Modif.	Modificado	Ejercido	Variación Ejerc.-Modif.	Modificado	Ejercido	Variación Ejerc.-Modif.															
Total	41 551.2	41 547.7	- 3.5	53 144.8	53 144.0	- 0.8	69 744.1	69 743.4	- 0.7	80 959.3	80 959.2	- 0.1	86 770.1	86 765.5	- 4.6	99 806.5	99 806.5	0.0	109 597.1	70 417.6	- 39 179.5	500 021.9	460 836.2	- 39 185.7
Gasto Corriente	37 872.5	37 872.5	0.0	50 718.5	50 718.4	- 0.1	67 498.9	67 498.9	0.0	70 690.4	70 690.4	0.0	65 903.5	65 899.2	- 4.3	91 832.5	91 832.5	0.0	98 981.9	63 684.7	- 35 297.2	445 625.7	410 324.1	- 35 301.6
Servicios Personales	12,070.4	12,070.4	0.0	12 737.8	12 737.8	0.0	14 065.1	14 065.1	0.0	15 179	15 179.1	0.0	16,560.2	16 560.2	0.0	17 941.3	17 941.3	0.0	20,404.9	11,045.4	- 9 359.4	96 888.4	87 528.9	- 9 359.4
Gasto de Operación	5 260.3	5 260.3	0.0	6 130.5	6 130.4	- 0.1	10 441.3	10 441.3	0.0	9 497.7	9 497.7	0.0	9,276.2	9 275.5	- 0.7	11,756.0	11 756.0	0.0	9,318.4	5 332.0	- 3 986.4	56 420.1	52 432.9	- 3 987.2
Materiales y Suministros	2,568.8	2,568.8	0.0	3 113.1	3 113.0	- 0.1	6 484.7	6 484.7	0.0	4 770.7	4 770.7	0.0	4,675.3	4 675.0	- 0.3	5 686.6	5 686.6	0.0	4,585.0	2,663.4	- 1 921.6	29 315.4	27 393.4	- 1 922.0
Servicios Generales	2,691.5	2,691.5	0.0	3 017.4	3 017.4	0.0	3 956.6	3 956.6	0.0	4 727.0	4 727.0	0.0	4,600.9	4 600.5	- 0.4	6 069.4	6 069.4	0.0	4,733.4	2,668.6	- 2 064.8	27 104.7	25 039.5	- 2 065.2
Subsidios																50 116.9	50 116.9	0.0	55 775.9	38 079.3	- 17 696.6	137 070.0	119 369.8	- 17 700.2
Otros de Corriente	20,541.8	20,541.8	0.0	31 850.2	31 850.2	0.0	42 992.5	42 992.5	0.0	46 013.6	46 013.6	0.0	8,889.9	8 889.9	0.0	12 018.3	12 018.3	0.0	13,482.8	9,228.0	- 4 254.8	155 247.3	150 992.5	- 4 254.8
Gasto de Capital	3 678.7	3 675.2	- 3.5	2 426.3	2 425.6	- 0.7	2 245.2	2 244.5	- 0.7	10 268.9	10 268.8	- 0.1	20 866.6	20 866.3	- 0.3	7 974.0	7 974.0	0.0	10 615.2	6 732.9	- 3 882.3	54 396.2	50 512.1	- 3 884.1
Inversión Física	3 678.7	3 675.2	- 3.5	2 426.3	2 425.6	- 0.7	2 245.2	2 244.5	- 0.7	10 268.9	10 268.8	- 0.1	20 866.6	20 866.3	- 0.3	7 974.0	7 974.0	0.0	10 615.2	6 732.9	- 3 882.3	54 396.2	50 512.1	- 3 884.1
Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles	326.3	326.3	0.0	800.6	800.6	0.0	533.9	533.9	0.0	1 043	1 043.2	0.0	552.5	552.5	0.0	244.2	244.2	0.0	479.4	51.5	- 427.9	3 653.8	3 225.9	- 427.9
Obra Pública	2,289.4	2,289.4	0.0	512.5	512.5	0.0	295.6	295.6	0.0	7 447	7 446.7	0.0	1,118.7	1 118.5	- 0.2	1 546.7	1 546.7	0.0	1,450.4	852.8	- 597.6	12 370.6	11 772.8	- 597.8
Otros de Inversión Física	1,063.0	1,059.5	- 3.5	1 113.2	1 112.5	- 0.7	1 416	1 415.0	- 0.7	15	14.6	- 0.1	2,234.9	2 234.9	0.0	6 183.1	6 183.1	0.0	3,211.4	2,155.8	- 1 055.6	14 173.0	13 115.9	- 1 057.1
Inversión Financiera										1 764	1 764.3	0.0										1 764.3	1 764.3	0.0
Susidios													16,960.5	16 960.4	- 0.1				5 474.0	3 672.8	- 1 801.2	22 434.5	20 633.2	- 1 801.3

Fuente: Secretaría de Salud

En presupuesto total modificado para 2006 fue de 41 551.2 millones de pesos, al comparar con el presupuesto 2012 por 109 597.1 millones de pesos, esto presenta un incremento del 163.8 por ciento con relación al presupuesto total modificado en 2006. En *gasto corriente* refleja un incremento del 161.4 por ciento, con su presupuesto al autorizado en 2006 y en *gasto de capital* presenta un mayor ejercicio presupuestario del 188.5 por ciento.

Para los ejercicios fiscales 2007 a Agosto de 2012, la SHCP autorizó para el Ramo 12 Salud un **presupuesto modificado** de 500 021.9 millones de pesos, el **presupuesto ejercido** para el mismo ejercicio ascendió a 460 836.2 millones de pesos, cifra menor en 7.8 millones de pesos no ejercidos con respecto al presupuesto modificado autorizado. El presupuesto ejercido modificado de 2006 a Agosto de 2012, manifiesta incrementos de 27.9 por ciento en 2007, un 31.2 por ciento en 2008, 16.1 por ciento en 2009, 7.2 por ciento en 2010, 15.0 por ciento en 2011 y a 2012 el 9.8 por ciento con relación al año inmediato anterior, respectivamente. Los incrementos más importantes fueron para la operación del Sistema Nacional de Protección Social de Salud.

- El **gasto corriente** ejercido ascendió a 410 324.1 millones de pesos de pesos, monto menor al presupuesto autorizado de 445 625.7 millones de pesos de pesos, 7.9 por ciento menor. El presupuesto modificado presentó incrementos considerables en los años 2007 con un 33.9 por ciento, en 2008 el 33.1 por ciento, en 2011 un 39.3 por ciento, en 2012 un 7.8 por ciento y decremento en 2010 por 6.8 por ciento.
- ◆ **Servicios Personales.**- Para este capítulo se le autorizó un presupuesto modificado de 96 888.4 millones de pesos, se ejercieron 87 528.9 millones de pesos, después del 2007 presentó los incrementos siguientes: en 2008 el 10.4 por ciento, 2009 el 7.9 por ciento, en 2010 un 9.1 por ciento, en 2011 el 8.3 por ciento y en 2012 un 13.7 por ciento.
- ◆ En el rubro de **Gasto de Operación** en los años 2007-a agosto de 2012 se ejerció un presupuesto de 52 432.9 millones de pesos, 7.1 menor del presupuesto modificado, el presupuesto Modificado presentó incrementos en los años en 2007 el 16.5 por ciento, 2008 con 70.3 por ciento y en 2011 26.7 por ciento y decrementos 9.0 por ciento en 2009, 2010 del 2.3 por ciento y en 2012 un 20.7 por ciento.
 - **Materiales y Suministros.**- En estos seis años se observó un menor ejercicio presupuestario de 1 922.0 Millones de pesos de pesos, equivalente al 6.6 por ciento menor en comparación con el presupuesto modificado. Para el mismo periodo se autorizó un presupuesto de 29 315.4 millones de pesos. En este capítulo su presupuesto autorizado muestra incrementos en los años de: 2007 con 21.3 por ciento, en 2008 con 108.3 por ciento, 2011 un 21.6 por ciento y un menor ejercicio presupuestario para 2009 con el 26.4 por ciento, 2010 con el 2.0 por ciento y en 2012 de 19.4 por ciento.
 - En **Servicios Generales** el presupuesto ejercido fue inferior en 7.6 por ciento al presupuesto modificado autorizado, equivalente a 2 065.2 millones de pesos. Sus incrementos se presentaron en: en 2007 el 12.1 por ciento, 2008 con un 31.1 por ciento, 2009 el 19.5, 2011 el 31.9 por ciento, decremento en 2010, un 2.7 por ciento y en 2012 con un 22.0 por ciento.
- ◆ En el rubro de **Subsidios** en el periodo 2010-2012 se observó un menor ejercicio presupuestario equivalente a 12.9 millones de pesos respecto al presupuesto modificado. Su incremento del 2010 al 2011 fue de 60.7 por ciento y en 2012 con 11.3 por ciento.
- ◆ **Otros de Corriente.**- Del año 2007 a agosto del 2012 en este capítulo se realizaron los movimientos de presupuesto de unidades centrales, recursos al Ramo 23 y Ramo 33, así como envió de recursos a entidades federativas, estableciendo variación neta menor de 4 254.8 millones de pesos, entre presupuesto ejercido por 150 992.5 millones de pesos, en relación con su presupuesto modificado autorizado de 155 247.3 millones de pesos de pesos, que refleja incrementos en los años de: en 2007 55.1 por ciento, 2008 con 35.0 por ciento, en 2009 el 7.0 por ciento, en 2011 el 35.2 por ciento y en 2012 un 12.2 por ciento y menor ejercicio presupuestario en 2010 con 80.7 por ciento.

- **Gasto de Capital.-** El presupuesto ejercido fue 50 212.1 millones de pesos, con una variación neta inferior en 3 884.1 millones de pesos. A través de este capítulo, se llevaron a cabo acciones para apoyar las áreas centrales y órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados.
- ◆ **Inversión Física.-** En materia de inversión física el inferior ejercicio presupuestario de 3 884.1 millones de pesos equivalente a 7.1 por ciento menor respecto a la asignación modificada, obedece a los incrementos en el presupuesto en los años de 2009, 2010 y 2012 y decrementos en 2007, 2008, y 2011 de Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles y Obra Pública, se debió para apoyar equipamiento e infraestructura en áreas centrales, órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados.
 - *Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles.-* El presupuesto ejercido de 3 225.9 millones de pesos, se aplicó a unidades de área central órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados. Sus incrementos de presupuesto modificado se refleja en los años: 2007 con 145.4 por ciento, 2009 el 95.4, 2012 un 96.3 por ciento y menor ejercicio presupuestario en 2008 el 33.3 por ciento, 2010 un 47.0 y 55.8 por ciento para 2011.
 - *Obra Pública.-* Del presupuesto ejercido de 11 772.8 millones de pesos, fue inferior en 4.8 millones de pesos en relación al presupuesto modificado. El presupuesto se aplicó en área central, órganos desconcentrados organismos públicos. El mayor incremento se presentó en 2009 con un 2 419.2 por ciento.
- ◆ **Otros de Inversión Física.-** Se ejercieron 13 115.9 millones de pesos, 7.5 por ciento inferior al presupuesto modificado aprobado de 14 173.0 millones de pesos. El incremento mas fuerte fue en 2010 con un 15 103.4 por ciento.
- ◆ **Inversión Financiera.-** En 2010 se ejercieron 1 764.3 millones de pesos, igual que su presupuesto modificado.
- ◆ **Subsidios.-** Entre 2010 y 2012 se ejercieron 20 633.2 millones de pesos, 8.0 por ciento menor al presupuesto modificado.

13.1 Aspectos financieros y Presupuestarios: Balanzas de Comprobación con corte al 30 de junio de 2012



SISTEMA DE CONTABILIDAD GUBERNAMENTAL
MOVIMIENTOS POR CUENTA
CIFRAS EN PESOS Y CENTAVOS

FECHA: De 01/01/2012 a 30/06/2012 RAMO: De 12 a 12

UNIDAD: Todas Tabla: Ramo/UR de afectación

Cuenta	Descripción de la Cuenta	Saldos Iniciales		Movimientos		Saldos Finales	
		Deudor	Acreedor	Debe	Haber	Deudor	Acreedor
11121	Bancos Moneda Nacional	0.00	0.00	0.00	48,431,971,137.77	-48,431,971,137.77	0.00
11122	Bancos Moneda Extranjera	0.00	0.00	0.00	123,245,800.49	-123,245,800.49	0.00
11131	Bancos Moneda Nacional	5,301,596.00	0.00	0.00	0.00	5,301,596.00	0.00
11191	Otros Efectivos y Equivalentes	0.00	0.00	923,700,575.47	156,839.82	923,543,735.65	0.00
11231	Deudores Diversos a CP	15,820,270.00	0.00	6,461,322.05	453,224.09	21,828,367.96	0.00
11232	Deudores por Responsabilidades a CP	75,106.00	0.00	0.00	0.00	75,106.00	0.00
11311	Anticipo a Proveedores por Adquisición de Bienes y Prestación de Servicios a	0.00	0.00	179,352,607.16	97,538,658.00	81,813,949.16	0.00
11321	Anticipos a Proveedores por Adquisición de Bienes Inmuebles a CP	2,446,138.00	0.00	0.00	0.00	2,446,138.00	0.00
11341	Anticipo a Contratistas por Obras Públicas a CP	94,241,186.00	0.00	0.00	0.00	94,241,186.00	0.00
11445	Productos Químicos, Farmacéuticos y de Laboratorio Adquiridos como	8,389,819.00	0.00	6,737,235.65	0.00	15,127,054.65	0.00
11446	Productos Metálicos y a Base de Minerales no Metálicos Adquiridos	129,409.00	0.00	0.00	0.00	129,409.00	0.00

Cuenta	Descripción de la Cuenta	Saldo Inicial		Movimientos		Saldo Final	
		Deudor	Acreedor	Debe	Haber	Deudor	Acreedor
11447	Productos de Cuero, Piel, Plástico y Hule Adquiridos como Materia Prima	22,963.00	0.00	0.00	0.00	22,963.00	0.00
11449	Otros Productos y Mercancías Adquiridas como Materia Prima	65,452.00	0.00	0.00	0.00	65,452.00	0.00
11453	Materiales y Suministros de Consumo en Tránsito	0.00	0.00	2,381,942.56	0.00	2,381,942.56	0.00
11511	Materiales de Administración, Emisión de Documentos y Artículos Oficiales	34,808,609.00	0.00	17,462,299.96	1,230,590.24	51,040,318.72	0.00
11512	Alimentos y Utensilios	492,799.00	0.00	31,605,645.82	383,837.65	31,714,607.17	0.00
11513	Materiales y Artículos de Construcción y de Reparación	1,713,419.00	0.00	2,423,946.42	159,638.72	3,977,726.70	0.00
11514	Productos Químicos, Farmacéuticos y de Laboratorio	242,589,499.00	0.00	1,155,001,447.29	6,041,428.70	1,391,549,517.59	0.00
11515	Combustibles, Lubricantes y Aditivos	102,409.00	0.00	535,727.61	71,356.56	566,780.05	0.00
11516	Vestuario, Blancos, Prendas de Protección y Artículos Deportivos	12,967,395.00	0.00	3,319,164.90	493,257.75	15,793,302.15	0.00
11518	Herramientas, Refacciones y Accesorios Menores para Consumo	3,194,601.00	0.00	3,900,671.47	207,671.95	6,887,600.52	0.00
12131	Fideicomisos, Mandatos y Contratos Análogos del Poder Ejecutivo	2,500,259,114.00	0.00	0.00	0.00	2,500,259,114.00	0.00
12141	Participaciones y Aportaciones de Capital a LP en el Sector Público	9,551,798,129.00	0.00	0.00	0.00	9,551,798,129.00	0.00

Cuenta	Descripción de la Cuenta	SalDOS Iniciales		Movimientos		SalDOS Finales	
		Deudor	Acreedor	Debe	Haber	Deudor	Acreedor
12331	Edificios no Habitacionales	585,892,546.00	0.00	0.00	0.00	585,892,546.00	0.00
12352	Edificación no Habitacional en Proceso	0.00	0.00	882,741,166.79	286,916,877.21	595,824,289.58	0.00
12359	Trabajos de Acabados en Edificaciones y Otros Trabajos Especializados en	0.00	0.00	35,736,392.30	4,940,518.25	30,795,874.05	0.00
12362	Edificación no Habitacional en Proceso	1,061,094,302.00	0.00	0.00	0.00	1,061,094,302.00	0.00
12391	Otros Bienes Inmuebles	0.00	0.00	14,192,313.62	0.00	14,192,313.62	0.00
12419	Otros Mobiliarios y Equipos de Administración	602,964,478.00	0.00	0.00	0.00	602,964,478.00	0.00
12431	Equipo Médico y de Laboratorio	0.00	0.00	21,686,847.80	10,825,963.00	10,860,884.80	0.00
12441	Automóviles y Equipo Terrestre	645,008,289.00	0.00	0.00	0.00	645,008,289.00	0.00
12467	Herramientas y Máquinas-Herramienta	642,034,767.00	0.00	0.00	0.00	642,034,767.00	0.00
12471	Bienes Artísticos, Culturales y Científicos	722,235.00	0.00	0.00	0.00	722,235.00	0.00
12932	Bienes Muebles en Comodato	431,924,184.00	0.00	0.00	0.00	431,924,184.00	0.00
21111	Servicios Personales por Pagar a CP	0.00	0.00	8,629,477,555.26	8,662,729,499.85	0.00	33,251,944.59
21121	Proveedores por Pagar a CP	0.00	755,823,827.00	3,637,965,441.81	3,638,782,231.60	0.00	756,640,616.79
21131	Contratistas por Obras Públicas por Pagar a CP	0.00	4,633,818.00	811,997,114.22	814,871,589.91	0.00	7,508,293.69
21151	Transferencias Otorgadas por Pagar a CP	0.00	0.00	40,757,993,882.05	40,729,695,685.45	0.00	-28,298,196.60
21171	Retenciones y Contribuciones por Pagar a CP	0.00	33,570,392.00	579,512,212.86	592,349,802.42	0.00	46,407,981.56

Cuenta	Descripción de la Cuenta	Saldo Inicial		Movimientos		Saldo Final	
		Deudor	Acreedor	Debe	Haber	Deudor	Acreedor
21199	Otras Cuentas por Pagar a CP	0.00	244,876,366.00	0.00	0.00	0.00	244,876,366.00
21914	Ingresos Compensados y Virtuales por Clasificar a CP	0.00	0.00	0.00	550,853,899.00	0.00	550,853,899.00
21994	Saldo de Pasivos Entregados a Otras Dependencias Pendientes de	0.00	3,715,434.00	0.00	0.00	0.00	3,715,434.00
31311	Actualización del Patrimonio	0.00	50,061,587.00	0.00	0.00	0.00	50,061,587.00
31411	Patrimonio	0.00	15,862,496,446.00	0.00	0.00	0.00	15,862,496,446.00
32111	Resultado del Ejercicio: (Ahorro/ Desahorro)	0.00	-520,038,714.00	0.00	0.00	0.00	-520,038,714.00
32211	Resultados de Ejercicios Anteriores	0.00	8,919,558.00	0.00	0.00	0.00	8,919,558.00
51111	Remuneraciones al Personal de Carácter Permanente	0.00	0.00	2,909,923,563.49	212,913,928.42	2,697,009,635.07	0.00
51121	Remuneraciones al Personal de Carácter Transitorio	0.00	0.00	769,676,248.16	126,630,925.24	643,045,322.92	0.00
51131	Remuneraciones Adicionales y Especiales	0.00	0.00	2,271,683,643.86	287,333,760.10	1,984,349,883.76	0.00
51141	Seguridad Social	0.00	0.00	764,980,605.78	49,548,973.71	715,431,632.07	0.00
51151	Otras Prestaciones Sociales y Económicas	0.00	0.00	2,370,846,480.98	248,073,574.65	2,122,772,906.33	0.00
51161	Pago de Estímulos a Servidores Públicos	0.00	0.00	118,810,511.92	26,845,646.97	91,964,864.95	0.00
51211	Materiales de Administración, Emisión de Documentos y Artículos Oficiales	0.00	0.00	36,365,153.06	19,410,973.20	16,954,179.86	0.00

Cuenta	Descripción de la Cuenta	SalDOS Iniciales		Movimientos		SalDOS Finales	
		Deudor	Acreedor	Debe	Haber	Deudor	Acreedor
51221	Alimentos y Utensilios	0.00	0.00	69,542,626.01	34,156,063.90	35,386,562.11	0.00
51231	Materias Primas y Materiales de Producción y Comercialización	0.00	0.00	7,391,701.06	6,773,463.41	618,237.65	0.00
51241	Materiales y Artículos de Construcción y de Reparación	0.00	0.00	4,539,925.68	2,705,329.65	1,834,596.03	0.00
51251	Productos Químicos, Farmacéuticos y de Laboratorio	0.00	0.00	1,535,374,188.76	1,191,813,876.96	343,560,311.80	0.00
51261	Combustibles, Lubricantes y Aditivos	0.00	0.00	20,257,683.92	2,922,579.86	17,335,104.06	0.00
51271	Vestuario, Blancos, Prendas de Protección y Artículos Deportivos	0.00	0.00	26,969,015.86	4,932,001.37	22,037,014.49	0.00
51291	Herramientas, Refacciones y Accesorios Menores	0.00	0.00	7,412,267.48	4,364,422.61	3,047,844.87	0.00
51311	Servicios Básicos	0.00	0.00	175,916,141.00	14,076,658.24	161,839,482.76	0.00
51321	Servicios de Arrendamiento	0.00	0.00	177,026,541.96	11,490,244.41	165,536,297.55	0.00
51331	Servicios Profesionales, Científicos y Técnicos y Otros Servicios	0.00	0.00	937,851,340.74	62,662,096.11	875,189,244.63	0.00
51341	Servicios Financieros, Bancarios y Comerciales	0.00	0.00	56,454,289.17	809,338.79	55,644,950.38	0.00
51351	Servicios de Instalación, Reparación, Mantenimiento y Conservación	0.00	0.00	348,586,520.13	13,611,543.33	334,974,976.80	0.00
51361	Servicios de Comunicación Social y Publicidad	0.00	0.00	15,403,355.39	403,409.12	14,999,946.27	0.00
51371	Servicios de Traslado y Viáticos	0.00	0.00	49,592,040.79	12,825,754.65	36,766,286.14	0.00

Cuenta	Descripción de la Cuenta	SalDOS Iniciales		Movimientos		SalDOS Finales	
		Deudor	Acreedor	Debe	Haber	Deudor	Acreedor
51381	Servicios Oficiales	0.00	0.00	11,175,344.60	1,069,904.91	10,105,439.69	0.00
51391	Otros Servicios Generales	0.00	0.00	159,824,193.48	11,409,725.40	148,414,468.08	0.00
52311	Subsidios	0.00	0.00	29,586,024,268.74	2,451,061,521.52	27,134,962,747.22	0.00
52411	Ayudas Sociales a Personas	0.00	0.00	355,226,830.63	39,766,788.21	315,460,042.42	0.00
52611	Transferencias a Fideicomisos, Mandatos y Contratos Análogos al	0.00	0.00	9,835,202,214.99	1,654,193,498.67	8,181,008,716.32	0.00
52811	Donativos a Instituciones sin Fines de Lucro	0.00	0.00	20,414,664.80	344,500.00	20,070,164.80	0.00
52911	Transferencias al Exterior a Gobiernos Extranjeros y Organismos	0.00	0.00	107,553,026.39	8,139,890.06	99,413,136.33	0.00
76211	Autorización de Contrato de Comodato de Bienes	923,431.00	0.00	0.00	0.00	923,431.00	0.00
76212	Suscripción de Contrato de Comodato de Bienes	0.00	923,431.00	0.00	0.00	0.00	923,431.00
79311	Fondo de Ahorro Capitalizable de los Trabajadores	727,260,176.00	0.00	0.00	0.00	727,260,176.00	0.00
79312	Recursos Otorgados en Fideicomiso para el Fondo de Ahorro de los	0.00	1,218,385,239.00	0.00	0.00	0.00	1,218,385,239.00
79313	Recursos Aportados para el Pago de Primas de Seguros y Siniestros	40,983,473.00	0.00	0.00	0.00	40,983,473.00	0.00
79314	Fondo de Ahorro Distribuible a los Trabajadores	448,813,821.00	0.00	0.00	0.00	448,813,821.00	0.00
79315	Recursos Generados por Intereses Provenientes del Fondo de Ahorro	1,327,769.00	0.00	0.00	0.00	1,327,769.00	0.00

Cuenta	Descripción de la Cuenta	Saldo Inicial		Movimientos		Saldo Final	
		Deudor	Acreedor	Debe	Haber	Deudor	Acreedor
82111	Presupuesto de Egresos Aprobado	0.00	0.00	0.00	113,479,679,217.00	0.00	113,479,679,217.00
82211	Presupuesto de Egresos por Ejercer	0.00	0.00	195,831,761,766.99	186,568,230,928.64	9,263,530,838.35	0.00
82311	Ampliaciones Presupuestarias	0.00	0.00	0.00	66,042,751,632.85	0.00	66,042,751,632.85
82312	Reducciones Presupuestarias	0.00	0.00	70,018,295,718.43	0.00	70,018,295,718.43	0.00
82411	Presupuesto de Egresos Comprometido	0.00	0.00	121,943,726,951.25	69,907,132,362.82	52,036,594,588.43	0.00
82511	Presupuesto de Egresos Devengado	0.00	0.00	58,627,755,581.89	58,612,159,076.59	15,596,505.30	0.00
82611	Presupuesto de Egresos Ejercido	0.00	0.00	54,225,141,122.94	54,219,255,025.21	5,886,097.73	0.00
82711	Presupuesto de Egresos Pagado	0.00	0.00	49,189,300,889.00	1,006,773,787.39	48,182,527,101.61	0.00
TOTALES		17,663,367,384.00	17,663,367,384.00	660,290,191,932.40	660,290,191,932.40	197,758,134,735.88	197,758,134,735.88

Estados Financieros de la dependencia

El pasado 7 de septiembre la Unidad de Contabilidad Gubernamental e Informes sobre la Gestión Pública (UCGIGP), comunicó oficialmente a las Dependencias de la Administración Pública Federal, la adopción de un nuevo modelo contable donde entre otras cosas precisa que esa Unidad, será el único Centro Contable del Ente Público Poder Ejecutivo, que involucra a Presidencia de la República, Secretarías de Estado, Consejería Jurídica, Tribunales Administrativos y la Procuraduría General de la República; así como sus Órganos Administrativos Desconcentrados, que pasan a ser Centros de Registro.

En este contexto, la UCGIGP no ha permitido el acceso a la información contable de los centros de registro, por encontrarse en fase de desarrollo tanto la implantación del nuevo modelo con el cambio sustancial normativo que involucra, como su implementación en el Sistema de Contabilidad Gubernamental (SCG) que es la herramienta tecnológica que traduce la información presupuestal y extrapresupuestal en información financiera y

contable, como componente estratégico del Sistema Integral de Administración Financiera Federal (SIAFF), que enlaza todos los anteriores subsistemas de la SHCP (Ingresos, Egresos, Tesorería, Deuda Pública y Fondos Federales).

Por lo anterior, la Secretaría de Salud no tiene acceso a la Información contable siguiente:

- a. Libro Diario
- b. Libro Mayor
- c. Balanza de comprobación
- d. Auxiliares contables
- e. Matriz de conversión presupuesto-contabilidad

Por la problemática descrita, al día de hoy no es posible generar los Estados Financieros de la dependencia.

Sin embargo, se anexa la última Balanza de Comprobación acumulada al 30 de junio de 2012, generada por el SCG de la UCGIGP; Cabe señalar que esta información está siendo sujeta de análisis y depuración en reuniones de trabajo con las Dependencias como Centros de Registro, convocadas por la UCGIGP como Centro Contable Único.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

13.1 Informe Presupuestario

Secretaría de Salud

Fecha de corte: SICOP al 31/08/2012



DGPOP

Al periodo Enero-Agosto

Informe Presupuestario

PESOS

Estado del ejercicio por Tipo

Tipo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Al periodo enero-agosto								
				Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
1	Servicios personales (AUX SP010)	20,682,962,884	20,436,856,040	12,676,206,232	1,914,782,609	2,286,740,020	12,325,384,227	1,003,255,552	0	63,046,989	11,076,999,428	182,082,258
2	Gasto de operación	88,334,029,117	78,545,067,200	61,201,941,985	43,322,991,069	57,223,677,551	54,155,856,371	735,549,699	94,610,319	26,896,263	52,607,647,240	691,152,849
3	Gasto de Inversión	4,462,687,216	10,615,231,685	3,169,744,248	4,964,696,778	3,664,578,800	7,142,431,854	245,692,968	87,078,474	2,090,957	6,732,920,330	74,649,126
Total		113,479,679,217	109,597,154,925	77,047,892,465	50,202,470,456	63,174,996,371	73,623,672,452	1,984,498,219	181,688,793	92,034,209	70,417,566,998	947,884,233

Secretaría de Salud

Fecha de corte: SICOP al 31/08/2012



DGPOP

Al periodo Enero-Agosto

Informe Presupuestario

PESOS

Estado del ejercicio por Capítulo

Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Al periodo enero-agosto								
				Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
1	Servicios personales	20,682,962,884.00	20,404,862,960.41	12,676,206,232.00	1,882,474,468.99	2,284,893,964.74	12,293,392,946.55	1,002,832,632.90	0.00	63,046,989.07	11,045,431,066.79	182,082,257.79
2	Materiales y suministros	4,951,838,817.00	4,584,959,714.43	3,493,473,908.00	1,535,422,720.30	3,062,277,080.11	3,160,540,035.83	149,304,754.66	41,610,823.77	189,649.84	2,663,353,645.11	306,081,162.45
3	Servicios generales	4,308,580,213.00	5,160,271,343.71	2,928,025,869.00	1,970,613,099.42	2,146,465,474.37	3,502,856,451.46	236,262,260.42	41,033,980.20	487,296.50	2,968,055,150.47	257,017,763.87
4	Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	82,273,855,077.00	77,517,250,406.17	56,937,884,200.00	43,548,821,346.52	53,437,663,426.92	53,537,131,684.97	484,616,721.51	11,965,515.40	26,219,316.66	52,836,428,506.25	177,901,625.15



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

**Informe
Presupuestario**

PESOS

Estado del ejercicio por Capítulo

Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Al periodo enero-agosto								
				Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
5	Bienes muebles, inmuebles e intangibles	248,765,502.00	479,382,998.80	197,007,251.00	385,473,793.69	1,084,402,230.63	114,531,115.90	19,839,997.50	24,127,356.00	0.00	51,492,141.24	19,071,621.16
6	Inversión Pública	1,013,676,724.00	1,450,427,501.80	815,295,005.00	879,665,027.01	1,159,294,194.70	1,015,220,216.96	91,641,852.01	62,951,117.78	2,090,956.52	852,806,488.35	5,729,802.30
Total		113,479,679,217.00	109,597,154,925.32	77,047,892,465.00	50,202,470,455.93	63,174,996,371.47	73,623,672,451.67	1,984,498,219.00	181,688,793.15	92,034,208.59	70,417,566,998.21	947,884,232.72

**Secretaría de
Salud**

**Fecha de corte: SICOP al
31/08/2012**



DGPOP

Al periodo Enero-Agosto

**Informe Presupuestario
Estado del ejercicio por Unidad**

PESOS

Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Al periodo enero-agosto								
				Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
100	Secretaría	76,436,859.00	87,476,690.78	51,293,304.00	15,496,171.26	13,200,660.99	54,369,553.72	2,457,641.44	0.00	130,709.73	51,007,120.90	774,081.65
111	Dirección General de Asuntos Jurídicos	53,090,024.00	48,743,079.87	36,796,902.00	6,149,468.82	9,079,560.95	33,893,698.10	2,474,893.32	618,336.98	258,902.02	30,327,851.36	213,714.42
112	Dirección General de Comunicación Social	79,056,206.00	75,342,796.92	61,000,596.00	12,561,487.35	17,841,771.16	56,663,934.58	2,138,534.36	274,778.16	142,301.25	53,841,987.57	266,333.24
113	Órgano Interno de Control	59,671,836.00	53,500,580.96	40,058,711.00	9,275,318.29	14,431,379.35	35,451,506.31	2,059,857.23	201,694.19	0.00	33,115,968.70	73,986.19
114	Unidad de Análisis Económico	20,561,377.00	19,028,839.60	14,003,919.00	2,277,175.18	4,137,918.63	12,143,983.50	1,272,405.18	32,927.82	0.00	10,362,412.72	476,237.78
160	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alt	1,088,497,980.00	1,139,689,627.45	683,346,228.00	239,787,296.66	212,878,030.70	717,907,847.32	131,479,822.65	820,055.31	0.00	578,125,359.50	7,482,609.86



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

**Informe Presupuestario
Estado del ejercicio por Unidad**

PESOS

Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Al periodo enero-agosto								
				Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
DGR	Dirección general de los Hospitales Federales de Referencia	4,490,514.00	3,185,508.75	3,688,025.00	1,459,398.26	2,848,097.05	2,329,608.69	258,739.84	205,822.79	0.00	1,481,727.65	383,318.41
HOE	Hospital Nacional Homeopático	26,655,768.00	17,254,984.78	13,794,869.00	2,844,809.64	22,660,278.38	2,708,680.01	796,385.16	437,996.95	0.00	1,308,212.49	166,085.41
HOJ	Hospital Juárez del Centro	25,894,945.00	18,274,126.47	18,364,834.00	14,220,855.78	22,029,040.08	12,515,636.93	529,961.96	3,148,287.11	305.00	8,302,323.92	534,758.94
HOM	Hospital de la mujer	72,066,692.00	109,665,725.30	53,208,165.00	84,010,786.55	68,027,130.01	72,062,697.55	1,999,682.72	8,399,126.64	0.00	54,154,373.86	7,509,514.33
170	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	38,942,949.00	36,929,569.36	28,785,716.00	5,346,848.70	6,639,851.31	27,514,169.52	3,097,634.59	232,256.84	349,528.20	23,635,300.41	199,449.48
171	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud	26,837,989.00	26,204,585.47	17,678,993.00	2,870,397.84	4,084,734.01	16,471,925.06	1,399,365.51	12,990.81	0.00	14,981,478.75	78,089.99
172	Dirección General de Relaciones Internacionales	120,178,112.00	122,620,917.84	84,107,221.00	103,487,908.45	72,792,905.06	115,222,291.58	709,360.58	81,280.87	0.00	114,166,773.26	264,876.87
180	Comisionado Nacional contra las Adicciones	46,173,787.00	27,904,198.57	39,047,880.00	7,730,520.10	26,471,781.86	20,310,403.84	3,170,203.82	399,253.84	0.00	14,500,947.82	2,239,998.36
300	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	58,136,801.00	52,432,968.91	41,640,395.00	14,897,893.71	20,617,775.73	35,941,914.21	2,499,838.70	333,100.00	170,130.70	32,837,666.82	101,177.99
310	Dirección General de Promoción de la Salud	467,889,550.00	220,047,638.19	391,943,646.00	201,917,632.82	412,270,641.89	191,961,317.17	3,567,883.61	6,184,313.35	14,776.37	166,189,880.82	16,004,463.02
313	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental	79,503,310.00	75,229,806.51	59,516,475.00	12,960,708.73	26,513,157.04	57,098,129.67	9,421,252.91	880,471.33	401,679.34	44,074,331.67	2,320,394.42

**Informe Presupuestario
Estado del ejercicio por Unidad**

PESOS

Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Al periodo enero-agosto								
				Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
314	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad	12,723,692.00	12,711,676.81	9,598,579.00	1,139,880.17	1,608,290.92	9,130,368.25	753,163.05	0.00	331,986.89	8,045,218.31	0.00
315	Centro Nacional para la Prevención de Accidentes	46,877,776.00	35,994,235.35	39,469,285.00	5,350,011.82	14,949,591.08	30,228,052.68	881,130.30	1,296,481.96	871,722.51	23,855,528.04	3,323,189.87
316	Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica	0.00	411,617,729.97	0.00	118,240,386.96	386,415,418.64	89,452,599.84	12,547,136.40	32,796,372.08	197,350.99	3,746,964.54	40,164,775.83
500	Subsecretaría de Administración y Finanzas (Oficialía Mayor)	47,513,303.00	44,437,115.61	32,827,391.00	5,439,074.20	8,739,379.10	30,296,746.30	3,330,868.95	462,748.43	609,527.68	25,771,087.76	122,513.48
510	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto	85,677,079.00	81,451,636.76	55,489,304.00	9,479,769.83	18,873,662.87	53,170,705.45	2,590,597.83	2,077,957.64	0.00	47,022,191.07	1,479,958.91
511	Dirección General de Tecnologías de la Información	90,668,298.00	59,295,111.04	49,380,988.00	9,465,649.97	27,765,207.88	31,269,740.93	2,408,008.57	1,454,783.62	0.00	20,207,385.37	7,199,563.37
512	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	184,035,092.00	350,623,437.95	127,940,973.00	197,803,083.80	117,090,944.86	234,875,127.33	13,101,711.11	2,057,044.99	177,258.22	216,070,666.86	3,468,446.15
513	Dirección General de Recursos Humanos	2,839,244,765.00	829,953,471.93	1,622,122,518.00	554,714,204.80	1,589,785,084.70	590,892,610.97	305,771,742.40	191,120.28	4,640,023.57	278,802,209.78	1,487,514.94



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Informe Presupuestario Estado del ejercicio por Unidad				PESOS								
Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Al periodo enero-agosto								
				Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
514	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	1,195,070,105.00	1,009,060,294.68	977,484,080.00	1,095,737,591.83	1,866,364,866.04	677,687,704.36	114,991,289.20	2,644,193.50	3,071,653.91	553,146,037.60	3,834,530.15
600	Subsecretaría de Innovación y Calidad	83,400,184.00	72,630,307.85	56,037,312.00	8,027,823.78	21,423,759.64	42,728,952.16	9,824,056.17	680,370.23	347,089.98	30,253,610.02	1,623,825.76
610	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	2,892,767,923.00	2,791,251,594.50	1,813,725,638.00	690,957,193.68	917,931,328.92	1,612,550,294.49	177,717,934.17	5,635,556.69	61,766,032.27	1,349,492,952.18	17,937,819.18
611	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	2,977,713,222.00	1,380,448,164.49	2,668,650,495.00	556,785,236.80	3,192,514,808.96	998,892,892.11	157,139,676.98	2,535,436.70	1,086,975.26	780,075,709.73	58,055,093.44
613	Dirección General de Información en Salud	94,822,237.00	67,970,541.11	27,986,566.00	9,065,926.49	10,069,345.45	29,859,914.89	1,313,947.90	2,005,476.99	117,876.87	24,271,139.34	2,151,473.79
614	Dirección General de Evaluación del Desempeño	54,965,659.00	42,277,954.85	41,946,611.00	2,547,745.43	22,244,875.44	22,273,260.25	2,074,629.61	5,072,340.00	0.00	14,862,498.69	263,791.95
1A0	Consejo general de salubridad	7,712,228.00	7,065,620.26	6,003,757.00	1,347,846.00	2,111,758.16	5,364,604.84	666,445.21	20,015.51	0.00	4,078,939.83	599,204.29
AYK	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para Personas con Discapacidad (Antes UR 314)	3,610,831.00	3,610,831.00	2,066,743.00	515,796.00	626,769.00	1,955,770.00	296,479.00	0.00	0.00	0.00	1,659,291.00
E00	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública	117,853,180.00	89,984,148.83	102,210,746.00	50,524,631.73	78,156,236.34	74,699,095.64	7,821,889.50	105,750.00	10,771.52	64,652,088.67	2,108,595.95



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Informe Presupuestario Estado del ejercicio por Unidad				PESOS								
Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Al periodo enero-agosto								
				Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
I00	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	76,053,785.00	71,666,138.61	50,376,439.00	8,167,625.48	11,398,024.89	47,281,931.49	2,879,015.81	107.04	0.00	44,179,213.22	223,595.42
K00	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	132,803,112.00	132,410,140.25	114,295,811.00	38,689,321.06	78,985,182.02	102,513,820.77	15,059,295.73	556,915.39	0.00	79,261,496.69	7,636,112.96
L00	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	1,365,783,150.00	1,405,956,816.13	1,275,586,237.00	412,162,917.68	657,846,057.55	1,283,622,403.21	103,441,110.03	8,687,227.67	0.41	980,606,719.50	190,887,345.60
M00	Comisión Nacional de Arbitraje Médico	105,293,112.00	110,109,294.21	68,770,444.00	12,930,526.95	13,914,499.85	69,825,846.23	9,107,432.44	4,509.00	158,668.44	60,341,597.64	213,638.71
M7A	Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas	921,331,677.00	943,583,020.83	594,333,915.00	188,535,293.38	203,037,708.03	612,118,967.07	74,520,122.11	0.00	0.00	479,813,497.77	57,785,347.19
M7F	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	246,166,013.00	262,040,610.02	153,523,207.00	29,284,616.02	11,939,390.45	171,688,944.27	11,826,366.50	199,060.39	30,828.95	158,499,739.99	1,132,948.44
M7K	Centros de Integración Juvenil, A.C.	578,754,265.00	568,602,284.54	318,394,923.00	28,880,080.77	43,441,564.10	309,776,542.52	6,732,918.27	0.79	0.00	302,996,685.83	46,937.63
N00	Servicios de Atención Psiquiátrica	731,878,877.00	713,618,231.49	468,167,901.00	54,711,683.92	158,723,006.74	455,164,338.57	32,639,098.58	6,475,056.89	0.00	415,994,794.78	55,388.32
NAW	Hospital Juárez de México	897,313,905.00	934,453,958.39	573,355,678.00	45,668,228.09	9,866,076.46	609,498,304.63	50,000.00	0.00	0.00	575,492,077.18	33,956,227.45
NBB	Hospital General	917,963,599.00	932,661,951.52	674,794,217.00	57,355,012.22	66,743,812.62	676,152,416.60	25,921,614.66	1,740.00	0.60	649,039,701.51	1,189,359.83
NBD	Hospital General de México	2,186,283,222.00	2,239,427,038.08	1,234,962,556.00	101,208,355.39	79,550,920.53	1,281,421,472.43	4,679,811.09	0.00	25,373.00	1,256,532,273.45	20,184,014.89
NBG	Hospital Infantil de México Federico Gómez	994,553,577.00	1,076,079,895.01	610,997,178.00	214,978,450.70	187,804,362.79	717,251,487.91	3,621,723.88	21,745,159.40	0.00	659,349,713.33	32,534,891.30



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

**Informe Presupuestario
Estado del ejercicio por Unidad**

PESOS

Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Al periodo enero-agosto								
				Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
NBQ	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío	630,487,612.00	657,528,399.89	432,304,530.00	18,541,914.97	40,003,700.51	440,842,744.46	49,091,434.38	0.00	27,897.88	377,075,103.59	14,648,308.61
NBR	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	365,378,074.00	361,733,329.63	215,636,423.00	14,737,881.00	26,983,900.59	203,390,403.41	8,526,142.62	0.00	0.00	189,586,959.60	5,277,301.19
NBS	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	586,436,095.00	587,667,287.01	379,172,458.00	52,737,936.24	79,889,068.99	355,891,170.25	16,172,739.68	0.00	321.31	318,703,999.43	21,014,109.83
NBT	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria	431,419,663.00	438,645,312.61	291,770,167.00	24,306,940.18	28,973,282.61	287,486,331.90	10,613,712.07	0.00	73.00	265,373,285.09	11,499,261.74
NBV	Instituto Nacional de Cancerología	812,497,848.00	832,929,027.14	571,782,345.00	22,687,100.67	39,243,126.74	584,807,924.19	17,928.59	183,249.36	120,937.44	570,320,621.82	14,165,186.98
NCA	Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez	834,024,640.00	833,748,698.37	514,717,253.00	11,158,954.04	23,093,825.34	502,782,381.70	821,216.54	4,332,425.00	0.90	470,808,533.94	26,820,205.32
NCD	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas	867,111,059.00	875,178,845.45	527,343,849.00	137,564,883.65	147,843,171.16	530,847,622.23	24,191,561.93	222,817.19	0.00	501,475,937.43	4,957,305.68
NCE	Instituto Nacional de Geriátria	0.00	12,920,810.74	0.00	191,339.67	228,512.72	2,342,798.72	938,242.21	0.00	5,336.00	556,567.20	842,653.31
NCG	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	1,040,051,763.00	1,066,975,266.08	621,739,546.00	59,279,175.60	155,439,625.84	640,064,152.76	9,002.43	20,954.77	0.00	612,342,199.76	27,691,995.80



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Informe Presupuestario Estado del ejercicio por Unidad				PESOS								
Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Al periodo enero-agosto								
				Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
NCH	Instituto Nacional de Medicina Genómica	173,102,369.00	302,460,434.60	103,464,758.00	106,514,626.71	58,920,728.31	180,500,451.85	15,082,984.04	28,729,919.27	0.00	133,806,766.70	2,880,781.84
NCK	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez	559,573,838.00	588,361,055.41	342,020,503.00	17,508,988.73	4,679,137.92	359,137,463.87	2,825,567.79	0.00	0.00	348,517,750.66	7,794,145.42
NCZ	Instituto Nacional de Pediatría	999,653,969.00	1,011,169,725.05	609,974,873.00	99,878,393.38	47,973,690.88	669,751,766.50	5,464,288.77	202,605.40	0.00	664,084,672.33	200.00
NDE	Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	621,776,777.00	633,474,833.42	390,676,587.00	37,801,336.97	40,169,268.23	392,278,322.23	334,585.84	0.00	0.00	376,648,386.19	15,295,350.20
NDF	Instituto Nacional de Rehabilitación	999,162,231.00	1,127,077,130.98	649,930,231.00	127,689,221.86	60,969,886.34	734,161,899.83	42,746,301.19	360.00	0.00	677,230,929.42	14,184,309.22
NDY	Instituto Nacional de Salud Pública	353,213,721.00	398,398,901.47	238,193,155.00	43,408,947.04	52,215,927.92	276,800,579.32	8,592,000.10	128,680.16	0.90	268,066,526.16	13,372.00
NEF	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V.	20,000,000.00	0.00	20,000,000.00	8,643,137.00	28,643,137.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
NHK	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	1,890,543,532.00	1,975,418,636.41	1,201,154,560.00	564,180,557.14	810,420,807.13	1,252,461,729.46	14,597,183.75	24,186,330.62	183,510.63	1,156,096,361.10	57,398,343.36
000	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades	1,161,892,025.00	1,086,485,968.49	760,906,480.00	181,176,036.17	422,991,650.85	877,198,785.05	22,796,416.35	2,209,181.79	342,767.18	830,823,273.68	21,027,146.05



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Informe Presupuestario		PESOS										
Estado del ejercicio por Unidad		Al periodo enero-agosto										
Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
Q00	Centro Nacional de Trasplantes	19,239,292.00	18,753,241.41	12,944,128.00	1,254,065.61	2,122,346.60	12,476,939.10	1,099,416.07	0.00	0.00	11,203,000.60	174,522.43
R00	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	1,271,815,459.00	1,930,012,006.30	501,945,327.00	716,274,300.54	1,056,284,497.62	1,212,765,418.57	3,546,178.57	513,703.09	316,214.69	1,102,600,184.09	105,789,138.13
S00	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	903,695,370.00	938,526,516.03	704,820,180.00	506,388,873.29	495,830,874.11	726,419,321.87	31,467,262.14	0.00	3,287.83	683,025,636.01	11,923,135.89
T00	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	25,030,121.00	23,871,466.24	16,731,871.00	2,933,746.92	4,027,969.26	15,765,284.73	1,272,292.13	79,528.77	1,594.79	14,345,557.39	66,311.65
U00	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	75,564,741,750.00	74,217,701,857.64	51,570,845,980.00	42,108,887,626.46	48,103,056,550.61	50,330,124,166.54	406,962,803.73	0.00	12,295,532.07	49,909,153,370.63	1,712,460.11
V00	Comisión Nacional de Bioética	34,014,793.00	35,501,382.81	23,722,511.00	5,008,696.34	6,505,702.94	22,521,329.23	2,549,343.30	64,893.23	131,826.07	19,251,099.55	524,167.08
W00	Instituto de Geriatria	38,965,897.00	25,309,245.78	19,636,721.00	3,205,284.37	6,708,443.23	16,217,297.76	1,614,286.89	0.00	0.00	14,603,010.87	0.00
X00	Centro nacional para la Prevención y Control de las Adicciones	1,042,932,752.00	802,780,648.56	917,682,658.00	83,501,848.29	675,330,889.79	660,423,952.19	40,122,648.86	1,846,026.32	3,693,434.22	562,991,808.07	51,770,034.72
Total		113,479,679,217.00	109,597,154,925.32	77,047,892,465.00	50,202,470,455.93	63,174,996,371.47	73,623,672,451.67	1,984,498,219.00	181,688,793.15	92,034,208.59	70,417,566,998.21	947,884,232.72

Secretaría de Salud

Fecha de corte: SICOP al 31/08/2012





Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

DGPOP

Al periodo Enero-Agosto

**Informe Presupuestario
Estado del ejercicio por Programa**

PESOS

Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Al periodo enero-agosto								
				Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
E010	Formación de recursos humanos especializados para la salud (Hospitales)	2,697,608,166.00	2,659,930,832.43	1,705,709,957.00	473,472,610.68	742,984,786.80	1,448,803,730.65	156,872,687.62	2,856,087.49	35,641,094.63	1,236,623,195.18	16,810,665.73
E019	Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud	234,489,318.00	210,483,356.74	138,792,115.00	13,908,258.94	39,387,682.58	118,179,589.19	8,789,056.72	170,241.84	7,642.00	106,589,384.15	2,623,264.48
E020	Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipam	3,540,059,488.00	3,434,580,765.62	2,506,891,999.00	1,475,083,964.32	2,203,192,887.89	2,434,542,734.30	118,064,055.88	8,921,038.51	979,516.19	2,292,317,722.10	14,260,401.62
E022	Investigación y desarrollo tecnológico en salud	1,500,814,344.00	1,558,022,583.61	943,260,567.00	112,644,483.82	108,216,646.59	1,001,886,583.70	25,728,960.29	33,549.23	15,842.90	966,957,153.15	9,151,078.13
E023	Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud	15,433,932,575.00	14,317,439,188.72	9,660,231,201.00	1,392,826,948.83	2,181,135,508.05	9,090,144,392.39	384,492,033.64	17,595,202.45	184,836.58	8,406,973,990.51	280,898,329.21
E025	Prevención y atención contra las adicciones	1,294,478,158.00	1,098,093,963.05	938,398,229.00	112,761,905.68	464,842,437.58	723,960,541.18	43,908,759.47	2,115,523.93	3,693,434.22	648,681,740.89	25,561,082.67
E036	Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación	1,182,183,573.00	961,942,167.89	450,365,969.00	340,458,757.70	455,895,175.03	477,051,280.61	536,218.51	33,114.00	0.00	381,302,622.55	95,179,325.55
G004	Protección Contra Riesgos Sanitarios	826,373,273.00	861,429,825.11	657,463,809.00	498,835,483.68	490,079,757.72	676,695,691.79	20,175,763.06	0.00	3,287.83	644,593,505.01	11,923,135.89
K011	Proyectos de infraestructura social de salud	997,383,724.00	1,634,344,779.63	802,706,184.00	1,211,190,338.99	1,963,789,649.81	1,027,740,839.03	90,274,378.61	74,237,228.07	2,081,412.62	858,305,960.20	2,841,859.53



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Informe Presupuestario Estado del ejercicio por Programa				PESOS								
				Al periodo enero-agosto								
Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
K025	Proyectos de inmuebles (oficinas administrativas)	49,587,967.00	35,593,107.32	33,058,649.00	16,057,237.76	27,852,097.44	21,263,789.32	0.00	0.00	0.00	18,885,550.16	2,378,239.16
K027	Mantenimiento de infraestructura	16,293,000.00	29,491,614.00	12,588,821.00	14,274,836.43	72,402,993.50	21,225,421.93	1,367,473.40	4,461,105.00	9,543.90	9,856,811.79	5,530,487.84
M001	Actividades de apoyo administrativo	3,079,216,609.00	2,890,645,478.41	1,736,083,382.00	1,067,165,231.51	1,056,917,155.77	1,790,716,734.38	419,963,425.46	7,529,521.04	5,454,096.58	1,321,882,052.34	35,887,638.96
O001	Actividades de apoyo a la función pública y buen gobierno	168,415,701.00	161,140,267.53	109,688,628.00	15,628,561.22	24,162,702.47	101,721,659.93	2,956,271.75	208,136.14	1,118.00	97,729,863.50	826,270.54
P012	Calidad en Salud e Innovación	1,155,045,936.00	1,073,581,075.52	724,483,538.00	192,013,374.19	194,710,202.89	728,154,425.25	32,004,239.69	11,772,883.78	26,363,881.41	642,984,121.23	15,029,299.14
P013	Asistencia social y protección del paciente	1,010,405,689.00	975,670,583.60	680,538,920.00	185,171,295.71	227,800,002.65	648,397,853.85	23,124,476.58	620,539.59	698,653.67	611,340,097.84	12,614,086.17
P014	Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónico degener	703,991,427.00	595,053,282.45	502,192,279.00	220,273,654.67	478,232,722.23	490,429,399.49	16,142,108.02	8,845,960.78	2,091,734.13	440,630,870.75	22,718,725.81
P016	Prevención y atención de VIH/SIDA y otras ITS	218,687,910.00	219,244,837.25	169,004,580.00	78,932,363.84	121,359,166.91	155,769,184.50	16,585,558.09	494,149.97	0.00	130,895,616.22	7,793,860.22
P017	Atención de la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud	1,141,370,526.00	1,140,878,011.85	1,068,830,566.00	368,995,364.32	568,438,367.41	1,051,582,921.43	74,149,716.01	1,873,710.63	4,539.41	832,332,608.21	143,222,347.17
R001	Cooperación internacional en salud	100,134,154.00	102,801,450.09	70,717,488.00	101,151,885.66	69,477,220.24	102,392,153.42	0.00	0.00	0.00	102,286,198.87	105,954.55



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Informe Presupuestario Estado del ejercicio por Programa				PESOS								
				Al periodo enero-agosto								
Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
S037	Programa Comunidades Saludables	114,688,276.00	113,465,827.59	95,182,032.00	57,070,566.73	62,359,628.61	90,987,670.28	2,813,652.63	0.00	14,776.37	76,195,126.69	11,964,114.59
S039	Programas de Atención a Personas con Discapacidad	258,661,113.00	258,832,212.45	159,568,475.00	34,477,565.50	62,586,496.58	162,919,418.31	3,329,415.26	840,713.61	107,327.67	148,969,923.81	9,672,037.96
S072	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	5,314,414,228.00	5,212,059,490.14	4,228,041,292.00	1,698,589,793.94	1,927,074,371.63	4,058,556,714.31	85,322,690.42	0.00	12,295,532.07	3,960,632,643.81	305,848.01
S149	Programas para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia	145,024,407.00	145,024,407.00	118,586,810.00	84,935,594.15	177,629,042.62	103,123,894.59	896,584.90	59,259.95	0.00	89,960,243.85	12,207,805.89
S150	Programas de Atención a Familias y Población Vulnerable	279,494,531.00	279,557,364.33	207,059,651.00	199,390,006.11	270,483,467.90	211,397,860.84	2,146,495.85	2,981,888.43	606.00	194,335,137.13	11,933,733.43
S174	Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras	209,484,000.00	209,919,281.00	104,844,329.00	66,692,301.11	92,368,180.59	116,113,919.87	70,237.22	95,912.00	6,720.00	112,036,304.99	3,904,745.66
S200	Caravanas de la Salud	704,096,038.00	795,781,961.29	437,549,483.00	180,876,760.48	175,175,192.06	448,091,244.42	23,592,859.53	287,804.00	1,086,975.26	412,511,413.35	10,612,192.28
S201	Seguro Médico para una Nueva Generación	2,653,025,918.00	2,653,025,918.00	2,246,476,240.00	2,166,099,702.07	3,509,847,657.59	2,095,147,893.17	115,151,869.17	0.00	0.00	1,969,176,024.00	10,820,000.00
S202	Sistema Integral de Calidad en Salud	163,034,148.00	114,786,799.52	75,805,303.00	115,468,673.20	128,045,107.92	76,841,316.40	12,431,563.00	2,708,592.00	749,736.98	56,956,165.55	3,995,258.87
U005	Seguro Popular	64,402,458,192.00	64,127,804,199.00	42,934,972,128.00	37,461,182,484.01	42,107,024,235.96	42,779,186,024.79	223,865,999.47	0.00	0.00	42,554,098,375.32	1,221,650.00
U006	Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud	2,251,892,641.00	179,638,510.50	2,251,892,641.00	33,000,000.00	2,426,195,484.77	179,638,510.50	50,000,000.00	0.00	0.00	93,522,021.27	36,116,489.23



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Informe Presupuestario Estado del ejercicio por Programa				PESOS								
				Al periodo enero-agosto								
Capítulo	Descripción	Original Anual	Modificado Anual	Original	Ampliación	Reducción	Modificado	Comprometido	Suficiencia	Devengado	Ejercido	Disponible
U007	Reducción de la Mortalidad Materna	255,343,943.00	255,343,943.00	228,593,941.00	62,564,587.35	77,672,879.65	224,975,047.50	0.00	6,813,516.95	0.00	177,119,138.00	41,042,392.55
U008	Prevención contra la Obesidad	289,943,000.00	289,943,000.00	190,190,000.00	28,750,279.01	17,637,779.01	201,302,500.00	10,000.00	0.00	1,782.00	190,178,218.00	11,112,500.00
U009	Vigilancia epidemiológica	787,647,244.00	773,514,840.68	558,123,259.00	122,525,584.32	378,386,414.02	536,641,510.35	29,731,668.75	26,133,113.76	540,118.17	430,983,928.79	49,252,680.88
U010	Apoyos Adicionales para la Prevención y Atención de Adicciones en Entidades Federativas	300,000,000.00	228,090,000.00	300,000,000.00	0.00	271,633,269.00	228,090,000.00	0.00	0.00	0.00	199,723,269.00	28,366,731.00
Total		113,479,679,217.00	109,597,154,925.32	77,047,892,465.00	50,202,470,455.93	63,174,996,371.47	73,623,672,451.67	1,984,498,219.00	181,688,793.15	92,034,208.59	70,417,566,998.21	947,884,232.72

13.11.5 Recursos Humanos

Estructura Básica y No Básica.

La Secretaría de Salud, llevó a cabo un análisis que le permitió readecuar durante el periodo 2007 a 2011, la estructura con que contaba en 2006. Así, a partir de esa fecha, se llevaron a cabo diferentes cambios. A continuación se mencionan los principales.

Información actualizada de la estructura básica y no básica

Al término del 2011, la Secretaría de Salud, contaba con 1,456 servidores públicos de mando, 56 menos respecto a 2006. Diversas causas que incidieron en la modificación de las estructuras de la Secretaría de Salud se detallan más adelante con mayor precisión.

Secretaría de Salud
Áreas Centrales
Informe de Rendición de Cuentas 2006 – agosto 2012

	Nivel Jerárquico		Diciembre 2006	Diciembre 2007	Diciembre 2008	Diciembre 2009	Diciembre 2010	Diciembre 2011	Agosto 2012
Básica	G	Secretario de Estado	1	1	1	1	1	1	1
	H	Subsecretario	3	3	3	3	3	3	3
	I	Oficial Mayor	0	0	0	0	0	1	1
	J	Jefe de Unidad	3	3	3	3	3	4	4
	K	Director General	23	23	23	23	23	22	23
	L	Director General Adjunto	0	0	0	0	1	0	0
		Subtotal	30	30	30	30	31	31	32
No Básica	I	Oficial Mayor	0	0	1	1	1	1	1
	J	Jefe de Unidad	1	1	1	1	1	1	1
	K	Director General	7	7	7	2	2	1	1
	L	Director General Adjunto	32	33	35	33	29	30	32
	M	Director de Área	136	136	141	115	117	121	127
	N	Subdirector de Área	291	291	303	214	224	218	224
	O	Jefe de Departamento	244	243	272	215	202	216	231
P	Enlace de Alta Responsabilidad	20	20	29	26	17	18	18	
		Subtotal	731	731	789	607	593	606	635
	Total		761	761	819	637	624	637	667



**Secretaría de Salud
Órganos Desconcentrados
Informe de Rendición de Cuentas 2006 – agosto 2012**

	Nivel Jerárquico		Diciembre 2006	Diciembre 2007	Diciembre 2008	Diciembre 2009	Diciembre 2010	Diciembre 2011	Agosto 2012
Básica	G	Secretario de Estado							
	H	Subsecretario							
	I	Oficial Mayor	3	3	4	4	4	4	4
	J	Jefe de Unidad							
	K	Director General	8	8	8	8	9	10	10
	L	Director General Adjunto	1	1	1	1	1	1	1
		Subtotal	12	12	13	13	14	15	15
No Básica	I	Oficial Mayor	0	0	0	0	0	0	
	J	Jefe de Unidad	2	2	2	2	2	2	2
	K	Director General	19	19	18	20	19	19	19
	L	Director General Adjunto	11	11	16	13	13	14	12
	M	Director de Área	128	128	129	137	135	140	133
	N	Subdirector de Área	216	216	216	218	211	232	225
	O	Jefe de Departamento	227	227	241	250	231	272	257
P	Enlace de Alta Responsabilidad	136	136	137	137	125	125	124	
		Subtotal	739	739	759	777	736	804	772
		Total	751	751	772	790	750	819	787

DIFERENCIAS 2011 – agosto 2012 NIVEL CENTRAL

	Nivel Jerárquico		Diciembre 2011	Agosto 2012	OBSERVACIONES
Básica	G	Secretario de Estado	1	1	
	H	Subsecretario	3	3	
	I	Oficial Mayor	1	1	
	J	Jefe de Unidad	4	4	
	K	Director General	22	23	Este aumento se derivó de la creación de la Dirección General de Epidemiología
	L	Director General Adjunto	0	0	
		Subtotal	31	32	
No Básica	I	Oficial Mayor	1	1	
	J	Jefe de Unidad	1	1	
	K	Director General	1	1	
	L	Director General Adjunto	30	32	La creación de la Dirección General de Epidemiología arrojó la creación de estas dos plazas.
	M	Director de Área	121	127	Este aumento de plazas es a consecuencia de la creación de la Dirección General de Epidemiología.
	N	Subdirector de Área	218	224	<ul style="list-style-type: none"> El aumento de siete plazas en este código es a consecuencia de la creación de la Dirección General de Epidemiología. Hubo una reducción en las Oficinas del Secretario ya que la plaza fue incluida en la reducción del 1.5% para el 2012.
	O	Jefatura de Departamento	216	231	Este aumento de plazas es a consecuencia de la creación de la Dirección General de Epidemiología.
	P	Enlace de Alta Responsabilidad	18	18	
	Total		637	667	

DIFERENCIAS 2010-2012 (agosto).- ÓRGANOS DESCONCENTRADOS

	Nivel Jerárquico		Diciembre 2011	Agosto 2012	OBSERVACIONES
Básica	G	Secretario de Estado			
	H	Subsecretario			
	I	Oficial Mayor	4	4	
	J	Jefe de Unidad			
	K	Director General	10	10	
	L	Director General Adjunto	1	1	
	Subtotal		15	15	
No Básica	I	Oficial Mayor	0	0	
	J	Jefe de Unidad	2	2	
	K	Director General	19	19	
	L	Director General Adjunto	12	14	Estas dos plazas se desincorporaron del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades para ubicarse en la Dirección General de Epidemiología.
	M	Director de Área	133	140	<ul style="list-style-type: none"> Seis de estas plazas se desincorporaron del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades para ubicarse en la Dirección General de Epidemiología. Una plaza fue incluida en la reducción del 1.5% para el 2012 y fue en la Comisión Nacional de Arbitraje Medico donde se reflejó esta reducción.
N	Subdirector de Área	225	232	Estas siete plazas se desprendieron del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y control de Enfermedades para ubicarse en la Dirección general de Epidemiología.	
O	Jefatura de Departamento	257	272	Estas 15 plazas se desprendieron del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y control de Enfermedades para ubicarse en la Dirección general de Epidemiología.	
P	Enlace de Alta Responsabilidad	124	125	Esta plaza fue incluida en la reducción del 1.5% para el 2012 y fue en la Comisión Nacional de Arbitraje Medico donde se reflejo esta reducción.	
	Total		819	787	

Secretaría de Salud
Plazas de Mando
Global Áreas Centrales y Órganos Desconcentrados
Informe de Rendición de Cuentas 2006 – agosto 2012

	Nivel Jerárquico	I. Plazas de Mando	Diciembre 2006	Diciembre 2007	Diciembre 2008	Diciembre 2009	Diciembre 2010	Diciembre 2011	Agosto 2012
Básica	G	Secretario de Estado	1	1	1	1	1	1	1
	H	Subsecretario	3	3	3	3	3	3	3
	I	Oficial Mayor	3	3	4	4	4	5	5
	J	Jefe de Unidad	3	3	3	3	3	4	4
	K	Director General	31	31	31	31	32	32	33
	L	Director General Adjunto	1	1	1	1	2	1	1
		Subtotal	42	42	43	43	46	46	47
No Básica	I	Oficial Mayor	0	0	1	1	1	1	1
	J	Jefe de Unidad	3	3	3	3	3	3	3
	K	Director General	26	26	25	22	21	20	20
	L	Director General Adjunto	43	44	51	46	42	44	44
	M	Director de Área	264	264	270	252	252	261	260
	N	Subdirector de Área	507	507	519	432	435	450	449
	O	Jefe de Departamento	471	470	513	465	433	488	488
P	Enlace de Alta Responsabilidad	156	156	166	163	142	143	142	
		Subtotal	1,470	1,470	1,548	1,384	1,328	1,410	1,407
	Total		1,512	1,512	1,591	1,427	1,374	1,456	1,454



Concepto	2011	Agosto 2012
Subtotal: Plazas de Mando:	1,456	1,486
Confianza Operativos (Administrativos, Médicos)	2,353	2,558
Otros (Campos Clínicos Médicos Residentes)	8,471	8,471
BASE y/o SINDICALIZADOS	10,047	10,684
Subtotal	20,871	21,713
Total Mandos y Operativos Permanentes	22,327	23,199

II. Ocupación Temporal	2011	Agosto 2012
Eventuales	2,979	2,414
Honorarios	16	13
Subtotal	2,995	2,427
Total General	25,322	25,626

Concepto	2011	2012	DIF	Comentarios
Confianza Operativos (Administrativos, Médicos)	2,353	2,558	205	Plazas de Nueva Creación
Otros (Campos Clínicos Médicos Residentes)	8,471	8,471	0	
BASE y/o SINDICALIZADOS	10,047	10,684	637	Plazas de Nueva Creación

Concepto	2006	2012	DIF	Comentarios
Confianza Operativos (Administrativos, Médicos)	1,579	2,558	979	Lo indicado en los comentarios de todos los cuadros anteriores.
Otros (Campos Clínicos Médicos Residentes)	5,381	8,471	3,090	
BASE y/o SINDICALIZADOS	17,205	10,684	-6,521	

Relacionado con ocupación temporal:

En ocupación temporal, al mes de Agosto de 2012 se refleja una disminución de 565 plazas eventuales, ya que en 2011 se apoyaron con plazas eventuales, la puesta en marcha del HRAE de Ixtapaluca y el Centro Nacional para Quemados, regularizándose esta situación en 2012, con la creación de plazas de carácter permanente.

Analítico:

II. Ocupación Temporal	2011	AGOSTO 2012	
Eventuales	2,979	2,414	Se apoyaron con plazas eventuales, la puesta en marcha del HRAE de Ixtapaluca y el Centro Nacional para Quemados, regularizándose esta situación con la creación de plazas de carácter permanente
Honorarios	16	13	
Total	2,995	2,427	

Honorarios 2012

Áreas Centrales

Unidad Responsable	Código	Descripción	Agosto 2012
112 – Dirección General de Comunicación Social	CFNB003	Subdirector de Área	2
100 – Oficina del C. Secretario	CFOA003	Jefe de Departamento	1
100 – Oficina del C. Secretario	CF40002	Soporte Administrativo "C"	2
100 – Oficina del C. Secretario	M03019	Apoyo Administrativo En Salud – A7	8
	Total		13

Otros aspectos sobresalientes que inciden en la reducción de plazas en la Secretaría de Salud y que se perciben en los cuadros comparativos generales y comentados en los cuadros analíticos:

Plazas Canceladas por haberse incorporado al proceso de Separación Voluntaria:

2011	Agosto 2012
98	*/

*/ No hay Programa de Separación Voluntaria en 2012.

ESTRUCTURA OCUPACIONAL ENERO 2012.

En el cuadro siguiente, se relacionan la integración de las plazas de base y confianza y las referidas a los campos clínicos que ocupan los médicos residentes. Las referidas a honorarios y eventuales se presentan en anexo, ver formato 6.

Plazas de Carácter Permanente

Zona	Código	Descripción	Agosto 2012		
			Central	Desconcentrados	Total agosto 2012
1	CFGA001	Secretario de Estado	1	0	1
1	CFHB001	Subsecretario de Estado, Oficial Mayor o Alta Dirección	3	0	3
1	CFIA001	Oficial Mayor o Titular de Entidad	2	3	5
1	CFIB001	Oficial Mayor o Titular de Entidad	0	1	1
1	CFJA002	Jefe de Unidad o Titular de Entidad	1	0	1
1	CFJB001	Jefe de Unidad o Titular de Entidad	0	2	2
1	CFJB002	Jefe de Unidad o Titular de Entidad	1	0	1
1	CFJC001	Jefe de Unidad o Titular de Entidad	3	0	3
1	CFKA001	Dirección General, Coordinación General o Titular de Entidad	7	2	9
1	CFKA002	Dirección General, Coordinación General o Titular de Entidad	0	4	4
1	CFKA003	Dirección General, Coordinación General o Titular de Entidad	1	0	1
1	CFKB001	Dirección General.	0	3	3
1	CFKC001	Dirección General, Coordinación General o Titular de Entidad	3	4	7
1	CFKC002	Dirección General, Coordinación General o Titular de Entidad	13	16	29
1	CFKC003	Dirección General, Coordinación General o Titular de Entidad	0	0	0
1	CFLA001	Dirección General Adjunta o Titular de Entidad	7	6	13
1	CFLA002	Dirección General Adjunta o Titular de Entidad	3	2	5
1	CFLA003	Dirección General Adjunta o Titular de Entidad	3	0	3
1	CFLB001	Dirección General Adjunta o Titular de Entidad	2	0	2
1	CFLB002	Dirección General Adjunta O Titular de Entidad	6	1	7
1	CFLB003	Dirección General Adjunta O Titular de Entidad	9	1	10
1	CFLC001	Dirección General Adjunta O Titular de Entidad	0	3	3
1	CFLC003	Dirección General Adjunta O Titular de Entidad	2	0	2
1	CFMA001	Dirección de Área	31	15	46
1	CFMA002	Dirección de Área	8	52	60
1	CFMA003	Dirección de Área	9	4	13
1	CFMB001	Dirección de Área	5	13	18
1	CFMB002	Dirección de Área	51	38	89
1	CFMB003	Dirección de Área	13	1	14
1	CFMC001	Dirección de Área	2	8	10
1	CFMC002	Dirección de Área	3	1	4
1	CFMC003	Dirección de Área	9	1	10

Zona	Código	Descripción	Agosto 2012		
			Central	Desconcentrados	Total agosto 2012
1	CFNA001	Subdirector de Área	57	48	105
1	CFNA002	Subdirector de Área	7	56	63
1	CFNA003	Subdirector de Área	8	8	16
1	CFNB001	Subdirector de Área	7	31	38
1	CFNB002	Subdirector de Área	99	58	157
1	CFNB003	Subdirector de Área	40	2	42
1	CFNC001	Subdirector de Área	0	10	10
1	CFNC002	Subdirector de Área	7	11	18
1	CFNC003	Subdirector de Área	18	1	19
1	CFOA001	Jefe de Departamento	90	36	126
1	CFOA002	Jefe de Departamento	4	60	64
1	CFOA003	Jefe de Departamento	35	7	42
1	CFOB001	Jefe de Departamento	3	36	39
1	CFOB002	Jefe de Departamento	4	10	14
1	CFOB003	Jefe de Departamento	4	0	4
1	CFOC001	Jefe de Departamento	73	107	180
1	CFOC002	Jefe de Departamento	12	1	13
1	CFOC003	Jefe de Departamento	14	0	14
1	CFPA001	Puesto de Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	10	107	117
1	CFPA002	Puesto de Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	2	0	2
1	CFPA003	Puesto de Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	2	10	12
1	CFPB003	Puesto de Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	4	1	5
1	CFPC003	Puesto de Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	1	0	1
1	CFPQ003	Puesto de Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	0	6	6
2	CF33834	Técnico Especializado	3	0	3
2	CF40001	Soporte Administrativo "D"	241	47	288
2	CF40002	Soporte Administrativo "C"	575	241	816
2	CF40003	Soporte Administrativo "B"	108	55	163
2	CF40004	Soporte Administrativo "A"	98	45	143
2	CF41001	Jefe de Unidad de Atención Médica "A"	1	0	1
2	CF41002	Jefe de Unidad de Atención Médica "B"	0	2	2
2	CF41003	Jefe de Unidad de Atención Médica "C"	7	0	7
2	CF41004	Jefe de Unidad de Atención Médica "D"	0	2	2
2	CF41007	Subdirector Médico "C" en Hospital	6	0	6

Zona	Código	Descripción	Agosto 2012		
			Central	Desconcentrados	Total agosto 2012
2	CF41008	Subdirector Médico "D" En Hospital	2	0	2
2	CF41009	Subdirector Médico "E" En Hospital	0	1	1
2	CF41010	Subdirector Médico "F" En Hospital	1	0	1
2	CF41011	Asistente de La Dirección de Hospital	3	10	13
2	CF41012	Jefe de División	2	13	15
2	CF41013	Jefe de Servicios	16	24	40
2	CF41014	Jefe de Unidad en Hospital	2	7	9
2	CF41015	Coordinador Medico en Área Normativa "A"	11	3	14
2	CF41016	Coordinador Medico en Área Normativa "B"	2	0	2
2	CF41018	Jefe de Laboratorio Clínico	9	3	12
2	CF41022	Jefe de Psicología Clínica	0	1	1
2	CF41024	Jefe de Enfermeras "A"	2	1	3
2	CF41026	Jefe de Enfermeras "C"	1	0	1
2	CF41027	Jefe de Enfermeras "D"	2	2	4
2	CF41028	Jefe de Enfermeras "E"	1	2	3
2	CF41030	Jefe de Registros Hospitalarios	1	3	4
2	CF41031	Jefe de Farmacia	2	2	4
2	CF41032	Jefe de Dietética	1	0	1
2	CF41038	Supervisor de Acción Comunitaria Del P.A.P.A.	0	0	0
2	CF41040	Supervisor Medico En Área Normativa	34	36	70
2	CF41041	Investigador En Ciencias Médicas "D"	1	4	5
2	CF41043	Investigador En Ciencias Médicas "F"	2	3	5
2	CF41044	Investigador En Ciencias Médicas "A"	0	14	14
2	CF41045	Investigador En Ciencias Médicas "B"	0	10	10
2	CF41046	Investigador En Ciencias Médicas "C"	0	3	3
2	CF41049	Ayudante de Investigador En Ciencias Medicas "C"	1	2	3
2	CF41052	Subjefe de Enfermeras	14	1	15
2	CF41054	Jefe de Trabajo Social en Área Medica	0	1	1
2	CF41055	Auxiliar En Verificación Sanitaria	2	13	15
2	CF41057	Técnico En Verif. Dictaminación o Saneamiento "B"	0	35	35
2	CF41058	Técnico En Verif. Dictaminación o Saneamiento "C"	0	4	4
2	CF41059	Verificador o Dictaminador Sanitario "A"	0	13	13
2	CF41060	Verificador o Dictaminador Sanitario "B"	0	116	116
2	CF41061	Verificador o Dictaminador Sanitario "C"	3	45	48

Zona	Código	Descripción	Agosto 2012		
			Central	Desconcentrados	Total agosto 2012
2	CF41062	Verificador o Dictaminador Espec. "A"	9	223	232
2	CF41063	Verificador o Dictaminador Espec. "B"	0	14	14
2	CF41064	Verificador o Dictaminador Espec. "C"	1	45	46
2	CF41065	Verificador o Dictaminador Espec. "D"	6	210	216
2	CF41074	Supervisor Paramédico en Área Normativa	0	9	9
2	CF41075	Coordinador Paramédico en Área Normativa "A"	19	18	37
2	CF41076	Coordinador Paramédico en Área Normativa "B"	5	1	6
2	CF41077	Jefe de Trabajo Social en Área Médica "B"	3	7	10
2	CF41087	Coordinador (A) Normativo de Enfermería	7	0	7
2	CF41088	Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería	0	1	1
2	CF50000	Jefe de Departamento en Área Médica "A"	33	7	40
2	CF51000	Jefe de Departamento en Área Médica "B"	8	4	12
2	M01002	Médico Especialista En Área Normativa	3	0	3
2	M01004	Médico Especialista "A"	314	166	480
2	M01005	Cirujano Dentista Especializado	3	2	5
2	M01006	Médico General "A"	104	110	214
2	M01007	Cirujano Dentista "A"	19	17	36
2	M01008	Médico General "B"	27	42	69
2	M01009	Médico General "C"	17	19	36
2	M01010	Médico Especialista "B"	130	47	177
2	M01011	Médico Especialista "C"	126	40	166
2	M01012	Cirujano Maxilofacial	2	0	2
2	M01014	Cirujano Dentista "B"	4	7	11
2	M01015	Cirujano Dentista "C"	11	7	18
2	M02001	Químico "A"	99	72	171
2	M02002	Biólogo "A"	14	6	20
2	M02003	Técnico Laboratorista "A"	108	38	146
2	M02004	Técnico Laboratorista de Bioterio	7	3	10
2	M02005	Auxiliar de Laboratorio y/o Bioterio "A"	24	27	51
2	M02006	Técnico Radiólogo O En Radioterapia	46	5	51
2	M02007	Técnico en Electro Diagnostico	5	3	8
2	M02011	Terapeuta Especializado	3	40	43
2	M02012	Terapeuta	4	19	23
2	M02014	Técnico en Optometría	7	0	7

Zona	Código	Descripción	Agosto 2012		
			Central	Desconcentrados	Total agosto 2012
2	M02015	Psicólogo Clínico	53	803	856
2	M02016	Cito Tecnólogo "A"	4	0	4
2	M02017	TECNICO DE LABORATORIO DE OPTOAUDIOMETRIA	1	0	1
2	M02019	Técnico Histopatólogo	4	0	4
2	M02020	Espec. en Prod. Control e Inv. de Biológicos y Reactivos	4	0	4
2	M02021	Supervisor en Prod. Control e Inv. de Biol. y Reac.	0	1	1
2	M02022	Pro.Cont. e Inv. en Biológicos y Reactivos	3	1	4
2	M02023	Tec. Especialista en Biológicos y Reactivos	18	10	28
2	M02024	Técnico En Biológicos y Reactivos	0	0	0
2	M02029	Paramédico en Área Normativa	5	6	11
2	M02031	Enfermera Jefe de Servicio	77	60	137
2	M02032	Coordinador de Enseñanza de Enfermería	3	1	4
2	M02034	Enfermera Especialista 'A'	170	68	238
2	M02035	Enfermera General Titulada 'A'	444	210	654
2	M02036	Auxiliar de Enfermería 'A'	28	49	77
2	M02037	Subjefe de Farmacia	2	3	5
2	M02038	Oficial Y/O Preparador Despachador de Farmacia	29	8	37
2	M02040	Trabajadora Social En Área Medica "A"	30	12	42
2	M02042	Técnico En Odontología	2	0	2
2	M02043	Iatrotécnico	1	0	1
2	M02044	Subjefe de Dietética	2	0	2
2	M02045	Dietista	12	7	19
2	M02046	Cocinero Jefe de Hospital	11	14	25
2	M02047	Cocinero en Hospital	35	9	44
2	M02048	Auxiliar de Cocina En Hospital	22	8	30
2	M02049	Nutricionista	25	5	30
2	M02050	Técnico en Nutrición	3	3	6
2	M02056	Jefe de Distrito en Programas de Salud	0	14	14
2	M02057	Jefe de Estadística y Archivo Clínico	7	4	11
2	M02058	Técnico en Estadística en Área Medica	27	6	33
2	M02059	Auxiliar de Estadística y Archivo Clínico	38	12	50
2	M02060	Jefe de Admisión	4	9	13
2	M02061	Auxiliar de Admisión	45	22	67
2	M02062	Psicólogo Especializado	20	90	110

Zona	Código	Descripción	Agosto 2012		
			Central	Desconcentrados	Total agosto 2012
2	M02063	Ayudante de Autopsias	2	0	2
2	M02066	Técnico en Trabajo Social en Área Médica "A"	6	2	8
2	M02068	Técnicos En Atención Primaria A La Salud	1	11	12
2	M02072	Supervisor de Trabajo Social En Área Medica "A"	5	2	7
2	M02073	Técnico En Programas de Salud	0	3	3
2	M02074	Laboratorista "A"	68	15	83
2	M02075	Inhaloterapeuta	6	0	6
2	M02077	Químico Jefe de Sección de Lab. de Anal. Clin. "A"	68	16	84
2	M02078	Profesional en Comunicación Humana	1	6	7
2	M02081	Enfermera General Titulada "B"	92	49	141
2	M02082	Auxiliar de Enfermería "B"	77	48	125
2	M02083	Enfermera General Técnica	16	55	71
2	M02084	Supervisora de Trabajo Social en A.M. "B"	1	6	7
2	M02085	Trabajadora Social En Área Médica "B"	1	4	5
2	M02086	Tec. en Trabajo Social en Área Médica "B"	6	7	13
2	M02087	Enfermera Especialista "B"	10	5	15
2	M02088	Químico "B"	36	22	58
2	M02089	Químico "C"	7	1	8
2	M02090	Químico Jefe de Sección de Lab. de Anal. Clin. "B"	12	8	20
2	M02091	Químico Jefe de Sección de Lab. de Anal. Clin. "C"	22	4	26
2	M02092	Biólogo "B"	2	0	2
2	M02093	Biólogo "C"	1	0	1
2	M02094	Laboratorista "B"	35	6	41
2	M02095	Técnico Laboratorista "B"	24	11	35
2	M02096	Auxiliar de Laboratorio Y/O Bioterio "B"	16	1	17
2	M02097	Citotecnologo "B"	11	0	11
2	M02098	Microscopista Para El Diagnostico Del Paludismo	3	3	6
2	M02105	Enfermera General Titulada "C"	140	144	284
2	M02106	Enfermera General Titulada "D"	1	0	1
2	M02107	Enfermera Especialista "C"	53	25	78
2	M02109	Terapista Profesional En Rehabilitación	12	2	14
2	M02110	Profesional En Trabajo Social En Área Médica "A"	88	257	345
2	M02112	Supervisora Profesional En Trabajo Social En Área Médica "C"	18	85	103
2	M02115	SUPERVISORA PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL EN ÁREA MÉDICA "D"	2	0	2

Zona	Código	Descripción	Agosto 2012		
			Central	Desconcentrados	Total agosto 2012
2	M02119	Coordinador de Trasplantes de Órganos Y Tejidos	0	1	1
2	M03001	Ingeniero Biomédico	5	3	8
2	M03002	Veterinario "A"	2	4	6
2	M03003	Técnico Puericultor	5	0	5
2	M03004	Promotor En Salud	0	20	20
2	M03005	Afanadora	135	117	252
2	M03006	Camillero	127	36	163
2	M03007	Físico En Hospital	6	0	6
2	M03009	Veterinario "B"	0	2	2
2	M03011	Lavandera En Hospital	37	33	70
2	M03012	Operador de Calderas en Hospital	12	1	13
2	M03013	Técnico Operador de Calderas En Hospital	21	18	39
2	M03018	Apoyo Administrativo en Salud - A8	515	163	678
2	M03019	Apoyo Administrativo en Salud - A7	766	300	1066
2	M03020	Apoyo Administrativo en Salud - A6	794	467	1261
2	M03021	Apoyo Administrativo en Salud - A5	233	127	360
2	M03022	Apoyo Administrativo en Salud - A4	223	204	427
2	M03023	Apoyo Administrativo En Salud - A3	66	91	157
2	M03024	Apoyo Administrativo En Salud - A2	16	24	40
2	M03025	Apoyo Administrativo En Salud - A1	7	4	11
2	M04001	Médico Residente de Primer Grado	1559	0	1559
2	M04002	Médico Residente de Segundo Grado	1651	0	1651
2	M04003	Médico Residente de Tercer Grado	1721	0	1721
2	M04004	Médico Residente de Cuarto Grado	1037	0	1037
2	M04005	Médico Residente de Quinto Grado	572	0	572
2	M04011	Post Grado Para Médico Especialista	122	0	122
2	M04012	Médico Residente Para Trabajo Comunitario Itinerante	682	0	682
3	CF41012	Jefe de División	2	0	2
3	CF41061	Verificador O Dictaminador Sanitario "C"	1	0	1
3	CF41075	Coordinador Paramédico En Área Normativa "A"	7	0	7
3	M01004	Médico Especialista "A"	4	1	5
3	M02001	Químico "A"	0	0	0
3	M02003	Técnico Laboratorista "A"	1	0	1
3	M02036	Auxiliar de Enfermería 'A'	0	0	0

Zona	Código	Descripción	Agosto 2012		
			Central	Desconcentrados	Total agosto 2012
3	M02040	Trabajadora Social En Área Médica "A"	8	0	8
3	M02050	Técnico En Nutrición	0	0	0
3	M02056	Jefe de Distrito En Programas de Salud	0	0	0
3	M02058	Técnico En Estadística En Área Médica	0	0	0
3	M02068	Técnicos En Atención Primaria A La Salud	0	0	0
3	M02073	Técnico En Programas de Salud	0	0	0
3	M02074	Laboratorista "A"	2	0	2
3	M02075	Inhaloterapeuta	1	0	1
3	M02081	Enfermera General Titulada "B"	56	0	56
3	M02085	Trabajadora Social En Área Médica "B"	3	0	3
3	M02096	Auxiliar de Laboratorio Y/O Bioterio "B"	1	0	1
3	M02110	Prof. En Trab. Soc. En Área Médica "A"	25	0	25
3	M03004	Promotor En Salud	0	0	0
3	M03006	Camillero	2	0	2
3	M03019	Apoyo Administrativo En Salud - A7	0	0	0
3	M03020	Apoyo Administrativo En Salud - A6	1	0	1
3	M03021	Apoyo Administrativo En Salud - A5	1	0	1
3	M03022	Apoyo Administrativo En Salud - A4	0	0	0
3	M03023	Apoyo Administrativo En Salud - A3	38	1	39
3	M03024	Apoyo Administrativo En Salud - A2	1	1	2
3	M04001	Médico Residente de Primer Grado	339	0	339
3	M04002	Médico Residente de Segundo Grado	271	0	271
3	M04003	Médico Residente de Tercer Grado	288	0	288
3	M04004	Médico Residente de Cuarto Grado	191	0	191
3	M04005	Médico Residente de Quinto Grado	38	0	38
		Total	16,588	6,611	23,199

Plazas de Carácter Eventual

Código	Descripción	agosto 2012		
		Central	Desconcentrados	Total
CFKA001	Dirección General	4		4
CFKC002	Dirección General	2	3	5
CFLA001	Dirección General Adjunta	5		5
CFLA002	Dirección General Adjunta	5		5
CFLA003	Dirección General Adjunta	2	1	3
CFLB001	Dirección General Adjunta	2		2
CFLB002	Dirección General Adjunta	3	1	4
CFLB003	Dirección General Adjunta	1		1
CFLC001	Dirección General Adjunta	3		3
CFLC003	Dirección General Adjunta	3	4	7
CFMA001	Dirección de Área	13	7	20
CFMA002	Dirección de Área	11		11
CFMA003	Dirección de Área	5	4	9
CFMB001	Dirección de Área	8	3	11
CFMB002	Dirección de Área	5	2	7
CFMB003	Dirección de Área	5		5
CFMC001	Dirección de Área	1	2	3
CFMC002	Dirección de Área	7	1	8
CFMC003	Dirección de Área	4	2	6
CFNA001	Subdirección de Área	17	2	19
CFNA002	Subdirección de Área	9	37	46
CFNA003	Subdirección de Área	18	1	19
CFNB001	Subdirección de Área	23		23
CFNB002	Subdirección de Área	10	21	31
CFNB003	Subdirección de Área	10		10
CFNC001	Subdirección de Área	7		7
CFNC002	Subdirección de Área	5		5
CFNC003	Subdirección de Área	11	5	16
CFOA001	Jefe de Departamento	24	1	25
CFOA002	Jefe de Departamento	7		7
CFOA003	Jefe de Departamento	12	7	19
CFOB001	Jefe de Departamento	15	1	16

Código	Descripción	agosto 2012		
		Central	Desconcentrados	Total
CFOB002	Jefe de Departamento	1		1
CFOB003	Jefe de Departamento	3		3
CFOC001	Jefe de Departamento	22	3	25
CFOC002	Jefe de Departamento	14	28	42
CFOC003	Jefe de Departamento	12	71	83
CFPA001	Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	29	2	31
CFPA002	Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	5	1	6
CFPA003	Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	2		2
CFPB001	Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	2		2
CFPB002	Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	2		2
CFPB003	Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad		2	2
CFPC001	Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	9	7	16
CFPC002	Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	2		2
CFPC003	Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	4		4
CF51000	Jefe de Depto. En Área Medica "B"	1		1
CF40001	Soporte Administrativo "D"	14	26	40
CF40002	Soporte Administrativo "C"	45	420	465
CF40003	Soporte Administrativo "B"	14	26	40
CF40004	Soporte Administrativo "A"	19	53	72
CF41011	Asistente de Dirección de Hospital		2	2
CF41040	Supervisión Médico En Área Normativa		22	22
M01004	Médico Especialista "A"	7	7	14
M01006	Médico General "A"		638	638
M01007	Cirujano Dentista "A"		1	1
M01008	Médico General "B"		1	1
M02001	Químico "A"	1	8	9
M02002	Biólogo "A"		3	3
M02003	Técnico Laboratorista "A"		6	6
M02005	Aux. de Laboratorio Y/O Bioterio "A"		9	9
M02006	Técnico Radiólogo o en Radioterapia		8	8
M02012	Terapeuta	10		10
M02015	Psicólogo Clínico	16	1	17
M02017	Técnico de Laboratorio de Optometría		1	1
M02034	Enfermera Especialista "A"		2	2

Código	Descripción	agosto 2012		
		Central	Desconcentrados	Total
M02035	Enfermera General Titulada "A"		1	1
M02036	Auxiliar de Enfermería "A"	2	910	912
M02040	Trabajadora Social en Área Médica "A"		1	1
M02049	Nutricionista		2	2
M02062	Psicólogo Especializado		2	2
M02074	Laboratorista "A"		1	1
M02095	Técnico Laboratorista "B"		2	2
M02110	Profesional En Trabajo Social En Área Médica "A"	2		2
M03001	Ingeniero Biomédico		1	1
M03004	Promotor En Salud		1	1
M03018	Apoyo Administrativo en Salud - A8	18	20	38
M03019	Apoyo Administrativo en Salud - A7	33	37	70
M03020	Apoyo Administrativo en Salud - A6	16	4	20
M03021	Apoyo Administrativo en Salud - A5	1	40	41
M03022	Apoyo Administrativo en Salud - A4	9	16	25
M03023	Apoyo Administrativo en Salud - A3	3	12	15
M03024	Apoyo Administrativo en Salud - A2	3	27	30
M03025	Apoyo Administrativo en Salud - A1	6	52	58
Total		584	2552	3136

PROGRAMAS DE PROFESIONALIZACIÓN

Los programas de profesionalización inician con el grupo de enfermería en el ejercicio 2005, atendiendo lo instruido por el Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, de buscar la retabulación del personal de Enfermería en reconocimiento a la profesionalización de este grupo sustantivo y prioritario para el Sector Salud, con objeto de motivar a las nuevas generaciones a cursar la Licenciatura en Enfermería y estudios de Post Grado en esta disciplina.

La Subsecretaría de Administración y Finanzas a través de la Dirección General de Recursos Humanos, implementó el Programa de Profesionalización para el Grupo de Enfermería con la participación de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, con objeto de redefinir funciones así como la asignación de una retribución económica acorde al perfil del puesto de Licenciada en Enfermería y sus niveles de responsabilidad, de tal manera que se reflejara una diferenciación entre la Enfermera General Técnica y la Licenciatura en Enfermería, fortalecida para responder de manera efectiva a las necesidades surgidas por los cambios en los procesos de trabajo y en la aplicación de nuevas tecnologías.

Este suceso repercutió en cascada en los puestos inmediatos superiores, dando origen al Puesto de Enfermera Especialista “C” que requiere un perfil académico de licenciatura más la especialidad, induciendo a las nuevas generaciones la acreditación de Postgrados en vez de cursos post técnicos.

En el 2007 nace con base en el programa de profesionalización de enfermería, y por equidad laboral el programa de profesionalización para los grupos de licenciadas en Trabajo Social y Terapistas Físicos.

**Logros Alcanzados en Reconocimiento a la Profesionalización:
Programa de Profesionalización agosto 2012**

Enfermería			Trabajo Social			Terapistas		
2011	Agosto2012	TOTAL	2011	Agosto 2012	TOTAL	2011	Agosto 2012	TOTAL
2 601	2 646	10 802	283	523	1,740	19	17	114

Trabajadores Profesionalizados en el Grupo de Enfermería

Unidad	2011	Agosto de 2012
Secretaría de Salud	113	35
Institutos Nacionales de Salud	432	584
O.P.D. en las Entidades Federativas	2 056	2 027
Total	2 601	2 646

Trabajadoras Profesionalizadas en el Grupo de Trabajo Social

Unidad	2011	Agosto de 2012
Secretaría de Salud	35	18
Institutos Nacionales de Salud	43	102
O.P.D. en las Entidades Federativas	205	403
Total	283	523

Trabajadores Profesionalizados en el Grupo de Terapistas

Unidad	2011	Agosto 2012
Secretaría de Salud	1	1
Institutos Nacionales de Salud	13	12
O.P.D. en las Entidades Federativas	5	4
Total	19	17

- Áreas Beneficiadas: Unidades Médicas y Hospitalarias
- En este Programa de Profesionalización no hay crecimiento de Plazas solo Conversión.

Servicio Profesional de Carrera

La Secretaría de Salud, implementó el Servicio Profesional de Carrera, SPC, de acuerdo a lo establecido en la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, LSPC, coordinando sus acciones con la Secretaría de la Función Pública, quién tiene a su cargo la rectoría del mismo, y bajo su control la implementación en la Administración Pública Federal.

Dicha Ley establece requisitos para el ingreso, permanencia y promoción en el servicio, por medio de evaluaciones objetivas que promuevan la igualdad de oportunidades para todo aspirante. De manera expresa se prohíbe cualquier acto de discriminación en razón de género, edad, capacidades diferentes, preferencias, condiciones de salud, estado civil, religión, origen étnico o condición social. Los procedimientos que conforman el Sistema, tienen como respaldo una formación continua, donde el desempeño es apoyado por la capacitación permanente que permitirá la actualización, simplificación y modernización de la Administración Central, así como la eficientización de sus actividades.

En la Ley se señala, que los órganos desconcentrados deberán responsabilizarse de la implantación del SPC, es por ello que presentan en sus informes de rendición de cuentas los avances del mismo. Aun así, el Titular del Ramo, definió que independientemente del cumplimiento que deban dar a lo establecido en la normatividad del SPC, ambas instancias deberán coordinarse para informar de manera oportuna, siendo la Dirección General de Recursos Humanos, quien funge como coordinador de las actividades que permitan hacer del conocimiento del personal sujeto al SPC las acciones que se deben implementar en los tiempos para ello establecidos.

La Secretaría de Salud, a través de las direcciones generales de Recursos Humanos y de Programación Organización y Presupuesto, se dio a la tarea de cumplir con los compromisos establecidos por la LSPC, y los lineamientos que para tales efectos emite la Secretaría de la Función Pública. El seguimiento al cumplimiento de la normatividad, lo ha llevado a cabo el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud.

Con objeto de dar seguimiento puntual a los compromisos que define la LSPC, se establecieron siete subsistemas:

Subsistemas del Servicio Profesional de Carrera	
1	Planeación de los Recursos Humanos
2	De Ingreso
3	Desarrollo Profesional
4	Capacitación y Certificación de Capacidades
5	Evaluación del Desempeño
6	Control y evaluación
7	Separación

1. Planeación de los Recursos Humanos

En el Subsistema de Planeación de los Recursos Humanos se efectúan los procesos de registro y análisis de la información que remitan las dependencias a la Secretaría de la Función Pública, para la operación del Sistema.

Movimientos Artículo 34 Sector Central

Año	Ocupación Temporal Art. 34 Sector Central	# Sesiones de CTP
2011	163	15
2012-agosto	120	17

Se ocuparon de manera temporal en el periodo de enero a agosto de 2012, 120 plazas al amparo del artículo 34 de la LSPCAPF para atender los servicios comprometidos de la Secretaría de Salud, dando un total de 689 plazas de diciembre de 2006 a agosto de 2012.

Resumen de enero a agosto de 2012

Unidad Administrativa	Direcciones Generales	Direcciones Generales Adjuntas	Direcciones de Área	Subdirecciones	Departamentos	E.A.N.R	Suma
Oficinas del C. Secretario (100)				1	1		2
Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos (111)		1	2	7	3		13



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Unidad Administrativa	Direcciones Generales	Direcciones Generales Adjuntas	Direcciones de Área	Subdirecciones	Departamentos	E.A.N.R	Suma
Órgano Interno de Control (113)				5	6		11
Unidad de Análisis Económico (114)		2	1	3			6
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (160)		1		2			3
Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social (170)		1	5	3			9
Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud (171)	1						1
Dirección General de Relacionales Internacionales (172)			1	1	2		4
Comisionado Nacional Contra las Adicciones (180)			1				1
Dirección General de Promoción de la Salud (310)	1						1
Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (313)							
Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Personas con Discapacidad (314)							
Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (315)	1						1
Dirección General de Epidemiología (316)	1	2	1	2	1		7

Unidad Administrativa	Direcciones Generales	Direcciones Generales Adjuntas	Direcciones de Área	Subdirecciones	Departamentos	E.A.N.R	Suma
Subsecretaría de Administración y Finanzas (500)					1		1
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (510)	1				3		4
Dirección General de Tecnologías de la Información (511)			1	2	6		9
Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales (512)	1		3	1	2		7
Dirección General de Recursos Humanos (513)		1	1		3		5
Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (514)			1	1	3		5
Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (600)			1				1
Dirección General de Calidad y Educación en Salud (610)		1	1	2	7	1	12
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (611)		1	4	5	2		12
Dirección General de Información en Salud (613)			1	3	1		5
Dirección General de Evaluación del Desempeño (614)							
TOTALES	6	10	24	38	41	1	120

Año	Ocupación Temporal Art. 34 Órganos Desconcentrados
2011	171
2012 agosto	130

En el Subsistema de Planeación de los Recursos Humanos se efectúan los procesos de registro y análisis de la información que remitan las dependencias a la Secretaría de la Función Pública, para la operación del Sistema.

De enero a agosto de 2012, se ocuparon al amparo del artículo 34 de la LSPCAPF, 250 plazas de manera temporal, integrándose 120 plazas para atender los servicios comprometidos del Sector Central y 130 plazas para lo correspondiente en los Órganos Desconcentrados de la Secretaría de Salud, lo que acumulado con el periodo 2007 a agosto 2012 nos arrojan 1,483 plazas asignadas por Artículo 34.

Comité de Profesionalización

Este Comité, integrado por el Titular de la Subsecretaría de Administración y Finanzas como Presidente, el Titular de la Dirección General de Recursos Humanos como Secretario Técnico y el Titular del Órgano Interno de Control como Representante la Secretaría de la Función Pública, **sesionó 112 veces** en el período 2006 - agosto 2012.

2. Ingreso

Los procesos del Subsistema de Ingreso tienen como propósito atraer a los mejores candidatos para ocupar los puestos del Sistema, sustentado en el acceso por méritos y en la igualdad de oportunidades, con imparcialidad y a través de evaluaciones objetivas y transparentes. Todas las plazas vacantes o de nueva creación de los puestos sujetos al Servicio Profesional de Carrera deberán ser sometidas, para su ocupación, a los procesos de reclutamiento y selección establecidos en la normatividad que rige el Servicio Profesional de Carrera.

La Dirección General de Recursos Humanos, ha llevado a cabo los concursos públicos y abiertos para la ocupación de las plazas vacantes sujetas al Servicio Profesional de Carrera con los siguientes resultados:

	Convocatorias Públicas y Abiertas	Plazas Ocupadas	Plazas Desiertas	Total plazas convocadas	Art. 34
2011	41	128	51	179	163
enero-junio 2012	23	92	18	110	84
julio-agosto 2012	11	29	8	48	36
Total 2012	34	121	26	158	120

3. Desarrollo Profesional

Desarrollo Profesional es el proceso mediante el cual los servidores públicos de carrera con base en el mérito podrán ocupar plazas vacantes de igual o mayor jerarquía, en cualquier dependencia o en las entidades públicas y en las instituciones con las cuales exista convenio para tal propósito.

Este subsistema contempla los movimientos laterales de los servidores públicos de carrera que ocupen cargos equiparables a otros grupos de cargos donde se cumplan condiciones de equivalencia, homologación y afinidad, a través de sus respectivos perfiles. De 2007 a 2011, se efectuaron 31 movimientos.

En 2007 la Secretaría de la Función Pública, llevó parcialmente la definición de los Planes Individuales de Carrera de 110 servidores públicos, sin embargo estos quedaron inoperantes en virtud de las nuevas disposiciones emitidas en el *“Acuerdo en materia de planeación, organización y administración de los recursos humanos y del Servicio Profesional de Carrera”* y su última reforma, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2010 y 29 de agosto de 2011 respectivamente.

La Secretaría de la Función Pública había programado reiniciar esta actividad en 2012 con la capacitación para el establecimiento de Trayectorias de Ascenso y Promoción y Planes de Carrera, a agosto de 2012, no ha sido proporcionada esta capacitación y no se ha solicitado el reinicio de esta actividad.

En el periodo de enero - agosto de 2012, se llevaron a cabo 5 movimientos laterales.

Año	Ocupación Movimientos Laterales Central
2012 - agosto	5
Suma	5

4 Capacitación y Certificación de Capacidades

El Subsistema de Capacitación y Certificación de Capacidades que prevé La Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal contempla además de lo concerniente a la certificación los procesos mediante los cuales los servidores públicos de carrera son inducidos, preparados, actualizados y certificados para desempeñar un cargo en la Administración Pública; tiene como propósito que los servidores públicos de carrera dominen los conocimientos y competencias necesarios para el desarrollo de sus funciones.

En ese sentido, la Secretaría de Salud realizó, durante el periodo enero - agosto 2012, acciones de capacitación orientadas al cumplimiento de los propósitos arriba descritos, para 1,899 servidores públicos de la Dependencia, a través de 182 cursos en las modalidades presenciales, en línea y semi-presenciales, dando un total desde 2007 a agosto de 2012 de 3,666 cursos en beneficio de 16,541 servidores públicos:

Periodos	Número de Cursos	Personal Operativo	Servidores Públicos de Carrera	Servidores Públicos de Libre Designación o de Gabinete de Apoyo	Categorías Especiales	Total
2011	129	364	126	0	15	505
2012-agosto	182	599	490	6	804	1,899

En el caso de la Certificación de Capacidades Profesionales a los servidores públicos que integran la Secretaría sujetos al Servicio Profesional de Carrera y que en su momento se encontraban tipificados como de libre designación y que realizaron sus evaluaciones de Capacidades

Gerenciales (Liderazgo, Orientación a Resultados, Trabajo en Equipo, Negociación y Visión Estratégica), Técnicas transversales y Técnicas Específicas, actualmente denominadas Profesionales y de Desarrollo Administrativo y Calidad, se obtuvo el siguiente avance:

Periodo	Personal Certificado Sector Central	Personal Certificado Órganos Desconcentrados
2011	11	27
2012-agosto	8	16
Total	199	149

5 Evaluación del Desempeño

El Subsistema de Evaluación del Desempeño se integra con los procesos, métodos y mecanismos de medición, tanto cualitativos como cuantitativos, del cumplimiento de las funciones y metas individuales y colectivas de los servidores públicos de carrera, en función de sus capacidades y del perfil determinado para el puesto que ocupan.

Para esta actividad, la Dirección General de Recursos Humanos realizó las siguientes actividades:

- Coordinó a las unidades centrales y órganos desconcentrados.
- Desarrolló los sistemas informáticos para la captura y evaluación de metas individuales, colectivas e institucionales.
- Coordinó de la actualización y validación de los maestros de puestos y estructuras de las unidades centrales y órganos desconcentrados.
- Coordinó la entrega de resultados a servidores públicos evaluados.
- Recopiló y resguardó los resultados de la evaluación.

La evaluación del desempeño de los servidores públicos tuvo el siguiente comportamiento:

Año	Servidores Públicos Evaluados	Calificación Promedio	Nivel de Desempeño
2011	768	85.37	Satisfactorio
Agosto 2012	La Evaluación del Desempeño de 2012 se realizará en enero y febrero de 2013		

1. Control y Evaluación

Este subsistema se lleva a cabo mediante el Programa Operativo Anual (POA) para el Servicio Profesional de Carrera, que es un programa Institucional y Anual por cada una de las Dependencias y Órganos Administrativos Desconcentrados, mediante el cual se establecen mecanismos de evaluación sobre la operación y resultados del Sistema, metas e indicadores y se precisa el calendario de cumplimiento, a través del Sistema “*Modelo Integral de Evaluación del Servicio Profesional de Carrera*” (MIDESPC).

Con referencia a este Programa, la Secretaría de Salud obtuvo los siguientes resultados respecto al cumplimiento de las metas establecidas:

- El POA 2012 fue autorizado por el CTP y registrado ante la Secretaría de la Función Pública y se encuentra en proceso de desarrollo
- Respecto a la evaluación correspondiente al año de 2012, este proceso se dará a fin del ejercicio y sus resultados se conocerán en 2013.

2. Separación

El Subsistema de Separación se integra por los procesos que permiten determinar el procedimiento a seguir para que el nombramiento de un servidor público de carrera deje de surtir efectos, sin responsabilidad para la dependencia, en los casos en que se actualice alguna de las causas previstas en el artículo 60 de la Ley, así como si procede autorizar a un servidor público titular para que deje de desempeñar las funciones de su puesto de manera temporal.

En cuanto a este Subsistema, la Secretaría de Salud cuenta con un solo caso, el cual fue determinado mediante acta del Comité Técnico de Profesionalización del 12 de septiembre de 2011, tal y como se establece en los artículos 60 fracción IV de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal y 73, 74, 76, 77, 78 y 79 de su Reglamento.

Relación de los puestos sujetos a la Ley del Servicio Profesional de Carrera

A continuación se integran los niveles que conforman el Servicio Profesional de Carrera del sector central identificados por niveles jerárquicos, unidades y cargos.

**Servicio Profesional de Carrera
Integración del Personal Por Nivel Jerárquico de Nivel Central Agosto 2012**

Puestos	Servicio Profesional de Carrera	Designación Directa	Libre Designación	Gabinete de Apoyo	Total General
Secretario de Salud		1			1
Subsecretario		3			3
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad		1			1
Comisionado Nacional		1			1
Coordinador de Asesores				1	1
Coordinador General		1			1
Titular de Unidad		2			2
Secretario Del Consejo			1		1
Dirección General	17		4	3	24
Dirección General Adjunta	24		4	4	32
Dirección de Área	108			19	127
Subdirección de Área	209			16	225
Jefe de Departamento	210			21	231
Enlace de Alto Nivel de Responsabilidad	18				18
Total general	586	9	9	64	668

Integración del Personal por Unidad y Nivel Jerárquico

UR	Unidades Responsables	Servicio Profesional De Carrera	Designación Directa	Libre Designación	Gabinete de Apoyo	Total General
100	Oficina del C. Secretario	19	1	1	17	38
111	Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	21	1			22
112	Dirección General de Comunicación Social	1			15	16
113	Órgano Interno de Control	28		5		33
114	Unidad de Análisis Económico	10	1		1	12
160	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	43	1	1		45
170	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación	15	1		2	18
171	Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	11				11
172	Dirección General de Relaciones Internacionales	16				16
180	Comisión Nacional Contra las Adicciones	14	1			15
300	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud		1		8	9
310	Dirección General de Promoción de la Salud	16				16
313	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental	11				11
314	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad	3		1		4
315	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes	4				4
316	Dirección General de Epidemiología	31				31
500	Subsecretaría de Administración y Finanzas	3	1		9	13
510	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto	48				48
511	Dirección General de Tecnologías de la Información	18				18
512	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	29				29
513	Dirección General de Recursos Humanos	54				54
514	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	34				34
600	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	3	1		12	16
610	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	46				46
611	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	53		1		54

UR	Unidades Responsables	Servicio Profesional De Carrera	Designación Directa	Libre Designación	Gabinete de Apoyo	Total General
613	Dirección General de Información en Salud	36				36
614	Dirección General de Evaluación del Desempeño	19				19
	Total general al 31 de agosto de 2012	586	9	9	64	668

INTEGRACIÓN DEL PERSONAL POR UNIDAD Y CARGO

Unidades Responsables	Secretario	Subsecretario	Comisión Coordinadora	Comisionado Nacional	Coordinador de Asesores	Coordinador General	Titular de Unidad	Secretario del Consejo	Dirección General	Dirección General Adjunta	Dirección De Área	Subdirección de Área	Jefe De Departamento	Enlace De Alto Nivel De Responsabilidad	Total General
Oficina del C. Secretario	1				1			1	2	2	10	9	12		38
Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos						1				1	5	8	7		22
Dirección General de Comunicación Social									1		2	6	7		16
Órgano Interno de Control									1	4	3	11	14		33
Unidad de Análisis Económico							1			2	4	5			12
Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación							1			3	6	7	1		18
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud									1		2	5	3		11
Dirección General de Relaciones Internacionales									1		3	5	7		16
Comisión Nacional Contra las Adicciones				1							3	11			15
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud		1								1	3	2	2		9
Dirección General de Promoción de la Salud									1		3	8	4		16



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

Unidades Responsables	Secretario	Subsecretario	Comisión Coordinadora	Comisionado Nacional	Coordinador de Asesores	Coordinador General	Titular de Unidad	Secretario del Consejo	Dirección General	Dirección General Adjunta	Dirección De Área	Subdirección de Área	Jefe De Departamento	Enlace De Alto Nivel De Responsabilidad	Total General
Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental									1		2	7	1		11
Secretariado Técnico del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad									1		2	1			4
Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes									1		1	1	1		4
<i>Dirección General de Epidemiología</i>									1	2	6	7	15		31
Subsecretaría de Administración y Finanzas		1								1	4	2	4	1	13
Dirección General de Programación Organización y Presupuesto									1	1	6	13	26	1	48
Dirección General de Tecnologías de la Información									1	1	2	4	10		18
Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales									1	1	4	9	14		29
Dirección General de Recursos Humanos									1	2	6	10	25	10	54
Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física									1	1	4	14	14		34
Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud		1								2	5	5	3		16
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales			1						4	3	15	15	7		45

Unidades Responsables	Secretario	Subsecretario	Comisión Coordinadora	Comisionado Nacional	Coordinador de Asesores	Coordinador General	Titular de Unidad	Secretario del Consejo	Dirección General	Dirección General Adjunta	Dirección De Área	Subdirección de Área	Jefe De Departamento	Enlace De Alto Nivel De Responsabilidad	Total General
de Salud y HAE															
Dirección General de Calidad y Educación en Salud									1	2	8	14	19	2	46
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud									1	3	10	26	14		54
Dirección General de Información en Salud									1		6	13	13	3	36
Dirección General de Evaluación del Desempeño									1		3	7	7	1	19
Total general al 31 de agosto de 2012	1	3	1	1	1	1	2	1	24	32	128	225	230	18	668

Condiciones Generales de Trabajo o del Contrato Colectivo de Trabajo o sus equivalentes.

Condiciones Generales de Trabajo 2010 – 2013

La Secretaría de Salud y el Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud, renovaron en el año 2010, las Condiciones Generales de Trabajo, las cuales son aplicables en las oficinas centrales y los Órganos Desconcentrados, así como en los Organismos Públicos Descentralizados federales y los Servicios de Salud en los Estados y en el Distrito Federal que cuentan con secciones sindicales dependientes de dicho Sindicato Nacional.

A continuación se detallan los cambios relevantes realizados a las Condiciones Generales de Trabajo concernientes al período 2006-2009, que asertivamente se ven reflejados en prestaciones económicas en el documento equivalente con vigencia de 2010 a 2013.

Condiciones Generales de Trabajo 2006-2009	Condiciones Generales de Trabajo 2010-2013
<p>ARTÍCULO 112 Diez millones de pesos anuales que la Secretaría entregará al Sindicato para el fomento y desarrollo de actividades de capacitación, para el personal comisionado sindicalmente.</p>	<p>ARTÍCULO 112 Quince millones de pesos anuales que la Secretaría entregará al Sindicato para el fomento y desarrollo de actividades de capacitación, para el personal comisionado sindicalmente.</p>
<p>ARTÍCULO 116 Cuatro millones ochocientos mil pesos mensuales por parte de la Secretaría, y quinientos mil pesos por parte del Sindicato, durante diez meses de cada año natural, para el fondo de becas.</p>	<p>ARTÍCULO 116 Siete millones ochocientos mil pesos mensuales por parte de la Secretaría, y seiscientos mil pesos por parte del Sindicato, durante diez meses por cada ciclo escolar, para el fondo de becas.</p>
<p>ARTÍCULO 126 Fracción XV Treinta y siete millones quinientos mil pesos anuales que aporta la Secretaría, para actividades sociales, culturales y deportivas.</p>	<p>ARTÍCULO 130 Fracción XV Cincuenta y cinco millones de pesos anuales que aporta la Secretaría, para actividades sociales, culturales y deportivas.</p>
<p>ARTÍCULO 126 Fracción XIX Gastos de Camino por la cantidad de \$250 pesos diarios si pernoctan, o \$210 pesos si no pernoctan, a los trabajadores del Programa de Vectores.</p>	<p>ARTÍCULO 130 Fracción XIX Gastos de Camino por la cantidad de \$325 pesos diarios si pernoctan, o \$275 pesos si no pernoctan, a los trabajadores del Programa de Vectores.</p>
<p>ARTÍCULO 126 Fracción XXVIII Ayuda de \$3 000 pesos para impresión de tesis profesional.</p>	<p>ARTÍCULO 130 Fracción XXVIII Ayuda de hasta \$5 000 pesos para impresión de tesis profesional.</p>
<p>ARTÍCULO 126 Fracción XXX Se otorga la cantidad de 1 150 pesos con motivo del día de reyes.</p>	<p>ARTÍCULO 130 Fracción XXX Se otorga la cantidad de \$1 350 pesos con motivo del día de reyes.</p>
<p>ARTÍCULO 126 fracción XXXIII Otorgar la cantidad de 500.00 pesos por licencia de manejo a trabajadores que realicen la función de conductor de vehículos de la Secretaría.</p>	<p>ARTÍCULO 130 fracción XXXIII Otorgar la cantidad de \$1 000 pesos por licencia de manejo a trabajadores que realicen la función de conductor de vehículos de la Secretaría.</p>
<p>ARTÍCULO 126 Fracción XXXIV \$400.00 pesos, una vez al año, siempre y cuando exista prescripción médica para la adquisición de anteojos.</p>	<p>ARTÍCULO 130 Fracción XXXIV \$1 000 pesos, una vez al año, siempre y cuando exista prescripción médica para la adquisición de anteojos.</p>
<p>ARTÍCULO 128 Fracción XXIII Ayuda de pasajes a los trabajadores del Grupo Afín Administrativo, por la cantidad de \$80 pesos mensuales.</p>	<p>ARTÍCULO 132 Fracción XXIII Ayuda de pasajes a los trabajadores del Grupo Afín Administrativo, por la cantidad de \$150 pesos mensuales.</p>
<p>ARTÍCULO 128 Fracción XXIV Seguro de Riesgo Profesional a los Médicos Generales y Especialistas, a los Cirujanos Dentistas y Especialistas, así como al personal de Enfermería, en donde la Secretaría aportará el 50% del mismo y el trabajador el 50% restante.</p>	<p>ARTÍCULO 132 Fracción XXIV Seguro de Riesgo Profesional. Queda igual.</p>

Condiciones Generales de Trabajo 2006-2009	Condiciones Generales de Trabajo 2010-2013
ARTÍCULO 216 Estímulos económicos por asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo.	ARTÍCULO 220 Estímulos económicos por asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo.
ARTÍCULO 217 Estímulo económico anual por asistencia perfecta .	ARTÍCULO 221 Estímulo económico anual por asistencia perfecta .
ARTÍCULO 218 La Secretaría otorgará un estímulo económico por \$900 pesos con motivo del día de las Madres .	ARTÍCULO 222 La Secretaría otorgará un estímulo económico por \$1,350 pesos con motivo del día de las Madres .
ARTÍCULO 219 La Secretaría otorgará un estímulo económico por la cantidad de \$600 pesos, con motivo del día del trabajador de la Secretaría de Salud .	ARTÍCULO 223 La Secretaría otorgará un estímulo económico por la cantidad de \$1,000 pesos, con motivo del día del trabajador de la Secretaría de Salud .
ARTÍCULO 222 Reconocimiento Económico por Antigüedad en los siguientes términos: \$8 000 pesos por 20 años de servicio; \$10 000 por 25 años de servicio; \$12 000 por 30 años de servicio; \$17 500 por 35 años de servicio; \$30 000 por 40 años de servicio; \$35 000 por 45 años de servicio y \$40 000 pesos por 50 años de servicio.	ARTÍCULO 215 Reconocimiento Económico por Antigüedad en los siguientes términos: \$12 000 pesos por 20 años de servicio; \$15 000 por 25 años de servicio; \$18 000 por 30 años de servicio; \$25 000 por 35 años de servicio; \$45 000 por 40 años de servicio; \$52 500 por 45 años de servicio; \$60 000 por 50 años de servicio y \$70 000 pesos por cada 5 años después de los 50 de servicio.

Las Condiciones Generales de Trabajo, firmadas entre la Secretaría de Salud y el Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud, se establecen como el marco general de actuación para la vida laboral de la institución, destaca lo siguiente. En anexo Número 2 se establece el clausulado de las mismas.

ART. 1 Las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, tienen por objeto regular el ingreso, permanencia, baja, cese, promoción y estímulos de los trabajadores; así como, el establecimiento, en lo general, de los lineamientos, en términos de lo dispuesto en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Las que serán de aplicación obligatoria para los trabajadores y del cumplimiento irrestricto para los servidores públicos con funciones de dirección, quienes deberán observar las disposiciones y ordenamientos de carácter laboral y administrativo.

Su aplicación corresponde a la Secretaría de Salud, tomando en cuenta la opinión del Sindicato y en su caso la intervención en los supuestos que establecen las presentes Condiciones...

ART. 2 De conformidad con lo dispuesto por el Título Cuarto, Capítulo II de la Ley, el presente documento fija las Condiciones de la Secretaría de Salud siendo estas de aplicación obligatoria para los Trabajadores y de cumplimiento irrestricto para los servidores públicos con funciones de Dirección, quienes deberán observar las disposiciones y ordenamientos de carácter laboral y administrativo. Su aplicación corresponde a la Secretaría, tomando en cuenta la opinión del Sindicato en los casos que así lo establece este instrumento.

En un clima de Justicia y Equidad, acorde con la intención manifiesta del Ejecutivo Federal y de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de septiembre de 1996, así como en los 32 Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud, estas Condiciones tienen por objeto regular la relación laboral de la Secretaría con los Trabajadores, con la finalidad de alcanzar la eficiencia, calidad e incremento en la productividad de los Servicios de Salud, a la vez que salvaguardar establecer los derechos de los mismos, de conformidad con la normatividad que se establece al respecto.

Se reconoce al Sindicato en su estructura de Comité Ejecutivo Nacional, Secciones y Delegaciones Sindicales, como el representante legal, legítimo y único de los derechos laborales de los Trabajadores.

Para los efectos de este artículo, son Trabajadores los no comprendidos en el Artículo 5o. de la Ley y que prestan servicios en las Unidades Administrativas Centrales, Operativas, Descentralizadas y Desconcentradas.

ART. 3 El Sindicato, por conducto de su Comité Ejecutivo Nacional, tendrá la representación de los Trabajadores. Se entenderá por representación Nacional del Sindicato, la que acredite su personalidad con el registro correspondiente ante el Tribunal.

ART. 4 La Secretaría de Salud tratará los asuntos de naturaleza colectiva de los Trabajadores adscritos a las Unidades Administrativas Centrales, Operativas, Desconcentradas y Descentralizadas en los Estados y en el Distrito Federal, exclusivamente con la representación Nacional del Sindicato, entendiéndose por asuntos de este tipo aquellos que afecten a la totalidad de los Trabajadores o parte de ellos y cuando por la importancia del asunto, afecten la estabilidad laboral de la Secretaría. Los asuntos de naturaleza individual que afecten a los Trabajadores comprendidos dentro de alguna Sección Sindical, serán tratados por la representación Sindical Seccional con el Titular de la Unidad Administrativa correspondiente de la Secretaría, en primera instancia, interviniendo la representación Nacional a solicitud de la Sección correspondiente y cuando éste lo juzgue necesario.

Asimismo, el Sindicato acreditará por escrito y en cada caso, ante la Secretaría a sus Representantes Generales, Particulares y Especiales.

ART. 5 La intervención Sindical a que se refieren estas Condiciones consistirá en la defensa que el Sindicato haga de sus miembros activos por conducto de sus Representantes Nacionales, Seccionales o Delegacionales, quienes podrán aportar elementos que se tomen en cuenta para proceder a resolver cada caso, con justicia y equidad dentro de los lineamientos de la Ley, de estas Condiciones y demás disposiciones legales aplicables. Lo anterior sin perjuicio del derecho de los Trabajadores para intervenir directamente.

ART. 6 Las disposiciones de la Secretaría que se dicten con posterioridad a que el Sindicato haya ejercido la intervención a que se refiere el artículo anterior, podrán ser impugnadas por el Trabajador de que se trate o por el propio Sindicato a solicitud de aquél, dentro del término de cinco días hábiles a partir de aquél en que el Trabajador o el Sindicato, indistintamente, haya sido notificado de la disposición que considere lesiva.

Al escrito de impugnación deberán adjuntarse las pruebas que se juzguen pertinentes. La Secretaría podrá allegarse de cuantos elementos de prueba estime necesarios y en un término no mayor de cinco días hábiles contados a partir de la fecha en que se haya recibido la impugnación deberá comunicar por escrito al inconforme y al Sindicato, si se confirma, modifica o revoca la disposición impugnada.

La impugnación será improcedente en contra de disposiciones que se dicten con fundamento en los Artículos 45, 46 fracciones I y V en su antepenúltimo párrafo de la Ley, así como en los demás casos que por la naturaleza de la disposición impugnada corresponda al Tribunal decidir sobre su legalidad, quedando expedita la vía del Trabajador inconforme para que ejercite sus acciones ante el mismo.

No será aplicable la disposición impugnada, hasta en tanto que ésta sea resuelta conforme al segundo párrafo de este artículo.

ART. 7 La relación jurídica de trabajo entre el Titular y los Trabajadores se rige por los siguientes Ordenamientos: I. Apartado "B" del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; II. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del Apartado "B" del Artículo 123 Constitucional, y

III. Las presentes Condiciones, el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud y los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud.

En lo no previsto por los Ordenamientos mencionados, se observará lo establecido en el Artículo 11 de la Ley.

ART. 8 La Secretaría de Salud, con la intervención del Sindicato para garantizar y salvaguardar los derechos de los Trabajadores, podrá expedir los Manuales o Reglamentos Internos para sus centros de trabajo que por la particularidad de los servicios que prestan, así lo requieran. En dichos manuales o reglamentos se comprenderán lineamientos que tiendan a elevar el índice de calidad y productividad en la prestación de los servicios,

debiéndose contemplar en los mismos los mecanismos necesarios para estimular al personal para ese fin, respetando los derechos, prestaciones y estímulos de todos los Trabajadores.

Asimismo, es de señalar que el 26 de enero de 2012 fue depositada ante el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje, la normatividad vigente que deriva de las Condiciones Generales de Trabajo de esta Secretaría de Salud Federal, siendo esta:

- El Reglamento para Controlar y Estimular al Personal de Base de la Secretaría de Salud, por Asistencia, Puntualidad y Permanencia;
- El Reglamento para Evaluar y Estimular al Personal de la Secretaria de Salud por su Productividad en el Trabajo;
- El Reglamento de Becas;
- El Reglamento de Capacitación;
- El Reglamento de Escalafón;
- El Reglamento de Seguridad e Higiene en el Trabajo;
- El Reglamento de Vestuario y Equipo; y,
- El Manual para Prevenir y Disminuir Riesgos de Trabajo e Indicar el Otorgamiento de Derechos Adicionales.

Por último, cabe mencionar que dicha normatividad ya fue difundida a las Unidades Administrativas de Nivel Central, Órganos Desconcentrados, así como a los Organismos Públicos Descentralizados Federales y los Servicios de Salud en los Estados y en el Distrito Federal que cuentan con secciones sindicales dependientes del Sindicato Nacional. **En cuanto a** los reglamentos de Equidad de Género y del Programa para la Convivencia Infantil, se encuentran en revisión y están próximos a ser aprobados.

13.11.6 Recursos Materiales: Bienes Muebles.

Los datos que a continuación se presentan son los saldos en los registros contables de la institución, integrados por las unidades administrativas centrales, órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados que la integran.

Bienes muebles

Número de Cuenta	Nombre	Montos (pesos)	
		2011	Agosto2012
12201	Mobiliario Y Equipo	599 010 670	1 502568 052
12202	Vehículos Terrestres, Marítimos y Aéreos	645 008 289	747 653 556
12203	Maquinaria, Herramientas y Aparatos	642 034 768	138 400 032
12204	Colecciones Científicas, Artísticas y Literarias	722 236	1 727 117
TOTAL		1 886 775 963	2 390 348 757

Derivado del Inventario físico realizado por las Unidades Centrales y los Órganos Desconcentrados y validado con la Dirección de Suministros de la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales se levantaron y firmaron las actas administrativas correspondientes con las cifras conciliadas por ambas partes. En anexo 3 se presentan los inventarios de la Secretaría de Salud en sus Unidades Centrales y Órganos Desconcentrados.

Disminuyeron sus activos fijos las siguientes unidades:

- 000 Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades en -219 581 697 pesos de los cuales 180 666 509 pesos se derivan de los bienes de la unidad 316 Dirección General de Epidemiología, que estaba adscrita a la unidad 000.
- 112 Dirección General de Comunicación Social en -4 337 165 pesos
- 511 Dirección General de Tecnologías de la Información por -6 291 661 pesos
- S00 Comisión de Protección contra Riesgos Sanitarios en -4 613 009 pesos

Incrementaron sus activos fijos las siguientes unidades administrativas:

- R00 Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia en 394 535 708 pesos correspondientes a la Red de Frío.
- 611 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud por 90 540 880 pesos
- 512 Dirección General de Recursos Materiales y servicios Generales por 38 985 208 pesos

- 610 Dirección General de Calidad y Educación en Salud por 13,995,443.57
- N00 Servicios de Atención Psiquiátrica en 12 249 417 pesos

Para el cierre del ejercicio 2012, 4 unidades administrativas tienen asignado presupuesto para incrementar su presupuesto:

- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.- en vehículos para la adquisición de unidades móviles para el Programa Caravanas de la Salud por 81 260 542 pesos y Mobiliario y Equipo por 22 847 386 pesos.
- Dirección General de Epidemiología.- En maquinarias y herramientas, por 6 373 997 pesos y mobiliario y equipo, por 257 795 042 pesos
- Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y HRAE.- Para mobiliario y equipo, por 28 122 059 pesos
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.- en mobiliario y equipo por 54 000 000 pesos

Como resultado a las modificaciones de cuentas descritas en el Manual de Contabilidad Gubernamental del Poder Ejecutivo Federal emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; apeándose a dicho Manual la Secretaría de Salud realizó una reclasificación de cuentas, quedando de la siguiente manera:

Número de Cuenta	Nombre	2011	Número de Cuenta	Nombre	Agosto 2012
12201	Mobiliario Y Equipo	599 010 670	12411	Muebles de Oficina y Estantería	116 139 867
			12413	Equipo de Cómputo y de Tecnologías de la Información	315 982 575
			12419	Otros Mobiliarios y Equipo de Administración	7 891 772
			12421	Equipo y Aparatos Audiovisuales	22 232 092
			12422	Aparatos Deportivos	1 997 610
			12423	Cámaras Fotográficas y de Video	7 054 036
			12429	Otro Mobiliario y Equipo Educativo y Recreativo	11 818
			12431	Equipo Médico y de Laboratorio	418 298 920
			12432	Instrumental Médico y de Laboratorio	612 959 361

Número de Cuenta	Nombre	2011	Número de Cuenta	Nombre	Agosto 2012
12202	Vehículos Terrestres, Marítimos y Aéreos	645 008 289	12441	Automóviles y equipos Terrestres	746 178 278
			12442	Carrocerías y Remolques	1 441 335
			12449	Otros Equipos de Transporte	33 944
12203	Maquinaria, Herramientas y Aparatos	642 034 768	12461	Maquinaria y Equipo Agropecuario	28 463
			12462	Maquinaria y Equipo Industrial	68 474 705
			12463	Maquinaria y Equipo de Construcción	784 346
			12464	Sistemas de Aire Acondicionado, Calefacción y de Refrigeración Industrial y Comercial	2 996 656
			12465	Equipo de Comunicación y Telecomunicación	45 918 355
			12466	Equipo de Generación Electrónica, aparatos y Accesorios Eléctricos	17 218 097
12204	Colecciones Científicas, Artísticas y Literarias	722 236	12471	Bienes Artísticos, Culturales y Científicos	1 727 117
TOTAL		1 886 775 963	TOTAL		2 390 348 758

A continuación, se presenta la integración de cada cuenta, donde se puede apreciar el monto que cada área tiene bajo su resguardo.

Vehículos Terrestres, Marítimos y Aéreos

Es importante destacar que el crecimiento en el monto de 2006 a 2011, se refiere a sustituciones y el fortalecimiento del parque vehicular para la operación, donde destacan las unidades móviles que se utilizan en el Programa de Caravanas de la Salud a cargo de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, el Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades, antes CENAVECE, y la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios.

Cuenta	Unidad	Saldo 2011	Agosto 2012
12202	Vehículos Terrestres, Marítimos y Aéreos	645,008,289.19	747,653,556.28
100	Secretario	946,180.13	7 376 110.09
111	Dirección General de Asuntos Jurídicos	970,730.00	681 805.00
112	Dirección General de comunicación Social		838 654.98
113	Órgano Interno de Control	292,225.83	378 295.00
114	Unidad de Análisis Económico	616 538.00	524 135.00
160	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y HRAE	22 495.91	4 814 475.67
170	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	613 334.97	2 284 664.62
171	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud		109 135.00
172	Dirección General de Relaciones Internacionales	154 500.00	321 770.00
180	Comisión Nacional contra las Adicciones		867 552.17
300	Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud	1 195 572.79	11 836.84
310	Dirección General de Promoción de la Salud	1 288 068.89	1 422 808.74
312	Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones	1 096 247.00	
313	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental	761 870.00	791 395.00
314	Secretariado técnico para las Personas con Discapacidad		316 420.00
315	Centro Nacional para la Prevención de Accidentes	105 790.00	214 925.00
316	Dirección General de Epidemiología		92 549 293.61
500	Subsecretaria de Administración y Finanzas	659 739.96	741 519.97
510	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto	1 417 621.99	1 091 262.99
511	Dirección General de Tecnologías de la Información	374 982.69	709 205.00
512	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	4 426 376.95	9 166 977.98
513	Dirección General de Recursos Humanos	400 886.14	1 791 837.96
514	Dirección General de Desarrollo De La Infraestructura Física	366 507.60	1 346 434.94
600	Subsecretaria de Innovación y Calidad	1 459 647.17	1 342 029.46
610	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	1 983 490.00	2 010 290.00
611	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	375 590 164.16	451 751 360.31
613	Dirección General de Información en Salud	431 900.00	864 952.61
614	Dirección General de Evaluación del Desempeño	223 199.99	332 334.99
615	Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales	1 887 719.45	
E00	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Publica	860 951.31	757 651.31
I00	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	3 142 660.18	3 142 660.18
K00	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	712 068.44	821 203.44
L00	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	33 520 960.80	33 389 802.82

Cuenta	Unidad	Saldo 2011	Agosto 2012
M00	Comisión Nacional de Arbitraje Medico	1 723 540.00	1 841 875.00
N00	Servicios de Atención Psiquiátrica	6 688 964.97	5 477 477.17
O00	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y control de Enfermedades CENAVECE	107 444 414.95	4 376 480.74
Q00	Centro Nacional de Trasplantes	788 469.98	440 969.99
R00	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia	966 483.43	22 745 920.34
S00	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	87 668 576.12	85 179 722.30
T00	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	389 089.95	326 589.95
U00	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	3 140 663.34	2 983 665.96
V00	Comisión Nacional de Bioética	597 310.00	568 461.09
W00	Instituto de Geriatria	78 346.10	78 346.10
X00	Centro Nacional para la Prevención y Control de Accidentes		871 246.96

*Contiene los saldos de la unidad 615 Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales, por ser ésta una sub unidad de la 160.

Maquinaria, Herramientas y Aparatos

Cuenta	Unidad	Saldo 2011	Agosto 2012
12203	Maquinaria, Herramientas y Aparatos	642 034 767.74	138 400 032.45
100	Secretario	4 674 588.62	2 032 250.94
111	Dirección General de Asuntos Jurídicos	2 370 605.24	22 565.65
112	Dirección General de Comunicación Social	6 217 087.62	22 292.95
113	Órgano Interno de Control	3 030 141.11	53 241.60
114	Unidad de Análisis Económico	622 868.39	126 320.44
160	Comisión Coordinadora De Institutos Nacionales De Salud Y HRAE	1 839 206.10	4 885 335.69
170	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	1 317 015.66	10 800.02
171	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud	741 817.68	6 785.00
172	Dirección General de Relaciones Internacionales	1 354 525.31	314 990.64
180	Comisión Nacional contra las Adicciones		264.50
300	Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud	1 707 034.94	8 318.75
310	Dirección General de Promoción de la Salud	3 767 563.91	260 513.30
312	Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones	3 522 179.08	

Cuenta	Unidad	Saldo 2011	Agosto 2012
313	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental	2 323 396.92	508 217.06
314	Secretariado técnico para las Personas con Discapacidad		
315	Centro Nacional para la Prevención de Accidentes	227 856.25	74 903.86
316	Dirección General de Epidemiología		11 929 026.32
500	Subsecretaria de Administración y Finanzas	1 323 634.99	51 357.81
510	Dirección General de Programación Organización Y Presupuesto	2 219 275.98	31 577.18
511	Dirección General de Tecnologías De La Información	7 030 676.07	121 638.25
512	Dirección General de Recursos Materiales Y Servicios Generales	15 115 871.99	2 740 094.82
513	Dirección General de Recursos Humanos	11 988 282.18	161 338.16
514	Dirección General de Desarrollo De La Infraestructura Física	2 852 935.12	19 404.50
600	Subsecretaria de Innovación y Calidad	1 800 233.87	120 355.37
610	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	5 248 022.17	16 355 081.72
611	Dirección General de Planeación Y Desarrollo En Salud	55 979 592.84	5 687 486.28
613	Dirección General de Información En Salud	1 752 662.39	105 465.14
614	Dirección General de Evaluación Del Desempeño	473 476.91	23 109.25
615	Dirección General de Coordinación Y Desarrollo De Los Hospitales Federales	26 839 452.24	
E00	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública		16 220.97
I00	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	6 563 995.18	2 121 283.01
K00	Centro Nacional para la Prevención y el Control Del VIH/SIDA	6 389 924.23	26 505.10
L00	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	79 732 034.19	1 340 277.46
M00	Comisión Nacional de Arbitraje Médico		758 554.30
N00	Servicios de Atención Psiquiátrica	6 697 664.05	2 910 885.93
O00	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades CENAVECE	258 807 787.50	13 413 036.00
Q00	Centro Nacional de Trasplantes	1 586 930.76	3 963.88
R00	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia	2 146 741.94	39 768 170.87
S00	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	110 266 070.63	28 606 626.57
T00	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	1 411 892.21	
U00	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	2 091 723.47	3 181 189.13
V00	Comisión Nacional de Bioética		750.00
W00	Instituto de Geriátrica		103 911.38
X00	Centro Nacional para la Prevención y Control de Accidentes		475 922.65

Mobiliario y Equipo

Cuenta	Unidad	Saldo 2011	Agosto 2012
12201	MOBILIARIO Y EQUIPO	599 010 669.90	1 502 568 052.27
100	Secretario	2 124 464.97	3 830 353.57
111	Dirección General de Asuntos Jurídicos	1 602 678.47	3 082 296.29
112	Dirección General de Comunicación Social	2 055 804.07	3 074 779.21
113	Órgano Interno de Control	1 284 483.78	2 702 442.72
114	Unidad de Análisis Económico	125 431.53	557 097.62
160	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y HRAE	116 844 509.04	195 159 985.48
170	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	230 320.62	606 796.04
171	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud	397 388.98	512 922.63
172	Dirección General de Relaciones Internacionales	145 879.87	1 255 883.57
180	Comisión Nacional contra las Adicciones		401 684.76
300	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	632 676.53	3 022 513.47
310	Dirección General de Promoción de la Salud	992 922.95	2 751 390.17
312	Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones	1 113 259.43	
313	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental	1 437 705.73	3 801 515.58
314	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad	16 469.21	66 633.00
315	Centro Nacional para la Prevención de Accidentes	170 003.48	450 052.61
316	Dirección General de Epidemiología		76 188 111.31
500	Subsecretaría de Administración y Finanzas	645 237.07	1 386 280.06
510	Dirección General de Programación Organización y Presupuesto	3 847 516.61	5 650 015.95
511	Dirección General de Tecnologías de la Información	3 338 665.24	3 620 838.62
512	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	5 696 742.97	52 324 597.68
513	Dirección General de Recursos Humanos	9 076 032.76	18 491 269.75
514	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	695 444.70	3 296 323.29
600	Subsecretaría de Innovación y Calidad	525 237.81	1 878 526.84
610	Dirección General de Calidad y Educación En Salud.	2 907 098.87	5 768 738.93
611	Dirección General de Planeación y Desarrollo En Salud	44 864 686.26	109 536 477.12
613	Dirección General de Información en Salud	302 335.24	2 247 024.91

Cuenta	Unidad	Saldo 2011	Agosto 2012
614	Dirección General de Evaluación del Desempeño	59 840.20	435 175.62
615	Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales	47 401 800.05	
E00	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública	4 787 021.15	3 356 407.64
I00	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	8 436 225.72	12 878 937.89
K00	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	2 368 416.12	7 383 828.38
L00	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	30 617 313.26	107 889 306.35
M00	Comisión Nacional de Arbitraje Médico	8 414 875.91	7 668 424.45
N00	Servicios de Atención Psiquiátrica	35 946 995.81	53 192 788.78
O00	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y control de Enfermedades	65 223 293.66	194 104 282.04
Q00	Centro Nacional de Trasplantes	722 438.53	2 205 405.41
R00	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia	2 363 222.15	337 498 064.57
S00	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	174 535 758.65	254 071 047.13
T00	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	351 855.76	1 773 056.90
U00	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	12 543 418.40	11 360 095.62
V00	Comisión Nacional de Bioética	1 978 010.41	1 668 200.57
W00	Instituto de Geriátrica	2 187 187.93	2 039 795.00
X00	Centro Nacional para la Prevención y Control de Accidentes		3 378 684.74

*Contiene los saldos de la unidad 615 Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales, por ser ésta una sub unidad de la 160.

Colecciones Científicas, Artísticas y Literarias

Es mínimo el acervo que se tiene en este tipo de activos.

Cuenta	Unidad	Saldo 2011	Agosto 2012
12204	Colecciones Científicas, Artísticas y Literarias	722,235.96	1,727,116.83
100	Secretario	271,570.00	1,141,200.00
160	Comisión Coord. de Institutos Nacionales de Salud Y Hospitales de y Alta Esp.		427,860.00
300	Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud	6,389.90	951.00
310	Dirección General de Promoción de la Salud	4,980.21	4,980.00
313	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental		5,700.00
316	Dirección General de Epidemiología		77.60
511	Dirección General de Tecnologías de la Información		981.12
512	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	12,470.00	4,999.40
610	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	145.15	89.11
615	Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales	426,671.00	
M00	Comisión Nacional de Arbitraje Médico		38,000.00
N00	Servicios de Atención Psiquiátrica		1,899.33
Q00	Centro Nacional de Trasplantes		100,000.00
U00	Comisión Nacional de Protección Social en Salud		379.27

*Contiene los saldos de la unidad 615 Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales, por ser ésta una sub unidad de la 160.

Bienes Muebles en Comodato

Se refiere a los bienes que integran la Red de Frío que adquirió el Centro Nacional de la Infancia y la Adolescencia CENSIA, los cuales están bajo el uso, guarda y custodia de las entidades federativas. Su registro establece una temporalidad mientras instalan los mismos, para posteriormente transferirlos como donación a las entidades.

Número De Cuenta	Nombre	Montos	
		2011	Agosto 2012
12932	Bienes Muebles en Comodato	431 924 183.86	36 841 157.23
TOTAL		431 924 183.86	36 841 157.23

La diferencia que se manifiesta de 2011 a 2012, se debe a que está en proceso la formalización del procedimiento del Centro Nacional para la Infancia y Adolescencia CENSIA y las entidades federativas, incluyendo el trámite interno de desincorporación de dichos bienes que corresponden a la Red de Frío que deben incorporar al proceso de conservación y resguardo de los inmunogenos que integran el Programa Nacional de Vacunación. Por tanto el registro de dichos bienes, están bajo la responsabilidad de dicho Centro, formando parte de su patrimonio en custodia.

Bienes Tecnológicos

Estos se integran por bienes adquiridos, que forman parte del inventario, y bienes en arrendamiento, a continuación se mencionan en los cuadros siguientes, aclarando que integran a las unidades administrativas de las áreas centrales y de los órganos desconcentrados:

Bienes Tecnológicos adquiridos.

Áreas Centrales

Número de la Entidad	Nombre de la Entidad	Agosto 2012	
		Cantidad de Bienes	Importe Total
100	SECRETARÍA	32	298 179.39
1A0	CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL	64	1 031 653.31
111	COORDINACIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS	198	1 557 475.24
112	DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL	110	908 484.87
113	ORGANO INTERNO DE CONTROL	106	936 708.56
114	UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO	49	437 290.05
160	COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD	779	13 806 560.12
160	COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD	100	806 310.41

Número de la Entidad	Nombre de la Entidad	Agosto 2012	
		Cantidad de Bienes	Importe Total
160	COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD (DIRECCIÓN GENERAL DE HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA)	87	714 223.04
160J	COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD (HOSPITAL JUÁREZ DEL CENTRO)	127	3 113 973.54
160H	COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD (HOSPITAL NACIONAL HOMEOPATICO)	45	237 789.03
160M	COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD (HOSPITAL DE LA MUJER)	420	8 934 264.10
170	UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	14	208 620.82
171	SECRETARIADO TECNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD	37	242 440.17
172	DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES	115	1 016 774.83
180	COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES	50	325 802.89
314	SECRETARIADO TECNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	1	19 026.90
300	SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	126	227 098.39
310	DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	195	1 980 633.05
313	SECRETARIADO TECNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL	97	1 368 233.60
315	SECRETARIADO TECNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	37	339 918.05
500	SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	62	483 141.93
510	DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO	183	1 740 403.45
511	DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	342	2 162 401.73
512	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES	4509	36 309 928.34
512	DIRECCIÓN DE SUMINISTROS	80	762 867.18
512	COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	198	1 598 425.27
512	ALMACEN DE BAJAS	4231	33 948 635.89
513	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS	653	9 547 950.35
514	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA	310	2 545 816.48
600	SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD	134	1 347 488.56

Número de la Entidad	Nombre de la Entidad	Agosto 2012	
		Cantidad de Bienes	Importe Total
610	DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD	463	3 852 848.48
611	DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD	1926	18 937 405.62
613	DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD	139	1 332 606.78
614	DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	39	380 084.16
TOTAL		10 770	103 344 976

Órganos Desconcentrados

Número de la Entidad	Nombre de la Entidad	Agosto2012	
		Cantidad de Bienes	Importe Total
E00	ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA	188	2 032 448.56
I00	CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUINEA	377	3 214 482.81
K00	CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA	305	2 831 685.45
L00	CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GENERO Y SALUD REPRODUCTIVA	1014	33 093 581.85
M00	COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO	433	4 601 424.34
N00	SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIATRICA	1002	9 612 230.10
N00	SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIATRICA	312	2 572 611.53
N01	HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO	187	2 036 939.08
N02	HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"	187	2 220 293.36
N03	HOSPITAL PSIQUIATRICO JUAN N NAVARRO	176	1 674 370.89
N04	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL CUAUHTEMOC	68	582 871.46
N05	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL IZTAPALAPA	37	235 075.84
N06	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL ZACATENCO	35	290 067.94
O00	CENAPRECE	4606	31 471 355.19
O00	CENAPRECE	3588	20 010 515.76

Número de la Entidad	Nombre de la Entidad	Agosto2012	
		Cantidad de Bienes	Importe Total
O01	INDRE	365	3 498 470.68
O02	DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA	653	7 962 368.75
Q00	CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES	229	1 030 494.90
R00	CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	1366	8 137 675.79
S00	COFEPRIS	9861	108 039 950.60
S00	COFEPRIS	9264	99 977 506.72
S01	CCAYAC	597	8 062 443.88
T00	CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD	109	769 658.42
U00	COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	471	4 581 137.84
V00	COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA	101	891 185.85
W00	INSTITUTO DE GERIATRÍA	2	3 800.00
X00	CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ADICCIONES	263	2 326 486.89
TOTAL		20 327	212 637 599

Bienes Tecnológicos arrendados.

Proveedor de los servicios: OFI-STORE, S.A DE C.V.		
Equipos Arrendados	Al 31 de diciembre de 2011	Al 30 de septiembre de 2012
Descripción	Cantidad	
Computadoras		
Computadora de Escritorio	4989	6257
Computadora portátil	1164	1292
Computadora portátil tipo 2	10	11
Computadora diseño de escritorio	10	14
Computadora diseño portátil	17	24

Proveedor de los servicio: OFI-STORE, S.A DE C.V.		
Equipos Arrendados	Al 31 de diciembre de 2011	Al 30 de septiembre de 2012
Descripción	Cantidad	
Impresoras		
Impresora portátil	51	70
Impresora Láser B/N	794	1080
Impresora Láser color	270	340
Multifuncional de grupo	147	200
Impresora portátil	288	293
Escáner		
Básico de alimentación automática	120	114
De alta velocidad	78	107
NO BREAKE		
No Break PC	5478	6481
No Break PC2	79	80
Otros		
Plotter	8	11

Licencias y medios de software a agosto de 2012

Inventario de Recursos Informáticos (IRI) de Licencias y Medios de Software (CORTE AGOSTO 2012)				
NUM	Nombre	Unidad Administrativa	Unidad	CANTIDAD
1	Software de control de asistencia ZK Software Attendance Managment 2008 (incluye lectores ZK TAC1260 (X628TC)	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	Licencia	1
2	Software Adobe Creative Suite 5.5 Desing Standard	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Licencia	1
3	Software Adobe CS5.5 Web Premium para WINDOWS/MAC	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública	Licencia	1
4	Software Adobe CS5 para Mac y/o Windows	Centro Nacional para la Prevención y el Control contra las Adicciones	Licencia	2
	Software Adobe CS5 profesional para Mac	Comisión Nacional contra las adicciones	Licencia	1
5	Software Suite de Oficina para MAC	Centro Nacional para la Prevención y el Control contra las Adicciones	Licencia	1
6	Kaspersky Antivirus	Dirección General de Promoción de la Salud	Licencia	90
7	Oracle	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	Licencia	1
8	ArcGIS Arcview Desktop Basic Single User Ver. 10	Instituto de Geriatria	Licencia	1
9	Adobe Creative Suite 5.5 Web Premium	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	Licencia	2
10	Software de Antivirus ESSET smart security 5	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	Licencia	320
11	Software Mindjet MindManager 9 Mac Government	Dirección General de Tecnologías de la Información	Licencia	2
12	Mindjet MindManager 2012 Professional for Windows	Dirección General de Tecnologías de la Información	Licencia	8
13	Software Articulate Studio 09 para Windows	Dirección General de Información en Salud	Licencia	1
14	Adobe Creative Suite 4 Master Collection	Instituto de Geriatria	Licencia	2
15	Adobe Creative Suite 5 Master Collection	Instituto de Geriatria	Licencia	2
16	Plataforma Tecnológica de Microsoft	Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios	Licencia	1
17	Adobe Premier CS5	Instituto de Geriatria	Licencia	1

Licencias y medios de software del contrato 072-DCC-S-042-10
Celebrado entre la Secretaría de Salud con la empresa Microsoft

Inventario de Recursos Informáticos (Ir) de Licencias y Medios de Software		
Nombre	Proveedor	Cantidad
ProDsktp ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	2 722
ProDsktpwMDOP ALNG LieSAPk MVL	MICROSOFT	350
ExprssnStdioUlt ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	2
PrjctPro ALNG LicSAPk MVL w1 PrjctSvrCAL	MICROSOFT	55
VisioPrem ALNG LieSAPk MVL	MICROSOFT	57
VisioPro ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	3
VisioStd ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	105
VSProwMSDN ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	17
DynCRMAL ALNG LicSAPk MVL DvcCAL	MICROSOFT	3
DynCRMAL ALNG LicSAPk MVL UsrCAL	MICROSOFT	18
DynGRMEntSvr ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	1
ExchgSvrEnt ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	2
ExchgSvrStd ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	4
OCSStd ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	2
OCSStdCAL ALNG LicSAPk MVL DvcCAL	MICROSOFT	348
PrjctSvr ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	1
PrjctSvrCAL ALNG LicSAPk MVL UsrCAL	MICROSOFT	67
Prjct ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	48
SharePointSvr ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	4
SQLSvrEnt ALNG LicSAPk MVL 1 Proc	MICROSOFT	14
SQLSvrStd ALNG LicSAPk MVL 1 Proc	MICROSOFT	9
SysCtrCnfgMgrSvr ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	1

Inventario de Recursos Informáticos (Ir) de Licencias y Medios de Software		
Nombre	Proveedor	Cantidad
SysCtrMgmtSteEnt ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	2
SysCtrOpsMgrSvr ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	2
VSTeamFndtnSvr ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	1
VSTeamFndtnSvrCAL ALNG LicSAPk MVL UsrcAL	MICROSOFT	11
WinRghtsMgmtSrvcsCAL WinNT ALNG LicSAPk MVL DvcCAL	MICROSOFT	696
WinSvrDataCtr ALNG LicSAPk MVL 1Proc	MICROSOFT	8
WinSvrEnt ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	14
WinSvrStd ALNG LicSAPk MVL	MICROSOFT	29
FrFrntClcSec ALNG SubsVL MVL PerDvc	MICROSOFT	696
FrFrntClcSecMgmtCnsl ALNG SubsVL MVL	MICROSOFT	3
FrFrntOfficeCommsSvr ALNG SubsVL MVL PerDvc	MICROSOFT	696
FrFrntPrctnExchgSvr ALNG SubsVL MVL PerDvc	MICROSOFT	879
FrFrntPrctnExchgSvr ALNG SubsVL MVL PerUsr	MICROSOFT	2 203
FrFrntPrctnSharePoint ALNG SubsVL MVL PerDvc	MICROSOFT	696
OfficeliveMtgStd ALNG SubsVL MVL PerUsr	MICROSOFT	10
TOTAL		9 779

Inventario de sistemas en la Secretaria de Salud de 2007-2012

Inventario de sistemas en la Secretaria de Salud de 2007-2012

Unidad Administrativa	Sistemas
Oficina del C. Secretario	3
Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	1
Órgano Interno de Control	6
Dirección General de Planeación y Desarrollo En Salud	10



Unidad Administrativa	Sistemas
Dirección General de Información en Salud	12
Dirección General de Calidad y Educación en Salud	11
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	2
Dirección General de Promoción de la Salud	5
Subsecretaría de Administración y Finanzas	4
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto	15
Dirección General de Tecnologías de la Información	3
Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	6
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	40
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	13
Comisión de Arbitraje Médico	22
Comisión Nacional de Bioética	3
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	1
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	3
Dirección General de Epidemiología	12
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica	4
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	2
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	5
Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-SIDA	2
Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública	2
Centro Nacional de Trasplantes	1
Servicios de Administración Psiquiátrica	1
Instituto de Geriátrica	1
Hospital de la Mujer	2
Consejo de Salubridad General	2

Bienes Inmuebles

Número De Cuenta	Nombre	Montos	
		2011	Agosto 2012
12502	INMUEBLES	585 892 546	585 892 546
TOTAL		585 892 546	585 892 546

Esta cuenta se integra con las siguientes unidades administrativas

Cuenta	Unidad	Saldo	Agosto 2012
12502	Inmuebles	585 892 545.31	585 892 545.31
514	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	555 473 045.48	555 473 045.48
N00	Servicios de Atención Psiquiátrica	4 484 357.03	4 484 357.03
O00	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades	2 219 143.56	2 219 143.56
S00	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	23 715 999.24	23 715 999.24

Inmuebles en Comodato

El Patrimonio de la Beneficencia Pública PBP, puso a disposición, en comodato, parte de su patrimonio, para que sean utilizados en beneficio del otorgamiento de los servicios de salud.

Descripción del Inmueble	Dirección	Comodatario	
		Diciembre 2011	Agosto 2012
Almacén y Archivo del CENAVECE	Aztlán No. 77 Bis, Colonia La Raza, Azcapotzalco, C.P. 02980, México D.F.	SSA/DGRMSG	SSA/DGRMSG
Centro Nacional de Transfusión Sanguínea	Av. Othon De Mendizabal No. 195 (Antes Carrizo No.256), Colonia Zacatenco, Gustavo A. Madero, C.P. 07700, México D.F.	SSA/DGRMSG	SSA/DGRMSG
Archivo de la Comisión Federal para la Prevención de Riesgos Sanitarios	Cerrada De Revolución No. 31, Colonia San Pedro De Los Pinos, Benito Juarez, C.P. 03800, México D.F.	SSA/DGRMSG	SSA/DGRMSG
Hospital Nacional Homeopático Obra Nueva	Chimalpopoca No. 135, Colonia Obrera, Cuauhtémoc, C.P. 06800, México D.F.	SSA/DGRMSG	SSA/DGRMSG
Almacén y Archivo de la DGDIF	Dr. Mariano Azuela No. 36, Colonia Santa Maria La Rivera, Cuauhtémoc, C.P. 06400, México D.F.	SSA/DGRMSG	SSA/DGRMSG

Descripción del Inmueble	Dirección	Comodatario	
		Diciembre 2011	Agosto 2012
Estacionamiento CENA VECE	Chiquihuite 5ta Cda. No. 28, Col. Barrio De San Juan Ticomán, Deleg. Gustavo A. Madero, C.P. 07350, México, D.F.	SSA/SIN CONTRATO	SSA/SIN CONTRATO
Oficinas, Laboratorios y Consultorios CENSIDA	Flora No. 8, Colonia Roma Norte, Cuauhtémoc, C.P. 06700, México D.F.	SSA/CENSIDA	SSA/CENSIDA
Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud y CENSIDA/ Hospital Epidemiología Obra Nueva	Francisco De P. Miranda No. 77, Colonia Lomas De Plateros, Álvaro Obregón, C.P. 01480, México D.F.	SSA/DGRMSG	SSA/DGRMSG
Subsecretaría de Prevención Y Promoción a la Salud/ Investigación y Prestación de Servicios	Francisco De P. Miranda No. 177, Colonia Lomas De Plateros, Álvaro Obregón, C.P. 01480, México D.F.	SSA/DGRMSG	SSA/DGRMSG
Hospital Juárez del Centro	Jesús Maria No. 155, (San Pablo No. 13) Colonia Centro, Cuauhtémoc, C.P. 06090, México D.F.	SSA/DGRMSG	SSA/DGRMSG
Archivo de la Dirección General de Tecnologías de la Información	Jose Antonio Torres No. 723, Colonia Asturias, C.P. 06850, México D.F.	SSA/DGRMSG	SSA/DGRMSG
Archivo de la Dirección General de Recursos Humanos	Lago Patzcuaro No. 55, Colonia Anáhuac, Miguel Hidalgo, C.P. 11320, México D.F.	SSA/DGRMSG	SSA/DGRMSG
Archivo General de la DGPOP	Toribio Medina No. 350, Colonia Asturias, Cuauhtémoc, C.P. 06850, México D.F.	SSA/DGRMSG	SSA/DGRMSG

Arrendamiento de Inmuebles

A continuación se describen los inmuebles arrendados para atender la operación de las unidades administrativas que ahí se mencionan.

No.	Ubicación Inmueble	Número de Contrato	Vigencia	Superficie M2	Precio Aproximado por Metro Cuadrado	Unidad Administrativa Ocupante	Agosto 2012
1	Avenida Benjamín Franklin No. 132, y Calle Progreso No. 127, Colonia Escandón, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11800	001-DCC-A-001/12	31 Dic 2012	4 793.70	\$145.00	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.	Sin cambios
2	Herschel, No. 119, Pisos 1° al 6° Colonia Anzures, Delegación Miguel Hidalgo,	001-DCC-CMA-001/12	30 Abr 2012	1 170.00	\$126.97	Centro Nacional para la Prevención y el Control de	Conclusión de la vigencia

No.	Ubicación Inmueble	Número de Contrato	Vigencia	Superficie	Precio	Unidad Administrativa	Agosto 2012
	C.P. 11590	Convenio Modificatorio				VIH/SIDA	
* 3	Insurgentes Sur 1685, Pisos 4° y 10° Colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020	002-DCC-A-002/12	31 Dic 2012	1 714.92	\$185.00	Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud	Sin cambios
4	Avenida José Vasconcelos No. 221, Colonia San Miguel Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, C. P. 11850	004-DCC-A-004/12	30 Abr 2012	2 426.83	\$114.21	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	Conclusión de Contrato
5	Obrero Mundial No. 358, Colonia Piedad Narvarte, Delegación Benito Juárez, C.P. 03000	005-DCC-A-005/12	31 Dic 2012	5 441.00	\$123.59	Diversas Unidades Administrativas	Sin cambios
* 6	Avenida Periférico Sur No. 4118, Pisos 1° y 2° Colonia Ex-Rancho Anzaldo, Delegación Álvaro Obregón, C. P. 01900	007-DCC-A-007/12	31 Dic 2012	1 470.13	\$202.98	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Sin cambio
7	Carretera Picacho-Ajusco N° 154-6° Piso, Colonia Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, C. P. 14210	008-DCC-A-008/12	31 Dic 2012	514.32	\$163.75	Centro Nacional de Trasplantes	Sin cambios
8	Poniente 44 No. 3915, Colonia San Salvador Xochimanca, Delegación Atzacapotzalco, C.P. 02870	006-DCC-A-006/12	31 Dic 2012	9 228.40	\$68.27	Dirección de Suministros	Sin cambios
9	Paseo de la Reforma Número 156, y anexo en Lucerna No. 86, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600,	009-DCC-A-009/12	1 Ene-31 Dic 2012	19 314.71	\$191.56	Diversas Unidades Administrativas	Sin cambios
10	Viaducto Miguel Alemán No. 806, Col. Nápoles, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03810	010-DCC-A-010/12	16 Abr-31 Dic 2012	2 931.00	\$148.73	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	Inicio de contrato en abril
11	Herschel, No. 119, Pisos 1° al 6° Colonia Anzures, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11590	011-DCC-A-011/12	1° May-31 Dic 2012	1 151.85	\$162.30	Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA	Inicio de nueva vigencia en mayo

En el mes de abril del presente año dio por concluido el contrato de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, iniciando un nuevo contrato en otro inmueble ubicado en Viaducto Miguel Alemán, por lo que al 30 de junio de 2012, se cuentan con los siguientes contratos vigentes:

**Contratos de Arrendamiento Inmobiliario Suscritos por la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales,
Vigentes 2012, Corte a agosto de 2012**

No.	Ubicación Inmueble	Número de Contrato	Vigencia	Superficie M2	Precio aproximado por metro cuadrado	Unidad Administrativa ocupante
1	Avenida Benjamín Franklin No. 132, y Calle Progreso No. 127, colonia Escandón, delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11800.	001-DCC-A-001/12	01/01/2012 al 31/12/2012	4 793.70	\$145.00	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
2	Insurgentes Sur 1685, pisos 4° y 10°, colonia Guadalupe Inn, delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020.	002-DCC-A-002/12	01/01/2012 al 31/12/2012	1 714.92	\$185.00	Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud.
3	Obrero Mundial No. 358, colonia Piedad Narvarte, delegación Benito Juárez, C.P. 03000.	005-DCC-A-005/12	01/01/2012 al 31/12/2012	5 441.00	\$123.59	Diversas Unidades Administrativas.
4	Poniente 44 No. 3915, colonia San Salvador Xochimanca, delegación Atzacapotzalco, C.P. 02870.	006-DCC-A-006/12	01/01/2012 al 31/12/2012	9 228.40	\$68.27	Dirección de Suministros.
5	Avenida Periférico Sur No. 4118, pisos 1° y 2°, colonia Ex-Rancho Anzaldo, delegación Álvaro Obregón, C.P. 01900.	007-DCC-A-007/12	01/01/2012 al 31/12/2012	1 470.13	\$202.98	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
6	Carretera Picacho-Ajusco N° 154, piso 6°, colonia Jardines en la Montaña, delegación Tlalpan, C.P. 14210.	008-DCC-A-008/12	01/01/2012 al 31/12/2012	514.32	\$163.75	Centro Nacional de Trasplantes.
7	Paseo de la Reforma No. 156 y anexo en Lucerna No. 86, colonia Juárez, delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600.	009-DCC-A-009/12	01/01/2012 al 31/12/2012	19 314.71	\$191.56	Diversas Unidades Administrativas.
8	Viaducto Miguel Alemán No. 806, colonia Nápoles, delegación Benito Juárez, C.P. 03810.	010-DCC-A-010/12	16/04/2012 al	2 931.00	\$148.73	Dirección General de Planeación y Desarrollo

No.	Ubicación Inmueble	Número de Contrato	Vigencia	Superficie M2	Precio aproximado	Unidad Administrativa
			31/12/2012			en Salud.
9	Herschel No. 119, pisos del 1° al 6°, colonia Anzures, delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11590.	011-DCC-A-011/12	01/05/2012 al 31/12/2012	1 151.85	\$162.30	Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/SIDA.

Inmuebles en Arrendamiento Financiero

No.	Domicilio	Unidad Usaria
1	Reforma No. 450 Col. Juárez	Dirección General de Evaluación del Desempeño Servicios de Atención Psiquiátrica Dirección General de Información en Salud Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud Unidad de Análisis Económico Secretariado técnico del Consejo Nacional para personas con Discapacidad Comisión Nacional Contra las Adicciones Dirección General de Relaciones Internacionales
2	Guadalajara No. 46. Col. Roma	Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos Centro Nacional para la Prevención de Accidentes Dirección General de Promoción de la Salud
3	Homero No. 213, Col.-Chapultepec Morales	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud
4	Monterrey No. 33 Col. Roma	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Bienes de Consumo

Número de Cuenta	Nombre	Montos (pesos)	
		2011	AGOSTO2012
11301	Almacenes de Bienes de Consumo	304 889 579	379 706 484
TOTAL		304 889 579	379 706 484

Cuenta	Unidad		Saldo 2011	Agosto 2012
11301	Almacén de Bienes de Consumo		304 889 578.65	379 706 483.58
	100	Secretario		1 615 358.20
	111	Dirección General de Asuntos Jurídicos	189 455.92	0.00
	112	Dirección General de Comunicación Social	261 552.87	2 130 134.68
	113	Órgano Interno de Control	76 793.46	5 447.87
	114	Unidad de Análisis Económico		0.00
	160	Comisión Coord. de Inst. Nacionales de Salud y Hosp. de Alta Esp.		2 281 351.16
	170	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	102 710.68	17 261.30
	171	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud	150 214.68	113 107.10
	172	Dirección General de Relaciones Internacionales	150 394.31	127 035.46
	180	Comisión Nacional contra las Adicciones		0.00
	300	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	31 611.40	572 252.10
	310	Dirección General de Promoción de la Salud	105 511.30	262 594.88
	313	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental		930 447.13
	315	Centro Nacional para la Prevención de Accidentes	345 617.17	632 889.67
	316	Dirección General de Epidemiología		146 241.77
	500	Subsecretaría de Administración y Finanzas	308 660.70	603 886.12
	510	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto		0.00



Cuenta	Unidad	Saldo 2011	Agosto 2012
511	Dirección General de Tecnología de la Información		0.00
512	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	4 792 442.01	7 044 791.48
513	Dirección General de Recursos Humanos		2 833 130.38
514	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física		0.00
600	Subsecretaría de Innovación y Calidad		
610	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	79 046.79	1 526 941.09
611	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud		0.00
613	Dirección General de Información en Salud		190 597.73
614	Dirección General de Evaluación del Desempeño	186 672.30	498 157.49
E00	Administración Del Patrimonio de la Beneficencia Pública	398 963.49	518 709.11
I00	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	2 555 370.66	2 854 051.22
K00	Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH/SIDA	1 223 652.08	1 099 737.53
L00	Centro Nacional de Equidad De Género y Salud Reproductiva	1 031 999.83	1 710 786.77
M00	Comisión Nacional de Arbitraje Médico	384 161.98	500 562.95
N00	Servicios de Atención Psiquiátrica	21 218 487.05	34 886 455.68
O00	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades	50 434 115.84	37 128 110.63
Q00	Centro Nacional de Trasplantes	124 639.91	141 196.56
R00	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia	205 719 278.93	265 417 865.89
S00	Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios	12 273 728.85	9 634 027.19
T00	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	366 852.20	606 463.84
U00	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	2 087 914.34	2 992 594.14
V00	Comisión Nacional de Bioética	133 171.25	491 686.57
W00	Instituto de Geriátrica	156 558.65	192 609.89
X00	Centro Nacional para la Prevención y Control de Accidentes		

13.11.7 PEMG: Síntesis de las acciones y resultados relevantes

“Programa Especial de Mejora de la Gestión en la Administración Pública Federal 2008-2012”PEMG.

Enero a septiembre de 2012

Introducción

En el marco del Programa de Mejora de la Gestión (PMG) 2008-2012 y de acuerdo a los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012, durante el periodo de enero a junio del 2012, la Secretaría de Salud continuó con la ejecución de los proyectos comprometidos en el PMG con la finalidad de avanzar en el cumplimiento de los objetivos planteados en cada uno. En este contexto, actualmente el programa presenta el 65% de sus proyectos concluidos y el 35% restante con avances importantes para su conclusión en 2012.

Actualmente se cuenta con 10 proyectos en ejecución, los cuales se desarrollan en 4 unidades administrativas de la Secretaría de Salud y que se relacionan con los siguientes temas: *Atención Médica en Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Hospitales Regionales de Alta Especialidad y Servicios de Atención Psiquiátrica coordinados por la (CCINSHAE); Mejora de Trámites y Servicios de Alto impacto a cargo de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS); Elaboración del catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica en de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) y desarrollo del Sistema Nacional del Registro Nacional de la Queja Médica a cargo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).* Es preciso comentar que durante este semestre, cada área responsable ha venido trabajando con énfasis en la problemática que atiende cada uno de los proyectos, obteniendo resultados positivos, por lo que se espera llevar a cabo su cierre durante el segundo semestre del año y diseñar en paralelo los respectivos planes de aseguramiento de la mejora.

Los ejes rectores del Programa de Mejora de la Gestión (PMG) 2008-2012 publicado en el Diario Oficial de la Federación en agosto de 2008, se centran en resultados intermedios y finales, grados de desarrollo en las dependencias y entidades, implementación necesaria en las instituciones, así como la coordinación de esfuerzos, personas, recursos, normas, procesos y tecnologías como parte de la mejora de la gestión, además de la captación e integración de las necesidades y opiniones ciudadanas.

En el Programa se especifican estrategias, líneas de acción, indicadores y metas, las cuales han sido herramientas indispensables para el logro de los objetivos concretos del PMG desde sus inicios y a la fecha.

Los tres objetivos generales del PMG son los siguientes:

1. Maximizar la calidad de los bienes y servicios que presta la Administración Pública Federal.
2. Incrementar la efectividad de las instituciones.
3. Minimizar los costos de operación y administración de las dependencias y entidades.

La aplicación de las estrategias planteadas en el PMG, han sido de gran apoyo para obtener un resultado positivo en cada proyecto y en su impacto en los trámites y servicios que se brindan a la ciudadanía, aportando mejoras en los diferentes ámbitos que le conciernen a la Institución.

Con la aplicación del PMG y teniendo como base los proyectos comprometidos por la Institución, los proyectos interinstitucionales que son coordinados por la Dependencia y los proyectos en los cuales participa y que son coordinados otras Dependencias, se promueve la coordinación institucional e interinstitucional para lograr la mejora de las actividades y servicios, las cuales abarcan los temas de atención médica, trámites y servicios, implementación de tecnologías de la información, incorporación de buenas prácticas en procesos y trámites, mejora de los estándares de desempeño y mejora normativa.

Como parte de la operación del programa, durante el periodo de julio a septiembre de 2012 se continuó con el seguimiento correspondiente al Plan de Trabajo de cada proyecto activo, lo cual dio como resultado la conclusión de cuatro proyectos, la gestión de cierre de un proyecto más y el seguimiento de siete proyectos en ejecución.

Estatus general y acciones del periodo de julio-septiembre de 2012

En el mes de marzo de 2012, la Secretaría de Salud remitió a la Unidad de Política de Recursos Humanos de la SFP la información correspondiente con el objetivo 3, estrategia 3.3 relativa al proceso de racionalización de estructuras administrativas en la Secretaría de Salud y sus órganos desconcentrados, consolidando los avances en la meta del programa al cierre de 2011.

Con relación a la actividad **“Actualizar la información del inventario de trámites y servicios vigentes al SAPMG, conforme al registro efectuado por las Instituciones”**, la Secretaría de Salud realizó la actualización del inventario de trámites y servicios vigentes en el SAPMG, lográndose actualizar 237 registros a cargo del sector central y de ocho órganos desconcentrados. Asimismo, participó en la reunión convocada por la Secretaría de la Función Pública para evaluar la calidad de los valores de los indicadores de 25 proyectos del PMG, efectuando adecuaciones en los indicadores de cinco proyectos.

Derivado de la solicitud de la Secretaría de la Función Pública a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para incorporar el proyecto “Programa de Mejora Regulatoria 2011-2012”, se inició con la validación de los compromisos del PMR cargados en el sistema SAPMG, a fin de dar cumplimiento con la primera etapa del proyecto.

El Órgano Interno de Control inició en las áreas de la Subsecretaría de Administración y Finanzas el “Diagnóstico del primer trimestre 2012 en materia administrativa”, adicionalmente y como resultado de las recomendaciones derivadas del “Diagnóstico de eficiencia de la operación administrativa 2011”, la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales comprometió la continuidad de dos acciones de mejora y dos acciones de ahorro para mejorar los procesos de Adquisiciones y Recursos Materiales.

El 12 de julio de 2012 la Secretaría de la Función Pública autorizó prórrogas para la conclusión de los proyectos: “Mejora del proceso de referencia y contrarreferencia”, “Implementar la Cita Médica Telefónica y/o por Internet”, “Mejora del Proceso de Clasificación Socioeconómica de pacientes” y “Mejora del proceso de captación de cuotas de recuperación” a cargo de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) y en los que participan 9 Institutos Nacionales de Salud, 7 Hospitales Generales, 4 Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los Servicios de Atención Psiquiátrica .

La Dependencia autorizó el cierre de los proyectos “Mejora de del Proceso de Consulta Externa, en particular de primera vez” liderado por la CCINSHAE y “FONDEN Reconstrucción” liderado por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP), el 20 y 28 de agosto de 2012, respectivamente, así como el cierre del proyecto “Sistema Nacional de Registro de la Queja Médica SINAREQ” a cargo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Con respecto al proyecto “Gestión del Riesgo en Medicamentos” a cargo de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), se autorizó el cierre de la fase 3 de seguimiento y se encuentra en documentación de la ficha de cierre.

Se efectuaron modificaciones a los trámites y servicios conforme a la actividad 2.1. *Validar y actualizar la información de los trámites y servicios y sus modalidades que se encuentran registrados en el inventario dentro del SAPMG del Diagnóstico de Resultados de la Implementación del Programa Especial de Mejora de la Gestión*, por lo que el día 18 de septiembre se concluyó con la validación y corrección de los trámites y servicios de la Secretaría de Salud y Órganos Desconcentrados.

El 16 de agosto de 2012, la Secretaría de la Función Pública convocó al concurso “Reconocimiento PMG 2012”, en el cual se registró el proyecto de “*Guías de Práctica Clínica*” a cargo de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud y que es operado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), obteniendo el segundo lugar en la categoría “Incorporación de buenas prácticas y mejora de estándares”, asimismo el Instituto Nacional de Rehabilitación que participa en los proyectos interinstitucionales a cargo de la CCINSHAE, obtuvo segundo y tercer

lugar en la categoría “Mejora de procesos, trámites y servicios” con los proyectos “Implantación de Expediente Clínico Electrónico” y “Mejora del Proceso de Consulta Externa, en particular de primera vez”.

Finalmente de los 34 proyectos incorporados al PMG, se tienen 21 concluidos, 1 en fase de cierre, 7 en ejecución, 1 en proceso de cancelación y 4 cancelados.

Los proyectos concluidos de enero a septiembre de 2012, son los siguientes:

1. Regulación Base Cero
Periodo de ejecución: 08/02/2010 al 31/08/2011
Resultado: Se concluyó la fusión de 45 trámites de los inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios a cargo de la COFEPRIS, se eliminaron nueve trámites y se automatizaron cuatro Avisos de Funcionamiento, de los cuales dos se realizan a través del portal “Tuempresa.gob.mx” y dos a través del Sistema Electrónico de Trámites Sanitario (SETRAS).
2. Programa Nacional de Normalización de Fomento Sanitario 2011/COFEPRIS
Periodo de ejecución: 29/11/2010 al 31/12/2011
Resultado: Al finalizar el proyecto, se actualizaron 11 normas obteniendo: cuatro NOM’s publicadas en el DOF, dos proyectos de NOM’s publicadas en el Diario Oficial de la Federación y cinco NOM’s canceladas, cuyos avisos de cancelación se publicaron en el DOF. Finalmente 13 NOM’s fueron reprogramadas.

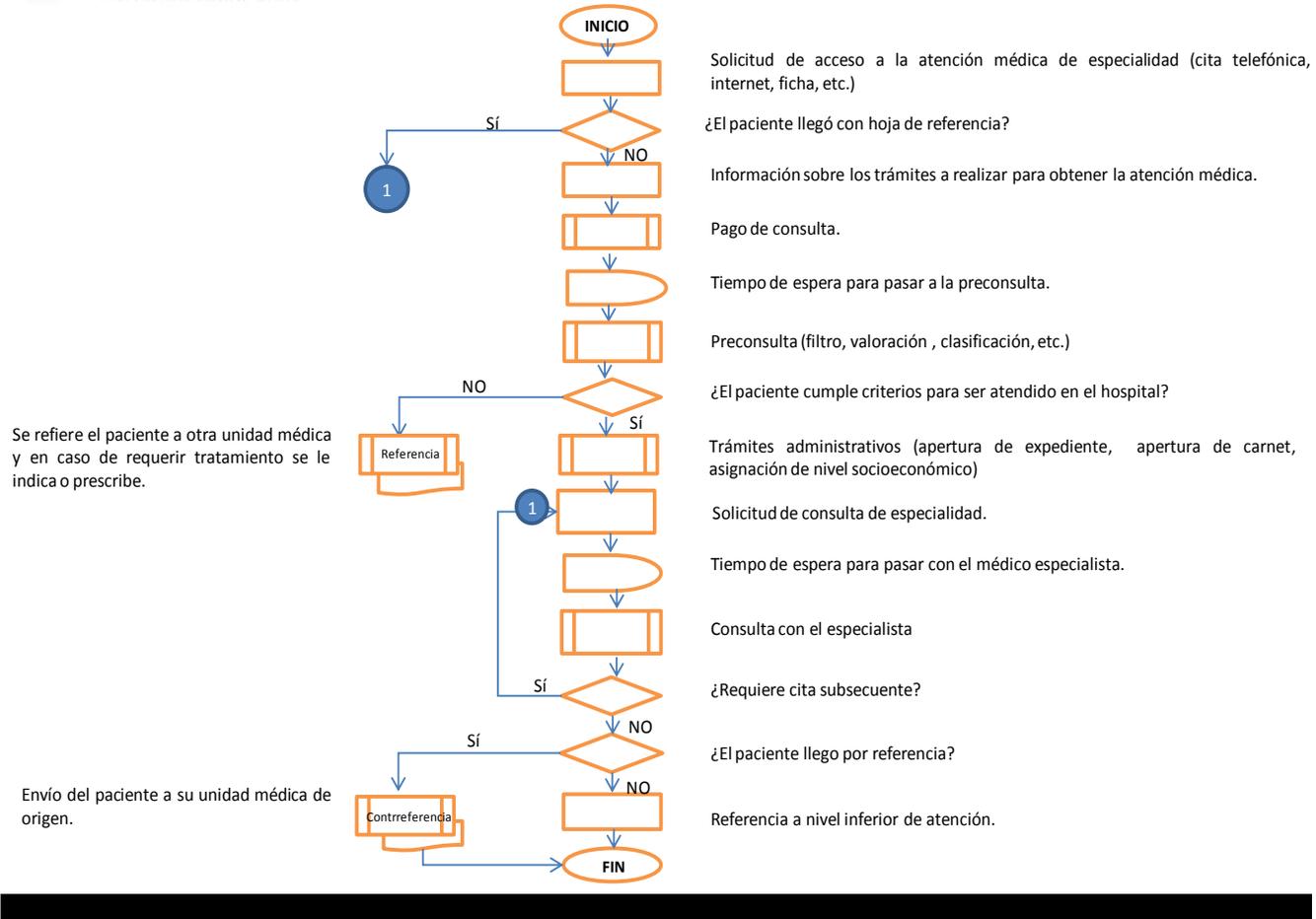
Los proyectos en proceso de cierre, son los siguientes:

1. Mejora del proceso de Consulta Externa, en particular la consulta de primera vez.
Periodo de ejecución: 15/02/2011 al 29/06/2012

Resultado: En este proyecto coordinado por la CCINSHAE que abarca 28 Unidades Médicas (UM), se realizaron actividades de mejora de proceso que incluyen la elaboración de un Modelo General del proceso CCEE, elaboración de un Modelo Específico para la CCEE de cada UM, generación del Manual de Operación del proceso CCEE y capacitación del personal.



B. MODELO GENERAL DEL PROCESO DE CCEE



2. FONDEN Reconstrucción

Periodo de ejecución: 15/07/2011 al 30/06/2012

Resultado: El proyecto tiene como objetivo mejorar la eficiencia operativa del Fondo de Desastres Naturales FONDEN, se realizó el diagnóstico del programa y de acuerdo al informe de la Secretaría de Gobernación, los resultados alcanzados son: Fortalecimiento de las medidas de control y transparencia, así como reducción de los tiempos de respuesta de todas las etapas del FONDEN a través de la automatización de los procesos; solicitud de corroboración por parte de la Entidad Federativa, corroboración que realiza la instancia técnica facultada; actas de instalación y entrega de resultados del Comité de Evaluación de Daños; solicitud de declaratoria de desastres naturales; elaboración de los diagnósticos definitivos; validación de diagnósticos por parte de las dependencias normativas y el de autorización de recursos.

3. *Sistema Nacional de Registro de la Queja Médica (SINAREQ).*

Periodo de ejecución: 21/01/2008 al 29/05/2012

Resultado: Se concluyó la implantación del Sistema SINAREQ en 22 Comisiones Estatales de Arbitraje Médico a nivel nacional y parcialmente con la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. Asimismo, se logró implantar el Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes en la CONAMED (Modulo de Orientación), el Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes para las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, el Portal concentrador de información en Internet y la incorporación de los Portales de Internet de los Comisiones Estatales de Arbitraje Médico en el web hosting de la CONAMED.

Los proyectos en ejecución, son los siguientes:

1. *Guías de Práctica Clínica.*

Periodo de ejecución: 02/07/2007 al 30/11/2012

Resultado: El proyecto centrado en el desarrollo del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica concluyó con la elaboración de 485 Guías de Práctica Clínica en un esquema de colaboración interinstitucional con las instituciones del sistema nacional de salud como son IMSS, ISSSTE, SEMAR, SEDENA, PEMEX y DIF, enfocando las intervenciones críticas en salud con el objetivo de reducir la variabilidad en la practica clínica. Las guías fueron aprobadas por el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica y se han iniciado acciones de difusión sectorial con resultados positivos, así como evaluaciones enfocadas a demostrar su eficacia en la mejora de la calidad de las intervenciones.

1. Gestión del Riesgo en Medicamentos

Periodo de ejecución: 02/02/2009 al 15/07/2011

Resultado: Con relación al avance global para la automatización de 6 trámites comprometidos, se tiene un avance del 45.0 por ciento con el trámite COFEPRIS-04-023 automatizado al 100.0 por ciento, COFEPRIS-04-014 y COFEPRIS-04-004 al 50.0 por ciento, COFEPRIS-04-015 AL 68.0 por ciento. Finalmente los trámites COFEPRIS-05-016-B y COFEPRIS-04-012 cuentan con un 10% de avance en su automatización.

Para el mes de septiembre, se logró la automatización al 100% del trámite “Solicitud de prórroga del Registro Sanitario de Medicamentos alopáticos, vacunas, hemoderivados y biomedicamentos” COFEPRIS-04-023, la automatización al 50% del trámite “Solicitud de Modificación al Registro Sanitario de medicamentos, por cambio de fabricación nacional a extranjera y de extranjera a nacional” COFEPRIS-04-014 y “Registro Sanitario de Medicamentos alopáticos, vacunas y hemoderivados” COFEPRIS- 04-004, así como un 68% de avance en la modificación a las condiciones del “Registro Sanitario de medicamentos alopáticos, vacunas y hemoderivados” COFEPRIS-04-015.

2. Portal tuempresa.gob.mx

Periodo de ejecución: 03/08/2009 al 17/12/2012

Resultado: El portal es creado para facilitar la puesta en operación de empresas en México, a través del uso de medios electrónicos. El ciudadano tiene la posibilidad de que a través del portal, realice todo el proceso para la apertura de una empresa, reduciendo tiempos, costos y la duplicidad de información. El ciudadano puede ingresar a su cuenta y consultar su información desde cualquier computadora que tenga acceso a internet.

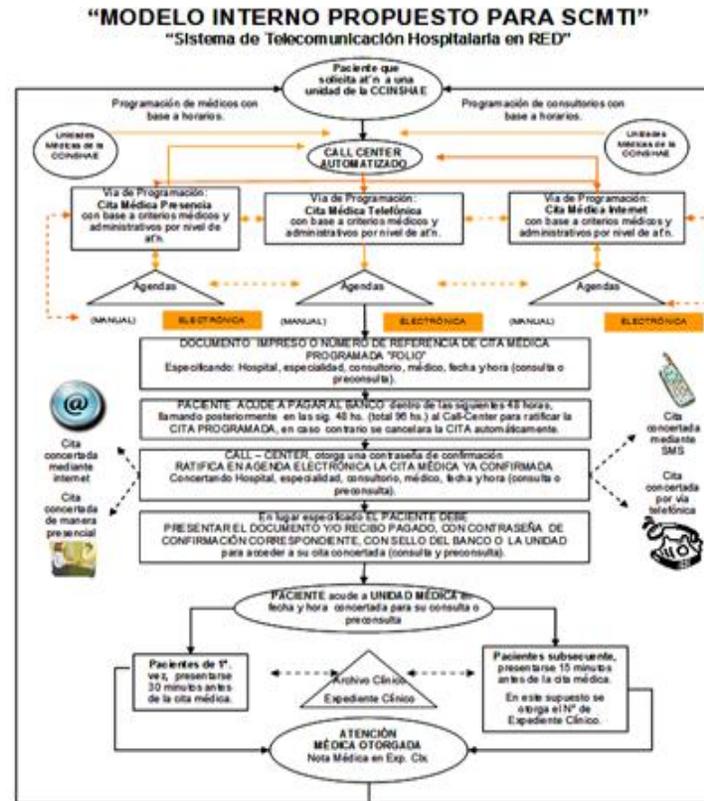
El proyecto es liderado por la Secretaría de Economía y la Secretaría de Salud participa en lo que hace a la automatización de los avisos sanitarios de funcionamiento. El portal está en proceso de implementación y fue creado para facilitar la puesta en operación de empresas en México, a través del uso de medios electrónicos, por lo que el fin es que el ciudadano tenga la posibilidad de que a través del este se realice todo el proceso para la apertura de una empresa, reduciendo tiempos, costos y la duplicidad de información. Cabe mencionar que se encuentra pendiente reportar la conclusión de las actividades con vencimientos correspondientes a la Etapa 1 “Análisis de situación”, 4 “Mejora de procesos, trámites y servicios” y 6 “Uso de herramientas de tecnologías de información y comunicaciones”.

3. Implementar la Cita Médica Telefónica y/o por Internet en las unidades médicas coordinas por la CCINSHAE.

Periodo de ejecución: 15/02/2011 al 29/06/2012



Resultado: Se logró la implementación de la cita Médica en el Hospital Juárez de México a partir de agosto de 2011, además de ocho Unidades médicas que ya contaban con este servicio, con lo que se suman nueve unidades al objetivo del proyecto, sin embargo se han tenido problemas de índole presupuestal en el resto de las unidades médicas participantes, lo que ha retrasado su implementación. La CCINSHAE solicitó prórroga para su conclusión, la cual fue autorizada por la SFP para octubre de 2012.



- 4. Mejora del Proceso de Captación de Cuotas de Recuperación.
 Periodo de ejecución: 15/02/2011 al 30/06/2012

Resultado: Se elaboró el análisis de la situación, identificando los problemas que afectan el proceso, los cuales son: factores externos que afectan el cobro 42.0 por ciento, problemas de personal 18.0 por ciento, problemas de sistema 13.0 por ciento, pérdidas para la institución 11.0 por ciento, factores del paciente 5.0 por ciento, organización de la institución 7.0 por ciento, problemas en caja 5.0 por ciento. Los factores externos que afectan el cobro como las fallas de información interna y externa lo que provoca el retraso de pago. La CCINSHAE solicitó prórroga para su conclusión, la cual fue autorizada por la SFP para octubre de 2012.

5. Mejora del Proceso de Clasificación Socioeconómica de pacientes.

Periodo de ejecución: 15/02/2011 al 30/06/2012

Resultado: Se elaboró el Formato Único para el levantamiento de la información sobre clasificación socioeconómica del paciente, en el que se identificaron problemas como la variación entre los instrumentos utilizados por cada unidad, la diferencia entre los criterios y la diferencia entre la aplicación del estudio en todos sus componentes y la integración del familiograma o no. El acuerdo secretarial para la implantación del modelo y fortalecer la normatividad en la materia se encuentra en desarrollo y firma. La CCINSHAE solicitó prórroga para su conclusión, la cual fue autorizada por la SFP para octubre de 2012.

6. Mejora del proceso de Referencia y Contrarreferencia.

Periodo de ejecución: 15/02/2011 al 29/06/2012

Resultado: Se concluyó el diagnóstico situacional, en el cual se identifica que la variabilidad de las Unidades Médicas, en cuanto a requisitos y manejo de la información. Se modificó indicador “Satisfacción de los usuarios respecto a los productos derivados de un proceso, trámite o servicio”.

La CCINSHAE solicitó prórroga para su conclusión, la cual fue autorizada por la SFP para octubre de 2012.

7. Implantación del Expediente Clínico Electrónico

Periodo de ejecución: 15/02/2011 al 30/06/2012

Resultado: El INCAN y el Instituto Nacional de Pediatría adecuaron el ECE bajo la NOM 024 y desarrollaron acciones de mantenimiento y mejoras de los diferentes módulos. El Instituto Nacional de Rehabilitación generalizó el uso del expediente clínico electrónico conforme a la NOM 024 con la finalidad de elevar la calidad de la atención médica y eliminar el uso de papel. El proyecto presenta retrasos en algunas unidades médicas derivado de cuestiones presupuestales. Cabe mencionar que se encuentra pendiente el reporte en el Sistema de Administración del Programa de Mejora de la Gestión, las actividades con vencimientos de la Etapa 6 “Uso de herramientas de tecnologías de información y comunicaciones” y Etapa 10 “Proyectos inter-institucionales”. En este caso el proyecto presenta desfase para su conclusión desde el mes de junio de 2012 toda vez que la CCINSHAE no gestionó prórroga.

8. Ventanilla Única de Comercio Exterior Mexicano (VUCEM)

Periodo de ejecución: 07/07/2009 al 30/04/2013

Resultado: Se trata de un proyecto interinstitucional a cargo del SAT y en el cual la Secretaría de Salud participa en lo relativo a los trámites sanitarios de importación a través de la COFEPRIS. Con la liberación de la Ventanilla Única se logró el envío de información electrónica, una sola vez, ante una única entidad, para cumplir con todos los requerimientos del comercio exterior, esto es posible a través de la simplificación, homologación y automatización de los procesos de gestión. Desde la liberación del portal www.ventanillaunica.gob.mx, en octubre de 2011, al 31 de mayo de 2012, se han realizado más de 130,000 operaciones, registro más de 49 mil usuarios de un universo de alrededor de 60 mil, registro de 260,000 comprobantes de valor electrónico (facturas), digitalización de 108,000 documentos. Finalmente el SAT informó que a partir del 1 de junio de 2012 inicia el uso obligatorio de la Ventanilla Única para todos los usuarios del comercio exterior, en todas las aduanas del país. Se encuentra pendiente el reporte en el Sistema de Administración del Programa de Mejora de la Gestión de las actividades con vencimientos correspondientes a la Etapa 6 “Uso de herramientas de tecnologías de información y comunicaciones”.

Conclusiones

La implantación del Programa de Mejora de la Gestión en la Administración Pública Federal 2008-2012, contribuyó de manera importante a que la acción de gobierno fuera más eficaz y eficiente en los rubros relacionados con servicios, trámites y procesos internos.

Durante el desarrollo del PMG, la Secretaría de Salud fue la dependencia que incorporó más proyectos a dicho programa con 33 proyectos, en 28 de los cuales logró cristalizar acciones y obtener resultados tangibles en los servicios que brinda, aportando procesos más adecuados a la demanda del ciudadano y en especial en la atención médica que es requerida por la población en general, a través de la disminución de tiempos de espera, clasificación, referencia y gestión de requerimientos, además de impulsar la gestión de registros ordenados y estandarizados entre los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Hospitales Regionales de Alta Especialidad y Servicios de Atención Psiquiátrica. Por otra parte, logró que sus beneficios reflejaran la simplificación de los procedimientos del sector, eficientando la información requerida para la importación, exportación y tránsito de mercancías mediante la participación de la COFEPRIS en proyectos interinstitucionales de alto impacto.

Es necesario recalcar la importancia que reviste la mejora de la Gestión Pública en las Dependencias y Entidades basada en el impulso a la cultura de mejora con enfoque al ciudadano y el incremento de la eficacia de las instituciones para cumplir con los objetivos para los cuales fueron creadas, lo que sin duda permitirá continuar elevando los niveles de competitividad del país y profundizar en el impacto de

las políticas públicas orientadas a incrementar los beneficios a la población y asegurar sus niveles de bienestar, ejes fundamentales de toda acción de gobierno.

13.11.8 PNRCTCC: Síntesis de las acciones y resultados relevantes.

Introducción

El Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008-2012 fue elaborado tomando como punto de partida la Visión México 2030 y el Plan Nacional de Desarrollo. Asimismo, toma en cuenta el resultado de una amplia consulta con actores relevantes de la sociedad que han aportado elementos de diagnóstico y de acción.

En este Programa se expresan los objetivos, las estrategias y las líneas de acción que buscan consolidar una política de Estado que permita fortalecer las buenas prácticas dentro de la Administración Pública. Esto se hará con un enfoque de gestión más abierto, honesto, transparente y con una renovada vocación de rendición de cuentas.

Los seis objetivos estratégicos que se plantean en el Programa y que contribuyen a la alineación de los ejes institucionales del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 son:

1. Consolidar una política de Estado en materia de información, transparencia y rendición de cuentas.
2. Fortalecer la fiscalización de los recursos públicos y mejorar el control interno de la Administración Pública Federal para que contribuya a la efectividad y el desempeño de las instituciones.
3. Contribuir al desarrollo de una cultura de apego a la legalidad, de ética y responsabilidad pública.
4. Institucionalizar mecanismos de vinculación y participación ciudadana en el combate a la corrupción y la mejora de la transparencia y de la legalidad.
5. Establecer mecanismos de coordinación de acciones para el combate a la corrupción en la Administración Pública Federal.
6. Combatir la corrupción en instituciones del gobierno federal que participan en la prevención, investigación y persecución de los delitos, así como en la ejecución de sanciones penales.

Este Programa, impulsa acciones en materia de participación ciudadana, transparencia, rendición de cuentas y legalidad que sirvan para establecer valores y principios que guíen y orienten la actuación de los servidores públicos y de la sociedad en el combate a la corrupción.

Lo que se buscó con la implementación de este Programa es fortalecer las prácticas y valores dentro de la función pública con un enfoque de gestión más abierto a la participación de la sociedad, honesto, transparente y con una nueva vocación para rendir cuentas sobre las acciones y compromisos que se generen con la ciudadanía. Asimismo, se persigue una mejor coordinación entre las instancias responsables del combate a la corrupción, particularmente en aquellas que están encargadas de la seguridad pública.

El Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008–2012, es un programa de carácter especial y de observancia obligatoria para la Administración Pública Federal, para generar una cultura social de rendición de cuentas, combate a la corrupción y apego a la legalidad, a partir de la transformación de procesos del propio gobierno federal y de la redefinición de las relaciones entre el Estado y la sociedad.

Hablando de transparencia y rendición de cuentas en el 2008 la Secretaría de Salud se encontraba entre las cinco primeras diez dependencias o entidades con mayor número de solicitudes de información, como se muestra en el siguiente gráfico:

Antecedentes

La Secretaría de la Función Pública a través de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Intersecretarial para la Transparencia y el Combate la Corrupción (SECITCC) dio a conocer el Programa de Transparencia y Rendición de Cuentas en el año 2007 con 13 temas, en los cuales participó la Secretaria de Salud y los órganos desconcentrados, durante los siguientes años dichos tema, sufrieron modificaciones y ajustes como se muestra a continuación:

2007	2008	2009	2010	2011	Junio 2012	Agosto 2012
Transparencia Focalizada	X	X	X	X	X	X
Blindaje electoral	X	X	X	X	X	Sin acciones pendientes
10 Instituciones con Trámites, Procesos y Servicios Críticos	X	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
Participación Ciudadana	X	X	X	X	X	X
Convenciones Internacionales	Convenciones Internacionales	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
Convenios contra la Discriminación	Cultura de la Legalidad A. Ética y responsabilidad pública	Cultura Institucional	X	X	X	X

2007	2008	2009	2010	2011	Junio 2012	Agosto 2012
	B. No discriminación y equidad de género C. Vigilancia y cumplimiento					
Mejora de la Página Web de las Instituciones de la APF	Ordenar la imagen de la APF ante el ciudadano A. Mejorar los sitios Web de las instituciones de la APF B. Imagen de las instituciones de la APF	Mejorar los sitios Web de las instituciones de la APF	X	Mejora de los Sitios Web Institucionales	X	Sin acciones pendientes
Abatimiento del rezago en educación	Abatimiento del rezago educativo de los servidores públicos	Rezago Educativo: El buen Juez por su casa empieza	X	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
Programa Cero observaciones	Control de la Gestión Pública: A) Programa Cero Observaciones	Programa Cero Observaciones	X	X	X	X
Extinción y Regulación de Fideicomisos	B) Extinción y Regulación de Fideicomisos	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
Normas Generales de Control Interno	A) Normas Generales de Control Interno	Control Interno Institucional	X	X	X	X
	Compras Claras	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
	Programa de Mejora de Gestión	Paso a ser un programa aparte	Paso a ser un programa aparte	Paso a ser un programa aparte	Paso a ser un programa aparte	Paso a ser un programa aparte
Bitácora electrónica de obra pública	X	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
Reducción de riesgos de corrupción y análisis de índices	Acciones para prevenir la corrupción y análisis de índices	Se eliminó	Se elimino	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
	Promoción de la cultura física y el deporte en los servidores	5 pasos	X	X	Paso a ser un programa aparte	Paso a ser un programa aparte

2007	2008	2009	2010	2011	Junio 2012	Agosto 2012
	públicos de la APF					
		Programas Sectoriales	X	X	X	X
					Lineamientos de integridad y ética	X

Durante el año 2007 se atendieron 11 de los 13 temas, los dos que no fueron aplicables a la Secretaría de Salud son: Cero observaciones y bitácora electrónica de obra pública.

Para la atención de los temas participaron las áreas centrales, órganos desconcentrados y los organismos públicos descentralizados, alcanzando globalmente un Índice de Seguimiento de Transparencia (IST) de 9.2 puntos de 10.0, contribuyen las áreas centrales (AC) con 9.6; los órganos desconcentrados (OD) con 9.3, y los organismos públicos descentralizados (OPD) con 8.7 por ciento, respectivamente.

Durante el 2008, se dio continuidad a las actividades del Programa de Transparencia y Rendición de Cuentas, tanto a nivel central como en los Órganos Desconcentrados, los Organismos Públicos Descentralizados y Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México (BIRMEX), estableciéndose la coordinación interinstitucional para atender los diversos cambios que registró el programa entre 2007 y 2008, los cuales mencionaremos:

- La ampliación del tema 6, Convenios contra la Discriminación, en su concepción y amplitud a Cultura de la Legalidad, en tres subtemas: a) ética y responsabilidad pública; b) no discriminación y equidad de género, y c) vigilancia y cumplimiento de la política de igualdad entre mujeres y hombres.
- La recomposición del tema nueve Programa Cero Observaciones, a Control de la Gestión Pública, quedando integrado por tres temas del año anterior, como subtemas: a) programa cero observaciones; b) extinción y regulación de fideicomisos, y c) normas generales de control interno.
- Mejora de la página de Internet de las instituciones de la APF, ordenar la imagen de la APF ante el ciudadano, con dos subtemas: a) mejora de los sitios web de las instituciones de la APF, y b) imagen de las instituciones de la APF.
- Abatimiento del rezago en educación, por abatimiento al rezago educativo de los servidores públicos.
- Reducción de riesgos de corrupción y análisis de índices, por acciones para prevenir la corrupción y análisis de índices.
- Se incorporaron dos temas; Compras claras y Promoción de la cultura y el deporte en los servidores públicos de la APF.

Para el 11 de diciembre de 2008, se emite el DECRETO por el que se aprueba el Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008-2012, por parte de la Secretaria de la Función Pública. Como resultado de la aplicación del Programa Nacional la Secretaría de Salud ejecuta acciones en los temas de Transparencia Focalizada, Blindaje electoral, Participación Ciudadana, Cultura Institucional, Mejorar los sitios

Web de las instituciones de la APF, Rezago Educativo: El buen Juez por su casa empieza, Programa Cero Observaciones; Control Interno Institucional, Programas Sectoriales.

Como consecuencia, desde 2008 a 2012 se han realizado acciones que contribuyen al cumplimiento de este Programa Nacional, de las cuales se destacan las más relevantes a continuación:

Agosto 2012

Para el mes de agosto se dieron por concluidas las acciones establecidas en las guías del tema de Mejora de las páginas web y blindaje electoral, es importante mencionar que se continuará dando seguimiento a los temas, con la finalidad de mantener las mejoras realizadas.

Transparencia Focalizada

De enero a agosto de 2012, la Secretaría de Salud realizó:

- Homologación del formato del Menú de Transparencia en todas las Páginas Web de la Secretaría de Salud, con los nueve temas que son:
 1. Normatividad en materia de transparencia.
 2. Comité de información.
 3. Transparencia focalizada
 4. Indicadores de programas presupuestarios
 5. Recomendaciones dirigidas a la Secretaria de Salud
 6. Estudios y opiniones
 7. Programa de Plan Nacional de Desarrollo
 8. Rendición de Cuentas
 9. Participación ciudadana
- Homologación del formato de Transparencia Focalizada.
- Colocó los enlaces a estos sitios desde el Menú de Transparencia/Normatividad en materia de transparencia.

- Eliminó cualquier otro tipo de información.
- Verificó que no se encuentren rotos los enlaces.
- Forman parte de este tema tres programas y/o estrategias de salud cercanos a la gente, por lo que se consideró necesario continuar informándolos como parte importante -en “Transparencia focalizada”, como son:

1. Seguro Popular
2. Seguro Médico para una Nueva generación
3. Comisión Federal para la protección Contra Riesgos Sanitarios.

Para el mes de agosto de 2012, se incorporó al apartado de Rendición de Cuentas de la Secretaría, se actualizaron los formatos y contenidos del Tema 7, correspondiente al Programa de Plan Nacional de Desarrollo. Asimismo se realizó el reporte a te la Secretaría de la Función Pública del cumplimiento de las acciones de homologación y actualización de los contenidos en todas las Páginas Web de la Secretaría de Salud y sus órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud.

Se proyecta que para noviembre de 2012 se hayan realizado las acciones de difusión de los temas identificados como “Información Socialmente Útil y Focalizada” en todos los órganos desconcentrados de la Secretaría. Es importante mencionar que el seguimiento de la aplicación de las acciones de este tema es de carácter permanente.

Asimismo para este periodo (Nov-Dic 2012) se contempla completar la información pendiente relativa a los temas:

- Recomendaciones dirigidas a la Secretaria de Salud
- Estudios y opiniones

Blindaje Electoral

Introducción

Durante el proceso electoral federal 2011-2012, el Gobierno Federal puso en marcha una estrategia de Blindaje Electoral en la cual se estableció un conjunto de acciones orientadas a fortalecer la prevención, atención, seguimiento y sanción de responsabilidades administrativas y de delitos electorales, cometidos por servidores públicos federales.

En este sentido, en coordinación con la Fiscalía Especializada para la Atención de Delitos Electorales (FEPADE) y en el marco de las acciones de Blindaje Electoral a las cuales ha dado seguimiento la Secretaría de la Función Pública, las dependencias y entidades correspondientes al Sector Salud han desarrollado diversas actividades en materia de Control Interno, Difusión, Capacitación, fortalecimiento de Mecanismos de Denuncia y vigilancia de Programa Social Seguro Médico para una Nueva Generación Lo anterior, con la finalidad de evitar que los recursos públicos sean utilizados con fines electorales.

Es importante señalar que dichas acciones se encuentran contenidas en el Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008-2012, así como en el Acuerdo de Bases de Colaboración Interinstitucional en materia de Blindaje Electoral, suscrito en el 2008.

SECRETARÍA DE SALUD

Acciones y Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos por las treinta y nueve unidades administrativas que conforman la Secretaría de Salud, entre unidades centrales, órganos desconcentrados por función, organismos públicos descentralizados, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A., empresa paraestatal. Cabe mencionar que se cuenta con los Formatos de Seguimiento (FS) y de Consolidación (FC) que acreditan la información presentada, cuyo soporte documental se encuentra bajo resguardo de la dependencia correspondiente, de acuerdo a lo manifestado por las personas responsables del Blindaje Electoral en las mismas.

SECCIÓN "A"

Control Interno

Las unidades que participaron en control interno fueron las 39 con un porcentaje del 100.0 por ciento de cumplimiento de la Secretaría de Salud. A continuación se mencionan las acciones realizadas:



Recursos Humanos

El personal continuó laborando de manera normal, registrando sus asistencias a los centros de trabajo en los sistemas establecidos para ello, así como, en los casos de permisos y vacaciones se realizaron a través de los procedimientos establecidos. En este sentido, no se registraron reportes o denuncias de que el personal estuviera haciendo uso indebido de sus horarios de trabajo para actividades relacionadas con el proceso electoral.

Recursos Materiales

El control de bienes e insumos de consumo se continuó aplicando de manera permanente, no habiendo reportes o denuncias de uso indebido de éstos.

Parque vehicular

El control del parque vehicular se tiene establecido en cada unidad administrativa de acuerdo a las asignaciones autorizadas por normatividad. La mayoría del parque vehicular es para la operación en general, estableciéndose el uso de cada vehículo para uso oficial. Sobre este punto, no se recibieron reportes o denuncias sobre el uso indebido del mismo.

Propaganda Política al Interior de las áreas de trabajo

No hubo propaganda electoral en las instalaciones que ocupan las unidades administrativas.

Respecto al uso de recursos presupuestarios, se verificó el ejercicio adecuado de los mismos, que fueran para el cumplimiento de los objetivos de cada unidad administrativa.

Programas Sociales

Se informó a la población que los programas sociales no están condicionados a favor de ningún partido y no se utilizaron los programas en favor de campañas políticas.

Difusión de Material y/o campañas en materia de prevención de responsabilidades

- En Página Web de la Secretaría de Salud en el link de Blindaje Electoral se puso a disposición la difusión, capacitación, material de apoyo y ligas de interés. Asimismo a través de la página Web y el correo electrónico, se informó al personal adscrito de las 39 unidades administrativas integradas por 60,549 servidores públicos de la veda electoral establecida con motivo del proceso de elecciones federales para que suspendieran la difusión en los medios de comunicación social toda la información que se pudiera considerar como propaganda gubernamental, salvo las campañas relativas a servicios educativos y de salud, o las necesarias para la protección civil de emergencias.
- Para mayor información se informó al personal de la disposición de la página de la Secretaría de la Función Pública, donde había mayor información sobre el tema.
<http://www.funcionpublica.gob.mx/index.php/programas/blindaje-electoral.html>
- Todas las Páginas Web de la Secretaría de Salud, aplicaron el veto electoral, inhabilitando la información que pudiera considerarse de apoyo al proceso electoral, concluido éste, se fue habilitando la misma.
- Se dio a conocer a través de videos y carteles la información en materia de delitos y denuncias electores, colocándose en lugares estratégicos de mayor afluencia.
- Según acuerdo de octubre de 2011 se reportó a la FEPADE el inventario de las diferentes salas de espera que se contaron en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad con el siguiente equipo: 151 televisiones, 15 pantallas, cinco cassettes, 11 reproductores de CD's, 40 reproductores de DVD's, 13 Videocaseteras formato VHS, para llevar a cabo la difusión en materia electoral.
- A través de la Página Web de cada unidad administrativa se puso a disposición la Guía de Responsabilidades Administrativas, el ABC de los Servidores Públicos y la Normatividad aplicable en materia electoral.

Capacitación:

- En 19 unidades administrativas tomaron el curso de capacitación con un total de 3 546 servidores públicos. Destaca en este punto la participación de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios y el del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), con más de mil servidores públicos cada una.
- Es importante considerar que en las elecciones llevadas a cabo en el 2011, el personal responsable de los programas sociales tuvieron acceso a la normatividad en materia de procesos electorales.

SECCIÓN “B”

Mecanismo de recepción de quejas o denuncias.

Según acuerdo de octubre de 2011 se reportó a la FEPADE el inventario de CALL CENTER del Sector Salud, donde la ciudadanía solicita información relacionada con temas de salud y donde eventualmente se pudiera referir a la FEPADE sobre temas electorales.

En general las 39 unidades administrativas, ubicaron 1,405 buzones a nivel nacional para recibir denuncias, algunas unidades a través de circulares o carteles informaron al personal que se contaba con dichos buzones disponibles.

En el caso de las entidades federativas, para el Seguro Popular se establecieron diferentes mecanismos de denuncia como los siguientes:

- Aguascalientes.- Para los usuarios del Seguro Popular se difundió el número gratuito 01 800 025 11 11, mismo que además de servir para informar a los beneficiarios del Programa del Seguro Popular, invitó a la ciudadanía a presentar sus quejas o denuncias ciudadanas en temas electorales.
- Colima.- puso a disposición 140 buzones en las unidades médicas, así como también un buzón en las oficinas administrativas de Seguro Popular para quejas sugerencias.
- Distrito Federal.- Se colocaron etiquetas alusivas para la presentación de quejas y denuncias ante la FEPADE, en los buzones de quejas instalados en el inmueble de Chimalpopoca y en módulos de atención y orientación del Sistema de Protección Social en Salud del D:F:
- Guanajuato.- Se creó un cartel para la difusión de blindaje electoral dirigido a la población en general, a efecto de mantenerla informada y fomentando la denuncia en caso de alguna irregularidad, en cada una de las 596 unidades médicas del estado, existe al menos un buzón para la recepción de planteamientos ciudadanos.
- Guerrero.- Se difundieron los números telefónicos 747 49 43 100 est.1378 y 747 47 846 89 y el correo electrónico sinacguerrero@hotmail.com para manifestar quejas y denuncias.
- Sinaloa.- Carteles con la información para presentar quejas y denuncias fueron entregados en los módulos de afiliación y pegados en los accesos para conocimiento de los beneficiarios del sistema. Entre otros.



SECCIÓN “C”

Programas Sociales

La Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE cuenta con programas sociales, que han sido blindados a través de la comunicación permanente de que son programas públicos, que no están sujetos al condicionamiento de cualquier partido para tener derecho a ellos.

Dentro de éstos, destacan:

- Seguro Popular
- Seguro Médico para una Nueva Generación
- Desarrollo Humano – Oportunidades
- Caravanas de la Salud
- IMSS – Oportunidades
- Comunidades Saludables
- PrevenISSSTE, entre otros.

COMENTARIOS ADICIONALES

Es importante establecer que las acciones de prevención establecidas en los procesos electorales anteriores, han generado una cultura en materia electoral, sobre todo entre el personal con antigüedad mayor a 6 años, quienes han conocido de los instrumentos normativos, y de capacitación en este tema.

Debemos agregar la importante difusión que la FEPADE y el IFE desarrollaron durante el proceso electoral, que apoyó de manera decisiva al conocimiento de lo que se podía hacer y lo que constituía un delito electoral.

Comentarios y Conclusiones

- La dependencia y las entidades del sector salud, aplicaron el control interno en materia de recursos humanos, materiales y financieros, hasta la fecha no se conoce o se han recibido reportes o denuncias que establezcan actos en perjuicio de la operación o que afecten los bienes patrimoniales, con motivo del proceso electoral.
- El personal tuvo a su disposición la normatividad en materia de blindaje electoral, algunos tomaron los cursos disponibles y recibieron información sobre los medios disponibles para conocer sobre las obligaciones y posibles sanciones a que se hacían acreedores los servidores públicos de no cumplir a cabalidad con lo establecido por las leyes en la materia.
- El personal de salud, conciente de la importancia que tiene la atención a la población, asistió a sus labores de manera rutinaria.
- Se estableció vigilancia estrecha al uso del parque vehicular.
- La difusión se dio a través de diversos medios, como carteles, circulares, mensajes a través de los correos institucionales y sobre todo por medio de las páginas web de la dependencia y entidades, donde se estableció un banner que daba acceso a la Secretaría de la Función Pública y a la Fiscalía Especializada para la Atención de Delitos Electorales FEPADE.
- Se cumplió con la veda electoral, no promoviendo acciones de gobierno que presumieran que se estaba informando de los logros de los programas federales. Solo se promovió vía campañas de difusión las acciones de programas prioritarios que por las coincidencias de los meses de aplicación de los mismos debían reiterarse a la población la importancia de realizar las acciones de salud pertinentes.
- En las páginas web de la dependencia y entidades, se inhabilitaron los accesos a información que manifestara de los resultados de los programas, tal y como lo establecieron las Oficinas de la Presidencia de la República.
- De los programas sociales se informó que su otorgamiento no estaba sujeto al condicionamiento del voto, sino eran públicos y gratuitos. Acción que es de carácter permanente.
- Convenios firmados con la FEPADE: en marzo de 2009 la Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en el seno del Consejo Nacional de Salud; el 21 de febrero de 2012 el IMSS; 2 de agosto de 2005 el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Infancia DIF, aún vigente.

- Es importante establecer que las acciones de prevención establecidas en los procesos electorales anteriores, han generado una cultura en materia electoral, sobre todo entre el personal con antigüedad mayor a 6 años, quienes han conocido de los instrumentos normativos, y de capacitación en este tema.

Debemos agregar la importante difusión que la FEPADE y el IFE desarrollaron durante el proceso electoral, que contribuyó de manera decisiva al conocimiento de lo que se podía hacer y lo que constituía un delito electoral.

- Es importante destacar que en algunas notas de prensa se informaba de posibles delitos electorales, los cuales no fueron canalizados ni reportados por las unidades administrativas del sector salud. Dicha información pudiera estar identificada o en los archivos de la FEPADE, la cual desconocemos.

Los resultados manifestados por las unidades administrativas, establecen que existen áreas de oportunidad a las cuales habrá que incidir en los próximos procesos como en capacitación y difusión. En este último punto de manera integral y no particular por las unidades de la APF; a estas, habrá que agregar las que derivado de las denuncias que identifique la FEPADE, puedan constituir acciones prioritarias por prevenir.

Con estas acciones este tema se considera concluido, con un porcentaje de cumplimiento por parte de la institución de 100.

10 Instituciones con Trámites, Procesos y Servicios Críticos

Este tema inicia en el 2007 con el objetivo de mejorar sustancial y palpablemente los procesos, trámites y servicios de mayor impacto ciudadano, combatir la corrupción y generar un clima de confianza entre los usuarios. Durante 2007 se realizó el diagnóstico que permitió definir tres indicadores relacionados: cumplimientos de estándares de autorización, establecimiento del sistema interinstitucional de control de permisos de importación y selección de usuarios, con el propósito de atender los problemas de control interno relacionado con la emisión de autorizaciones y verificación sanitaria.

Para el ejercicio 2008 este tema no le aplico a la Secretaría de Salud, a partir de 2009 la Secretaría de la Función Pública eliminó el tema.

Participación Ciudadana

Para el 2012 la Secretaría de Salud en sus Áreas Centrales, no contó con programas donde se asignen recursos económicos a personas físicas o morales.

Con respecto a los órganos Desconcentrados, solamente participaron en proceso de consulta ciudadana para Informe de Rendición de Cuentas las siguientes Unidades

- Administración del Patrimonio de Beneficencia Pública. APBP.- Tema: Participación ciudadana en procesos de licitación
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA CENSIDA.- Tema: Gestión de rendición de cuentas logros 2007-2011
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva CNEGySR.-Tema: Salud materna y perinatal

Dichas unidades, están programando sus reuniones con los grupos sociales solicitantes llevarse a cabo antes de noviembre de 2012, en el caso del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva CNEGySR tiene programada la reunión para finales del mes de agosto.

Para el corte correspondiente al mes de agosto de 2012, se llevaron a cabo los Ejercicios de Rendición de Cuentas entre las Unidades Administrativas con solicitudes ciudadanas (APBP, CENSIDA y CNEGySR), y organizaciones de la Sociedad Civil.

Asimismo se homologó el formato y los contenidos correspondientes a este programa en todas las Páginas Web de la Secretaría de Salud y sus órganos desconcentrados y se incluyeron los reportes de los Ejercicios de Rendición de Cuentas de las Unidades Administrativas con solicitudes ciudadanas (APBP, CENSIDA y CNEGySR) en la Página Web de la Secretaría de Salud

Cultura institucional

ENERO-AGOSTO DE 2012

El 17 de enero se llevó a cabo una reunión con todos los enlaces responsables del Programa de Cultura Institucional en cada uno de los órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, con el propósito de unificar y homologar las acciones y compromisos en un solo Programa Institucional Centralizado, que propicia la colaboración y el trabajo en equipo en el cumplimiento de los objetivos generales del Programa.

De esta reunión se establecieron acuerdos para el desarrollo del Plan Institucional Centralizado, el cual contiene todas las actividades que realizará la Secretaría de Salud en sus áreas Centrales y sus órganos desconcentrados, relativos al Programa de Cultura Institucional, lo cual fue notificado al INMUJERES, como Institución responsable del seguimiento y calificación del Programa.

Asimismo, como parte de los compromisos y acciones realizadas por el Comité de Prevención y Atención a Casos de Hostigamiento y Acoso Sexual, se han realizado 3 Sesiones, una Ordinaria y dos Extraordinarias:

- 4 de abril de 2012

- 18 de mayo de 2012
- 1 de junio de 2012

Como resultado de los acuerdos de estas sesiones, se desarrollaron y aprobaron los siguientes documentos:

- Procedimiento de Atención de Casos de Hostigamiento y Acoso Sexual.
- Reglas Internas de Operación del Comité para Prevenir y Atender Casos de Hostigamiento y Acoso Sexual de la Secretaría de Salud.

Estos documentos serán la base para el desarrollo de estrategias de difusión, capacitación y sensibilización en todas las Áreas Centrales y los órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, con el propósito de prevenir conductas inapropiadas, discriminatorias o violentas por cuestión de género en los ambientes de trabajo de la Secretaría, así como evitar que estas conductas deriven en casos de Hostigamiento y Acoso Sexual.

Se proyecta que en periodo de agosto a noviembre de 2012, se haya realizado la difusión del I procedimiento de Atención a casos de Hostigamiento y Acoso Sexual.

Para el corte correspondiente al mes de agosto de 2012, se difundieron entre los enlaces del Programa en los órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, los siguientes documentos:

- Procedimiento de Atención de Casos de Hostigamiento y Acoso Sexual.
- Reglas Internas de Operación del Comité para Prevenir y Atender Casos de Hostigamiento y Acoso Sexual de la Secretaría de Salud.

Durante este periodo se desarrollaron diversas acciones de difusión del Programa, como el espacio creado en el MENÚ de Transparencia de la Página web de la Secretaría de Salud, denominado “Cultura Institucional”, en el cual se concentra toda la información y antecedentes del Programa de Cultura Institucional, así como los documentos correspondientes al Comité para Prevenir y Atender Casos de Hostigamiento y Acoso Sexual de la Secretaría de Salud

Asimismo se llevó a cabo la Segunda Sesión Ordinaria del Comité para Prevenir y Atender casos de Hostigamiento y Acoso Sexual.

Se proyecta que en periodo a noviembre de 2012, se haya realizado la difusión de los documentos del Comité de Prevención y Atención a casos de Hostigamiento y Acoso Sexual en la Secretaría de Salud.

Mejora de la Página Web le las Instituciones de la Administración Pública Federal

Para el ejercicio 2012, en la evaluación por parte del Sistema de Internet de Presidencia se realizaron ajustes en dos reactivos y la incorporación de un nuevo reactivo y se realizará una única evaluación a finales del mes de julio, por la Secretaria de la Función Pública y las Oficinas de Presidencia de la República, vinculados principalmente con el tema de Transparencia ya comentados en Transparencia Focalizada.

Los temas que se desarrollaron en 2011 y 2012 fueron:

	2011	2012
Arquitectura de información:	<ul style="list-style-type: none"> a) Mecanismos de búsqueda b) Navegación c) Mapa del sitio 	<ul style="list-style-type: none"> a) Mecanismos de búsqueda b) - c) Mapa del sitio d) Optimización para motores de búsqueda (SEO)
Imagen Institucional	<ul style="list-style-type: none"> a) Plantilla Homologada b) Uniformidad de estilo 	<ul style="list-style-type: none"> a) Plantilla Homologada b) Uniformidad de estilo
Tecnología:	<ul style="list-style-type: none"> a) Peso de la página b) Enlaces rotos c) validación HTML/CSS d) Disponibilidad e) Disponibilidad de Navegadores 	<ul style="list-style-type: none"> a) Peso de la página b) Enlaces rotos c) validación HTML/CSS d) Disponibilidad del sitio e) Compatibilidad de Navegadores f) Interoperabilidad de datos abiertos
Accesibilidad web		Accesibilidad web
Calidad de servicio:	<ul style="list-style-type: none"> a) Mecanismos de contacto b) Políticas de privacidad c) Estadísticas 	<ul style="list-style-type: none"> a) Mecanismos de contacto b) Políticas de privacidad y seguridad de datos personales c) Estadísticas del sitio
Calidad de contenidos:	<ul style="list-style-type: none"> a) Versión en inglés. b) Transparencia 	<ul style="list-style-type: none"> a) Versión en inglés. b) Transparencia

2011		2012
	c) canal RSS d) versión móvil e) Redes Sociales	c) - d) versión móvil e) Redes Sociales
Experiencia del usuario	a) encuesta	a) encuesta de satisfacción

Por otra parte y con la finalidad de evitar cualquier sanción u observación por parte de las autoridades electorales, se recibió recomendación sobre:

- a) Los sitios de Internet deberían abstenerse de colocar cualquier logro a partir del 30 de marzo al 01 de julio de 2012 y si existían dentro del sitio de Internet alguna sección específica donde se concentrarán logros o avances, el acceso debería quedar restringido durante dicho periodo.
- b) La información que se colocará durante el periodo antes citado en los sitios de Internet, no debería incluir referencias visuales o auditivas a programas de gobierno o slogans, incluido Vivir Mejor.
- c) En el contenido de la información que se publique, no deberían en su contenido incorporar elementos que impliquen la difusión del desarrollo de programas sociales, se aluda a ellos, ya sea directa o indirectamente, y cualquier otro tendiente de influir en las preferencias electorales

Por lo anterior la Secretaría de Salud en coordinación con la Dirección General de Comunicación Social y la Dirección General de Tecnologías de la Información realizaron revisión y ajustes al portal web de esta Secretaría para cumplir con las recomendaciones del Sistema de Presidencia.

La evaluación de los sitios web, se realizaron del 16 al 27 de julio de 2012

En el mes de julio se llevó a cabo la evaluación por parte del Sistema Internet de Presidencia a la página de la Secretaría de Salud, como resultado de dicha evaluación la Secretaría de Salud obtuvo una calificación de 9.4, desglosado en los siguientes reactivos aplicables:

TEMA	REACTIVOS 2012	PESO INDIVIDUAL	Alcanzados	SUMA	PESO GLOBAL	TOTAL	Calificación obtenida
Arquitectura de Información	Mecanismo de Búsqueda.	30	30	100	0.1	10	10
	Mapa del Sitio.	30	30				
	Optimización de motores de búsqueda (SEO).	40	40				
Imagen Institucional	Plantilla homologada.	50	50	100	0.1	10	10
	Uniformidad de estilo.	50	50				
Accesibilidad	Accesibilidad Web.	100	100	100	0.2	20	20

TEMA	REACTIVOS 2012	PESO INDIVIDUAL	Alcanzados	SUMA	PESO GLOBAL	TOTAL	Calificación obtenida
Tecnología	Peso por página.	20	0	100	0.2	20	16
	Enlaces rotos.	10	10				
	Validación HTML y CSS.	20	20				
	Disponibilidad del sitio.	20	20				
	Compatibilidad de navegadores.	15	15				
	Interoperabilidad y datos abiertos	15	15				
Calidad en el Servicio	Mecanismo de contacto.	30	30	100	0.1	10	10
	Políticas de privacidad y protección de datos personales.	30	30				
	Estadísticas del sitio.	40	40				
Calidad en Contenidos	Versión en inglés.	10	10	100	0.2	20	18
	Transparencia.	10	0				
	Versión móvil del sitio.	50	50				
	Redes sociales.	30	30				
Experiencia del usuario	Encuesta de satisfacción	100	100	100	0.1	10	10
CALIFICACIÓN FINAL							94

En lo que se refiere al rubro de transparencia, la Secretaria de Salud, desarrollo actividades al respecto, mismas que se describen en el apartado del tema Transparencia Focalizada

Programa Cero Observaciones

Se presenta a continuación un cuadro de los valores obtenidos en 2012.

Trimestre	Valor al Trimestre 2012
Primero	7.00
Segundo	6.51
Tercero	
Final	

Junto con el Órgano Interno de Control, la Dirección General Adjunta del Programa para la Transparencia y Combate a la Corrupción y Apoyo a Informes y las diversas unidades que integran la Secretaría de Salud, se dieron a la tarea de revisar las observaciones y recomendaciones que emiten las diversas unidades fiscalizadoras, con el fin de analizar las causas que generaron las mismas y con ello evitar su recurrencia.

En primer lugar destacan las revisiones y seguimiento del Órgano Interno de Control, que desde que integra las observaciones definen la acción preventiva, que ha permitido la mejora continua en la aplicación de los procesos.

La Secretaría de Salud continúa reiterando a los servidores públicos la necesidad de la mejora de su control interno, así como la necesidad de mejorar, actualizar y aplicar los procedimientos, que permitan evitar errores u omisiones en la operación diaria. Para ello están en proceso las siguientes acciones, las más representativas:

- Actualización de manuales de organización y de procedimientos.
- Programa de Trabajo para atender los resultados de la encuesta de control interno 2011—2012.
- Actualización de Políticas, Bases y Lineamientos POBALINES.
- Revisión de normatividad interna.
- Actualización del Código de Conducta
- Análisis de las observaciones del Órgano Interno de Control y de la Auditoría Superior de la Federación.
- Evaluación del Mapa de Riesgos en el nivel central y en los órganos desconcentrados.
- Análisis y reiteración de la importancia de atención estos temas, en los Comités de Control y Desempeño Institucional COCODIS
- Integración de grupos de trabajo para evaluar y atender las observaciones. A través del Órgano Interno de Control, la Dirección General Adjunta del Programa para la Transparencia y Combate a la Corrupción y Apoyo a Informes y las diversas unidades que integran la Secretaría de Salud.
- Convocatoria a las unidades administrativas de las entidades federativas para que con la colaboración del Órgano Interno de Control, lleven a cabo la comprobación de las transferencias federales realizadas o bien hagan la devolución a la Tesorería de la Federación.
- Solicitud y apoyo de la Secretaría de la Función Pública para que con su decidida participación soliciten la coadyuvancia de los órganos fiscalizadoras de los gobiernos de los estados para que requieran a las Secretarías de Salud estatales u homologas, la comprobación o devolución de los recursos no comprobados.

Normas Generales de Control Interno

Enero a septiembre de 2012

Se llevó a cabo la Encuesta de Autoevaluación de Control Interno Institucional 2011 corte al 30 de abril de 2012; para la aplicación, participaron en las áreas centrales un total de 367 servidores públicos, distribuidos en los tres niveles de control y con un complemento referido a tecnologías de la información, distribuidos de la siguiente manera: 9 en nivel estratégico, 43 en directivos, 303 en operativos, y 12 en apoyo de TIC's, se obtuvo en el resultado de la encuesta un 64.0 por ciento de cumplimiento general, para el Nivel de Control Estratégico 67.3 por ciento, para el Nivel de Control Directivo 70.8 por ciento y en el Nivel de Control Operativo 53.8 por ciento.

A mayo de 2012, en los órganos desconcentrados de la Secretaría de las 552 acciones de mejora, se atendieron 335 acciones que representa un avance de 60.7 por ciento. Dentro de las acciones implementadas se destacan:

- Seguimiento de los posibles riesgos que identificaron y que se consideró importante generar acciones de mejora que permitieran una mejor operación y control de las operaciones.
- Seguimiento de indicadores y metas de los Programas de Acción Específicos comprometidos para su mejora.
- Implementación de políticas y procedimiento de respaldo de información.
- Se han implementado medidas de seguridad en materia de TIC's, como respaldos periódicos de la información, se obtuvieron licencias de software con la DGTI, se cuenta con un control de otorgamiento de claves y contraseñas, entre otras acciones.
- Realizar los inventarios de almacenes de activo fijo conciliados con registros contables y sus actas respectivas.
- Seguimiento y difusión de los Programas de Trabajo.

En este periodo, se han realizado acciones de seguimiento a la implementación de acciones de mejora en el área central, como son:

- Reuniones trimestrales de seguimiento con las unidades administrativas del área central.
- Aviso a los enlaces de las unidades administrativas de las acciones pendientes.
- Orientación y aclaración de dudas para el cumplimiento de las actividades a realizar.
- Revisión en coordinación con el Órgano Interno de Control de la documentación que soportan el cumplimiento de las acciones de mejora.

Como resultado de las acciones de seguimiento se presenta cuadro del estatus de las acciones de mejora implementadas.

Área Responsable	Primer trimestre 2012			Segundo trimestre 2012		
	Comprometidas	Atendidas	Por Atender	Atendidas	Por atender	% De Avance
Oficina del C. Secretario	24	19	5	1	4	83
Dirección General Adjunta del Programa para la Transparencia y Combate a Corrupción y Apoyo Informes	11	6	5	4	1	91
Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	27	8	19	11	8	70
Dirección General de Calidad y Educación en Salud	26	24	2	2	0	100
Dirección General de Información en Salud	26	22	4	2	2	92
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	26	15	11	7	4	85
Dirección General de Evaluación del Desempeño	26	22	4	4	0	100
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	24	16	8	5	3	87
Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud	25	19	6	2	4	84
Comisión Nacional contra las Adicciones	25	1	24	11	13	48
Secretariado Técnico del Consejo de Salud Mental	24	5	19	0	19	21
Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes	25	1	24	2	22	12
Subsecretaría de Administración y Finanzas	25	8	17	6	11	56
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto	24	4	20	14	6	75
Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	24	1	23	1	22	8
Dirección General de Recursos Humanos	24	2	22	6	16	33
Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	24	1	23	4	19	21
Dirección General de Tecnologías de la Información	32	2	30	14	16	50
Unidad de Análisis Económico	21	12	9	1	8	32
Coordinación de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	23	15	8	2	6	74

Área Responsable	Primer trimestre 2012			Segundo trimestre 2012		
	Comprometidas	Atendidas	Por Atender	Atendidas	Por atender	% De Avance
Dirección General de Comunicación Social	21	1	20	1	19	10
Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	21	5	16	4	12	43
Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	21	2	19	2	17	19

Para el segundo trimestre de 2012, se tenían comprometidas 549 acciones de mejora a realizar de las cuales se atendieron en el primer trimestre 211 acciones, que representan un 38.4 por ciento, quedando pendientes 338, de las cuales, para el cierre del segundo trimestre de 2012, se atendieron 106 acciones más, llegando a un total de 232 acciones, por lo que al cierre del segundo trimestre de 2012 se tienen un avance del 58% de atención al Programa de Trabajo de Control Interno 2011, esto redondo en acciones tales como:

- Se realizaron inventarios de archivos administrativos para un mejor control.
- Difusión de los resultados y acciones de mejora de la encuesta de clima organizacional.
- Difusión de los programas anuales de trabajo y su seguimiento.
- Actualizaciones de Manuales de Organización.
- Se difundió a todo el personal las ligas electrónicas donde se encuentran los informes que muestran los avances y resultados del cumplimiento de metas y objetivos.

Del avance a las acciones se realizó seguimiento a las acciones pendientes del trimestre anterior, resultando avances importantes en las unidades administrativas, entre las que destacan las siguientes:

- La Dirección General de Calidad y Educación en Salud y la Dirección General de Evaluación del Desempeño, concluyeron con las acciones comprometidas, por lo que se encuentran al 100.0 por ciento en su atención.
- La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, avanzó en un 40.0 por ciento más en la implementación de las acciones de mejora, con respecto al cierre del primer trimestre.
- La Comisión Nacional contra las Adicciones, avanzó en la implementación de las acciones de un 4.0 a un 48.0 por ciento al cierre del segundo trimestre.

- La Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, de un 17.0 por ciento alcanzado en el primer trimestre, avanzó con 14 acciones atendidas, obteniendo al segundo trimestre un avance del 75.0 por ciento.
- La Dirección General de Recursos Humanos, implementó acciones de mejora a su control interno, por lo que de un 8.0 por ciento presentado en el primer trimestre alcanzó, al cierre del segundo un 33.0 por ciento.

Lo anterior es resultado de la coordinación entre el Órgano Interno de Control, la Coordinación de Asesores de la Oficina del Secretario y las unidades administrativas centrales reflejando así el compromiso por parte de las unidades administrativas del área Central de la Secretaría de Salud de la implementación del control interno en sus procesos y operaciones.

Trimestralmente, se reporta los avances en la sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI)

Con fecha 15 de junio de 2012 el C. Secretario de Salud, envió el Informe Anual del Estado que Guarda el Control Interno Institucional con corte al 30 de abril de 2012, así mismo se formalizó a través de la firma del Secretario de Salud, del Coordinador de Control Interno y en Enlace del Sistema de Control Interno el Programa de Trabajo de Control Interno con corte al 30 de abril de 2013.

El Programa de Trabajo de Control Interno aplicación 2012, se difundió a los enlaces de control interno en las unidades centrales el 20 de julio del presente.

Con fecha 04 de julio del presente, se recibió en la Secretaría de Salud el “Informe de Resultados de la Evaluación del Informe Anual del Estado que Guarda el Control Interno Institucional”, emitido por el OIC, con recomendaciones, mismas que se les dio respuesta en el Comité de Control y Desempeño Institucional del 30 de agosto de 2012.

Programas Sectoriales

En el ejercicio 2012 se emite guía del tema del este programa con el objetivo de aumentar la transparencia sobre los resultados de todos los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Con las siguientes acciones:

- Se incluyó en la sección de Transparencia en el apartado 7 “Programa del Plan nacional de Desarrollo del portal web de la Secretaría de Salud”, el Plan Nacional de Desarrollo (PND), Programa Sectorial de Salud (PROSESA) y el Programa Nacional de Salud (PRONASA).
- Se ingresaron los informes anuales de resultados y seguimiento de los programas del sector salud, como son Informes de Gobierno, Informes de Ejecución, Informe de Labores, Informes de Cuenta Pública, entre otros.

- Se requirió el formato Reporte Final de las Líneas de acción de los Programas Sectoriales en materia de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción.

Lineamientos de integridad y ética

Este tema inicia sus actividades en el primer trimestre de 2012, sus objetivos son:

- Desarrollar mecanismos de autorregulación en los servidores públicos como medida de prevención de la corrupción.
- Que los servidores públicos conozcan, entiendan y vivan los valores y principios del Código de Ética.
- Orientar a los servidores públicos en cómo actuar en caso de dilemas éticos.

El 06 de marzo del presente se emiten los Lineamientos generales para el establecimiento de acciones permanentes que aseguren la integridad y el comportamiento ético de los servidores públicos en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones., teniendo como objetivo establecer las bases conforme a las cuales los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como de la Procuraduría General de la República, considerando las funciones y actividades que les corresponden, implantarán acciones permanentes para identificar y delimitar las conductas que en situaciones específicas deberán observar los servidores públicos en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, donde se establecieron las siguientes acciones a realizar

- Establecimiento del Comité de Ética de la dependencia o entidad.
- Congruencia del Código de Conducta institucional con el Código de Ética de la APF.
- Plan de Trabajo anual de la institución y porcentaje de cumplimiento.
- Establecimiento de indicadores para la evaluación anual del cumplimiento del Código de Conducta

De lo anterior la Secretaría de Salud integró un grupo de trabajo con representantes de las áreas mayores el cual ya tiene una propuesta de Código de Conducta.

Calificaciones del periodo 2007 -2012

Calificaciones												
TEMA		Resultado del periodo	TEMA		Resultado del periodo	TEMA		Resultado del periodo	TEMA		Resultado del periodo	Agosto
2007			2008			2009			2010		2011	2012
1	Transparencia Focalizada	10	1	Transparencia Focalizada	10	Transparencia Focalizada	10	Transparencia Focalizada	10	6.7		65
2	Blindaje electoral	10	2	Blindaje electoral	10	Blindaje electoral	9.3	Blindaje electoral	8.18			100
3	10 Instituciones con Trámites, Procesos y Servicios Críticos	10	3	10 Instituciones con Trámites, Procesos y Servicios Críticos	N/A	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-	-		-
4	Participación Ciudadana	10	4	Participación Ciudadana	10	Participación Ciudadana	9.3	Participación Ciudadana	1.5	0		N/A
5	Convenciones Internacionales	10	5	Cumplimiento a Convenciones Internacionales	N/A	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-	-		-
			6	Cultura de la Legalidad								
6	Convenios contra la Discriminación	10	6a	Ética y Responsabilidad Pública	9.2	Cultura Institucional	10	Cultura Institucional	7.5	8		
				No discriminación y equidad de genero	10	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-	-		-
				Política de igualdad	N/A	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-	-		-
			7	Ordenar la imagen de la APF								

Calificaciones											
TEMA	Resultado del periodo	TEMA	Resultado del periodo	TEMA	Resultado del periodo	TEMA	Resultado del periodo	Resultado del periodo	TEMA	Agosto	
2007		2008		2009		2010		2011	2012		
			ante el ciudadano								
7	Mejora de la Página Web de las Instituciones de la APF	10	7a	Mejora de la Página Web de las Instituciones de la APF	8.2	Mejora de la Página Web de las Instituciones de la APF	10	Mejora de los Sitios Web Institucionales	9.7	9.8	9.4
			7b	Imagen de las instituciones	N/A	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-	-	-
8	Abatimiento del rezago en educación	2.3		Abatimiento del rezago educativo de los servidores públicos	10	No se calificó sin embargo la SS dió seguimiento	-	Solo seguimiento	-	-	-
			9	Control de la Gestión Pública							
9	Programa Cero observaciones	N/A	9a	Programa Cero observaciones	9	Programa Cero observaciones	7.09	Programa Cero observaciones	6.75	6.65	-
10	Extinción y Regulación de Fideicomisos	10	9b	Extinción y Regulación de Fideicomisos	10	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-	-	-
11	Normas Generales de Control Interno	10	9c	Normas de Control Interno	10	No se emite calificación	-	No se emite calificación	-	-	-
			10	Compras claras	10					-	-
			11	Programa de mejora de la gestión	N/A					-	-
12	Bitácora	N/A	12	Bitácora	N/A	Se eliminó el	-	Se eliminó el	-	-	-

Calificaciones												
TEMA		Resultado del periodo	TEMA		Resultado del periodo	TEMA		Resultado del periodo	TEMA		Resultado del periodo	Agosto
2007			2008			2009			2010		2011	2012
	electrónica de obra pública			electrónica de obra pública		tema		tema				
13	Reducción de riesgos de corrupción y análisis de índices	10	13	Acciones para prevenir la corrupción y análisis de índices	10.1	Se eliminó el tema	-	Se eliminó el tema	-	-		-
			14	Promoción de la cultura física y el deporte entre los servidores públicos de la APF	10	No se emite calificación	-	No se emite calificación	-	-		-
						Programas Sectoriales	10		cumplió	1		
											Lineamientos de integridad y ética	
RESULTADO EL PERIODO		9.6			9.8		9.9					

13.11.9 LFTAIPG: Cumplimiento a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

A continuación se presentan los datos que registra el Instituto Federal de Acceso a la Información con corte del 1º. de enero al 31 de diciembre de 2011, se define el tipo de solicitudes con los temas principales solicitados y el número de solicitudes recibidos y su atención.

Tipo de solicitudes	Número de solicitudes		Observaciones (En caso de considerarse necesarias)
	Al 31 de diciembre 2011	Al 31 de agosto de 2012	
Estructura orgánica	126	187	
a) Organigrama	19	6	
b) Directorio	45	3	
c) Vacantes	8	1	
d) Otros*	54	177	
Remuneraciones	266	305	
a) Sueldos	133	12	
b) Prestaciones de servidores públicos	20	2	
c) Otros*	113	291	
Información generada o administrada por la dependencia o entidad	1 873	765	
a) Trámites	37	7	
b) Concesiones	0	0	
c) Estadísticas	448	351	
d) Resultados de encuestas	10	15	
e) Marco Jurídico	232	71	
f) Presupuesto o avance financiero	341	201	
g) Otros	805	120	
Programas de subsidio	477	31	
a) Diseño y planeación	73	2	
b) Presupuesto o avance financiero	117	5	
c) Criterios de acceso y esquema de operación	3	0	
d) Padrón de beneficiarios	23	15	
e) Resultados, indicadores de impacto, informes, evaluaciones	56	7	
f) Otros*	205	2	

Tipo de solicitudes	Número de solicitudes		Observaciones (En caso de considerarse necesarias)
	Al 31 de diciembre de 2011	Al 30 de junio de 2012	
Actividades de la institución o dependencia	81	363	
a) Programa de trabajo	14	61	
b) Resultados de actividades sustantivas	26	96	
c) Agenda de servidores públicos	6	7	
d) Otros*	35	199	
Información referente a contratos celebrados	588	236	
a) Obras públicas	98	10	
b) Bienes adquiridos	132	129	
c) Servicios contratados	5	30	
d) Bienes arrendados	15	0	
e) Licitaciones	85	22	
f) Otros*	253	45	
Gastos	96	103	
a) Gastos operativos	35	71	
b) Gastos administrativos	10	13	
c) Gastos de representación	18	11	
d) Otros*	33	8	
Auditorías al ejercicio presupuestal	6	4	
a) Resultados	2	3	
b) Avance de recomendaciones	4	0	
c) Otros*	0	1	
Datos personales	147	18	
a) Datos personales	142	6	
b) Otros*	5	12	Ingresadas erróneamente por lo que fueron cambiadas de modalidad según el caso
OTROS RUBROS GENERALES*	415	557	
a) Mal capturadas o repetidas	25	36	
b) No es competencia de la unidad	210	161	

Tipo de solicitudes	Número de solicitudes		Observaciones (En caso de considerarse necesarias)
	Al 31 de diciembre de 2011	Al 30 de junio de 2012	
c) Otros	180	151	Fuera del marco en virtud de que la SS no tiene delegaciones estatales y corresponde a las entidades atenderlas
d) Otros*		209	Requerimientos de Información Adicional que no se reactivan en el sistema
Total	4 075	2 569	
Notas:			
<p>* Se registrarán las solicitudes en el inciso "otros", cuando en el rubro relacionado no se encuentre un inciso que se adecue a la naturaleza de la solicitud. En caso de que se considere necesario, ya sea por nivel de incidencia o importancia del tema, se tendrá la libertad de crear un nuevo inciso. En el rubro "OTROS RUBROS GENERALES", se registrarán las solicitudes no contempladas en los rubros mencionados explícitamente en el formato. En caso de que determinado tema se presente más de 10 veces, favor de explicar la naturaleza de la información.</p> <p>Si una solicitud de acceso incluye preguntas múltiples, en donde los temas sean diversos, se podrá registrar la misma solicitud en varios de los rubros.</p>			

A continuación se presenta el resumen de la atención de las solicitudes recibidas, las atendidas y las que están en proceso al 31 de diciembre de 2011.

Solicitudes de acceso a información y datos personales.	Ejercicio 2011 (al 31/DIC/2011)	30 de agosto 2011
Total recibidas	4 075	2 559
En proceso	122	164
En proceso de información adicional	7	6
En proceso con prórroga	23	8
Subtotal en proceso al final de 2011	152	178
En espera de ampliación de información	57	14
Atendidas en espera de forma de entrega	44	14
Atendidas en espera de pago	7	4
Atendidas con pago realizado	4	3
Atendidas en espera de entrega de información	0	1
Subtotal atendidas en 2011	112	36
Terminadas en el periodo	3 811	2 345

Comité de Información.- **Transparencia y Acceso a la Información**

Miembros	Invitados Permanentes
Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos (Presidente) Director General de Tecnologías de la Información (Unidad de Enlace) Titular del Órgano Interno de Control	Subsecretaría de Administración y Finanzas Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Coordinador de Asesores del C. Secretario Director General de Comunicación Social Dirección General de Información en Salud

Sesiones llevadas a cabo por el Comité de Información de conformidad con el Acuerdo por el que se integra dicho Comité.

Enero al 23 de Mayo de 2012	Agosto al 05 de octubre de 2012
Sesiones Ordinarias= 08	Sesiones Ordinarias= 02

Las solicitudes de información (SI) que a continuación reportamos, son aquellas que han sido turnadas por la Unidad de Enlace para atención del Comité de Información (Artículo 29 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental).

Enero al 23 de Mayo de 2012	Agosto al 05 de octubre de 2012
9 Inexistencias	7 Inexistencias
16 Reservadas	4 Reservadas
7 Confidencial	9 Confidencial
Total = 32	Total = 20

De conformidad con la fracción XIX del artículo 11 Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y del Acuerdo por el que se integra el Comité de Información de la misma Dependencia, la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, lleva a cabo la defensa de los intereses de la Secretaría, presentando alegatos y demás información ante el Instituto Federal de Acceso a la Información, de acuerdo a lo siguiente:

Enero al 30 de mayo de 2012	Agosto al 05 de octubre de 2012
VS respuesta Unidad de Enlace 24	VS respuesta Unidad de Enlace 16
VS resolución del Comité 11	VS resolución del Comité 2
Total = 35 Recursos	Total = 18 Recursos

13.11.10 Observaciones de auditorías de las instancias de fiscalización en proceso de atención.

Informes y seguimiento de las observaciones determinadas por el Ente fiscalizador

Área operativa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Septiembre 2012 (movimientos enero sept.)	Total 2006-2012 (SEPTIEMBRE)
Órgano Interno de Control	77	151	140	136	86	56	29	675
Auditoría Superior de la Federación	33	54	43	38	221	112	392	893
Auditoría Gubernamental SFP	48	21	19	18	0	6	0	112
Unidad de Control de Auditoría a Obra Pública	0	0	0	0	1	4	0	5
Otros (Despachos Externos)	11	22	30	9	4	0	1	77
Suma	169	248	232	201	312	178	422	1,762
Solventadas o enviadas al SAC	169	248	232	201	308	149	394	1,701
Por solventar	0	0	0	0	4	29	28	61
Pendientes en el Sistema Auxiliar de Control	1	0	3	3	5	37	93	142

La Secretaría de Salud, a través de sus unidades administrativas ha dado atención a las observaciones y recomendaciones de los entes fiscalizadores, siempre contando con la orientación del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud, lo que permitió generar múltiples acciones de mejora que eviten la recurrencia. A continuación se presenta la distribución de las observaciones por área responsable:

Unidad Administrativa	Obs. en el SAC al 30/09/2012	Obs. Pendientes al 30/09/12	Total Obs. Pendientes al 30/09/12
Oficina del C. Secretario	87	11	98
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	74	11	85
Dirección General de Comunicación Social	13	0	13
Subsecretaría de Administración y Finanzas	18	13	31
Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	1	2	3
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto	11	0	11
Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	6	11	17
Subsecretaría de Integración y Desarrollo en Salud	4	9	13
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	3	8	11
Dirección General Calidad y Educación en Salud	1	0	1
Dirección General de Información en Salud	0	1	1
Subsecretaría de Prevención y Promoción en Salud	32	23	55
Subsecretaría de Prevención y Promoción en Salud	8	0	8
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica Y Control de Enfermedades	10	1	11
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	8	8	16
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	0	6	6
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	3	4	7
Dirección General de Promoción de la Salud	1	4	5
Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes	1	0	1
Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones	1	0	1
Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	1	5	6
Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	0	1	1
Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia	0	2	2
Servicios de Atención Psiquiátrica	1	2	3
TOTALES	142	61	203

Situación recomendaciones y/o solicitudes de aclaración emitidas por la Auditoría Superior de la Federación a la Cuenta Pública 2010, considerando el reporte remitido por la Secretaría de la Función Pública con corte a septiembre del año 2012 y los oficios remitidos por la ASF en septiembre de 2012.

Unidad Administrativa	Obs. Pendientes al 31/03/12	Atendidas	Obs. Pendientes al 30/09/12
Oficina del C. Secretario	223	221	2
Oficina del C. Secretario	47	47	0
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	171	169	2
Dirección General de Comunicación Social	5	5	0
Subsecretaría de Administración y Finanzas	24	23	1
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto	4	4	0
Dirección General de Recursos Humanos	9	9	0
Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	11	10	1
Subsecretaría de Integración y Desarrollo en Salud	5	5	0
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	2	2	0
Dirección General de Evaluación del Desempeño	3	3	0
Subsecretaría de Prevención y Promoción en Salud	23	20	3
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	7	7	0
Dirección General de Promoción de la Salud	16	13	3
Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	28	28	0
Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	28	28	0
TOTALES	303	297	6 1/

1/-Se encuentran en Dictamen Técnico de la Auditoría Superior de la Federación para la emisión de una Nueva Acción.

ACCIONES REALIZADAS:

Junto con el Órgano Interno de Control y las diversas unidades que integran la Secretaría de Salud, se dio a la tarea de revisar las observaciones y recomendaciones que emiten las diversas unidades fiscalizadoras, con el fin de analizar las causas que generaron las mismas y con ello evitar su recurrencia.

En primer lugar destacan las revisiones y seguimiento del Órgano Interno de Control, que desde que integra las observaciones definen la acción preventiva, que ha permitido la mejora continua en la aplicación de los procesos.

La Secretaría de Salud continúa reiterando a los servidores públicos la necesidad de la mejora de su control interno, así como la necesidad de mejorar, actualizar y aplicar los procedimientos, que permitan evitar errores u omisiones en la operación diaria. Para ello están en proceso las siguientes acciones. Las más representativas:

- Actualización de manuales de organización y de procedimientos.
- Programa de Trabajo para atender los resultados de la encuesta de control interno 2011—2012.
- Actualización de Políticas, Bases y Lineamientos POBALINES.
- Revisión de normatividad interna.
- Actualización del Código de Conducta
- Análisis de las observaciones del Órgano Interno de Control y de la Auditoría Superior de la Federación.
- Evaluación del Mapa de Riesgos en el nivel central y en los órganos desconcentrados.
- Análisis y reiteración de la importancia de atención estos temas, en los Comités de Control y Desempeño Institucional COCODIS
- Integración de grupos de trabajo para evaluar y atender las observaciones. A través del Órgano Interno de Control, la Dirección General Adjunta del Programa para la Transparencia y Combate a la Corrupción y Apoyo a Informes y las diversas unidades que integran la Secretaría de Salud.
- Convocatoria a las unidades administrativas de las entidades federativas para que con la colaboración del Órgano Interno de Control, lleven a cabo la comprobación de las transferencias federales realizadas o bien hagan la devolución a la Tesorería de la Federación.
- Solicitud y apoyo de la Secretaría de la Función Pública para que con su decidida participación soliciten la coadyuvancia de los órganos fiscalizadoras de los gobiernos de los estados para que requieran a las Secretarías de Salud estatales u homologas, la comprobación o devolución de los recursos no comprobados.

PROBLEMÁTICA GENERAL PRESENTADA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA CERO OBSERVACIONES:

- Lentitud en la actualización de los manuales de organización y operación, que no permite tener actualizadas las instrucciones que deben seguirse en la operación rutinaria.
- Rotación alta de recursos humanos en los niveles de análisis y toma de decisiones.

ACCIONES NECESARIAS PARA EL FORTALECIMIENTO OPERATIVO Y EL ABATIMIENTO DE RECURRENCIA DE OBSERVACIONES:

En esto, están trabajando las unidades administrativas y se insiste en su aplicación.

- Actualización y difusión de manuales, así como la capacitación para su correcto uso.
 - ◆ Elaborar tarjetas de instrucción para un mejor entendimiento de la operación.
 - ◆ Capacitación de las actualizaciones y de los manuales en lo general y en lo específico.
 - ◆ Evaluación del conocimiento de los manuales.
- Difundir de manera interna la misión, visión Institucional, los programas, objetivos, indicadores y metas, que permitan conocer a los empleados en general, sobre todo a los de nuevo ingreso, cual es el rumbo establecido y a que se pretende llegar, para que se asuma plenamente y con conocimiento, el impacto que tiene su participación.
- Capacitación constante de los trabajadores en temas relacionados con su actividad, para una obtención adecuada de sus resultados, acorde a los compromisos establecidos.
- Diseñar los mecanismos de control interno con un enfoque preventivo, utilizando nuevos modelos de gestión.
- Para esto se deberá:
 - ◆ Clasificar por procesos las observaciones determinadas y susceptibles de inadecuados manejos.
 - ◆ Desarrollar diagramas o mapas de procesos sustantivos, para facilitar su aplicación.
 - ◆ Comparar los controles existentes y los que contribuirían a mejorar la gestión y prevenir desviaciones
 - ◆ Implementar indicadores que midan la eficiencia de los controles implantados y realizar ajustes
- Realizar programa de trabajo anual:
 - ◆ Establecer acciones correctivas en los procesos observados por los entes fiscalizadores con fechas compromisos
 - ◆ Establecer acciones preventivas en los procesos sustantivos con fechas de cumplimiento
 - ◆ Difusión del programa entre los trabajadores.

- Establecer capacitación al personal de mando, sobre
 - ◆ Control interno
 - ◆ Mejores prácticas e ingeniería de procesos
 - ◆ Rendición de Cuentas
- Realizar grupos de trabajo con el Órgano Interno de Control y el nivel de toma de decisiones de la Secretaría de Salud para:
 - ◆ Establecer acciones que contribuyan al mejoramiento de las actividades institucionales
 - ◆ Establecer acciones preventivas
 - ◆ Establecer mecanismo de monitoreo para el cumplimiento de los compromisos.
 - ◆ Dar seguimiento a las acciones de atención de observaciones de los procesos sustantivos en el COCODI
- Iniciar la revisión de los instrumentos jurídicos, léase contratos y convenios, que permitan identificar los alcances racionales de las obligaciones de las contrapartes.
- Incorporar a los órganos fiscalizadores de las entidades federativas a un efectivo seguimiento de lo convenido entre las entidades federativas y la APF, estableciendo evaluaciones de dichos convenios y la aplicación de medidas preventivas y en su caso correctivas, dentro de un régimen de consecuencias para ellos de no hacerlo.

13.11.11 Procesos de Desincorporación.

No hubo en la Secretaría de Salud.

13.11.12. Resultados relevantes de las Bases o Convenios de Desempeño o de Administración por Resultados.

No hubo resultados relevantes en la Secretaría de Salud, al periodo.

13.11.13. Otros aspectos relevantes relativos a la gestión administrativa.**PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD.- INDICADORES COMPROMETIDOS.**

El Programa Nacional de Desarrollo 2007-2012, contiene los objetivos nacionales así como las estrategias y las prioridades que se propusieron dar rumbo y dirección a la acción del gobierno durante esta administración sirve como marco de formulación del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA), así como al Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA).

En forma directa en el Eje 3 del Plan, Igualdad de Oportunidades en sus objetivos cuatro, cinco, seis, siete y ocho, en el PROSESA y PRONASA se plantea la consecución de cinco objetivos frente a los retos en salud del país, enfocados para dar respuesta a las legítimas demandas de la población de moderar las inequidades y caminar hacia la igualdad de oportunidades de los mexicanos, estos objetivos sectoriales son:

- Mejorar las condiciones de salud de la población;
- Reducir las brechas o desigualdades en salud, mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
- Prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud; y
- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Cada uno de estos objetivos planteados se encuentra asociado a metas estratégicas que habrán de cumplirse durante el período de 2007 a 2012. A continuación se presenta el resultado de estas metas en cada uno de los indicadores que se definieron:

En este apartado, no permitiremos dar cuenta de algunos programas, proyectos y acciones, realizadas en esta administración, que llevan a cabo las unidades administrativas registradas en el nivel central, ya que la mayoría de los programas se coordinan a través de los órganos desconcentrados y ellos, están informando en sus Informes de Rendición de Cuentas por el periodo 2007-2012.

A. INDICADORES DE PROSESA

1.

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Esperanza de vida al nacimiento	74.80	74.96	75.12	75.28	75.43	75.58	75.73	76.30	Medida en años. Fuente: DGIS-SS, con base en las proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO.

Avances y cumplimiento de la meta

En México, de acuerdo con el INEGI, la esperanza de vida se ha duplicado, considerando que en 1930 se vivía en promedio 34 años y en 2011 la EVN llegó a 75.6 años.

Uno de los determinantes que ha contribuido al incremento de la esperanza de vida en el país es la reducción de la mortalidad infantil, la cual, de acuerdo con el CONAPO, se redujo 68% a nivel nacional de 1980 a 2005, al pasar de 52.6 a 16.8 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos en ese periodo, mientras que en 2011 se ubica en 13.7 decesos. Dentro de los factores que han coadyuvado para lograr dicha reducción, entre otros, se encuentran: una mejor educación de las madres, el aumento en la disponibilidad de agua en la vivienda, el incremento en la cobertura de vacunación, la implementación de programas para minimizar la desnutrición y el incremento en el acceso a la atención médica oportuna y de calidad, en particular, en los servicios que modifican el curso de las infecciones respiratorias e infecciosas.

El comportamiento de la Esperanza de Vida al nacimiento en el país da cuenta de lo difícil que es incrementar la ganancia en años de vida, una vez que se ha alcanzado un nivel de aumento importante. Es decir, el incremento que se obtuvo en el periodo 1997-2001 fue el más alto durante los últimos 20 años (una ganancia en la EVN de 1.44 años, que equivale a un aumento anual promedio de 0.29 años); mientras que de 2007 a 2011 el incremento promedio anual obtenido es de 0.16 años de EVN, lo que equivale a un aumento de 0.93 años en la EVN durante este último periodo.

De acuerdo con las estimaciones de población del CONAPO, a pesar del aumento de la esperanza de vida (de 74.8 años en 2006 a 75.73 años en 2012), la meta que se planteó en el PROSESA 2007-2012 de 76.3 años no será posible alcanzarla, en primer lugar porque el país enfrenta nuevos riesgos al encontrarse en una fase avanzada de la transición demográfica que es acompañada por un cambio en el perfil epidemiológico donde son más frecuentes las enfermedades crónico-degenerativas, como

la diabetes mellitus y la hipertensión arterial; así mismo, en el país existen todavía algunas regiones y grupos sociales donde persiste un perfil epidemiológico caracterizado por las enfermedades infecto-contagiosas y las muertes prematuras evitables.

2
Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011 preliminar	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en la población menor de 65 años de edad	13.55	14.29	14.86	15.80	16.64	15.74	18.40	11.52	Tasa observada por 100 mil habitantes menores de 65 años de edad. Fuente: Defunciones 2006-2010, INEGI-SS; 2011 y 2012, estimaciones, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO.

Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2012
Total de defunciones por enfermedades isquémicas del corazón en la población menor de 65 años de edad	13,457	14,289	14,968	16,014	16,971	17,997	18,977	11,882
Total de población menor de 65 años de edad	99,285,616	100,008,439	100,698,591	101,356,796	101,983,446	102,578,654	103,142,290	103,142,290

Avances y cumplimiento de la meta

La tasa de mortalidad de enfermedades isquémicas del corazón en la población menor de 65 años de edad presenta una tendencia ascendente. En el 2006 ascendió a 13.55 defunciones por 100 mil habitantes menores de 65 años de edad, mientras que la tasa esperada para 2012 es de 18.40. La meta para 2012 se estableció en 11.52 defunciones por cada 100 mil habitantes menores de 65 años de edad. En este contexto la cifra esperada en 2012 superará en 6.88 defunciones por cien mil habitantes a la tasa establecida como meta; es decir que la cifra esperada superará en 59.7% a la meta.

En términos del número de defunciones, en 2006 se observaron 13,457 mientras que en 2012 se espera ocurran 18,977 muertes. Para cumplir con la meta era necesario que en el país el número de defunciones por esta causa no superaran las 11,882; sin embargo, entre lo esperado y las muertes esperadas para cumplir la meta hay una diferencia de 7,095 defunciones.

En el comportamiento de este indicador influye el envejecimiento de la población y la alta incidencia de factores de riesgo vinculados a estilos de vida poco saludables. La tasa preliminar de 2011 muestra una reducción de 5.4% respecto de la tasa de 2010.

3

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población.

Indicador		Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011 preliminar	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Tasa observada de mortalidad por diabetes mellitus	Velocidad de crecimiento 1995-2006 (promedio anual)	4.89	2.15	6.18	1.87	5.79	-1.00	4.53	Menos de 3.92	La línea base representa la velocidad de crecimiento que registró la tasa de mortalidad observada por diabetes mellitus de 1995 a 2006. La meta para este indicador es mantener una velocidad de crecimiento no mayor a 3.92 por ciento anual. Fuente: Defunciones 1995-2010, INEGI-SS; SEED 2011 y 2012, estimaciones, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO
	Tasa observada por 100 mil habitantes	65.18	66.59	70.84	72.18	76.48	75.72	82.34	Menos de 82.43	Tasa de mortalidad observada por 100 mil habitantes. La meta para este indicador es que en 2012 la mortalidad observada por diabetes mellitus no supere las 82.43 defunciones por 100 mil habitantes. Fuente: Defunciones 2006-2010, INEGI-SS; 2011 y 2012 estimaciones, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2012
-----------	------	------	------	------	------	------	------	-----------

Velocidad de crecimiento (promedio anual)	4.89 (Periodo: 1995-2006)	2.15 (Periodo: 2006-2007)	6.18 (Periodo: 2007-2008)	1.87 (Periodo: 2008-2009)	5.79 (Periodo: 2009-2010)	2.99 (Periodo: 2010-2011)	4.53 (Periodo: 2011-2012)	<=3.92 (Periodo: 2011-2012)
Total de defunciones por diabetes mellitus	68,353	70,451	75,572	77,628	82,901	86,029	90,587	90,697
Total de población	104,874,282	105,790,725	106,682,518	107,550,697	108,396,211	109,219,931	110,022,552	110,022,552

Avances y cumplimiento de la meta

La velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus entre 1995 a 2006 fue de 4.89 por ciento anual. A partir de ese valor, utilizado como línea base en 2006, se observa que la tendencia de ese indicador es irregular. Para 2012 se prevé que la velocidad de crecimiento anual será de 4.53%, cifra superior a la velocidad establecida como meta 2012 de 3.92 por ciento anual.

Respecto de la tasa de mortalidad observada por cada 100 mil habitantes se ha registrado un incremento durante el periodo (2006 a 2012). En 2012 se espera que la mortalidad por diabetes mellitus ascienda a 82.34 defunciones, mientras que la meta para ese mismo año se planteó en 82.42 defunciones por cada 100 mil habitantes. Ello significa que en este rubro se dará cumplimiento a la meta.

Para mejorar en la prevención de esta enfermedad, que en los próximos años será relevante e influirá en la ejecución de la salud de la población, y en los presupuestos que se asignen, se han establecido diversas estrategias en coordinación del sector salud, con énfasis en la participación de las entidades federativas.

4

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011 preliminar*	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en población de 12 a 17 años de edad, según sexo	2.46 en hombres	ND	ND	ND	ND	ND	ND	2.21	ND: Dato no disponible. Calculado como porcentaje
	0.70 en mujeres	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.63	

Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2012
ND								
ND								

Avances y cumplimiento de la meta

Los valores de este indicador, se toman de las Encuestas Nacionales de Adicciones ENA.

Los datos utilizados como línea base 2006 corresponden a los obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones 2002

* Hasta el momento no se cuenta con un dato actualizado, ya que aún no se publican los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, de la que se podrá extraer esta información

5

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011 preliminar	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Cobertura anual de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad	7.20	8.50	8.27	11.43	17.40	17.20	19.70	21.60	Se refiere al porcentaje de mujeres de 50 a 69 años que acudieron a realizarse el estudio de detección por mastografía en el último año. Fuente: Sistema de Información en Cáncer de la Mujer (SICAM) y reportes institucionales; SPPS.

Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2012
Total de mujeres de 50 a 69 años de edad que se realizaron la mastografía en el último año	460,998	566,103	573,445	824,776	1,270,615	1,318,330	1,603,253	1,757,881
Total de mujeres de 50 a 69 años de edad	6,402,746	6,661,050	6,932,527	7,216,726	7,513,091	7,820,622	8,138,339	8,138,339

Avances y cumplimiento de la meta

Se continuó con la estrategia de capacitación continua dirigida a personal involucrado en el Programa de Cáncer de Mama en los diferentes niveles de atención de las 32 entidades federativas, capacitando a 824 personas. Adicionalmente, se capacitó a 50 elementos técnicos y médicos radiólogos en mastografía.

Se desarrollaron dos campañas de comunicación educativa en los meses de abril y octubre de 2011 a fin de informar sobre los determinantes del cáncer de mama y favorecer la participación de la población objetivo en los servicios para una detección temprana. En este contexto por segundo año se colaboró en la campaña “Balón Rosa” con acciones paralelas en 13 entidades. Se han implementado dos centros regionales de lectura de mastografías en Hermosillo, Sonora y el INCan, así como cuatro UNEMES-DEDICAM, cada una con un centro estatal de lectura de mastografías, con lo cual se fortalece la capacidad instalada para el tamizaje y se mejoró la oportunidad del diagnóstico y referencia en los estados de Chihuahua, Campeche, Querétaro y Quintana Roo.

La variación entre la cobertura que se prevé alcanzar en 2012 y la meta para ese año se debe a un avance desigual en la detección con mastografía al interior de los estados. El bajo desempeño de las entidades se debe a: Limitaciones administrativas para la subrogación de mastografías en algunas entidades; inició en el UNEMES hasta último trimestre de 2010 y carencia de radiólogos y técnicos radiólogos entre otros factores.

En 2012 se espera haber realizado la mastografía a un 19.7 por ciento de las mujeres de 50 a 69 años de edad, lo que representará un 91.2 por ciento de la meta 2012. Ello implica que en ese año se realizará la mastografía a 1´603,253 mujeres, cifra que, comparada con las 585,961 mujeres a las que se les realizó la mastografía en 2006, equivale a 173.6 por ciento más (es decir 2.7 veces más mujeres en 2012 respecto de 2006).

Al programa para la prevención de cáncer de mama, se le ha dado una amplia difusión a nivel nacional, donde la participación activa de los diferentes grupos sociales permitirá en el corto plazo revertir la tendencia, ya que se busca que las mujeres realicen acciones preventivas como la autoexploración y las visitas al médico para realizar, de manera temprana y permanente, los estudios que eviten contraer el cáncer. Además, se deberán ampliar el número de UNEMES-DEDICAM y generar la

incorporación de radiólogos y técnicos radiólogos.

6

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011 preliminar	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más de edad	15.01	14.31	13.98	13.90	13.12	13.22	12.25	10.96	Tasa observada por 100 mil mujeres de 25 años o más de edad. Fuente: Defunciones 2006-2010, INEGI-SS; 2011 y 2012, estimaciones, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2012
Total de defunciones por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más de edad	4,114	4,018	4,018	4,088	3,944	3,942	3,845	3,439
Total de población de mujeres de 25 años o más de edad	27,401,102	28,068,749	28,736,147	29,401,840	30,064,635	30,725,545	31,385,618	31,385,618

Avances y cumplimiento de la meta

La tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 años o más de edad presentó un descenso: en 2006 fue de 15.01 defunciones y en 2012 se espera que sea de 12.25 muertes por cada 100 mil mujeres de este grupo de edad. El descenso en este indicador no es suficiente para cumplir con la meta de 2012 (10.96 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años o más).

La reducción que se obtendrá, con base en las cifras estimadas para 2012, será de 18.4%. Lo anterior implica que en 2012 el número de muertes debidas a CaCu

ascenderá a 3,845, cifra que en comparación con las defunciones registradas en 2006 (4,114) representan que se habrá logrado evitar la muerte de 269 mujeres de 25 años o más de edad. Esto es importante si se considera que la mortalidad por esta causa está asociada al envejecimiento poblacional y a la prevalencia de estilos de vida poco saludables, lo que ha provocado que la reducción no sea la esperada.

En este indicador al igual que en de cáncer de mama, se han realizado importantes esfuerzos para generar la prevención en este grupo de edad, como la incorporación de la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano VPH, que se une a las detecciones que de manera permanente se realizan con las pruebas de Papanicolaou. Esto permitirá ir disminuyendo el número de casos, para lo cual también se está insistiendo para que las mujeres en los diversos grupos de edad, se vacunen y/o lleven a cabo las pruebas de detección de manera preventiva y oportuna.

7

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011 preliminar	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Número de muertes a causa de accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad	5,458	5,099	5,714	5,927	5,475	4,726	4,074	4,639	Incluye las defunciones de residentes en el extranjero y entidad federativa no especificada. Fuente: Defunciones 2006-2010, INEGI-SS; 2011, y 2012, estimaciones, DGIS-SS

Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2012
Total de defunciones por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad	5,458	5,099	5,714	5,927	5,475	4,726	4,074	4,639

Avances y cumplimiento de la meta

El total de las defunciones por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad presenta un comportamiento irregular. En 2006 fue de 5,458 y en 2009 el número se incrementó a 5,927.

De acuerdo con las cifras preliminares de mortalidad 2011, el número de muertes por accidente de vehículo de motor estaría 1.9% por arriba de la meta de 2012; y de acuerdo con la estimación para 2012 la meta se cumpliría, logrando además una reducción de 12.2% respecto de las muertes esperadas en 2012. Esto, gracias a las campañas permanentes de prevención de accidentes, así como a las diversas acciones que llevan a cabo las entidades federativas.

8
Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011 preliminar	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Razón de mortalidad materna en los 125 municipios con menor IDH	165.28	157.75	182.64	138.48	141.20	124.31	112.97	82.64	Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos estimados. Fuente: Defunciones 2006-2010, INEGI-SS; 2011 y 2012 estimaciones, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2012
Total de defunciones maternas en los 125 municipios con menor IDH	62	60	70	54	55	49	45	32
Total de nacidos vivos estimados en los 125 municipios con menor IDH	37,511	38,034	38,327	38,996	38,953	39,416	39,834	39,834

Avances y cumplimiento de la meta

La razón de mortalidad materna en los 125 municipios con menor IDH presenta un descenso paulatino, en 2006 fue de 165.28 y en 2012 se espera sea de 112.97 por cada mil nacidos vivos. De 2006 al esperado para 2012, se tendrá una reducción del 31.65%.

El descenso en este indicador no es suficiente para que se cumpla con la meta 2012, la cual se esperaba fuera de 82.64 defunciones por cien mil nacidos vivos, lo que representa un 36.7% la RMM mayor a la esperada en 2012.

En el número de defunciones maternas en estos municipios se observa que no existe una tendencia clara por la dispersión de la población, pero que al final del periodo se espera sea menor de 50 defunciones maternas.

Destaca la disminución del número de muertes, por la concientización de la población para tomar medidas preventivas durante el periodo del embarazo, acciones que se reforzaron con la participación de la estrategia de Embarazo Saludable, vinculada con el Seguro Popular de Salud y el Programa de Caravanas de la Salud. Aunado a esto, las autoridades locales participan en caso de emergencias, con apoyo para el desplazamiento de las mujeres, en vehículos, que también ha contribuido a la disminución de la muerte materna en esos municipios.

9 Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010 preliminar	2011 preliminar	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Tasa de mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH	34.79	34.63	34.28	29.52	31.19	30.32	28.92	20.87	Tasa por mil nacidos vivos estimados. Fuente: Defunciones 2006-2010, INEGI-SS; 2011 y 2012, estimaciones, DGIS-SS y estimación de nacimientos y defunciones 1990-2012; DGIS-COLMEX

Variables	2006	2007	2008	2009	2010 Preliminar	2011	2012	Meta 2012
Total de defunciones infantiles en los 125 municipios con menor IDH	1,305	1,317	1,314	1,151	1,215	1,195	1,152	831
Total de nacidos vivos estimados en los 125 municipios con menor IDH	37,511	38,034	38,327	38,996	38,953	39,416	39,834	39,834

Avances y cumplimiento de la meta

La tasa de mortalidad infantil en los 125 municipios con menor IDH en 2006 era de 34.79 defunciones y para 2012 se espera sea de 28.92 muertes por cada mil nacidos vivos. La tendencia de este indicador es descendente al observarse en el periodo una reducción de 16.9%. Dicho descenso no fue suficiente para cumplir con la meta 2012 (20.86 defunciones infantiles).

El número estimado de defunciones de menores de un año en estos municipios durante el periodo fue en promedio de 1,200 defunciones anuales.

10

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011 preliminar	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Porcentaje de unidades de salud acreditadas que prestan servicios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	30.3	28.8	42.3	51.7	81.3	82.9	90.6	100.0	Fuente: DGACS; DGCES-SS

Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2012
Total de unidades de salud acreditadas	1,318	4,081	5,988	7,319	8,554	9,945	10,870	12,002
Total de unidades de salud que prestan servicios al SPSS 1/	4,353	14,162	14,162	14,162	10,525	12,002	12,002	12,002

1/ A través de los años se ha modificado la base de unidades médicas que prestan servicios al SPSS, por ello el denominador ha ido variando en los diferentes años. Mediante oficio de la DGCES No. 1968, de fecha 19 de octubre de 2011, se especificó un universo de unidades del SPSS de 12,002, cifra determinada con base en la depuración de la base de datos de unidades adscritas al seguro popular.

Avances y cumplimiento de la meta

De 2007 a 2011 se han acreditado en el país 9,552, las que comparadas con las 1,318 unidades médicas acreditadas desde 2004 y hasta 2006, dan un total de 10,870 unidades de salud acreditadas. Con ello sólo faltaría acreditar a 1,132 establecimientos. El incremento registrado en materia de acreditación en 2012 respecto de 2006 asciende a 724.7%.

Se tiene programado que para 2012 se alcance del 100.0% al cierre la meta programada de acreditar a 12 002 unidades médicas, sin que esto infiera que ya estarían acreditadas todas las unidades del sector salud.

11

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011 preliminar	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Porcentaje de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos	16.7	17.0	31.7	34.6	55.8	81.2	84.9	60.00	Fuente: DGACS; DGCES-SS

Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2012
Total de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos	105	107	199	217	222	323	338	239
Total de hospitales de 60 camas censables o más	628	628	628	628	398	398	398	398

Avances y cumplimiento de la meta

Se ajustaron los resultados de los años 2008 y 2009 por depuración de base de datos.

A través de la promoción intensiva de las Campañas Sectoriales "Esta en tus Manos"; "Cirugía Segura, Salva Vidas" y "Bacteriemia cero", y al acercamiento con los Responsables Estatales de Calidad y Gestores de Calidad de los Hospitales de 60 camas o más, enlaces del IMSS y la capacitación a los profesionales de la salud, se logró que 323 hospitales aplicarán en 2011 dichas campañas. Se prevé que en 2012 sea mayor el número de hospitales de 60 camas o más que apliquen medidas para prevenir eventos adversos permitirá superar la meta comprometida para ese año (24.9 puntos porcentuales más).

Al inicio de la presente administración se estableció la meta de que un 60% de un total 398 hospitales, implementaran medidas para prevenir eventos adversos, tomando como base para ello los hospitales de 60 camas o más. Al respecto, en 2012, el número de hospitales que han implementado este tipo de medidas ascendió a 338, lo que equivale a 84.9% del total de hospitales establecidos como universo de acción, y con ello se superó la meta 2012 en 24.9 puntos porcentuales.

12

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011 preliminar	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Tasa anual de infecciones nosocomiales	15.00	ND	7.8	ND	ND	21.38	ND	Menos de 6.0	Fuente: Estudios exprofeso 2008 y 2011 realizados por la DGED/SIDSS. ND: Dato no disponible

Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2012
Total de pacientes con infecciones nosocomial en hospitales públicos	N.D	ND	155	ND	ND	898	ND	ND
Total pacientes analizados en el estudio de hospitales públicos	N.D	ND	1,975	ND	ND	4,274	ND	ND

Avances y cumplimiento de la meta

Al inicio de la presente administración se aceptó el hecho de que no existía un sistema de información que proporcionara información válida y continua respecto de la incidencia de infecciones nosocomiales, por lo que se recomendó se realizaran estudios exprofeso que permitieran determinar la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales generales de las principales instituciones públicas de salud.

Al respecto, el último de estos estudios (2011) señaló que la prevalencia puntual de infecciones nosocomiales en la población general fue de 21.4 por ciento, lo que implica que se está muy lejos de dar cumplimiento a la meta establecida de 6.0 por ciento de infecciones nosocomiales en los hospitales públicos del país; sin embargo, lo que hay que destacar es el hecho de que a partir de los estudios exprofeso realizados, se dispone, en primer lugar, de información sobre la prevalencia puntual de estos eventos en las principales instituciones públicas de salud y sobre sus características, y en segundo lugar, que con dicha información se cuenta con mayores elementos para instrumentar estrategias y acciones que permitan enfrentar el reto que implican las infecciones nosocomiales para el Sector Salud.

13

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011 preliminar	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto en salud	51.30	50.85	49.24	47.84	47.04	46.47	46.22	44.00	Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), DGIS-SS

Variables*	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2012
Total gasto de bolsillo en salud	301,623.7	331,756.8	349,464.4	362,823.6	388,047.8	417,151.4	456,780.8	434,869.16
Total de gasto en salud	587,995.3	652,364.6	709,702.6	761,001.8	825,192.2	902,638.6	988,339.0	988,339.0

* Cifras en millones de pesos

Avances y cumplimiento de la meta

Para dar cumplimiento a esta meta era necesario pasar de 51.3% (proporción que representaba el gasto de bolsillo respecto del gasto total en salud en 2006) a una proporción de 44.0% en 2012; es decir, reducir dicha proporción en 7.3 puntos porcentuales.

Al 2012 la reducción que se estima se obtendrá es de 5.1 puntos porcentuales, lo que equivale a un 70% de cumplimiento de la reducción requerida. Avance importante, si se considera que dicha reducción no depende exclusivamente del sector salud, dado que intervienen otros sectores como el económico y el social.

14

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011 preliminar	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud	3.73	ND	2.49	ND	2.23	ND	ND	3.36	Fuente: Unidad de Análisis Económico. SS. Con datos de la ENIGH 2002-2010, estudios sobre la pobreza del CONEVAL y nota técnica 001/2007 ND: Dato no disponible.

Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2012
Total de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud	991,055	ND	682,117	ND	649,582	ND	ND	ND
Total de hogares	26,541,327	ND	27,356,452	ND	29,074,332	ND	ND	ND

Avances y cumplimiento de la meta

Con base en la información disponible, se observó que en 2010 el porcentaje de hogares que incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud fue de 2.2 por ciento, lo que implica que se presentó una reducción porcentual de 40.2 % en relación con el 3.4 por ciento establecido como meta para el 2012.

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares ENIGH de 2010 (última disponible), permitió documentar que se había logrado en ese año cumplir con la meta prevista. Este comportamiento podrá ser corroborado a partir de los resultados de la ENIGH 2012, mismos que estarán disponibles hasta el año de 2013.

15

Seguimiento de las metas estratégicas para el Objetivo 5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Indicador	Línea base 2006	2007	2008	2009	2010	2011 preliminar	2012 esperada	Meta 2012	Notas y fuentes
Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años que presentan bajo peso para su talla en los 125 municipios con menor IDH	8.70	ND	ND	ND	ND	ND	ND	6.96	ND: Dato no disponible. Fuente: SS

Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2012
Menores de 5 años que presentan bajo peso para la talla en los 125 municipios con menor IDH	ND							
Total de menores de cinco años en los 125 municipios con menor IDH	ND							

Avances y cumplimiento de la meta

La información para dar seguimiento a este indicador se obtiene de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT).

Los datos disponibles hasta el momento corresponden a estimaciones de 2006; sin embargo no se dispone de los datos base para las estimaciones realizadas.

Se prevé que los datos de la ENSANUT 2012 estarán disponibles a finales de ese año y ahí se observará si alcanzamos el avance esperado para el 201 establecido en el PROSESA.

B. PROGRAMA CARAVANAS DE LA SALUD

Antecedentes

1 Arranque del Programa.

Históricamente la población más alejada de las grandes ciudades ha sido la menos favorecida en la prestación de servicios públicos. En el campo de salud este rezago se ha ido superando gradualmente durante los últimos 30 años a través del diseño e instrumentación de diversas estrategias de atención itinerante y de fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en todos los niveles de atención.

Para garantizar servicios efectivos de atención médica ambulatoria y de prevención y promoción de la salud, todos ellos en concordancia con el Sistema de Protección Social en Salud, la administración del Lic. Felipe Calderón Hinojosa, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, estableció el *Programa de Acción Específico Caravanas de la Salud 2007-2012*, cuya cobertura comprende las 31 entidades federativas y el Distrito Federal en sus áreas marginadas, con énfasis en los siete estados prioritarios: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz, donde

se encuentran focalizados los 125 municipios de bajo Índice de Desarrollo Humano (IDH). Como segunda prioridad el programa se centra en los municipios así como localidades de muy alta y alta marginación, para acercar servicios de promoción, prevención y prestación de servicios de salud a las personas y sus familias. El programa garantiza hasta 128 intervenciones del CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud), y también, ha proporcionado la oportunidad de que sus beneficiarios puedan afiliarse al Seguro Popular y al Seguro Médico para una Nueva Generación. El Programa también oferta las intervenciones contenidas en la Estrategia Nacional para la Prevención y Promoción para una Mejor Salud por grupos poblacionales, y de acuerdo a cinco procesos: promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, detección de enfermedades y salud reproductiva.

En resumen, el Programa ha orientado recursos para la alineación-dignificación de los recursos ya existentes, así como para la adquisición de unidades médicas móviles equipadas para la puesta en marcha de nuevas rutas en todo el país.

2 Objetivo al término de la administración.

El Programa Caravanas de la Salud tiene como misión *“Acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, de manera integral y resolutive, mediante equipos itinerantes de salud a la población que habita prioritariamente en las microrregiones de menor índice de desarrollo humano y marginadas con alta dispersión, todos ellos carentes de atención médica oportuna debido a su ubicación geográfica, dispersión y/o condiciones de acceso, en las cuales resulta muy complejo y en algunos casos imposible, el establecimiento en el corto plazo de unidades médicas fijas”*. Para lograr esta misión se definió desde la perspectiva de la planeación estratégica la visión de *“En México para el año 2012 no existirá ninguna persona o familia que carezca de atención médica básica independientemente de su estatus socioeconómico, laboral y su lugar de residencia; esta atención será otorgada por todas las instituciones del sector salud ya sea a través de unidades fijas o de UMM, todas ellas estarán acreditadas para asegurar la calidad y eficacia de los servicios que prestan”*.

De las premisas anteriores parte el objetivo primordial del Programa propuesto para el término de la administración y que consiste en ampliar la cobertura en salud a aquellas localidades que carecían de acceso regular a servicios de salud, este objetivo a letra dice: *“La población objetivo del Programa es la que habita en aproximadamente 20,000 localidades distribuidas en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal”*.

Por lo que, al cierre de la actual administración, la Secretaría de Salud mediante el Programa Caravanas de la Salud y de manera coordinada con los Servicios Estatales de Salud de las 31 entidades federativas y el Distrito Federal ha logrado incorporar 1,448 Unidades Médicas Móviles con diversa capacidad resolutive para garantizar el acceso a la personas que habitan en 21,414 localidades dispersas, de difícil acceso, donde se les ha dado la información sobre los beneficios que cuenta la afiliación al Seguro Popular y con ello garantizar la entrada de estas personas a la Red de Servicios de Salud de primero, segundo hasta el tercer nivel de atención.

Objetivo General

Proporcionar servicios regulares de promoción, prevención y atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles, que trabajan de forma complementaria, auxiliados con otros medios de transporte de personal en salud y el apoyo de unidades médicas fijas ubicadas en las rutas de atención ambulatoria.

Objetivos Específicos

- Ampliar la cobertura de atención a las comunidades sin acceso a servicios de salud y fortalecer la capacidad resolutive que garantice el acceso a una atención de salud de vanguardia tecnológica, aprovechando los medios y recursos que ofrece la tele-salud.
- Garantizar que la prestación equitativa, oportuna y con calidad de los servicios de salud se proporcione a través de un conjunto de recursos humanos capacitados, con sensibilidad intercultural y respeto a la diversidad.
- Promover la participación social y comunitaria para el desarrollo de una cultura de auto cuidado de la salud, basado en la promoción, prevención, control y atención oportuna de enfermedades, que coadyuve a mejorar estilos de vida en las personas, las familias y comunidades.
- Proporcionar atención médica y odontológica con base en el CAUSES que ofrece el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y las acciones asociadas al Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) Salud.
- Fomentar la afiliación de las familias objetivo del Programa, al SPSS y a los niños al Seguro Médico para una Nueva Generación para coadyuvar a alcanzar la cobertura universal.

3. Desarrollo del Programa o Proyecto

3.1. Alcance del Programa.

El Programa consiste en la organización y operación de equipos de salud itinerantes y de unidades médicas móviles de diferente capacidad resolutive, que son un complemento a la red de servicios de salud conformada por las unidades médicas fijas. El Programa cuenta con recursos humanos capacitados, medios de transporte de personal, casas de salud, recursos materiales (medicamentos, insumos, dispositivos médicos y tecnológicos), que inciden en un espacio geográfico determinado, a través del establecimiento de rutas de atención, brindando servicios de salud a la población como: prevención y control de enfermedades, promoción de la salud y 128 intervenciones de atención médica ambulatoria del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Así mismo, el Programa garantiza la continuidad de la atención a través del envío de pacientes a unidades médicas de mayor capacidad resolutive de la red. Parte fundamental del desarrollo del Programa lo constituye el fomento de la participación comunitaria, así como la vigilancia epidemiológica y las acciones en materia de salud pública y se articula con todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de acercar la red de servicios de salud a la población que, por sus condiciones sociales, no tiene una cobertura regular o permanente de estos servicios. Por ello, este Programa constituye uno de los principales esfuerzos de la política de salud del gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, para resolver las actuales limitaciones de cobertura de servicios que aún prevalecen en diversas zonas del territorio nacional.

El Programa consiste en la organización y operación de equipos de salud itinerantes y de unidades médicas móviles de diferente capacidad resolutive, que son un complemento a la red de servicios de salud conformada por las unidades médicas fijas. El Programa cuenta con recursos humanos capacitados, medios de transporte de personal, casas de salud, recursos materiales (medicamentos, insumos, dispositivos médicos y tecnológicos), que inciden en un espacio geográfico determinado, a través del establecimiento de rutas de atención, brindando servicios de salud a la población como: prevención y control de enfermedades, promoción de la salud y 128 intervenciones de atención médica ambulatoria del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Asimismo, el Programa garantiza la continuidad de la atención a través del envío de pacientes a unidades médicas de mayor capacidad resolutive de la red. Parte fundamental del desarrollo del Programa lo constituye el fomento de la participación comunitaria, así como la vigilancia epidemiológica y las acciones en materia de salud pública y se articula con todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de acercar la red de servicios de salud a la población que, por sus condiciones sociales, no tiene una cobertura regular o permanente de estos servicios. Por ello, este Programa constituye uno de los principales esfuerzos de la política de salud del gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, para resolver las actuales limitaciones de cobertura de servicios que aún prevalecen en diversas zonas del territorio nacional.

En su etapa inicial en el 2007 el Programa contó con 654 Unidades Médicas Móviles (UMM) de las entidades federativas mismas que fueron dignificadas con recursos federales en 24 entidades federativas, es decir, se mejoraron las condiciones físicas y mecánicas beneficiándose 7,771 localidades y 1.8 millones de personas.

En el mismo año 2007, se adquirieron 180 UMM de diversa complejidad tecnológica: 60 Tipo I, 111 Tipo II y 9 Tipo III. Estas UMM se ubicaron en 31 entidades federativas.

Resumiendo, del año 2007 al año 2010 el Programa presentó un avance importante. Como se mencionó en párrafos anteriores, en 2007, operaban 654 UMM dignificadas y se tuvo presencia en 381 municipios y 7,771 localidades en 24 entidades federativas. Durante los años 2007, 2008, 2009 y 2010 se

adquirieron 963 UMM para la operación del programa, de las que 640 corresponden a nuevas rutas, 247 para la sustitución de unidades móviles estatales cuya vida útil estaba por concluir, así como 76 unidades para la supervisión operativa del programa.

Es importante mencionar que existen en el país 815 UMM alineadas por los estados, de las cuales han sido sustituidas con recursos del Programa un total de 247, los cuales previamente fueron evaluados y cuentan con personal y gastos de operación financiados por otros programas estatales.

3.2. Ámbito de desarrollo.

El ámbito de desarrollo del Programa es nacional. Se encuentra operando en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal. En su inicio tuvo presencia en 7,771 localidades ubicadas en 381 municipios de 24 entidades federativas. Actualmente el Programa se ha desarrollado ampliando su ámbito de operación a los 31 estados y el Distrito Federal y se cuenta con 1,448 unidades médicas móviles beneficiando un total de 3'839,056 personas en 21,414 localidades ubicadas en 1007 municipios.

La cobertura poblacional planteada al inicio de la administración para el año 2012, y que sería incorporada de manera progresiva es aquella que habita en aproximadamente 20,000 localidades distribuidas en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal. Esta ampliación de la cobertura geográfica del Programa ha sido progresiva y de carácter nacional; teniéndose contemplada su consolidación de manera simultánea con el SPSS. La visión original fue que para el 2012 no existieran personas o familias sin atención médica primaria en el país.

El Programa, está focalizado en atender a su población objetivo por medio de las cuatro vertientes que se describen a continuación:

La primera, se refiere a la atención prioritaria de personas que habitan en el medio rural, en localidades marginadas y sin acceso actual a servicios de salud y que además son considerados por CONAPO como parte de los 125 municipios de menor IDH de los siete estados prioritarios: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz, en los que habitan un millón 401 mil 880 mexicanos distribuidos en aproximadamente 6,992 localidades, de las cuales el 41.7% registran menos de 50 habitantes y sólo 187 tienen más de mil habitantes. En términos generales, estos municipios comparten las siguientes características:

La dispersión poblacional aunada al aislamiento, las condiciones orográficas, la ausencia de caminos y la degradación de los recursos naturales inciden en los problemas estructurales de pobreza y marginación de sus pobladores⁹. La brecha mayor en estos municipios se presenta en el indicador del PIB per cápita, pues en promedio, este indicador a nivel nacional es ocho veces mayor que el de los municipios en mención.

La tasa de mortalidad infantil, con un promedio de 50 por mil nacidos vivos, duplica a la media nacional que asciende a 25 por mil nacidos vivos.

La segunda vertiente, considera atender a personas que se encuentran ubicadas en localidades de muy alta y alta marginación según el CONAPO, que no necesariamente radiquen en municipios de menor IDH y que se consideren como geográficamente dispersas y que carezcan de acceso regular a servicios de salud en todas las entidades federativas.

La tercera vertiente se refiere a la atención de personas que habitan en localidades con problemas de acceso a la infraestructura institucional de salud en todo el país.

La cuarta vertiente se refiere a la atención de personas que por estar ubicadas temporalmente en concentraciones masivas requieran de servicios de salud de primer nivel de atención.

3.3. Principales logros.

La cobertura se ha ampliado dando cumplimiento al objetivo de inicio de la administración, alcanzándose un total de 21,441 localidades en 1007 municipios beneficiando a un total de 3'839,056 personas. La evolución de este logro se presenta en los cuadros siguientes en los que se muestran los resultados y el crecimiento que por año ha tenido el Programa Caravanas de la Salud con relación al número de unidades operando y la cobertura de localidades, así como la población beneficiada por entidad federativa.

Cuadro 3. Avance en la cobertura de 2007 a 2009

No	ENTIDAD FEDERATIVA	Cobertura 2007			Cobertura 2008			Cobertura 2009		
		UMM 2007	LOCALIDADES	POBLACIÓN	UMM 2008	LOCALIDADES	POBLACIÓN	UMM 2009	LOCALIDADES	POBLACIÓN
1	Aguascalientes	4	35	7,321	7	40	8,412	9	49	10,455
2	Baja California	44	1,311	340,121	49	1,371	348,999	59	1,856	526,768
3	Baja California Sur	6	83	19,214	11	88	20,703	18	164	22,530
4	Campeche	25	345	73,212	32	361	75,710	39	385	93,192
5	Coahuila	16	125	16,541	20	134	18,567	26	200	28,826
6	Colima	0	0	0	1	16	366	10	60	5,810
7	Chiapas	19	301	16,245	27	361	18,335	55	380	81,526
8	Chihuahua	16	210	25,123	21	215	26,809	36	320	38,058
9	Distrito Federal	0	0	0	4	7	34,245	10	8	37,559
10	Durango	25	265	53,212	33	282	54,524	53	433	90,316

No	ENTIDAD FEDERATIVA	Cobertura 2007			Cobertura 2008			Cobertura 2009		
		UMM 2007	LOCALIDADES	POBLACIÓN	UMM 2008	LOCALIDADES	POBLACIÓN	UMM 2009	LOCALIDADES	POBLACIÓN
11	México	24	175	316,126	31	187	371,514	40	232	480,031
12	Guanajuato	27	513	50,122	32	543	51,154	40	575	57,757
13	Guerrero	49	598	159,211	59	601	160,751	85	631	191,638
14	Hidalgo	0	0	0	11	138	18,099	32	266	51,558
15	Jalisco	156	1,245	198,030	162	1,323	210,580	173	3,448	309,146
16	Michoacán	40	425	99,080	44	454	111,967	63	588	121,524
17	Morelos	0	0	0	4	41	6,341	13	86	24,101
18	Nayarit	12	172	6,841	18	189	7,262	37	381	18,327
19	Nuevo León	0	0	0	3	45	7,612	15	158	23,021
20	Oaxaca	27	325	23,143	41	354	31,860	76	458	109,115
21	Puebla	20	121	20,121	27	138	24,850	28	179	43,910
22	Querétaro	0	0	0	1	21	3,334	21	249	57,698
23	Quintana Roo	9	74	18,115	17	92	21,275	22	153	31,340
24	San Luis Potosí	0	0	0	6	655	123,542	86	755	180,291
25	Sinaloa	27	261	37,121	34	298	39,124	48	312	79,528
26	Sonora	0	0	0	1	3	49	7	50	1,831
27	Tabasco	40	267	66,214	48	281	68,791	64	394	82,014
28	Tamaulipas	17	185	39,690	23	220	42,785	36	241	51,141
29	Tlaxcala	7	35	26,121	12	48	45,215	19	49	48,998
30	Veracruz	4	70	25,451	12	76	26,124	49	80	29,121
31	Yucatán	1	30	13,548	6	42	15,111	21	162	31,369
32	Zacatecas	39	600	142,121	45	617	142,492	60	806	145,460
	TOTAL	654	7,771	1,792,044	842	9,241	2,136,502	1,350	14,108	3,103,959

Cuadro 4. Avance en la cobertura de 2010 a 2012

No	ENTIDAD FEDERATIVA	Cobertura 2010			Cobertura 2011-2012			
		UMM 2010	LOCALIDADES	POBLACIÓN	UMM 2011	MUNICIPIOS	LOCALIDADES	POBLACIÓN
1	Aguascalientes	9	117	37,383	9	10	117	41,874
2	Baja California	59	1,755	582,909	59	5	1,705	715,064
3	Baja California Sur	18	131	26,552	16	5	143	20,460
4	Campeche	39	435	128,144	42	12	320	71,007
5	Coahuila	26	181	33,674	26	23	298	52,568
6	Colima	10	117	11,974	10	10	202	12,887
7	Chiapas	57	321	105,369	65	38	599	95,361
8	Chihuahua	36	553	74,656	35	32	983	67,381
9	Distrito Federal	10	18	84,061	10	7	18	84,161
10	Durango	53	448	96,684	53	23	2,117	76,798
11	Guanajuato	40	896	82,968	42	22	914	86,948
12	Guerrero	85	226	170,834	88	41	739	201,017
13	Hidalgo	32	306	58,963	32	25	311	56,295
14	Jalisco	173	3,769	337,997	172	100	1,340	95,240
15	México	40	196	343,259	41	15	257	549,471
16	Michoacán	63	884	153,528	61	63	1,281	132,256
17	Morelos	13	85	23,874	13	24	62	24,355
18	Nayarit	37	352	21,897	38	5	451	20,208
19	Nuevo León	15	147	29,922	15	14	168	31,095
20	Oaxaca	77	408	98,994	85	99	572	114,074
21	Puebla	68	387	288,499	84	101	532	308,768
22	Querétaro	21	279	88,948	30	13	305	98,375
23	Quintana Roo	22	148	42,188	13	7	144	31,868
24	San Luis Potosí	95	1,825	237,900	102	51	2,566	255,518
25	Sinaloa	48	393	95,687	48	15	1,150	93,525
26	Sonora	7	25	5,434	7	19	83	5,688
27	Tabasco	65	383	86,422	65	11	406	107,133
28	Tamaulipas	36	1,477	69,951	44	46	2,043	66,239
29	Tlaxcala	19	146	104,278	12	41	125	57,762
30	Veracruz	49	124	57,110	50	57	563	90,783
31	Yucatán	21	175	42,035	21	31	188	41,795
32	Zacatecas	60	822	157,024	60	42	712	133,082
	TOTAL	1,403	17,529	3,779,118	1,448	1,007	21,414	3,839,056

Con los avances alcanzados, se logró la meta de cobertura planteada al inicio de la actual administración federal y que a la letra dice: “La población objetivo del Programa es la que habita en aproximadamente 20,000 localidades distribuidas en las 31 entidades federativas y el Distrito Federal”.

Para el año 2012, a través del instrumento DGAI-CV-014-12 con número de Control de Instrumentos Jurídicos Consensuales DGPLADES/0041/2012, se firmó el Convenio de colaboración para implementar las acciones necesarias para contribuir en la adquisición de Unidades Médicas Móviles y su equipamiento para la operación del Programa Caravanas de la Salud y la realización de encuentros de enriquecimiento mutuo celebrado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas y la Secretaría de Salud firmado el día 7 de Marzo del 2012, recurso para la adquisición de 133 unidades médicas móviles tipo “0” con equipo, instrumental, personal médico y equipo de cómputo de apoyo para el desarrollo de actividades en rutas que de acuerdo a Reglas de Operación del Programa Caravanas de la Salud y con énfasis a poblaciones en las que la población indígena importante, desarrollarán actividades preventivas y curativas a la población que así lo demande. Con esta adquisición, beneficiará una población de 199,758 personas en 1,498 localidades en 100 municipios de once entidades federativas, como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 5. Cobertura de las 133 UMM del Programa Caravanas de la Salud 2012.

TOTAL PROPUESTAS NUEVAS RUTAS Y SUSTITUCIÓN DEL PROGRAMA DE CARAVANAS DE LA SALUD 2012. (Rutas con más del 40% de Población Indígena)						
Entidad Federativa	N° de UMM	N° de Municipios	N° de Localidades	Población Objetivo	Pob Indígena	
					N°	%
Baja California	1	1	10	1,164	702	60.3%
Chiapas	61	30	675	94,131	91,810	97.5%
Chihuahua	7	8	174	4,794	3,490	72.8%
Durango	2	1	103	2,464	2,464	100.0%
Guerrero	13	13	91	26,185	25,335	96.8%
Hidalgo	7	2	39	7,645	6,379	83.4%
Nayarit	14	6	149	7,113	5,761	81.0%
Oaxaca	9	19	79	28,489	23,129	81.2%
Puebla	8	10	59	12,943	10,803	83.5%
San Luis Potosí	5	3	43	9,595	9,548	99.5%
Sonora	6	7	76	5,235	2,671	51.0%
11	133	100	1,498	199,758	182,092	91.2%

Otro de los compromisos planteados en las Reglas de Operación vigentes, fue la entrega de las acciones ligadas al CAUSES a través de la consulta médica así como de acciones de prevención y promoción de la salud a la población objetivo del Programa Caravanas de la Salud. Este compromiso se definió a través de una cartera de servicios que comprende intervenciones de salud de dos tipos: servicios de salud dirigidos a la persona y servicios de salud a la comunidad.

Para el Programa las intervenciones de salud a la persona comprenden, de forma directa, 128 intervenciones de atención ambulatoria del CAUSES que incluyen acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica y vigilancia epidemiológica, además, a través de las UMM y mediante el sistema de la referencia y contrarreferencia la población objetivo del Programa tiene acceso al complemento de las 275 intervenciones del CAUSES.

A través de este Componente, la población beneficiaria recibe una cartera de servicios que garantiza una atención integral, definida como el conjunto de acciones de atención médica y de salud pública dirigidas al individuo y las familias para promover, conservar o restablecer la salud, basadas en el enfoque de riesgo y otorgadas mediante un trato digno, cordial y humano de persona a persona.

Para las intervenciones de salud a la comunidad, la Cartera de Servicios de Salud contempla un conjunto de intervenciones vinculadas a la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud (la Estrategia Nacional), que incluye acciones de participación comunitaria en salud, promoción de espacios saludables y otras acciones de salud pública con perspectiva de género.

Se considera que la puesta en marcha de este componente ha contribuido a disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas dirigidas a las personas que se combinan con intervenciones dirigidas a la construcción de entornos favorables a la salud.

Para otorgar los servicios, se hizo necesario modificar el anterior modelo de atención para enfocarse en uno de intervenciones integrales dirigidas a cinco grupos poblacionales, los cuales son:

1. Niños de 0 a 9 años
2. Adolescentes de 10 a 19 años
3. Mujeres de 20 a 59 años
4. Hombres de 20 a 59 años
5. Adultos Mayores de 60 años y más

Cada intervención está articulada por cinco procesos que garantizan la integridad en las acciones:

1. Promoción de la salud
2. Nutrición
3. Prevención y control de enfermedades
4. Detección de enfermedades
5. Salud reproductiva

Tomando en cuenta desde el inicio del Programa en el 2007 al 30 de septiembre de 2012, las acciones de prevención y promoción y de atención médica han ido en incremento constante como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 6. Avance en la productividad por año

CONCENTRADO DE ACCIONES POR AÑO				
Año	Población	Acciones de Prevención y Promoción	Consulta médica ligada al CAUSES	Total
2007	1,792,044	*	*	*
2008	2,136,502	2,663,209	2,061,747	4,724,956
2009	3,103,959	6,117,913	3,161,846	9,279,759
2010	3,779,118	9,464,433	3,931,181	13,395,614
2011	3,839,056	11,030,737	4,216,899	15,247,636
Ene-Sep. 2012	3,839,056	8,942,572	3,034,962	11,977,534
TOTAL	3,839,056	38,218,864	16,406,635	54,625,499

* Información no disponible

Fuente: Informes gerenciales del Programa Caravanas de la Salud.

Estos avances han beneficiado a una población que carecía de atención médica en forma regular y que ahora tiene acceso real a los servicios de salud con calidad.

3.4. Avances por entidad federativa.

Los avances por entidad federativa relacionados al incremento de UMM, localidades y población beneficiaria, pueden revisarse en los cuadros que se presentan en el punto VI.2.3 Principales logros. Por lo que a continuación se presenta solamente un cuadro que muestra la información nacional en estos aspectos.

Cuadro 7. Avance nacional en la cobertura de 2007 a 2012

AÑO	UMM EN OPERACIÓN	COBERTURA	
		LOCALIDADES	POBLACIÓN
2007	654	7,771	1.8 MILLONES
2008	842	9,241	2.3 MILLONES
2009	1,350	14,108	3.1 MILLONES
2010	1,403	17,529	3.3 MILLONES
2011-2012	1,448	21,414	3.8 MILLONES

Con respecto a la atención en salud, se ha tenido un avance muy importante tanto en la atención médica ligada al CAUSES que se entrega a través de la consulta de primera vez y subsecuente, como en la entrega de acciones de prevención y promoción de la salud a la población objetivo del Programa. El avance por año a partir del 2008 al 2012 incluyendo hasta el mes de septiembre puede ser revisado en el cuadro 5 de este mismo capítulo.

A continuación, se presenta un cuadro que muestra por entidad federativa los avances durante el presente año incluyendo información hasta el tercer trimestre.

Cuadro 8. Avance en la entrega de la cartera de servicios por entidad federativa de enero a septiembre de 2012

CONCENTRADO ENERO SEPTIEMBRE DE 2012				
No	ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE ACCIONES DE PROMOCION Y PREVENCION OTORGADAS	NUMERO TOTAL DE CONSULTAS PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE	TOTAL DE ATENCIONES OTORGADAS
1	AGUASCALIENTES	151,270	75,276	226,546
2	BAJA CALIFORNIA	677,470	118,340	795,810
3	BAJA CALIFORNIA SUR	181,088	18,810	199,898
4	CAMPECHE	487,696	99,635	587,331
5	COAHUILA	109,010	46,777	155,787
6	COLIMA	51,314	16,940	68,254
7	CHIAPAS	413,935	136,092	550,027
8	CHIHUAHUA	339,622	59,261	398,883
9	DISTRITO FEDERAL	170,630	35,163	205,793
10	DURANGO	246,770	95,203	341,973
11	GUANAJUATO	287,911	94,169	382,080
12	GUERRERO	579,782	124,771	704,553
13	HIDALGO	601,732	115,857	717,589
14	JALISCO	218,707	338,502	557,209
15	EDO. DE MÉXICO	253,820	82,659	336,479
16	MICHOACÁN	188,071	83,794	271,865
17	MORELOS	123,962	34,003	157,965
18	NAYARIT	237,037	52,118	289,155
19	NUEVO LEÓN	110,780	32,328	143,108
20	OAXACA	335,953	103,372	439,325
21	PUEBLA	621,943	197,401	819,344
22	QUERÉTARO	392,492	77,017	469,509
23	QUINTANA ROO	54,121	28,148	82,269
24	SAN LUIS POTOSÍ	868,670	306,488	1,175,158
25	SINALOA	100,055	125,409	225,464
26	SONORA	39,313	7,267	46,580
27	TABASCO	337,473	179,613	517,086
28	TAMAULIPAS	170,319	21,184	191,503
29	TLAXCALA	7,809	35,227	43,036
30	VERACRUZ	181,584	69,848	251,432
31	YUCATAN	230,418	62,012	292,430
32	ZACATECAS	171,815	162,278	334,093
	TOTAL	8,942,572	3,034,962	11,977,534

Fuente: Informes gerenciales del Programa Caravanas de la Salud.

Los beneficios que recibe la población objetivo del Programa Caravanas de la Salud son resultado de las acciones que se ofertan a través de la consulta médica y de las acciones de prevención y promoción de la salud. Para el periodo comprendido entre enero y septiembre de 2012 las acciones en salud otorgadas a la población son 11'977,534 en total y desde que se inició el programa hasta septiembre de 2012 se tienen cuantificadas 54,625,499 atenciones en salud otorgadas. Los principales beneficios que se obtienen a través de esta oferta de servicios de salud van encaminados en los aspectos siguientes:

1. Salud reproductiva y Programa Arranque parejo en la vida.
 - a. En estos programas, se realiza una búsqueda intencionada de mujeres embarazadas en las localidades que conforman las rutas de las Caravanas de la Salud. Estas mujeres embarazadas son ingresadas al programa de atención prenatal y se les ofertan como mínimo 5 consultas durante el embarazo.
 - b. A cada una de las mujeres embarazadas se le realiza evaluación de riesgo obstétrico de manera que pueda ofrecerse de manera oportuna la referencia a unidades de salud en las que pueden recibir atención especializada como extensión de las acciones del CAUSES que se otorgan en los hospitales.
 - c. Se tiene especial interés en detectar adolescentes embarazadas debido a que su edad incrementa el riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el puerperio.
 - d. Un rubro importante en este grupo de mujeres es la oferta sistemática de métodos de planificación familiar de manera que las aceptantes estén en posibilidades de espaciar el tiempo entre embarazos lo cual disminuye riesgos a su salud, o bien estén en posibilidades de elegir el número de hijos que desea tener.
 - e. Finalmente, se oferta el programa de planificación familiar a toda mujer en edad reproductiva y se le orienta en cual método es el más adecuado a cada una de ellas, de acuerdo a su edad, número de hijos que tiene o desea tener y a su estado de salud en general, con lo que se logra evitar embarazos no deseados; que la mujer y esté en posibilidades de regular los intervalos entre embarazos; decidir el número de hijos en la familia; regular el momento de tener hijos en relación con las edades de los padres; facilitar los nacimientos deseados para mujeres con problemas de fecundidad; y evitar el embarazo agravaría una enfermedad peligrosa presente.

Los beneficios otorgados a la población, objetivo de las Caravanas de la Salud y que se encuentran englobados en el Programa de Arranque Parejo en la Vida son: el adecuado seguimiento del embarazo, parto y puerperio, la detección oportuna de riesgos que puedan poner en peligro la vida de las mujeres embarazadas, la referencia oportuna y la atención en unidades hospitalarias en las que son atendidas por especialistas garantizándose el acceso a las acciones contempladas en el CAUSES y que son de segundo o tercer nivel de atención.

2. En prevención y promoción de la salud se lleva a cabo la entrega de las acciones previstas en el Paquete Garantizado de Prevención y Promoción para una Mejor Salud (Línea de vida) en los aspectos prioritarios a atender en nuestro país entre los cuales se encuentran las enfermedades crónico-degenerativas. Las acciones prioritarias son las siguientes:
 - a. Detecciones de hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, síndrome metabólico a todas las personas mayores de 20 años, y detección de cáncer de acuerdo a la edad y género de las personas. Los pacientes que son detectados como positivos son incluidos al programa correspondiente.
 - b. Un beneficio importante que recibe la población es que a través de la educación para la salud y la atención está en posibilidades de mantenerse en control metabólico a los pacientes con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, obesidad, hipertensión o síndrome metabólico y con esto evitar o lograr que se retrase la aparición de complicaciones, con lo que se prolonga la vida de los pacientes y la calidad de la misma.

A los menores de 5 años se oferta un paquete preventivo que incluye a todos los niños del grupo de edad que habitan en las localidades que conforman las rutas de las Caravanas de la Salud. El principal rubro en el que se trabaja en forma intensiva es en la detección de desnutrición y como beneficio se busca la recuperación de los mismos.

APORTACIONES DEL PROGRAMA

Dotar a las entidades federativas de infraestructura móvil con equipamiento necesario para ofertar hasta 128 intervenciones ligadas al CAUSES en concordancia con el Sistema de Protección Social en Salud y con ello garantizar el acceso equitativo (oferta de servicios) a los afiliados al Seguro Popular.

Garantizar el monto para cubrir el pago de la plantilla del personal operativo y gerencial del Programa en cada una de sus rutas.

Brindarle la oportunidad a más de 3.9 millones de mexicanos que habitan en comunidades dispersas donde hasta hace poco, no contaban con acceso regular a servicios de salud, de tener acceso a los beneficios del seguro popular como esquema de aseguramiento público.

Identificación de talentos y formación de personal de salud bajo una perspectiva de: Vocación de servicio, profesionalización, y respeto a los usos y costumbres de muchos mexicanos que viven en un México distinto al que todos comúnmente conocemos.

Se han sentado las bases de la rectoría de un programa federal con respeto a la autonomía de las entidades federativas y la descentralización de los servicios de salud.

Esquema de financiamiento autosustentable al establecer los criterios de pago per cápita del Sistema de Protección Social al Programa por la atención a los afiliados al Seguro Popular y que son población bajo las áreas de influencia de las Caravanas de la Salud en más de 21 mil localidades.

3.5. Retos a corto, mediano y largo plazo.

Por las condiciones que aún siguen imperando en nuestro país, el Programa Caravanas de la Salud debe continuar su proceso de consolidación como la estrategia nacional rectora de la atención itinerante con alto grado de calidad en la oferta de los servicios de salud, con estricto sentido de la equidad y el respeto a la diversidad intercultural y a los usos y costumbres de las comunidades indígenas.

Para esto, creemos que aún existen estrategias itinerantes en algunos estados que deberían ser alineadas al modelo operativo de Caravanas de la Salud para hacer más eficientes los recursos existentes, organizar, integrar, unificar criterios y reorganizar las acciones de acercamiento de servicios de salud.

Por tal razón, exponemos la necesidad de seguir contando con Recursos Fiscales Federales para garantizar la operación del Programa, así como para la adquisición de infraestructura móvil, considerando que a corto y mediano plazo de manera coordinada con los Servicios de Salud se busquen alternativas de sustitución de Unidades Móviles por infraestructura fija de atención de la salud donde las características lo permitan. Por lo anteriormente mencionado, la continuidad del Programa deberá de depender de acuerdo a l crecimiento en la infraestructura física que se logre en los años por venir.

VI.3. Ejercicio presupuestario 2007-2012.

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las devoluciones
2007	1000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
	2000	\$150,000,004.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
	3000	\$125,000,004.00	1,448,532.00	1,448,532.00	\$0.00	
	4000	\$0.00	295,829,033.00	295,829,033.00	\$0.00	
	5000	\$225,000,000.00	189,202,572.00	189,202,572.00	\$0.00	
	6000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
Total		\$500,000,008.00	\$486,480,137.00	\$486,480,137.00	\$0.00	



Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las devoluciones
2008	1000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
	2000	\$198,000.00	965,461.00	965,461.00	\$0.00	
	3000	\$258,679,575.00	15,411,352.00	15,411,352.00	\$0.00	
	4000	\$236,122,423.00	174,985,102.00	174,985,102.00	\$0.00	
	5000	\$0.00	125,980,392.00	125,980,392.00	\$0.00	
	6000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
Total		\$494,999,998.00	\$317,342,307.00	\$317,342,307.00	\$0.00	
2009	1000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
	2000	\$200,000,000.00	\$ 1,299,181.00	\$ 1,299,181.00	\$0.00	
	3000	\$108,547,293.00	\$ 14,512,740.00	\$ 14,512,740.00	\$0.00	
	4000	\$272,370,094.00	\$ 372,705,771.00	\$ 372,705,771.00	\$0.00	
	5000	\$0.00	\$ 167,849,741.00	\$ 167,849,741.00	\$0.00	
	6000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
Total		\$580,917,387.00	\$556,367,433.00	\$556,367,433.00	\$0.00	
2010	1000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
	2000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
	3000	\$11,391,584.00	\$ 3,216,302.00	\$ 3,216,302.00	\$0.00	
	4000	\$490,845,560.00	\$321,280,531.00	\$321,280,531.00	\$0.00	
	5000	\$0.00	\$132,744,884.00	\$132,744,884.00	\$0.00	
	6000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
Total		\$502,237,144.00	\$457,241,717.00	\$457,241,717.00	\$0.00	

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las devoluciones
2011	1000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
	2000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
	3000	\$0.00	\$ 4,861,562.00	\$ 4,861,562.00	\$0.00	
	4000	\$490,000,000.00	\$370,717,029.00	\$370,717,029.00	\$0.00	
	5000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
	6000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
Total		\$490,000,000.00	\$375,578,591.00	\$375,578,591.00	\$0.00	
2012	1000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
	2000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
	3000	\$0.00	5,702.385.00	\$2,724,452.00	2.977,933.00	EJERCICIO EN TRAMITE
	4000	\$410,000,000.00	\$366,234,933.00	\$275,171,900.00	\$91,063,033.00	EJERCICIO EN TRAMITE
	5000	\$0.00	\$104,107,928.00	\$0.00	\$104,107,928.00	EJERCICIO EN TRAMITE
	6000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
Total		\$410,000,000.00	\$476,045,246.00	\$277,896,352.00	\$198,148,894.00	
GRAN TOTAL		\$2,978,154,537.00	\$2,669,055,431.00	\$2,470,906,537.00	\$198,148,894.00	

La fuente del presupuesto autorizado se encuentra en los oficios emitidos cada año por el Director General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud y se encuentran en las carpetas de Presupuesto de cada año, custodiadas por la Coordinación Administrativa.

En cuanto al presupuesto modificado y ejercido, la documentación fuente se encuentra en diversas carpetas de cada ejercicio fiscal, que contienen las adecuaciones presupuestales correspondientes, así como las cuentas por liquidar certificadas emitidas, ambas en custodia de la Coordinación Administrativa

Durante el año 2007 se hicieron modificaciones transfiriendo recursos del capítulo 2000 y 3000 para dar suficiencia al capítulo 4000. Lo no ejercido durante ese año se puso a disposición de la DGPOP y fue la cantidad de \$13, 519,871.00

Durante el año 2008, se transfirieron recursos del capítulo 3000 al Capítulo 2000 para consumo de papelería diversa. Así mismo se transfirieron recursos al capítulo 5000 que estaba en ceros por la cantidad de 125 millones. Del ejercicio de ese año se pusieron a disposición de la DGPOP la cantidad de \$177, 748,665.00.

Del ejercicio 2009 se hicieron transferencias al capítulo 4000 y 5000 por estar deficitarios, poniéndose finalmente a disposición de DGPOP la cantidad de \$24,549,556.00.

Durante el ejercicio del año 2010, se le dio suficiencia de los capítulos 3000 y 4000 al capítulo 5000 y se pusieron a disposición de la DGPOP \$47,694,802.00. De éstos, 40 millones estaban destinados al proyecto de telemedicina que aún no se pone en marcha.

Durante el ejercicio del año 2011 se apoya del capítulo 4000 al 3000 y 5000, a través de transferencia de recursos. No se adquieren las unidades programadas y se ponen a disposición de la DGPOP \$111,479,451.00

Durante el ejercicio 2012 se apoya del capítulo 4000 al 3000 y 5000, a través de transferencia de recursos. Hasta este momento se está ejerciendo el recurso de este ejercicio.

Durante el período 2007-2012 se tiene un presupuesto autorizado de \$2,978,154,537.00, un presupuesto modificado de \$2,669,055,431.00, un presupuesto ejercido por \$2,470,906,537.00 y un presupuesto por ejercer, correspondiente a 2012, por \$241,913,961.00

Las atribuciones de la Secretaría de Salud a nivel federal, a través de la DGPLADES es establecer las acciones de rectoría y seguimiento del Programa y las entidades federativas se responsabilizan de la operación del mismo, es por ello, que, como se observa en el cuadro que a continuación se presenta la DGPLADES año con año desde el 2007, ha transferido recursos para la operación del Programa, así como para la administración de los bienes que han sido adquiridos con recursos fiscales federales para la operación del mismo bajo la figura de comodato, estas acciones han sido formalizados a través de la suscripción de los siguientes convenios y/o contratos.

- Convenios Específicos en Materia de Transferencia de Recursos (se pueden consultar en la página web: www.caravanas.salud.gob.mx)
- Contratos de Comodatos

En los primeros, la DGPLADES asigna recursos vía subsidios para garantizar el pago de la plantilla de personal operativo y gerencial y el pago del aseguramiento de las unidades médicas móviles equipadas adquiridas por la Federación y entregadas a las entidades federativas en comodato.

En ese sentido, las Coordinaciones Estatales en el mes de octubre de cada año elaboran el Programa Operativo Anual del siguiente, donde se establece el monto total de los recursos necesarios para garantizar la operación del Programa y se distribuyen por fuentes de financiamiento:

Las fuentes de financiamiento básicamente son cuatro.

- Recursos federales que se transfieren a las entidades federativas a través de la Suscripción de Convenios Específicos en Materia de Transferencia de Recursos
- Recursos federales del Sistema de Protección Social en Salud, con base en lo estipulado en el Presupuesto de Egresos de la Federación del año que corresponda
- Recursos del AFASPE. Recursos orientados a la realización de las acciones de los programas sustantivos de la Secretaría de Salud como lo son: planificación familiar, cáncer cérvico uterino, cáncer mamario, promoción de la salud entre otros.
- Recursos estatales para complementar los costos operativos del Programa.

VINCULACIÓN DEL PROGRAMA CARAVANAS DE LA SALUD Y EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

La Reforma que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud se consolida día con día, garantizando a la población que se afilia, los beneficios de un conjunto de servicios de salud a la persona, además de proteger a las personas más necesitadas contra gastos catastróficos asociados a ciertos padecimientos de tratamiento complejo y costoso, es por ello que la Secretaría de Salud ha venido desarrollando diversas estrategias de fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud (FOROSS, Fondo de Previsión Presupuestal, entre otros)

La protección social en salud se dificulta en ciertas regiones del país, resultando complicado y costoso el establecimiento de unidades de atención médica permanentes para localidades muy pequeñas, dispersas, y sin acceso a vías de comunicación.

Para atender las necesidades de salud de la población que habita en estas localidades, la Secretaría de Salud instrumentó el Programa Caravanas de la Salud cuyo objetivo es Acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, de manera integral y resolutiva, mediante equipos itinerantes de salud a la población que habita prioritariamente en las microrregiones de menor índice de desarrollo humano y marginadas con alta dispersión, todos aquellos carentes de atención médica oportuna debido a su ubicación geográfica, dispersión y/o condiciones de acceso, en las cuales resulta muy complejo y en algunos casos imposible, el establecimiento a corto plazo de unidades médicas fijas.

Desde el inicio del Programa en el 2007, la Secretaría de Salud Federal a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud ha desarrollado el diseño, la implantación y la consolidación del Programa Caravanas de la Salud en las entidades federativas, estableciendo en su Modelo Operativo, la clara vinculación con el Sistema de Protección Social en Salud, determinada en sus reglas de operación:

Por lo que, Los beneficiarios del Programa afiliados al SPSS tendrán acceso a las 128 intervenciones médicas del CAUSES y las acciones de promoción y prevención de la salud según su capacidad resolutive de las UMM del Programa, asimismo, podrán acceder a toda la red de servicios de salud y obtener todas las intervenciones del CAUSES en unidades de diferente capacidad resolutive que cumplan con lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

Para materializar lo comentado anteriormente existe una clara y coordinada relación entre el Programa y los Regimenes Estatales de Protección Social en Salud quienes realizarán las siguientes acciones:

- La definición de la estrategia estatal de difusión del SPSS en las localidades objetivo del Programa.
- La revisión y validación de las rutas proporcionadas por el Coordinador Estatal del Programa.
- El establecimiento de mecanismos para la afiliación y/o reafiliación de familias al SPSS y su difusión a la población objetivo del Programa.
- La instrumentación de criterios con el área competente de los Servicios Estatales de Salud para la compra de servicios de salud proporcionados por las Caravanas de la Salud.
- El financiamiento a los Servicios Estatales de Salud por la prestación de servicios a la población atendida por el Programa de conformidad con lo establecido en el PEF del año que corresponda.

En ese sentido, Caravanas de la Salud al fomentar a los beneficiarios del programa su afiliación al Seguro Popular, la incorporación de las UMM del Programa a la REDESS garantiza la prestación de la totalidad de intervenciones contenidas en el CAUSES, aún cuando la Caravana de la Salud solo ofrezca hasta 128 intervenciones de este.

Desde el 2008, se han realizado acciones de manera conjunta con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para establecer metas de afiliación en la población objetivo del Programa y el pago por los servicios ofrecidos a través de Caravanas de la Salud a los afiliados al Seguro Popular a través de una capita por persona afiliada a tendida por el Programa conforme su capacidad resolutive. En el marco de la separación de funciones, donde las Caravanas de la Salud forman parte de la Red de Servicios de Salud de cada entidad federativa, que han pasado por los proceso de acreditación como lo establece la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y su Reglamento, y son responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud en cuanto a su operación.

Estos esfuerzos se han consolidado con la publicación en el Diario Oficial de la Federación del Presupuesto de Egresos de la Federación a partir del ejercicio fiscal 2010, 2011 y 2012 consecutivamente que establece:

“Deberán destinarse recursos federales de cuota social y aportación solidaria federal para el otorgamiento de los servicios de salud, de las intervenciones contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, (CAUSES) en las localidades donde no existe infraestructura instalada de los Servicios Estatales de Salud, con la finalidad de incrementar la afiliación en dichas localidades y garantizar la prestación de servicios y el abasto de medicamentos a los afiliados al Sistema, a través del Programa Caravanas de la Salud, cuyo Proyecto de Presupuesto para la Operación del Programa deberá presentarse al Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente para su revisión, quien lo presentará a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para su análisis y, en su caso, validación”.

En ese sentido, los Servicios Estatales de Salud a través de las Coordinaciones Estatales del Programa han establecido vinculación estrecha con los Regimenes Estatales de Protección Social en Salud en su papel de financiadores del Sistema, con el fin de identificar la población afiliada al Sistema atendida a través del Programa Caravanas de la Salud, cuantificar las capitas anuales que le corresponden por la prestación de servicios de salud a las personas afiliadas, la elaboración y validación de los *Proyecto de Presupuesto para la Operación del Programa* conforme las partidas de gasto autorizadas, la definición de la meta de afiliación y por último el envío del POA de Caravanas de la Salud a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para su validación.

Cuadro que muestra el total de financiamiento por las diferentes fuentes.

Fuentes de financiamiento	PRESUPUESTO						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total Global
Federal.- PEF	\$486,480,137.00	\$317,342,307.00	\$556,367,833.00	\$457,241,717.00	\$375,578,591.00	\$277,896,352.00	\$2,470,906,937.00
Cuotas de Recuperación	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Donativos	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Seguro Médico para una Nueva Generación	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Seguro Popular	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$242,503,028.85	\$439,431,004.49	\$500,225,158.78	\$1,182,159,192.12
Otros (describir)	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Total	\$486,480,137.00	\$317,342,307.00	\$556,367,833.00	\$699,744,745.85	\$815,009,595.49	\$778,121,510.78	\$3,653,066,129.12

Financiamiento anual por entidad federativa por parte del Seguro Popular.

Financiamiento del Seguro Popular 2010		
ESTADO	Número de Oficio	TOTAL
Aguascalientes	CNPSS/DGF/1077/10	3,390,000.00
Baja California		
Baja California Sur	CNPSS/DGF/1039/10	1,331,187.60
Campeche	ND	8,826,392.00
Coahuila	CNPSS/DGF/1255/10	2,643,912.70
Colima	CNPSS/DGF/1041/10	1,855,686.70
Chiapas	CNPSS/DGF/1038/10	17,031,691.90
Chihuahua	CNPSS/DGF/428/10	3,000,000.00
Distrito Federal	CNPSS/DGF/1038/10	1,051,570.00
Durango	CNPSS/DGF/1254/10	7,231,724.74
Guanajuato	CNPSS/DGF/948/10	5,573,602.20
Guerrero	CNPSS/DGF/2826/10	10,303,632.45
Hidalgo	ND	20,804,096.23
Jalisco	ND	2,567,955.60
México	CNPSS/DGF/1040/10	11,024,980.90
Michoacán	CNPSS/DGF/2018/10	7,503,985.35
Morelos	CNPSS/DGF/2296/10	4,890,159.30
Nayarit	ND	4,567,245.90
Nuevo León	ND	4,002,820.00
Oaxaca	CNPSS/DGF/2040/10	14,393,509.28
Puebla	ND	18,268,777.20
Querétaro	CNPSS/DGF/315/11	4,000,000.00
Quintana Roo	N/D	562,917.90
San Luis Potosí	CNPSS/DGF/1650/10	1,418,748.00
Sinaloa	ND	9,992,258.00
Sonora	CNPSS/DGF/1106/10	4,992,698.30
Tabasco	CNPSS/DGF/1087/10	10,423,715.48
Tamaulipas	ND	1,430,486.62
Tlaxcala	ND	18,000,000.00
Veracruz	CNPAA/DGF/1444/11	17,479,560.40
Yucatán	CNPSS/DGF/2972/11	8,591,332.40
Zacatecas	CNPSS/DGF/359/10	15,348,381.70
TOTAL		242,503,028.85

Financiamiento del Seguro Popular 2011		
ESTADO	Número de Oficio	TOTAL
Aguascalientes	CNPSS/DGF/1625/11	\$3,230,000.00
Baja California	CNPSS/DGF/2522/11	\$6,761,496.48
Baja California Sur	CNPSS/DGF/0134/12	\$2,206,371.80
Campeche	CNPSS/DGF/1519/11	\$11,037,586.10
Coahuila	CNPSS/DGF/2858/11	\$4,026,136.42
Colima	CNPSS/DGF/1336/11	\$3,106,634.06
Chiapas	CNPSS/DGF/1205/11	\$28,207,773.76
Chihuahua	CNPSS/DGF/1301/11	\$8,405,613.86
Distrito Federal	CNPSS/DGF/1025/11	\$1,568,630.00
Durango	CNPSS/DGF/1203/11	\$21,597,887.94
Guanajuato	CNPSS/DGF/1028/11	\$12,445,024.16
Guerrero	CNPSS/DGF/2159/11	\$33,558,617.00
Hidalgo	CNPSS/DGF/0135/12	\$18,225,908.30
Jalisco	CNPSS/DGF/0282/12	\$9,188,611.86
México	CNPSS/DGF/1197/11	\$20,835,728.14
Michoacán	CNPSS/DGF/1523/11	\$11,729,058.39
Morelos	CNPSS/DGF/1201/11	\$7,628,627.46
Nayarit	CNPSS/DGF/1254/11	\$7,904,611.80
Nuevo León	CNPSS/DGF/2160/11	\$7,249,544.44
Oaxaca	CNPSS/DGF/1199/11	\$32,379,264.00
Puebla	CNPSS/DGF/2122/11	\$37,442,750.70
Querétaro	CNPSS/DGF/1259/11	\$10,225,511.00
Quintana Roo	CNPSS/DGF/2442/11	\$17,675,600.88
San Luis Potosí	CNPSS/DGF/1218/11	\$2,918,466.00
Sinaloa	CNPSS/DGF/3062/11	\$9,802,374.00
Sonora	CNPSS/DGF/1443/11	\$2,162,445.32
Tabasco	CNPSS/DGF/1043/11	\$14,828,074.82
Tamaulipas	CNPSS/DGF/1445/11	\$7,423,982.28
Tlaxcala	CNPSS/DGF/1673/11	\$18,125,857.00
Veracruz	CNPSS/DGF/1202/11	\$31,545,284.28
Yucatán	CNPSS/DGF/1200/11	\$12,471,014.00
Zacatecas	CNPSS/DGF/1299/11	\$23,516,518.24
TOTAL		\$439,431,004.49

Financiamiento del Seguro Popular 2012		
ESTADO	Número de Oficio	TOTAL
Aguascalientes	CNPSS/DGF/1857/12	\$1,000,000.00
Baja California	CNPSS/DGF/1895/12	\$8,806,409.06
Baja California Sur	CNPSS/DGF/1858/12	\$2,489,784.38
Campeche	CNPSS/DGF/1859/12	\$10,128,460.96
Coahuila	CNPSS/DGF/2728/12	\$4,492,785.94
Colima	CNPSS/DGF/1860/12	\$3,275,437.38
Chiapas	CNPSS/DGF/1861/12	\$30,413,110.80
Chihuahua	CNPSS/DGF/1862/12	\$9,510,266.52
Distrito Federal	CNPSS/DGF/2111/12	\$4,200,000.00
Durango	CNPSS/DGF/1863/12	\$17,090,274.86
Guanajuato	CNPSS/DGF/1864/12	\$13,947,760.26
Guerrero	Pendiente	\$40,630,315.82
Hidalgo	CNPSS/DGF/1865/12	\$17,661,660.32
Jalisco	CNPSS/DGF/1866/12	\$6,067,837.08
México	CNPSS/DGF/2440/12	\$23,532,930.34
Michoacán	CNPSS/DGF/1867/12	\$15,435,049.61
Morelos	CNPSS/DGF/1868/12	\$8,094,733.94
Nayarit	Pendiente	\$7,904,612.72
Nuevo León	CNPSS/DGF/1995/12	\$5,306,891.76
Oaxaca	CNPSS/DGF/1869/12	\$41,255,333.28
Puebla	CNPSS/DGF/1870/12	\$36,499,256.26
Querétaro	Pendiente	\$23,920,875.50
Quintana Roo	CNPSS/DGF/2341/12	\$14,512,021.36
San Luis Potosí	CNPSS/DGF/1871/12	\$2,650,477.96
Sinaloa	CNPSS/DGF/1872/12	\$18,000,000.00
Sonora	CNPSS/DGF/1873/12	\$2,583,980.04
Tabasco	CNPSS/DGF/1874/12	\$28,351,925.80
Tamaulipas	CNPSS/DGF/2112/12	\$7,910,740.12
Tlaxcala	CNPSS/DGF/2504/12	\$19,748,632.52
Veracruz	CNPSS/DGF/2678/12	\$36,857,940.22
Yucatán	CNPSS/DGF/2249/12	\$12,346,975.00
Zacatecas	CNPSS/DGF/1875/12	\$25,598,678.97
TOTAL		\$500,225,158.78



4. Transferencia de recursos.

Los convenios Específicos tienen por objeto transferir recursos presupuestales federales a las Entidades que le permitan la operación del Programa Caravanas de la Salud y realizar los gastos que se deriven de la operación de las unidades médicas móviles así como su aseguramiento, de acuerdo a los siguientes capítulos:

1000 Servicios Personales: Sueldos para el personal gerencial (Coordinador Estatal y supervisores) así como el personal operativo (Cirujano dentista, enfermera y promotor)

2000 Materiales y Suministros: (Combustibles, lubricantes y aditivos). Solo para el Centro de contingencias ubicado en Estado de Morelos.

3000 Servicios Generales: Pago de viáticos y pasajes exclusivamente para coordinadores y supervisores. Pago de pólizas de seguros de las unidades médicas móviles.

4.1 Transferencia de recursos.

ENTIDAD FEDERATIVA	RECURSOS POR COMPROBAR DEL PROGRAMA CARAVANAS DE LA SALUD						TOTAL
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
AGUASCALIENTES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,396,125.13	2,396,125.13
BAJA CALIFORNIA	0.00	0.00	0.00	0.00	3,925,326.34	9,376,968.44	13,302,294.78
BAJA CALIFORNIA SUR	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,580,262.62	3,580,262.62
CAMPECHE	0.00	0.00	0.00	0.00	2,701,823.66	8,405,174.87	11,106,998.53
COAHUILA	0.00	0.00	0.00	0.00	1,565,963.17	7,248,829.52	8,814,792.69
COLIMA	0.00	0.00	0.00	0.00	305,426.60	3,141,454.23	3,446,880.83
CHIAPAS	0.00	0.00	0.00	0.00	2,955,632.89	23,478,261.75	26,433,894.64
CHIHUAHUA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	11,100,344.36	11,100,344.36
DISTRITO FEDERAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6,386,828.74	6,386,828.74
DURANGO	0.00	0.00	0.00	0.00	1,740,814.03	14,523,054.48	16,263,868.51
GUANAJUATO	0.00	0.00	0.00	0.00	1,206,485.91	8,116,565.56	9,323,051.47
GUERRERO	0.00	0.00	0.00	0.00	17,906,708.57	18,859,433.90	36,766,142.47
HIDALGO	0.00	413,588.46	0.00	0.00	413,588.46	11,321,480.75	11,735,069.21
JALISCO	0.00	0.00	0.00	0.00	719,011.12	8,528,062.37	9,247,073.49
MEXICO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6,127,308.06	6,127,308.06
MICHOACAN	0.00	0.00	0.00	0.00	1,224,045.38	10,331,438.97	11,555,484.35
MORELOS	0.00	0.00	0.00	0.00	27,932,340.21	7,431,948.84	35,364,289.05
MORELOS CONTINGENCIAS						11,469,272.80	11,469,272.80
NAYARIT	0.00	0.00	0.00	0.00	4,301,518.60	11,685,179.52	15,986,698.12
NUevo LEON	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,460,944.62	4,460,944.62
OAXACA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	24,490,136.90	24,490,136.90
PUEBLA	0.00	0.00	0.00	0.00	1,644,199.69	15,510,471.70	17,154,671.39
QUERETARO	0.00	0.00	0.00	0.00	890,988.91	10,916,832.44	11,807,821.35
QUINTANA ROO	0.00	0.00	0.00	0.00	3,496,739.96	8,250,363.23	11,747,103.19
SAN LUIS POTOSI	0.00	0.00	0.00	0.00	6,839,970.43	6,835,876.09	13,675,846.52
SINALOA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6,342,264.86	6,342,264.86
SONORA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,343,707.67	4,343,707.67
TABASCO	0.00	0.00	0.00	0.00	9,462.00	9,634,073.99	9,643,535.99
TAMAULIPAS	0.00	0.00	0.00	0.00	756,330.76	8,101,009.48	8,857,340.24
TLAXCALA	0.00	0.00	0.00	0.00	498,096.66	3,080,806.10	3,578,902.76
VERACRUZ	0.00	0.00	0.00	0.00	19,134,240.28	19,413,421.82	38,547,662.10
YUCATAN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7,683,698.84	7,683,698.84
ZACATECAS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,534,241.43	5,534,241.43
TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	100,168,713.63	318,105,844.08	418,274,557.71

NOTA: LOS EJERCICIO DEL 2007 AL 2010 ESTAN COMPROBADOS PRESUPUESTALMENTE EN SU TOTALIDAD.

- El objeto de los recursos:

Los convenios Específicos tienen por objeto transferir recursos presupuestales federales a las Entidades que le permitan la operación del Programa Caravanas de la Salud y realizar los gastos que se deriven de la operación de las unidades médicas móviles así como su aseguramiento.

- Para que se enviaron:

1000 Servicios Personales: Sueldos para el personal gerencial (Coordinador Estatal y supervisores) así como el personal operativo (Cirujano dentista, enfermera y promotor)

2000 Materiales y Suministros: (Combustibles, lubricantes y aditivos). Solo para el Centro de contingencias ubicado en Estado de Morelos.

3000 Servicios Generales: Pago de viáticos y pasajes exclusivamente para coordinadores y supervisores. Pago de pólizas de seguros de las unidades médicas móviles.

La problemática presentada:

- Comprobación y/o reintegro de los recursos transferidos en los ejercicios presupuestales 2011-2012
- Notificación, comprobación y/o reintegro de los productos financieros generados en las cuentas aperturadas para la recepción y manejo de los recursos transferidos para la operación del Programa 2007-2012
- Cumplimiento por parte de las entidades federativas a las obligaciones establecidas en la Cláusula Sexta de los convenios específicos, para la celebración de las actas de cierre.
- Cambio de autoridades estatales en Chiapas, Distrito Federal, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Tabasco y Yucatán.
- Las acciones realizadas para su recuperación y/o devolución a la TESOFE.
- El mecanismo de comprobación de los recursos transferidos a las entidades federativas para la operación del Programa, estipulado en los convenios específicos es un formato de certificación de gasto trimestral.
- La Dirección General Adjunta de Caravanas de la Salud (DGACS) se ha encargado de dar seguimiento continuo a la comprobación del gasto, cerrando los ejercicios presupuestales de 2007-2010.
- Como parte de las acciones realizadas por la DGPLADES/DGACS han sido girados oficios a los Secretarios de Salud (o su similar) de las entidades federativas solicitando la comprobación y/o el reintegro de los recursos transferidos, así como el cumplimiento a las obligaciones establecidas en los

convenios, estos oficios se han enviado con copia a los Secretarios de Finanzas de los estados (o su similar) y al Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud (OIC).

- Los certificados de gasto son revisados por el área a cargo dentro de la DGA de Caravanas de la Salud, si cumplen con la normatividad son capturados en el Registro Contable Interno y mensualmente se actualiza el Tablero de Control de Transferencias de Recursos a las Entidades Federativas. En el caso opuesto se notifica a la entidad de las inconsistencias y/o errores encontrados en los certificados y se mantiene constante comunicación vía telefónica y correos electrónicos.
- Se realizan constantes sesiones de trabajo en conjunto con las áreas administrativas de los Servicios Estatales y/o Secretarías de Salud de las entidades, los compromisos derivados de dichas reuniones quedan asentados en minutas de trabajo, las cuales se encuentran a la disposición en las oficinas de la DGACS.
- Asimismo se han llevado a cabo visitas de supervisión financiera a las entidades federativas que presentan mayor problema para emitir los certificados de gasto y en el cumplimiento a las obligaciones establecidas en los convenios en mención, dentro de las que se encuentra la notificación, comprobación y/o reintegro de los productos financieros generados en las cuentas aperturadas por parte de la Secretaría de Finanzas del Estado (o su similar) y la Secretaría de Salud Estatal (o su similar) para la recepción y manejo de los recursos transferidos para la operación del Programa.
- Derivado de las observaciones generadas por las Auditorías llevadas a cabo al Programa, por parte del OIC de la Secretaría de Salud, se da seguimiento a la comprobación de gasto y al cumplimiento de las y se informa trimestralmente de los avances.
- Acciones específicas a realizar en el corto, mediano y largo plazo.
- A corto plazo cerrar presupuestalmente el ejercicio 2011.
- A mediano cerrar presupuestalmente el ejercicio 2012.
- A largo plazo cerrar las obligaciones establecidas en los convenios de 2007 a 2012.
- Señalamiento de las entidades federativas problema:
 - ◆ **Baja California:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$3,925,326.34, del ejercicio 2011 Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$9,376,968.44, del ejercicio 2012.
 - ◆ **Campeche:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$2,701,823.66, del ejercicio 2011 Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$8,405,174.87, del ejercicio 2012
 - ◆ **Coahuila:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$1,565,963.17, del ejercicio 2011 Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$7,248,829.52, del ejercicio 2012

- ◆ **Chiapas:** Cambio de autoridades estatales Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$2,955,632.89, del ejercicio 2011 Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$23,478,261.75, del ejercicio 2012.
- ◆ **Durango:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$1,740,814.03, del ejercicio 2011 Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$14,523,054.48, del ejercicio 2012.
- ◆ **Guanajuato:** Cambio de autoridades estatales Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$1,206,485.91 , del ejercicio 2011 Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$8,116,565.56, del ejercicio 2012
- ◆ **Guerrero:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$17,906,708.57, del ejercicio 2011 Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$18,859,433.90, del ejercicio 2012.
- ◆ **Michoacán:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$1,224,045.38, del ejercicio 2011 Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$10,331,438.97, del ejercicio 2012
- ◆ **Morelos:** Cambio de autoridades estatales Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$27,932,340.21, del ejercicio 2011, Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$11,469,272.80, del ejercicio 2012 correspondientes a la operación del Centro de atención a Contingencias, Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$7,431,948.84, del ejercicio 2012 correspondiente a la operación regular del Programa.
- ◆ **Nayarit:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$4,301,518.60, del ejercicio 2011, Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$11,685,179.52, del ejercicio 2012.
- ◆ **Puebla:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$1,644,199.69, del ejercicio 2011, Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$15,510,471.70, del ejercicio 2012.
- ◆ **Oaxaca:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$24,490,136.90, del ejercicio 2012.
- ◆ **Querétaro:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$10,916,832.44, del ejercicio 2012.
- ◆ **Quintana Roo:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$3,496,739.96, del ejercicio 2011, Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$8,250,363.23, del ejercicio 2012.
- ◆ **San Luis Potosí:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$6,839,970.43, del ejercicio 2011, Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$6,835,876.09, del ejercicio 2012.
- ◆ **Tabasco:** Cambio de autoridades estatales, Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$9,634,073.99, del ejercicio 2012.
- ◆ **Tamaulipas:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$8,101,009.48, del ejercicio 2012.
- ◆ **Veracruz:** Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$19,134,240.28, del ejercicio 2011, Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$19,413,421.82, del ejercicio 2012.
- ◆ **Yucatán:** Cambio de autoridades estatales, Comprobación y/o reintegro de recursos por un monto de \$7,683,698.84, del ejercicio 2012

5. Resultados programáticos.

5.1. Indicadores y metas.

INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL PROGRAMA CARAVANAS DE LA SALUD			% DE AVANCE POR AÑO				
RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES		2008	2009	2010	2011	2012
	NOMBRE DEL INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO					
FIN. Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población sin acceso o con acceso limitado a los servicios de salud, a través de la oferta de servicios de prevención, promoción y atención médica ambulatoria.	EFICACIA. Porcentaje del total de población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el Programa.	(Población atendida por el Programa/ Total de población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación)*100	82.20%	103.40%	85.90%	98.39	***
PROPOSITO. La población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso cuenta con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades móviles.	ECONOMIA. Porcentaje del ejercicio presupuestal del Programa	(Presupuesto ejercido/ Presupuesto modificado)*100	64.10%				
	EFICACIA. Porcentaje de localidades atendidas respecto de las localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso.	(Localidades atendidas/ Localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso para ser atendidas)*100	83.60%	106.30%	111.90%	119.61	***
COMPONENTES PRODUCTOS Y SERVICIOS			2008	2009	2010	2011	2012
Operación de Unidades Médicas Móviles debidamente equipadas y con recursos humanos capacitados para la prestación de los servicios con calidad.	EFICACIA. Porcentaje de Unidades Médicas Móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado.	(Unidades móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado/ Total de Unidades Médicas Móviles adquiridas)*100	97.90%	83.00%	84.00%	90.87%	98.55%*
	CALIDAD. Unidades móviles acreditadas respecto del total en operación.	(Unidades móviles acreditadas/ Unidades móviles en operación)*100	46.90%	71.10%			



INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL PROGRAMA CARAVANAS DE LA SALUD			% DE AVANCE POR AÑO				
RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES		2008	2009	2010	2011	2012
	NOMBRE DEL INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO					
Servicios de promoción y prevención ambulatoria de la salud y de participación comunitaria proporcionadas a la comunidad.	EFICACIA. Porcentaje de servicios de atención médica ambulatoria realizados con respecto a los programados.	(Actividades de atención medica ambulatoria realizadas/ Actividades de atención medica ambulatoria programadas)*100	147.40%	81.10%	100.80%	105.42%	47.27%**
Población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud	EFICACIA. Porcentaje del total de familias incluidas en el Programa que están afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud	(Familias incluidas por el Programa que están afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud/ Familias incluidas programadas a afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud)*100	17.60%	67.90%			
Conservación y Mantenimiento de Unidades Médicas Móviles	EFICACIA. Proporción de acciones de conservación y mantenimiento preventivas realizadas con respecto a las programadas.	(Total de acciones de conservación y mantenimiento realizadas/Total de acciones de conservación y mantenimiento)			68.40%		
ACTIVIDADES			2008	2009	2010	2011	2012
Capacitación del personal de salud.	EFICACIA. Porcentaje de personal de salud capacitado de forma específica para el Programa	(Total de personal de salud disponible para el programa que es capacitado de forma específica para la operación del programa/ Total de personal de salud disponible para el Programa)*100.			225.30%	81.85%	95.70%*
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN			2008	2009	2010	2011	2012
Comunidades reciben acciones de promoción y prevención de la salud y de participación comunitaria.	EFICACIA. Localidades programadas en las que se llevan a cabo acciones de prevención y promoción.	(Total de localidades en las que se llevan a cabo acciones de prevención y promoción /Total de localidades programadas para acciones de prevención y promoción)*100.	92.40%				

INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL PROGRAMA CARAVANAS DE LA SALUD			% DE AVANCE POR AÑO				
RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES		2008	2009	2010	2011	2012
	NOMBRE DEL INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO					
Servicios de promoción y prevención ambulatoria de la salud y de participación comunitaria proporcionadas a la comunidad.	EFICACIA. Porcentaje de servicios de promoción y prevención ambulatorios realizados con respecto a los programados.	(Actividades de promoción y prevención ambulatorias realizadas /Actividades de promoción y prevención ambulatoria programadas) *100.		127.50%	151.70%	114.90%	53.76%**

* A sep. 2012 S/PASH. Programado para reportarse trimestralmente.
 ** A jun. 2012 s/ PASH. Programado para reportarse semestralmente.
 *** Programado para reportarse anualmente

5.2. Cumplimiento de compromisos.

COMPROMISO	AVANCE DEL COMPROMISO
PROSESA	
El Programa se alinea al PROSESA 2007-2012 con el objetivo que refiere “Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas” y contribuirá a través de su operación al logro de dos metas estratégicas:	
2.1. Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano	El Programa ha contribuido a la disminución de la razón de Mortalidad materna a través de la atención prenatal de calidad. El cumplimiento no puede medirse debido a que los resultados son sectoriales.
2.2. Disminuir 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano.	El Programa ha contribuido a la disminución de la mortalidad infantil a través de la atención a la infancia de calidad. El cumplimiento no puede medirse debido a que los resultados son sectoriales.
“Extender la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud, a través de Caravanas de la Salud (unidades médicas móviles y equipos de salud itinerantes), que estarán integradas a las redes de servicios de salud”.	100%. El Programa extendió la cobertura a 21,414 localidades, habiéndose calculado al inicio de la administración 20,000 localidades
PRONASA	
Frente a los retos relacionados con la transición epidemiológica por la que atraviesa el país, el <i>Programa Nacional de Salud 2007-2012</i> se plantea cinco objetivos que son los siguientes:	
Mejorar las condiciones de salud de la población; <ul style="list-style-type: none"> • ii) Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades; 	El Programa ha contribuido al 100% en sus objetivos, al fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades en su operación; siendo la atención con calidad y llevando a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y

COMPROMISO	AVANCE DEL COMPROMISO
PROSESA	
<ul style="list-style-type: none"> • iii) situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud; • vi) garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud; • Meta 1.1 Aumentar la esperanza de vida al nacer 1.5 años • Meta 1.2 Disminuir 15% la mortalidad por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años • Meta 1.3 Reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por diabetes mellitus con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006 • Meta 1.4 Disminuir en 10% la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad • Meta 1.5 Incrementar al triple la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 45 a 64 años • Meta 1.6 Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino por 100,000 mujeres de 25 años y más • Meta 1.7 Reducir 15% el número de muertes causadas por accidentes de tránsito de vehículos de motor en población de 15 a 29 años de edad 	<p>promoción de la salud.</p> <p>Ha contribuido durante su operación a alcanzar los indicadores de salud propuestos, sin embargo, no es posible calificar en forma numérica la contribución debido a que estos son indicadores que se miden en forma sectorial.</p>
<p>Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 2.1 Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano • Meta 2.2 Disminuir 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano 	<p>El Programa ha contribuido a la disminución de la razón de Mortalidad materna y mortalidad infantil a través de la atención de calidad. El cumplimiento no puede medirse debido a que los resultados son sectoriales.</p>
<p>Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 3.1 Acreditar el 100% de las unidades de salud que ofrecen servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) 	<p>Se alcanzó el 90% de avance en la acreditación de UMM al haberse acreditado 578 de las 644 Caravanas de la Salud Federales</p>
<p>Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 4.1 Disminuir el gasto de bolsillo a 44% del gasto total en salud • Meta 4.2 Reducir en 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud. 	<p>Se contribuyó indudablemente a la disminución del gasto de bolsillo al entregar las intervenciones del CAUSES a la población objetivo del Programa, lo mismo que la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos. Sin embargo, no es posible cuantificar el logro alcanzado.</p>
<p>Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 5.1 Reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano. 	<p>El Programa ha contribuido a mejorar este indicador, sin embargo, la medición del mismo es sectorial</p>



COMPROMISO	AVANCE DEL COMPROMISO
PROSESA	
PAE	
<ul style="list-style-type: none"> Instrumentar el Programa Nacional Caravanas de la Salud en las entidades federativas. La meta es contar en el 2010 con Caravanas de la Salud en todas las entidades federativas y atender a las localidades que hasta hoy han carecido de acceso a los servicios de salud. 	100%.
<ul style="list-style-type: none"> Alinear al Programa Caravanas de la Salud a las diversas estrategias de ampliación de cobertura que operan en las entidades federativas. 	87% Al alinear 804 UMM de 919 UMM de otras estrategias de atención itinerante.
<ul style="list-style-type: none"> Instrumentar el modelo operativo de Caravanas de la Salud de manera prioritaria en los 125 municipios de menor índice de desarrollo humano. 	Se tienen 197 UMM del programa Caravanas de la Salud en 101 de los 125 municipios considerados como de MIDH. En los otros no se tiene presencia por existir la cobertura necesaria a través de otras unidades de salud.
<ul style="list-style-type: none"> Afiliar al SPSS a toda la población beneficiaria de Caravanas de la Salud. 	No es meta del Programa la afiliación al Seguro popular, sin embargo, se ha promovido la afiliación en el 100% de las rutas cubiertas por el programa
<ul style="list-style-type: none"> Impulsar el uso de la telesalud en el Programa Caravanas de la Salud. 	No ha iniciado el programa.
REGLAS DE OPERACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> Que el Programa Caravanas de la Salud se posicione como la estrategia nacional de atención itinerante con sentido de equidad, respeto a la diversidad intercultural y a los usos y costumbres de las comunidades indígenas. 	El programa se ha posesionado como la estrategia nacional de atención itinerante con sentido de equidad, respeto a la diversidad intercultural y a los usos y costumbres de las comunidades indígenas.
<ul style="list-style-type: none"> Lograr en el mediano plazo alinear, organizar, integrar, unificar criterios y reorganizar las acciones de acercamiento de servicios de salud hacia las localidades que se ubican en zonas marginadas, en condiciones de aislamiento y bajo índice de desarrollo humano, a través de unidades médicas móviles y equipos de salud itinerantes capacitados en la práctica médica efectiva y la medicina basada en evidencias, y que al cabo se integren como un elemento más de la REDESS. 	100%.
<ul style="list-style-type: none"> Contribuir a disminuir la desigualdad social mediante la garantía del ejercicio universal del derecho a los servicios de salud. En este contexto, el término “universal” tiene dos significados: cubrir a todos y hacerlo sin ningún tipo de discriminación. 	Se ha contribuido a disminuir la desigualdad social mediante la garantía del ejercicio universal del derecho a los servicios de salud. Sin embargo, no existe la posibilidad de medir el avance

COMPROMISO	AVANCE DEL COMPROMISO
PROSESA	
<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer servicios de salud: prevención, promoción, control y atención médica y odontológica de calidad, aplicando tecnología médica de vanguardia a las comunidades y grupos vulnerables. 	100%
<ul style="list-style-type: none"> Incorporar unidades médicas móviles que atiendan contingencias, urgencias y desastres naturales para la atención de la población afectada, en coordinación con instituciones y dependencias de la administración pública federal, estatal, municipal y local. 	100%
<ul style="list-style-type: none"> Que a través de unidades médicas móviles y equipos de salud itinerantes, se integre la red nacional de servicios de atención itinerante, se amplíe la cobertura de atención y se logre el fortalecimiento de la capacidad resolutive, acercando más y mejores servicios de salud a la población. 	100%. Las 1448 UMM de Caravanas de la Salud están integradas a la REDESS y han contribuido a ampliar la cobertura en 21,414 localidades.
<ul style="list-style-type: none"> Coadyuvar en la disminución de la mortalidad materna e infantil en los municipios de menor IDH y en las localidades y los municipios de muy alta y alta marginación en las entidades federativas. 	El Programa ha contribuido a la disminución de la razón de Mortalidad materna y mortalidad infantil a través de la atención de calidad. El cumplimiento no puede medirse debido a que los resultados son sectoriales.
<ul style="list-style-type: none"> Que se provean los servicios garantizados en el CAUSES con calidad, seguridad y capacidad, y otros paquetes de servicios de salud orientados a la población objetivo, ya sea beneficiaria o no de algún programa federal: Seguro Popular, Seguro Médico para una Nueva Generación y Oportunidades. 	100%
<ul style="list-style-type: none"> Que el Programa Caravanas de la Salud opere en las 32 entidades federativas y el Distrito Federal y atienda a las familias de las localidades que hasta hoy han carecido de acceso regular o fijo de servicios de salud. 	100%
<ul style="list-style-type: none"> Instrumentar el modelo operativo de Caravanas de la Salud de manera prioritaria en los 125 municipios de menor IDH de las siete entidades federativas prioritarias: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Puebla, Oaxaca y Veracruz, y en los municipios y localidades de muy alta y alta marginación en las 25 entidades federativas restantes. 	Se tienen 197 UMM del programa Caravanas de la Salud en 101 de los 125 municipios considerados como de MIDH. En los otros no se tiene presencia por existir la cobertura necesaria a través de otras unidades de salud.
<ul style="list-style-type: none"> Promover que la población sin acceso a servicios de salud se afilie o reafilie al SPSS: Seguro Popular y Seguro Médico para una Nueva Generación en las comunidades objetivo del Programa Caravanas de la Salud. 	100% de promoción en las rutas de las UMM del programa.
<ul style="list-style-type: none"> Impulsar el uso de la tele salud en el Programa Caravanas de la Salud. 	Aún no ha arrancado el programa
<ul style="list-style-type: none"> Consolidar una estructura orgánico-funcional a nivel federal, estatal, jurisdiccional y local que garantice la continuidad y fortalecimiento de la 	En las 32 entidades federativas existe la infraestructura de Caravanas para dar continuidad al Programa y a la atención itinerante.

COMPROMISO	AVANCE DEL COMPROMISO
PROSESA	
estrategia de atención itinerante a nivel nacional.	
<ul style="list-style-type: none"> Consolidar las modalidades y esquemas de financiamiento del Programa Caravanas de la Salud, con base en la participación activa y corresponsable del sector público, privado y social en su fortalecimiento y continuidad. 	100%. Se han madurado las modalidades de financiamiento para el programa.
<ul style="list-style-type: none"> Que los recursos financieros, humanos y materiales se canalicen para apoyar los procesos operativos y se transparente el uso eficiente y racional de los recursos. 	100%

C.- ESTRATEGIA 100X100

Una de las estrategias que estableció el Gobierno federal para la administración 2007-2012, fue la atención a los 100 municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano, ubicados en siete entidades federativas: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Puebla, Oaxaca y Veracruz. Originalmente se definieron 100 municipios y por ello se identificó la estrategia como “100 X 100”, aunque posteriormente se incorporaron hasta 125 municipios, sobre los cuales se dio seguimiento. Esta estrategia se desarrolló dentro de los programas ya establecidos, dando prioridad a estos municipios, focalizando acciones específicas que permitieran avanzar en la mejora de su calidad de vida.

La estrategia se distinguió, con el objetivo claro de realizar acciones y actividades integradas de las diferentes Dependencias y entidades que llevaban a cabo programas específicos en esos estados, a los cuales se fueron incorporando otras que facilitaron la realización de una mejor coordinación de la Administración Pública Federal con las entidades federativas ya señaladas.

En materia de salud, nos coordinamos con: IMSS-OPORTUNIDADES, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas Secretaría de Desarrollo Social, DICONSA, LICONSA, OPORTUNIDADES, FONHAPO, Secretaría de Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Comunicaciones y Transporte, Comisión Nacional del Agua

A continuación se presenta el Informe de Rendición de Cuentas correspondiente a cada programa de salud que interviene en la Estrategia 100x100 Vertiente Salud:

- PRONAREMI
- ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA



- SALUD REPRODUCTIVA
- VECTORES
- DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES
- SEGURO POPULAR
- CARAVANAS
- PROMOCION DE LA SALUD
- TELEMEDICINA

PRONAREMI

1.- Objetivos

Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención de la mortalidad infantil

Generales:

Reducir en un 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano con respecto a la tasa de 2006.

Específicos:

- Fortalecer las acciones de vacunación a la población menor de un año, asegurando el esquema básico completo.
- Mejorar el conocimiento de la población sobre el manejo de la enfermedad diarreica y de la infección respiratoria aguda, mediante la promoción de acciones preventivas.
- Promover conductas de alimentación saludable en la población menor de un año, para reducir la prevalencia de desnutrición en este grupo de edad.
- Difundir en el personal de salud los conceptos básicos necesarios para realizar diagnóstico oportuno de los casos de cáncer en la población de un año o menos.

2.-Indicadores

En México la tasa de mortalidad en niños menores de 1 año de los 125 municipios de menor índice de desarrollo humano (125MMIDH), ha presentado una notable caída de 2006 a 2012, mostrando una reducción de 8.44 puntos (32.01%), al pasar de 34.8 defunciones por cada 1000 NVE a 25.8; (2006 a 2012 , respectivamente; véase cuadro 1). El cumplimiento de la meta para 2012, colocó al país a 5.0 puntos de alcanzar la meta establecida para 2012

(20.8). A pesar de la tendencia presentada en la mortalidad de este grupo de edad, aún es necesario impulsar estrategias y acciones focalizadas para mejorar la sobrevivencia de los menores de un año de los 125 MMIDH.

Cuadro 1. Metas anuales 2007-2012: Reducir en 40% la tasa de mortalidad infantil en los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano
Variables: Reducción en la tasa de mortalidad infantil

Años	Línea base	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total de muertes estimadas en menores de un año en los 125 MMIDH**	1,305	1,235	1,156	1,086	994	914	817
Total de nacidos vivos estimados en los 125 MMIDH	37,511	38,034	38,327	38,996	38,953	39,416	39,147
Tasa de mortalidad programada en menores de un año (125 MMIDH)	34.8	32.48	30.2	27.8	25.5	23.2	20.8
Total de muertes estimadas en menores de un año en los 125 MMIDH**	1,305	1,317	1,314	1,151	1,132	1,115^{p/}	1,028^{e/}
Total de nacidos vivos estimados en los 125 MMIDH	37,511	38,034	38,327	38,996	38,953	39,416	39,834
Tasa de mortalidad real en menores de un año (125 MMIDH)*	34.8	34.6	34.3	29.5	29.1	28.3 ^{p/}	25.8 ^{e/}
Porcentaje de avance ^{1/}	0	1.4	3.6	38.1	41.2	46.8 ^{p/}	64.3 ^{p/}

*Tasa ajustada, con base en la omisión de defunciones, por 1,000 NVE

**Número de defunciones ajustadas con base en el cálculo de la omisión de defunciones reportadas para los 125 MMIDH, a través de las defunciones observadas y las defunciones estimadas por CONAPO

^{1/}Se refiere al porcentaje de la meta alcanzado

^{e/}Cifra estimada.

^{p/}Cifra preliminar hasta que se libere la base oficial de defunciones (INEGI)

Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Prevención de mortalidad Infantil. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos reales: DGIS Información de defunciones INEGI/SS 1979 -2010[Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta:18-05-12 ; SEED 2011 [Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta:18-05-12]; SEED 2012-Preliminar [Fecha de actualización: 05-10-12, Fecha de consulta:16-10-12]; Proyecciones de las defunciones de México, Conteo 2005 1990-2012, CONAPO [Fecha de consulta:18-05-12]; Proyecciones de los nacimientos de México, Conteo 2005, 1990-2012. CONAPO [Fecha de consulta:18-05-12]

En relación a las principales causas de muerte en los niños menores de 5 años de los 125 MMIDH se encuentran las enfermedades diarreicas agudas (EDAS), que han mostrado un comportamiento hacia la reducción entre 2006 y 2012 e/, pasando de una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años de 54.0 defunciones por cada 100 mil niños menores de 5 años a 30.9 (2006 a 2012 e/, respectivamente; véase cuadro 2). Cabe mencionar que se han impulsado estrategias y acciones focalizadas en la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las EDAS, dirigidas a los niños menores de cinco años pertenecientes a los MMIDH, con el principal objetivo de evitar las muertes en este grupo poblacional por esta causa. Entre dichas acciones se tiene la capacitación al personal de salud que labora específicamente en estas zonas, con enfoque en atención integrada a la infancia. Resalta la distribución de sobres vida suero oral y las acciones de desparasitación. Durante el año 2011 fueron distribuidos 115,273 sobres de vida suero oral en particular en los 125 municipios.

Cuadro 2. Metas anuales 2007-2012: Reducir en 25% la mortalidad por enfermedades diarreicas (EDAS) en menores de cinco años (equivale a 3.6 de tasa)
VARIABLES: Mortalidad en menores de cinco años: Tasa de mortalidad por Enfermedad diarreica Aguda

Años	Línea base	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total de muertes estimadas en menores de cinco años por EDA en los 125 MMIDH**	108	102	97	93	89	85	81
Total de población estimada de menores de cinco años en los 125 MMIDH	200,080	197,641	196,564	196,693	197,508	198,783	200,385
Tasa de mortalidad programada en menores de cinco años por EDA (125 MMIDH)	54.0	51.7	49.5	47.2	45.0	42.7	40.5
Total de muertes observadas en menores de cinco años por EDA en los 125 MMIDH**	108	110	95	76	65	84^{p/}	63^{e/}
Total de población estimada de menores de cinco años en los 125 MMIDH	200,080	197,641	196,564	196,693	197,508	198,783	200,385
Tasa de mortalidad real de menores en cinco años por EDA (125 MMIDH)*	54.0	55.7	48.3	38.6	32.9	42.3 ^{p/}	30.9 ^{e/}
Porcentaje de avance ^{1/}	0	-12.4	41.9	113.7	156.1	86.9	165.5 ^{e/}

*Tasa observada por 100 mil menores de 5 años

**Número de defunciones estimadas con base en: la tasa programada y el número de población menor de 5 años en los 125 MMIDH, estimadas por CONAPO

^{p/}Cifra preliminar hasta que se liberen los datos oficiales (INEGI)

^{e/}Cifra estimada

^{1/} Se refiere al porcentaje de la meta alcanzado Fuente: DGIS Información de defunciones INEGI/SS 1979 -2010[Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta: 18-05-12; SEED 2011-Preliminar [Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta: 18-05-12]; Proyecciones de la población de México, Censo 2005, 1990-2012. CONAPO [Fecha de consulta:18-05-12]

Otra de las principales causas de muerte en este grupo de edad son las infecciones respiratorias agudas (IRAS), patología que también ha presentado una tendencia hacia la reducción de 2006 a 2012, pasando de 43.5 defunciones por cada 100 mil menores de 5 años a 39.5 (Cuadro 3). Sin embargo, en el año 2011² se observó un incremento aislado de la mortalidad en este grupo etario (44.3 defunciones por cada 100 mil menores de 5 años; véase cuadro 3).

Cuadro 3. Metas anuales 2007-2012: **Disminuir la mortalidad 25% por infecciones respiratorias agudas (IRAS) en menores de cinco años** (equivale a un reducción de 3.5)
 Variables: **Mortalidad en menores de cinco años: Tasa de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas**

Años	Línea base	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total de muertes estimadas en menores de cinco años por IRAS en los 125 MMIDH**	87	83	79	76	73	70	68
Total de población estimada de menores de cinco años en los 125 MMIDH	200,080	197,641	196,564	196,693	197,508	198,783	200,385
Tasa de mortalidad programada en menores de cinco años por IRAS (125 MMIDH)	43.5	41.9	40.2	38.6	37.0	35.3	33.7
Total de muertes observadas en menores de cinco años por IRAS en los 125 MMIDH	87	75	79	65	66	88	73^{e/}
Total de población estimada de menores de cinco años en los 125 MMIDH	200,080	197,641	196,564	196,693	197,508	198,783	200,385
Tasa de mortalidad real de menores en cinco años por IRAS (125 MMIDH) *	43.5	37.9	40.2	33.0	33.4	44.3 ^{p/}	39.5 ^{e/}
Porcentaje de avance ^{1/}	0	50.9	30.3	95.9	92.5	-7.2 ^{p/}	59.2 ^{e/}

*Tasa observada por 100 mil menores de 5 años

**Número de defunciones estimadas con base en: la tasa programada y el número de población menor de 5 años en los 125 MMIDH, estimadas por CONAPO

^{p/} Cifra preliminar, hasta que libere la base oficial de defunciones (INEGI)

^{e/} Cifra estimada

^{1/} Se refiere al porcentaje de la meta alcanzado

Fuente: DGIS Información de defunciones INEGI/SS 1979 -2010 [Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta: 18-05-12; SEED 2011-Preliminar [Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta: 18-05-12]; Proyecciones de la Población de México, Conteo 2005, 1990-2012. CONAPO [Fecha de consulta: 18-05-12]

Respecto a las principales causas de morbilidad en los menores de uno año, específicamente para EDA's, el mayor número de casos presentados para este grupo poblacional en residentes de los 125MMIDH, fue en: 2007 con 23,976 casos; a diferencia de lo presentado en 2008, donde se obtuvo un total de 19,687 casos debidos a esta causa (Ver Cuadro 4). Dichos datos nos señalan una notable caída de 2006 a 2012 ^{e/}, mostrando una reducción del 37.93%. Tales cifras nos indican que la meta establecida para 2012 (23,068) fue rebasada en 2008 (véase cuadro 4). El avance registrado con respecto a la incidencia programada en el año 2012 es de 122.0%.

Cuadro 4. Metas anuales 2007-2012: **Disminuir en 4.2% anual la incidencia de enfermedades diarreicas (EDA) en menores de cinco años de los 125 MMIDH**
 Variables: **Casos de Enfermedad diarreica en menores de 5 años**

Años	Línea base	2007	2008	2009	2010	2011	2012
V1(Numerador)	30,838	29,543	28,248	26,953	25,658	24,363	19,128
V2(Denominador)	200,080	197,641	196,564	196,693	197,508	198,783	200,385
INCIDENCIA PROGRAMADA	0.156	0.152	0.15	0.14	0.13	0.12	0.09
V1(Numerador)	30,838	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P
V2(Denominador)	200,080	197,641	196,564	196,693	197,508	198,783	200,385
INCIDENCIA REAL	0.156	0.12	0.10	0.11	0.10	0.10	0.09
Porcentaje de avance ^{1/}	0	126.6	150.0	127.3	130.0	120.0	122.00 ^e

Fuente: SUAVE/ DGE/SS [Fecha de consulta:18-05-12]

^{1/}Se refiere al porcentaje de la meta alcanzado

^{p/}Cifra preliminar, hasta que se libere la base oficial (INEGI)

^{e/}Cifra estimada

N/P: No Procede, ya que se trata de número de casos.

La desnutrición es un padecimiento esencialmente prevenible, que suele afectar a poblaciones pobres y vulnerables con problemas de acceso a los servicios básicos de salud. Para reducir dicha enfermedad se estableció la meta para 2012 de reducir el 20% la prevalencia de menores de 5 años con bajo peso para su talla, respecto del valor registrado en 2006 (8.70), en los 125MMIDH. La información para dar seguimiento al estado nutricional de la niñez mexicana perteneciente a estos municipios se obtiene de encuestas poblacionales, contando actualmente con lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006. Durante este año 2012, se está llevando a cabo la Encuesta Nacional de Salud, misma que permitirá emitir la cifra relacionada. (Ver cuadro 5.)

Cuadro 5. Metas anuales 2007-2012: Reducir en 20% la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años que presentan bajo peso para su talla.

VARIABLES: Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años que presentan bajo peso para su talla. (Porcentaje)

Años	Línea base	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tasa Programada (Prevalencia %)*	8.70	8.70	8.10	7.80	7.40	6.95	6.96
Tasa Real (Prevalencia %)	8.70	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Porcentaje de avance ^{1/}	0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

*Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

^{1/}Se refiere al porcentaje de la meta alcanzado

N/D: No disponible

3. Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, compromisos y servicios prestados.

Durante el periodo 2006-2012, se realizaron e implementaron las siguientes acciones, estrategias y programas:

A través de la supervisión Integral del programa de Infancia, se llevo a cabo la revisión de los componentes del programa verificando los rubros de estructura, proceso y resultado, cubriendo al 100% las entidades federativas con MMIDH.

Esta acción se vio fortalecida a mediante el análisis de la mortalidad de las entidades federativas a través de sesiones WebEx, de igual manera, revisando a los 7 estados con MMIDH, con base a los siguientes puntos:

- Vacunación Universal.
- Atención del Recién Nacido
- Prevención y Control de Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda
- Vigilancia de la Nutrición
- Estimulación Temprana
- Prevención de Accidentes en el Menor de Diez años y Atención de Urgencias Pediátricas
- Cáncer: A través de las cuales evalúa los siguientes componentes básicos de la atención de estos pacientes: existencia de recursos humanos, insumos (medicamentos), equipamiento, infraestructura y financiamiento, entre otros.

Se realizó una estrecha vigilancia epidemiológica de las principales causas de morbimortalidad en los menores de 5 años, fortalecida por la activación de los Comités de Mortalidad en la Infancia, a través de los cuales se realiza el análisis de las autopsias verbales de las defunciones ocurridas por diarreas e infecciones respiratorias, con el objetivo de identificar las fallas en el proceso de atención que contribuyen a la muerte de los menores y establecer las estrategias para mejorar dicho proceso.

Se realizaron acciones de capacitación al personal de salud de primer nivel de atención mediante los siguientes cursos impartidos en los Centros Estatales de Capacitación:

- Atención Integrada en la Infancia: En el cual se abordan a manera de módulos los componentes de Vacunación, Cáncer, Adolescencia e Infancia (nutrición, estimulación temprana, recién nacido, EDA/IRA, accidentes).
- Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en primer nivel de atención, utilizando el manual de bolsillo (pocket book) elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), siendo el primer país en América Latina en implementar dicha herramienta.
- Cursos de Actualización Científica en Pediatría: en donde se abordan las principales patologías de la edad pediátrica.
- Cursos de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica básica, intermedia y avanzada, estrategia que inicia en colaboración con la Red Iberoamericana para el estudio de la Parada Cardiorrespiratoria en la Infancia (RIBEPCI).
- Curso/Taller para la detección de trastornos del desarrollo sexual (TDS).
- Capacitación en Técnicas de Estimulación Temprana para el niño neurológicamente sano.
- Capacitación en el diagnóstico oportuno de cáncer.
- Capacitación en ACoRN: estrategia dirigida a la atención del recién nacido críticamente enfermo.
- Campaña Sueño Seguro. A través de la implementación del “Programa nacional para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante”, con el objetivo de difundir tanto al personal de salud como a la población en general, las recomendaciones para disminuir el riesgo de Síndrome de muerte súbita. Por medio de carteles para prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), para mostrarlo en las salas de espera de los consultorios tanto en los hospitales como en las clínicas y las tarjetas de cuna para uso en hospitales en donde se tienen nacimientos, y difusión a los padres desde el hospital la posición correcta al dormir.

De las capacitaciones realizadas en la comunidad se tienen las siguientes:

- Capacitación a comunidad utilizando las tarjetas para comunidad de la OMS.
- Capacitación y consejería sobre la prevención de accidentes en el hogar.
- Capacitación en Reanimación Cardiopulmonar Básica.

- Sensibilización en la detección de TDS.
- Sensibilización en sueño seguro.
- Difusión en signos y síntomas de alarma para la detección oportuna de cáncer en la infancia.

Dentro del ámbito normativo se realizaron las siguientes acciones:

- Actualización de los manuales de procedimientos para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y nutrición, los cuales se distribuyeron a las entidades de manera electrónica y/o física.
- Se encuentran en proceso de actualización los lineamientos para la suplementación con hierro, micronutrientes y vitamina A en recién nacidos, niños y adolescentes, así como el lineamiento de Estimulación Temprana y la Guía Técnica para la Evaluación Rápida del desarrollo.
- Se elaboraron los manuales para la prevención de accidentes en el hogar y atención de urgencias pediátricas en el primer nivel de atención, el manual para la atención integral al menor de un año y para la detección oportuna de las alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas.
- Se actualizó y publicó la NORMA Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo y la NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.
- Se encuentra en proceso de actualización la NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
- Se elaboró y se encuentra en proceso de publicación la Norma Oficial Mexicana, PROY-NOM 047-SSA2-2010, Para la atención a la salud del grupo de etario de 10 a 19 años de edad.
- Participación activa en la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación, en proceso de publicación.

Para la promoción de la salud se elaboró el siguiente material:

- Cárteles y guías anticipatorias con recomendaciones para la prevención de accidentes en el hogar por grupo etario.
- Cárteles, trípticos, separadores con información relacionada a la prevención de enfermedades diarreicas, respiratorias, así como medidas de prevención para la temporada de calor e invernal.
- Cártel de lactancia materna, tarjetas para la ministración de micronutrientes, guía de alimentación con productos de acuerdo a la región, guía de alimentación complementaria.
- Elaboración de carteles, tarjeta telefónica y rotafolios para la detección de signos de alarma de cáncer.
- Cártel para la detección oportuna del Síndrome de Turner.



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

- Cárteles y mensajes en medios masivos de comunicación referente a las Semanas Nacionales de Salud con información referente a vacunas.
- Actualización de tarjeta de sueño seguro.

Para el seguimiento de la estrategia de síndrome de Turner, se elaboró un sistema de registro para la captura de datos, actualmente operando en las 32 entidades federativas.

Estas acciones se monitorizan y refuerzan de forma mensual con el objetivo de continuar con la implementación de estrategias correctivas y preventivas de forma local, estatal y nacional esperando que redunden en el mediano y largo plazo en una reducción de la mortalidad infantil.

Áreas de vinculación:

Intrainstitucional:

- Dirección General de Epidemiología.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Dirección General de Promoción a la Salud.
- Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.
- Dirección General de Información en Salud.
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

Extrasectorial:

- Institutos Nacionales de Salud, Escuelas (Promoción de la Salud).
- Sociedades de Endocrinología Pediátrica y de Genética en México.
- Organización Panamericana de la Salud, el Programa “5 pasos por tu salud” de la S.S., y el Programa Crece Sano del DIF, Tamaulipas.
- UNICEF
- INPER
- Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva.
- Universidad Melbourne, Australia.
- Centers for Disease Control EEUU; Universidad de Emory.
- *Save the Children*.

- Operación Bendición México.

4. Problemática al 31 de diciembre de 2012.

Si bien la mortalidad en los menores de uno y cinco años por EDA e IRA ha disminuido de manera considerable en los niños y niñas pertenecientes a los 125 MMIDH, gracias a las acciones de capacitación, supervisión y promoción de la salud inherentes a los programas de vacunación, infancia y cáncer, aún queda un largo camino por recorrer para garantizar la equidad en este grupo etario.

Por lo que es necesario que estas actividades se fortalezcan no solo para alcanzar las metas planteadas para el 2012, si no para mantener esta reducción de la morbilidad y mortalidad, a través de la unión intra e intersectorial, para garantizar la aplicación del paquete básico en salud, intervenir y mejorar las determinantes sociales, culturales y económicas que intervienen en el proceso de salud enfermedad, siempre tomando en cuenta el contraste respecto a estas que se observa en México. Para esto es necesario identificar a las poblaciones vulnerables y centrar los esfuerzos en las mismas.

Por esto es indispensable redoblar los esfuerzos, a mediano y largo plazo para lograr la meta planteada en 2012 a través de:

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

- Vigilancia epidemiológica de las principales causas de muerte en los menores de 5 años.
- Análisis de las Autopsias Verbales a través de los Comités de Mortalidad en la Infancia.
- Reforzar las estrategias de capacitación en:
 - ◆ Lactancia Materna.
 - ◆ Sueño Seguro.
 - ◆ Vacunación Oportuna.
 - ◆ Prevención, Signos de Alarma y Control de EDAS e IRAS.
 - ◆ Vigilancia de la Nutrición.
 - ◆ Estimulación Temprana.
 - ◆ Prevención de Accidentes en el Menor de 10 años y Atención de Urgencias Pediátricas.

Mediano Plazo.- Por atender en el siguiente año 2013

Analizar, actualizar y consolidar acciones que permitan mejorar el control del embarazo, la atención calificada del parto, la atención perinatal, la atención del recién nacido y el inicio oportuno del cuidado neonatal, que incluye estrategias de nutrición y reconocimiento de signos de alarma. Se seleccionarán intervenciones basadas en la evidencia científica actual y en el análisis de su potencial para disminuir morbilidad y mortalidad materno-infantil.

Reforzar las estrategias de capacitación en:

- Cuidado del Recién Nacido de Riesgo (ACoRN), que es un programa diseñado para enseñar la estabilización del recién nacido, identificar y dar atención a los recién nacidos en riesgo de presentar complicaciones en las primeras horas o días después del nacimiento.
- Lactancia Materna.
- Sueño Seguro.
- Vacunación Oportuna.
- Prevención, Signos de Alarma y Control de EDAS e IRAS.
- Vigilancia de la Nutrición.
- Estimulación Temprana.
- Prevención de Accidentes en el Menor de 10 años y Atención de Urgencias Pediátricas.
- Taller manual del bolsillo de OMS, para el manejo sistematizado de las principales enfermedades prevalentes en infancia.
- Cursos de atención integrada de enfermedades prevalentes de infancia (AIEPI) en comunidad.
- Cursos comunitarios para detección de signos de alarma y promoción de lactancia.
- Análisis e identificación de los principales factores de riesgo asociados a la mortalidad en menores de 5 años por EDA's e IRA's por medio de la metodología de autopsias verbales, con el principal objetivo de desarrollar políticas públicas, programas y acciones de promoción y prevención efectivas que coadyuven en la disminución de las patologías previamente mencionadas en la niñez mexicana perteneciente a estos municipios.

Problemática de largo plazo.-

En los siguientes años se deben consolidar los programas hasta ahora iniciados y que fueron mencionados en secciones anteriores. Además, se deben realizar dos programas pilotos de capacitación integral con el modelo en continuo propuesto por la OMS; se han escogido los estados de Puebla y el de México para la realización de los mismos (2012-2015). Una vez corroborada la factibilidad y éxito de estos programas, se podría considerar la universalización de los mismos, con especial énfasis en aplicar los modelos a los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano.

Se deberá organizar un sistema de evaluación y monitorización continua de los programas establecidos, para así retroalimentar al sistema en la obtención de mejores resultados para capacitación y por tanto, mejor atención a los niños de México. (2013-continuo).

Se fortalecerá un sistema de supervisión y capacitación a distancia.

Debido a lo heterogeneidad del país, se deberán fortalecer vínculos intersectoriales de manera continua.

ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA

1.- Objetivos

General:

Reducir en 50% mortalidad materna en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano con respecto a la tasa de 2006.

Específicos:

- Afiliar a las embarazadas al Seguro Popular
- Detección temprana de embarazadas
- Incrementar el control prenatal en pacientes de municipios IDH
- Incrementar la referencia oportuna de pacientes identificadas con riesgo obstétrico
- Facilitar el acceso a orientación consejería de pacientes embarazadas en municipios IDH para Incrementar la cobertura de planificación familiar
- Facilitar el parto seguro a través de Posadas AME y transportes AME en municipios IDH
- Apoyar el seguimiento de embarazadas con madrinas comunitarias

Estrategias para lograr el Objetivo

- Reducir las brechas existentes en las condiciones de salud para las mujeres durante el proceso reproductivo y para las niñas y niños durante los primeros 28 días de edad entre las entidades federativas y municipios con el menor IDH.

- Acceso a personal calificado y servicios de salud culturalmente competentes.
- Extender la cobertura de atención a zonas altamente marginadas a través de Caravanas de la Salud.
- Afiliar al programa Embarazo Saludable (Seguro Popular) a todas las embarazadas de municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) y/o atendidas por Caravanas de la Salud.
- Gestionar con las entidades federativas la contratación de personal alterno (enfermeras obstétricas y/o parteras profesionales para ampliar horarios de atención en Hospitales integrales.
- Vinculación de actores comunitarios (parteras tradicionales, vocales oportunistas, enlaces interculturales y traductores) a las redes de atención médica institucional.
- Capacitar y evaluar a parteras tradicionales en la atención al evento obstétrico, con énfasis en la identificación de signos y señales de alarma obstétrica y neonatal y en la referencia oportuna de embarazadas con riesgo y/o complicaciones.
- Establecer, difundir y promover el levantamiento de censos de embarazadas y el uso de sistemas comunitarios de traslado para favorecer la asistencia al control prenatal, la atención de parto y la atención inmediata de complicaciones obstétricas.
- Establecer, difundir y promover a través de los gobiernos municipales, los comités locales de salud y prestadores de servicios de salud, la utilización de Posadas AME en hospitales que atiendan población de municipios con menor IDH.

2.- Indicadores

Número de Municipios por estado 125 Municipios con menor IDH

ENTIDAD	MUNICIPIOS MENOR IDH
CHIAPAS	20
DURANGO	1
GUERRERO	21
NAYARIT	1
OAXACA	57
PUEBLA	9
VERACRUZ	15
TOTAL	125

En las cifras oficiales del CNEGSR, el 95% de los partos se atienden institucionalmente, si es considerada la Partera Asistencial para trabajar en la comunidad, incluye solamente la asistencia del 10 % de partos en el país. Sin embargo, pueden intervenir en la atención del gran volumen de pacientes atendidas en los hospitales y centros de salud y mejorar de manera definitiva el acompañamiento de las mujeres y sus familias.

En ocho estados de la República tienen asignados recursos en el año 2011, para contratar 4 parteras y ubicarlas en unidades con demanda obstétrica que permita impulsar el modelo de partería y un parto humanizado y natural.

Un compromiso ha sido capacitar y evaluar a parteras tradicionales en la atención al evento obstétrico, con énfasis en la identificación de signos y señales de alarma obstétrica y neonatal y en la referencia oportuna de embarazadas con riesgo y/o complicaciones. Durante la presente administración de 2007 a 2011 se tiene un censo de parteras en 210 jurisdicciones con 15,962 parteras, 8,608 activas, a 4,107 se ha entregado maletín con insumos para atención de partos han evaluado 1,915 parteras tradicionales.

En todas las unidades médicas de atención primaria y en las Caravanas e la Salud, se ha establecido promover el levantamiento de censos de embarazadas y el uso de sistemas comunitarios de traslado para favorecer la asistencia al control prenatal, la atención de parto y la atención inmediata de complicaciones obstétricas.

Otro indicador que se ha monitorizados es el establecimiento y difusión a través de los gobiernos municipales, de comités locales de salud y prestadores de servicios de salud, la utilización de Posadas AME en hospitales que atiendan población de municipios con menor IDH. Se cuenta con 62 Posadas AME en 22 entidades y se incrementaron en 14 estados en 2011 con la radicación de recursos para equiparlas.

A partir de 2011 se cuenta con una línea 01 800 Materna para informar y orientar a las usuarias y sus familias a cerca de los servicios de las redes de atención.

**Defunciones maternas en Municipios con menor IDH
2006-2012**

Año	Nacimientos	Muertes maternas	Razón de Muerte materna	Porcentaje de reducción
*2006	38,034	61	162.2	Basal
2007	38,034	60	157.8	-3%
2008	38,327	70	182.6	+13.5%
2009	38,996	54	138.5	-27.4%
2010	38,953	55	141.2	+2.1%
2011	39,416	49	124.3	-23.4%
2012	NA	16	NA	

*La cifra de 2006 se tomó como base. La reducción global hasta 2011 es de 23.4%

2.1 Explicación a la serie estadística por cada indicador.

Para tratar de contribuir a lograr la meta de disminución de la mortalidad materna entre las localidades de estos 125 municipios con menor IDH, se han programado una serie de indicadores, al inicio de la estrategia el programa APV se programo unos indicadores, que al analizarlos se tuvieron que cambiar a partir del 2009: Debemos de señalar que cualquier mujer puede, potencialmente, tener un embarazo con complicaciones; por lo tanto la atención de las emergencias obstétricas, es una prioridad para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, entre las causas maternas se encuentran la preeclampsia, eclampsia, la hemorragia obstétrica y la sepsis puerperal; esta atención debe de ser en forma oportuna y en unidades de salud resolutivas. Como se observa en el cuadro 1 se han ido incrementando el porcentaje de las emergencias obstétricas que se está atendiendo en las unidades de salud.

Cuadro 1. Metas anuales 2009-2012: Atender al 30% de las emergencias obstétricas ocurridas entre las mujeres embarazadas de los 125 municipios con menor IDH
Variabes: Porcentaje de atención de las emergencias obstétricas entre las mujeres embarazadas.

Años	Línea base	2009	2010	2011	2012
Programado	S/D	15	15	20	30
Real		9.88	21.6	22.7	N/A
Porcentaje de avance		65.86	144	113.5	N/A

La operación cesáreas, es una intervención quirúrgica que se realiza cuando se tiene complicaciones maternas o fetales, y para evitar la mortalidad se debe de realizar la operación; pero siempre con los criterios de ética médica. En la población de los 125 municipios con menor índice de Desarrollo Humano, se puede pensar en incrementar el porcentaje de la operación cesárea, por las condiciones socioeconómicas en que se encuentra esta población. En el cuadro 2 se observa que se ha mantenido estable este indicador a través de los años entre la población de estas localidades.

Cuadro 2. Metas anuales 2009-2012: Atender al 30% de los nacimientos ocurridos entre las mujeres embarazadas, por medio de cesáreas de los 125 municipios con menor IDH
Variabes: : Porcentaje de cesáreas realizadas entre las mujeres embarazadas

Años	Línea base	2009	2010	2011	2012
Programado	S/D	20	20	25	30
Real		10.31	14.1	13.13	N/A
Porcentaje de avance		N/A	N/A	N/A	N/A

El traslado oportuno de las mujeres embarazadas a las unidades de salud para su atención, es una de las acciones prioritarias para evitar las complicaciones y por lo tanto las defunciones maternas y perinatales, por eso es muy importante que tanto los Servicios Estatales de Salud, como la Sociedad Civil, se organicen dentro de las mismas comunidades, para lograr que se realice los traslados de las usuarias a las unidades de salud para recibir una atención adecuada y de calidad. Como se observa en el cuadro 3, esta acción se empezó a programar a partir del 2009, primero como un porcentaje del total de urgencias obstétricas que se realizaba su traslado a una unidad de salud, pero posteriormente nos dimos cuenta que eran mucho muchos los traslados que se estaban realizando, porque no solo se están contando las urgencias obstétricas, sino también los traslados para la atención de partos. Por lo tanto se están reportando el número de traslados que se realizan de estas comunidades

Cuadro 3. Metas anuales 2009-2012: Lograr el traslado oportuno de las mujeres embarazadas o con complicaciones a las unidades de salud resolutorias, para su atención.

Variables: Número de traslados realizado a los Servicios de Salud de las mujeres embarazadas.

Años	Línea base	2009	2010	2011	2012
Programado	S/D	20	20	20	30
Real		1,824	2,421	1,440	N/A
Porcentaje de avance		N/A	N/A	N/A	N/A

3. Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, compromisos y servicios prestados.

4.

Vinculación de actores comunitarios (parteras tradicionales, vocales oportunistas, enlaces interculturales y traductores) a las redes de atención médica institucional. Las redes sociales incluyen a todos estos actores sociales. La integración de redes sociales se han priorizado en los estados que cuentan con municipios IDH. A partir de 2006 se inició el programa 100X100 con el compromiso de reducir en 50 % la mortalidad materna en estos municipios, en 2007 se amplió a 125 municipios.

La dificultad de las instituciones para ofertar servicios integrales de atención con personal calificado y capacitado en todas las unidades médicas, en particular en zonas marginadas y con dificultades para el arraigo, obliga a buscar alternativas viables que resuelvan los problemas locales y refieran las complicaciones a niveles de atención más complejos.

El modelo de partería se considera una alternativa para muchas unidades de difícil acceso, con infraestructura y personal con capacidad de atender embarazadas las 24 horas al día. Donde los médicos especialistas se arraigan con dificultad y los costos de cubrir todos los turnos en ocasiones, rebasa la capacidad financiera de las instituciones.

La partería permite romper barreras, adaptar el servicio a las necesidades del usuario, realizar un enfoque de riesgo más integral y de género muy específico, es decir mujeres que atienden mujeres, algunas parteras con la experiencia de haber tenido hijos.

Siempre existen dificultades para que el personal de las unidades médicas acepte los cambios que rompen paradigmas, conceptos y costumbres muy arraigadas; sin embargo, todo proceso que se enfoque a resolver la Mortalidad Materna que demuestre sus bondades a través de evaluaciones confiables, debe ser considerado como alternativa reproducible.

La Secretaría de Salud en febrero de 2011, ha creado el código de partera asistencial con el fin de impulsar un proyecto alternativo de atención obstétrica que mejore la calidad de la atención y permita una atención personal e individualizada.

La creación de la plaza de partera asistencial en los servicios, cumple una función primordial en el acompañamiento y asistencia de la mujer en el trance del embarazo y parto y donde el apoyo psicológico, la comunicación y trato humano es fundamental.

Humanizar el embarazo y parto se ha descuidado en forma importante en las Instituciones de Salud, determinado en parte por la sobredemanda de servicios obstétricos, lo cual no lo justifica, pero sobre todo, por la falta de valor intrínseco negado al nacimiento y la indiferencia que existe hacia la muerte materna, incluso catalogada como una tragedia ignorada.

Queda la gran tarea de incorporar a la partera asistencial al engranaje de un sistema fragmentado, con rezago tecnológico y científico y donde la deshumanización es un factor importante.

Ante ello, habrá que realizar un esfuerzo institucional sólido y razonable para integrar su capacidad de acompañamiento a las mujeres. Involucrar al personal médico y paramédico en un proceso de cambio de atención en la obstetricia, donde se privilegie la calidad en el servicio, el trato digno a las pacientes y recuperar el humanismo que la medicina nunca debió perder.

En las cifras oficiales del CNEGSR, el 95% de los partos se atienden institucionalmente, si es considerada la Partera Asistencial para trabajar en la comunidad, incluye solamente la asistencia del 10 % de partos en el país. Sin embargo, pueden intervenir en la atención del gran volumen de pacientes atendidas en los hospitales y centros de salud y mejorar de manera definitiva el acompañamiento de las mujeres y sus familias.

En este sentido, es necesario plantear la posibilidad de ubicar Parteras Asistenciales en los Hospitales, un giro innovador en el modelo de atención, con enfoque de género, mujeres que atienden mujeres, humanizar el parto, atender partos sin complicaciones y proporcionar el componente humano de

calidez y apoyo a las mujeres. El objetivo claro del proceso, además de incrementar la calidad del servicio, permite impulsar el nacimiento natural, reducir el número de cesáreas y concentrar el esfuerzo de los especialistas en emergencias obstétricas.

En 8 estados de la república tienen asignados recursos en el año 2011, para contratar 4 parteras y ubicarlas en unidades con demanda obstétrica que permita impulsar el modelo de partería y un parto humanizado y natural.

4. Áreas de oportunidad

- Que la toma de decisiones del Sistema Nacional de Salud, de la SHCP así como del legislativo y ejecutivo federal incidan para invertir en la reducción de la Mortalidad Materna y en particular en los municipios IDH.
- Continuar con la vigilancia epidemiológica activa, sistemática y permanente de las defunciones maternas.
- Garantizar el acceso de las mujeres a servicios médicos de calidad para la atención de las emergencias obstétricas. Mantener en alta prioridad la mortalidad perinatal en la agenda nacional.
- Blindar los sistemas de notificación inmediata de la muerte materna y perinatal.
- Mantener la salud materna como un indicador de alta prioridad, realizar un balance y mantener las experiencias exitosas y modificar e innovar en donde se requiere incidir de manera definitiva para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la próxima administración. Que se mantenga un compromiso ético con las mujeres mexicanas más que con un compromiso internacional
- Ligar estrictamente las acciones de salud materna y perinatal con la política de planificación familiar
- Mantener de forma permanente en la agenda de la CONAGO el tema de muerte materna y perinatal.
- Fortalecer el seguimiento en el CONASA y el Consejo General de Salubridad el indicador de mortalidad materna
- Asegurar la viabilidad y movilidad de los Grupos para Reducir la Mortalidad Materna
- Consolidar el trabajo de las OSC's. en particular la formación de Parteras Profesionales
- Mantener el impulso que se ha dado al modelo de parto vertical y humanizado
- Mantener la línea 01 800 como un servicio que beneficia directamente a la comunidad.

A mediano plazo se requiere tomar decisiones fundamentales en el Sistema Nacional de Salud y que beneficiarán en primer lugar la atención obstétrica.

- Unificar el Sistema Nacional de Salud

- Poner en el centro del escenario a las ciudadanas y sus derechos en particular en su etapa reproductiva altamente vulnerable
- Establecer claramente la definición de funciones preventivas y curativas en el sistema
- Lograr que el avance científico, social y económico que tiene el país se refleje en el ejercicio de los derechos de la mujer en materia de salud reproductiva
- Fortalecer la vinculación del sistema de salud con la sociedad civil para facilitar y fomentar la transparencia, rendición de cuentas y permitir que el sistema este a la altura de las expectativas de las y los ciudadanos.
- Mejorar de manera definitiva los incentivos profesionales, laborales, salariales y académicos del personal de salud
- Humanizar el nacimiento

A largo plazo el reto principal es ubicar el Sistema de Salud como un factor social que privilegie la prevención más que la curación, que este a la altura de las expectativas de los 112 millones de ciudadanos y ciudadanas, que actualmente se tienen y que se pueden incrementar en el futuro y que establezca como premisa de atención, la calidad y oportunidad, con enfoque en las y los usuarios, considerando el humanismo como valor principal.

SALUD REPRODUCTIVA

1.- Objetivos

Generales

Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino, a través de la provisión de servicios óptimos en la promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento, así como de la participación responsable de la población en el cuidado de su salud

Específicos

1. Mejorar el conocimiento de la población sobre los determinantes del cáncer cérvico uterino a través de acciones integradas de promoción de la salud que motiven la adopción de conductas que protejan la salud y promuevan la demanda de la detección temprana.

2. Alcanzar coberturas de tamizaje de 85% en mujeres de 25 a 34 años de edad con la prueba de citología cervical cada tres años y en mujeres de 35 a 64 años con prueba de VPH cada cinco años.
3. Mejorar la calidad y oportunidad de las acciones de tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer cérvico uterino, a través de la formación y la capacitación continua del personal de salud.
4. Reorganizar y fortalecer los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino con base en las mejores prácticas, en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
5. Consolidar el sistema de información para el monitoreo, evaluación y sistema de vigilancia epidemiológica con el fin de disponer de información confiable y sistemática para la mejora continua del programa, el aseguramiento de la calidad y la rendición de cuentas.
6. Contribuir a la equidad en salud a través de la prevención integral del cáncer cérvico uterino en todas las mujeres de los municipios de alta marginación
7. Implementar la estrategia integral en salud reproductiva a población indígena

2.- Indicadores

Metas: Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más						
Variables: V1 número de mujeres de 25 años y más que fallecieron por cáncer cérvico uterino en los 125 MIDH/ V2 Número de mujeres de 25 años y más en los 125 MIDH						
Años	2007	2008	2009	2010	2011*	2012
Programado	13.4	12.8	12.1	11.5	10.9	10.3
Real	14.4	17.2	11.3	14.7	10.8	11.0**
Variable 1 (Número de fallecimientos)	33	41	28	38	29	33
Variable 2 (Número de mujeres de 25 años y más)	228,953	238,208	247,749	257,649	267,842	278,398
Porcentaje de avance		-68.3	24.3	-7.3	87.8	

Método de cálculo: $V1/V2 * 100,000$
Fuente: DGIS/SSA
*Preliminar
** Proyección 2006-2012

Metas: Vacunar al 70% de adolescentes femeninas de 12 a 16 años contra VPH						
Variables: V1 Número de mujeres de 12 a 16 años vacunadas contra el VPH en los 125 MIDH / V2 Número de mujeres de 12 a 16 años de los 125 MIDH						
Años	2007	2008	2009	2010	2011*	2012
Programado		70	70	70	70	70
Real		90	81	72	69	
Variable 1 (Mujeres vacunadas)		74,359	119,007	93,695	50,329	
Variable 2 (Número de mujeres)		82,621	138,380	112,885	72,940	
Porcentaje de avance		128	123	119	98.6	
<small>Método de cálculo: $V1/V2 * 100$ Fuente: Reportes estatales *A partir del 2011 la estrategia se llevó a cabo en el resto de municipios y a partir de 2012 el CENSIA se encargó de la estrategia.</small>						

Metas: 80% de Cobertura de tamizaje con pruebas de ADN para VPH de mujeres de 35 a 64 años						
Variables: V1 Número de mujeres de 35 a 64 años de edad con prueba de VPH en los 125 MIDH / V2 Número de mujeres de 35 a 64 años de edad en los 125 MIDH						
Años	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*
Programado		80	80	80	80	80
Real		84.7	68	92	64	83
Variable 1 (Mujeres con prueba VPH)		110,911	94,520	133,304	96,583	130,363
Variable 2 (Número de mujeres de 35 a 64 años)		133,281	139,001	144,896	150,912	157,065
Porcentaje de avance		104	85	115	80	104
<small>Método de cálculo: $V1/V2 * 100$ Fuente: DGIS/SSA * Preliminar</small>						

Metas: Confirmación diagnóstica por colposcopia a mujeres positivas de VPH						
Variables: V1 Número de mujeres de 35 a 64 años de edad con prueba positiva a VPH que reciben confirmación diagnóstica por colposcopia en los 125 MIDH / V2 Número de mujeres de 35 a 64 años de edad con muestra positiva a VPH en los 125 MIDH						
Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Programado			80	80	55	55
Real			36	42	40	55
Variable 1 (Mujeres con prueba VPH recibieron confirmación diagnóstica)			5,135	5,039	3,477	6,452
Variable 2 (Mujeres de 35 a 64 años)			14,375	11,997	8,692	11,732
Porcentaje de avance			45	52	73	100
<small>Método de cálculo: V1/V2 * 100 Fuente: DGIS/SSA * Proyección</small>						

2.1 Explicación a variaciones

2.2

1. Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más

El Cáncer Cérvico uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en México. Del 2006 al 2011 ocurrieron 200 defunciones por este cáncer en los Municipios con el MIDH, en 2012 ocurrirán 33 defunciones acorde con la proyección 2006-2012 con una tasa de mortalidad de 11 defunciones por cada 100,00 mujeres de 25 a 64 años en esos municipios. De llevarse a cabo la proyección se estaría alcanzando la meta propuesta, sin embargo, esa disminución no es suficiente ya que hasta el 80% de las defunciones por esta causa son prevenibles. En México, se han implementado estrategias que buscan prevenir con mayor celeridad esas defunciones, éstas son estrategias innovadoras en donde se ha aplicado la tecnología más reciente en la lucha contra este cáncer, haciendo incluso que México sea un país que lidera la generación de políticas públicas a nivel nacional como la aplicación de la prueba para la detección del virus del papiloma humano y la aplicación de la vacuna contra este virus.

2. Vacunar al 70% de adolescentes femeninas de 12 a 16 años contra VPH

El inicio de la estrategia en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano incluyó la participación de 7 entidades federativas, se lograron completar con dos dosis el esquema en 74,359 niñas, significando el 90% de la meta propuesta. Del 2009 al 2010, se incluyeron 12 entidades federativas y 218 municipios en la vacunación contra el VPH, logrando 86% del logro de la meta con la aplicación de la segunda dosis. La tercera intervención para la aplicación de la vacuna contra el VPH se llevó a cabo en las 12 entidades federativas incrementando a 282 municipios, logrando una cobertura de 83.4% con la primera dosis.

Existen algunos retos y oportunidades que tendrán que ser superados para continuar con esta estrategia, entre ellos se cuenta:

- Puede haber oposición de ciertos grupos si se asocia a una enfermedad de transmisión sexual
- La prensa da una amplia difusión a reacciones adversas y en otros países se ha exagerado desmotivando la vacunación
- En México es una excelente oportunidad para la prevención de cáncer, sobre todo en niñas sin acceso regular a servicios de salud para la detección, seguimiento y tratamiento del cáncer cérvico uterino
- La vacunación de una cohorte de niñas independientemente de su condición de aseguramiento y nivel socioeconómico es una acción que favorece la equidad y la justicia social

3. 80% de Cobertura de tamizaje con pruebas de ADN para VPH de mujeres de 35 a 64 años

La Secretaría de Salud inició el Programa de Prevención Integral del Cáncer Cérvico Uterino en 125 municipios de menor índice de desarrollo humano IDH, en el año 2008 en siete entidades federativas del país incorporando 42 municipios más en el año 2009.

Se incorporó a esta estrategia la prevención secundaria con la detección del virus del papiloma humano de alto riesgo mediante la prueba del papiloma virus aplicable a mujeres de 35 a 64 años de edad.

Desde el inicio de la estrategia se identificaron los retos para acceder a las comunidades de MIDH y obtener la aceptación de la nueva tecnología de detección, como son: el complejo sociocultural en cuanto a las mujeres y sus parejas, la alta dispersión geográfica de las comunidades y la inseguridad entre otros, misma situación que se observa desde el inicio para el seguimiento, especialmente para acercar los servicios especializados de colposcopia o para trasladar a las mujeres con resultados positivos al tamizaje a su atención.

Se identificaron también limitantes en el presupuesto para la adquisición de insumos para la atención, así como vehículos, y presupuesto para combustibles y viáticos para el personal que atiende estas comunidades

Ante los bajos resultados observados en 2009 se buscaron alternativas de solución, sumándose entonces la cooperación de organismos no gubernamentales al esfuerzo institucional

A partir de septiembre del 2009, se iniciaron jornadas con los apoyos externos, a la par que se trabajaba con los recursos del Programa regular, inició el estado de Nayarit, en octubre se sumó Guerrero, en noviembre el estado de Oaxaca, en febrero del año 2010 en Chiapas y posteriormente se incorporaron Durango, Puebla y Veracruz a las jornadas con apoyo externo

Durante el 2010 las entidades federativas continuaron con la estrategia señalando las dificultades para acceder a las comunidades y obtener la aceptación de la nueva tecnología de detección, como son el complejo sociocultural en cuanto a las mujeres y sus parejas, la alta dispersión geográfica de las comunidades y la inseguridad.

Aun cuando los obstáculos persisten, las entidades federativas continuaron desarrollando estrategias acordes a cada región de acuerdo a su capacidad instalada con los recursos limitados, humanos y materiales del Programa y con los equipos e instrumental disponibles.

4. Confirmación diagnóstica por colposcopia a mujeres positivas de VPH

A través de brigadas interculturales, se llevaron componentes de salud reproductiva con enfoque preventivo, a quince comunidades localizadas en los municipios con mayor marginación.

En el 2010 se programó realizar colposcopia al 80 % de las mujeres positivas a la prueba, logrando realizar al 42 % de las mujeres con un avance del 52.5%, en el 2011 se programó realizarla colposcopia en el 55 %, se tiene un avance preliminar del 13 %, pero se pretende llegar al 50 % en este año, para el 2012 se programó el 55 % y lograr la cobertura en todas las mujeres hasta alcanzar el 100%. Para confirmar el diagnóstico de las mujeres positivas a las pruebas de VPH se pasaron directo al estudio de colposcopia, el estado que mejor logro presentó fue Durango con un avance del 100%, seguido de Guerrero con un avance del 70 %, mayor a lo establecido en el año del 55%.

En 2011 las mujeres positivas se pasaron directamente a colposcopia y el avance por Entidad Federativa para confirmación diagnóstica Chiapas 5%, Durango 0%, Guerrero 14%, Nayarit 1%, Oaxaca su mayor avance fue en el primer trimestre con 4%, Puebla 4 % en el segundo trimestre y Veracruz 70 % durante el primer trimestre.

Las cifras de estas entidades federativas son preliminares debido a las grandes distancias y la dificultad para concentrar la información, aunado a que el sistema de información de cáncer de la mujer está en vías de mejora no se puede tener acceso a la información de forma oportuna.

3. Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, compromisos y servicios prestados.

Con la introducción de la nueva tecnología basada en la detección de la infección por el virus del papiloma humano se mejoró la prevención del cáncer en etapas avanzadas, en esta estrategia se incluyeron dos líneas de acción, la primera se basa en la población del país de mujeres de 35 a 64 años de edad, en las cuales se ha logrado tamizar a 1,580,586 mujeres y la otra es en los municipios con el menor índice de desarrollo humano, en donde se han tamizado a 195,374 mujeres, significando 40% y 70.5% del logro de la meta respectivamente. El índice de positividad es de 7.9% y 7.6% respectivamente, es decir, se identificaron a 138,007 mujeres con infección por virus del papiloma humano.

El propósito de estas estrategias fue impulsar el desarrollo regional y local para abatir la marginación y generar condiciones de bienestar, oportunidad y crecimiento.

Aun cuando estas estrategias, tienen formalmente el mandato de promover la equidad de género, debe reconocerse que la evaluación de la equidad de género se reduce en buena medida a constatar la provisión de estos beneficios dado que sólo lo recibieron mujeres entre 9 y 64 años de edad.

Estas estrategias sin embargo, ofrecen un marco propicio para la incorporación transversal de una perspectiva de género, que efectivamente contribuye a la generación de políticas y programas capaces de incidir simultáneamente en el abatimiento de las brechas de inequidad territoriales, sociales y de género.

4. Problemática al 31 de diciembre de 2011.

En lo que toca a la vacunación contra el virus del papiloma humano, existen algunas expectativas al respecto:

- El costo de la vacuna ha disminuido de manera considerable por lo que se considera factible y sostenible su incorporación en el esquema básico
- La vacunación es altamente costo efectiva
- La universalización garantiza mayores y mejores coberturas
- Las adolescentes de zonas urbano marginadas y rurales serán las más beneficiadas
- Altas coberturas tendrán un impacto significativo en la reducción de la mortalidad por cáncer
- En adolescentes las coberturas más altas se alcanzan con vacunación en escuelas

Para diciembre del 2011 se pretenderá:

- Incorporar en la tercera semana nacional de salud la vacunación contra el VPH con recursos disponibles de acuerdo con la regionalización establecida para cada institución
- Difusión extensa a las entidades federativas y a las instituciones del sector de la nueva política de vacunación

Gestionar la modificación de las cartillas para que a partir de 2012 se incluya la vacunación contra VPH.

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

El programa de acción específico cáncer cérvico uterino ha definido las acciones que deberán concluirse a finales de 2012, entre éstas acciones se encuentran:

- Prevención primaria a través de la vacuna contra la infección por Virus del Papiloma Humano a todas las niñas de 9 años y de 9 a 12 años en los municipios con menor desarrollo humano, así como vacunar a todas las mujeres hasta los 50 años contra el VPH de aquellas que resultaron negativas a la prueba del VPH.
- Detección a través de la prueba de captura de híbridos de VPH con 13 laboratorios regionales. Utilización de la tecnología más reciente para la prevención del CaCU
- Centros de excelencia en los procesos de detección y tratamiento
- Personal Capacitado y acreditado en su especialidad

Para tal efecto se están llevando a cabo las evaluaciones en el desempeño del programa con la finalidad de detectar las áreas de oportunidad y su posterior aplicación de medidas correctivas.

Inclusión en el esquema básico a partir del 1 de enero de 2012. Aunado a ello, para 2012 se pretende aplicar la vacuna contra el VPH:

- En niñas entre los 9 y 12 años de edad. Formar un grupo de trabajo con las instituciones y servicios de salud estatales para decidir una sola cohorte a vacunar.
- Esquema extendido 0, 6 y 60 meses
- Estrategia de vacunación en escuelas y permanente en unidades de salud
- Vacunar al 80% de las mujeres hasta 50 años contra el VPH de aquellas que resultaron negativas a la prueba.

Mediano Plazo.- Por atender en el siguiente año 2013

Para mejorar el avance en la Estrategia de Prevención Integral del Cáncer Cérvico Uterino en los 125 Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano, es necesario atender algunos aspectos, tales como:

- Fortalecer la comunicación entre las áreas gerenciales para el cumplimiento de los acuerdos en tiempo y forma.
- Verificar la gestión a los niveles correspondientes presupuesto adicional para gasolineras, viáticos y transportes del personal de salud que acude a las jornadas.
- Garantizar la suficiencia de insumos para la detección, evaluación colposcópica y tratamiento.
- Diseñar un Programa de Supervisión in situ para verificar el desarrollo de las acciones en los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano y retroalimentar a las entidades federativas.
- Dar seguimiento a los compromisos que establezcan las entidades federativas con los integrantes del sector público y social y municipal para el desarrollo de actividades de planeación ejecución y control que se acuerden.
- Continuar con la Coordinación establecida con los organismos no gubernamentales sumando esfuerzos para el seguimiento de mujeres con resultados positivos al tamizaje con prueba de papiloma virus

1. Con el seguimiento puntual a las intervenciones y los acuerdos que se establezcan para su cumplimiento, es factible incidir en un incremento del seguimiento de pacientes.

2. Evaluar la posibilidad de incluir a las 5 entidades federativas con municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano que no reciben apoyo adicional: Chihuahua, Hidalgo, Jalisco, México y Yucatán.

Estado	Municipios**
Chihuahua	8
Hidalgo	4
Jalisco	3
México	3
Yucatán	5
Subtotal	23

TOTAL	192
--------------	------------

Problemática de largo plazo.

Se deberá continuar con las estrategias implementadas como la prevención primaria en niñas a través de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), el tamizaje a través de Papanicolaou y captura de híbridos del VPH y el aseguramiento de la calidad de la atención en todo el proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de mujeres con alteraciones citológicas o cáncer de cérvix.

La detección a través del tamizaje con la prueba de VPH a partir de la captura de híbridos, ha demostrado una sensibilidad de 95% con la que se puede identificar a la población en riesgo de desarrollar cáncer cérvico uterino y concentrar los recursos de la citología, que hoy por hoy es nuestro estándar de oro. De tal suerte que al obtener un resultado de la prueba de captura de híbridos negativo a infección por el VPH, la mujer deberá ser sometida a una nueva prueba de captura de híbridos cinco años después, comprobando su costo-efectividad.

La identificación de mujeres infectadas por alguno de los tipos de alto riesgo oncogénico de VPH, como es el caso de aproximadamente 146,000 mujeres que han sido detectadas hasta el momento y que equivalen cerca del 10% de las pruebas realizadas como es lo esperado, su identificación temprana permitirá dar tratamiento oportuno y de esta manera disminuir la morbilidad (frecuencia de casos) y mortalidad por esta causa.

Referente a la vacuna contra el VPH, existen dos vacunas en el mercado, ambas vacunas son muy efectivas en la prevención de infecciones persistentes por los tipos 16 y 18 de VPH, dos de los VPH de “alto riesgo” que causan la mayoría (70%) de los cánceres de cuello uterino. Además, hay datos iniciales que sugieren que una de las vacunas protege parcialmente contra algunos otros tipos de VPH que pueden causar cáncer. El impacto con la estrategia de vacunación contra el VPH tendrá visibilidad cuando las niñas vacunadas se encuentren en los grupos de edad de riesgo para CaCU, ese impacto será

la disminución de hasta el 70% de los casos de cáncer cérvico uterino, para ello, tenemos que asegurar que todas las niñas sean vacunadas año tras año.

Hasta este momento, se han vacunado 287,061 niñas de los municipios con el menor índice de desarrollo humano, sin embargo, para el 2011 se tiene planeado vacunar a 433,599 niñas de 9 años de todo el país, cifra que será similar para 2012.

Del 2008 al 2010 se han realizado 5'344,013 pruebas de Papanicolaou, significando una cobertura de 72.9% en el grupo de 25 a 64 años de edad, el impacto que tiene esta estrategia es que de cada 1,000 mujeres con citología cervical o Papanicolaou, se pueden identificar hasta 4 mujeres con alteraciones, es decir, estaríamos previniendo 4 casos de cáncer cérvico uterino por cada 1,000 mujeres a las que se realiza esta prueba.

En cuanto a la prueba para la detección del VPH, se han realizado 1,938,447 pruebas entre 2009 y 2010, el impacto de esta estrategia es que tiene una mayor sensibilidad para identificar mujeres con infección por virus del papiloma humano hasta en 20 mujeres de cada 1,000 que se realizan la prueba. Ambas estrategias combinadas tienen una efectividad superior y el impacto esperado es que disminuya la mortalidad por cáncer cérvico uterino en los años siguientes.

La propuesta para los siguientes años (2013-2015) es construir una Red de Competitividad que asegure la calidad en la atención, fortalezca el proceso de atención y la efectividad del programa, todo lo anterior apoyado por el nuevo sistema de información de cáncer en la mujer que se pretende reconstruir y que permita un acceso a la información en forma ágil, oportuna y veraz. La interacción de los recursos humanos con el sistema del conocimiento permitirá fortalecer el reconocimiento al esfuerzo profesional del personal de salud y permitirá compartir la experiencia de la mejor práctica clínica operativa.

VECTORES

1.- Objetivos

- Lograr que los municipios con menor índice de desarrollo humano alcancen el respectivo índice promedio a nivel estatal.
- Mantener bajo vigilancia epidemiológica el paludismo, dengue, la intoxicación por picadura de alacrán y el tracoma con acciones de promoción de la salud.

2.- Indicadores

Cumplimiento de los objetivos y metas del programa, proyecto o tema: Dengue FHD

Metas: Reducir el 10% de casos de Fiebre Hemorrágica por Dengue en los MMIDH

Variables: Casos nuevos en el año/casos nuevos registrados el año anterior x 100

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	5	31	14	12	4	0
Real	35	16	13	4	2	13
Porcentaje de avance	+ 600.0	- 48.4	- 7.1	- 66.7	- 50.0	0.0

Método de cálculo: casos agudos nuevos/casos registrados el año anterior x 100

Fuente: Dirección General de Epidemiología

Los casos registrados de fiebre hemorrágica por dengue en los 125 MMIDH en el periodo, todos recibieron atención adecuada y fueron estudiados para determinar las causas de su presencia en municipios rurales y se concluyo que esto se debe principalmente a que la población flotante cercana a las grandes urbes y que migra en busca de fuentes de trabajo y que una vez que han adquirido la enfermedad regresan a sus lugares de origen, por ello los casos no se incrementan de manera importante, así como la condición de la dispersión y presencia del vector que se encuentran limitadas en esas regiones.

Cumplimiento de los objetivos y metas del programa, proyecto o tema: Dengue FD

Metas: Reducir el 10% de casos de Fiebre por Dengue en los MMIDH

Variables: Casos nuevos en el año/casos registrados el año anterior x 100

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	730	218	1039	350	327	235
Real	242	1,154	389	363	365	445
Variable 1 (descripción)						
Variable 2 (descripción)						
Porcentaje de avance	- 66.8	+ 429.3	- 62.3	+ 3.7	+ 11.6	- 89.4

Método de cálculo: casos agudos nuevos/casos registrados el año anterior x 100
Fuente: Dirección General de Epidemiología

La transmisión por dengue, está condicionada y limitada en las zonas rurales y cuando se presentan casos estos se deben a que la población que presta servicios en las localidades de alto riesgo del país y una vez que las personas inician cuadro sugestivo de dengue estos regresan a sus lugares de origen y cuando demandan servicio o atención médica es cuando se reportan dichos casos, por ello es que las metas para esta forma del padecimiento están en función de esos movimientos que se registran en la zona, sin embargo a pesar de ello se efectúan acciones de prevención y control en la medida de sus posibilidades de cada entidad federativa y en apego a los lineamientos nacionales y las NOM de vectores es que se protege al resto de la población de los MMIDH.

La transmisión como puede observarse en el cuadro anterior, está asociada a los brotes que han afectado a los estados de Guerrero y Veracruz y por ello se han afectado a los municipios rurales de la estrategia 100x100 en los años 2008 y 2009.

Cumplimiento de los objetivos y metas del programa, proyecto o tema: Paludismo

Metas: Reducir el 10% de los casos nuevos de paludismo, con respecto al año anterior en los MMIDH.

Variables: Casos nuevos en el año/casos registrados el año anterior x 100

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	141	198	158	143	71	25
Real	220	234	159	79	102	128
Variable 1 (descripción)						
Variable 2 (descripción)						
Porcentaje de avance	+ 56-0	- 18.2	+ 0.6	- 44-7	+ 43.7	- 402.0

Método de cálculo: casos agudos nuevos/casos registrados el año anterior x 100
Fuente: Dirección General de Epidemiología

En paludismo se han logrado en el periodo muchos avances, aunque la estrategia es la misma que se ha empleado desde el año 1999 el “Tratamiento Focalizado”, se han hecho adecuaciones con el objetivo de mejorar la capacidad de respuesta de los Servicios de Salud en los estados y contar con diagnósticos oportunos, así como su tratamiento, además la respuesta de la población en la eliminación y modificación de los hábitats de criaderos de

anofelinos (EMHCA's) y que sea un trabajo sustentable, para que la población organizada por sus líderes locales efectúen estas acciones con o sin la presencia del trabajador del programa.

Un hecho importante es la participación del Sector Salud en las unidades de 1^{er} Nivel de Atención que garantizan la detección oportuna de los sospechosos y turnan de inmediato las muestras de sangre tomadas a los laboratorios más cercanos.

Durante este periodo de evaluación con excepción de los años 2007 y 2009 en que se registraron incrementos en la transmisión y que afectaron algunos de los municipios en la estrategia 100x100, el resto de los años se ha tenido un comportamiento favorable y se ha pensado que eventualmente se puede interrumpir la transmisión en los 125 MMIDH, para ello es necesario contar con la participación de todas las instituciones y que de acuerdo con las responsabilidades que están plasmadas en el Plan Nacional de Salud y en el Programa de Acción Específico le den cumplimiento.

Está en la época más difícil del proceso de eliminación de la enfermedad, por ello y con la finalidad de lograr interrumpir definitivamente al transmisión autóctona, es necesaria la participación todavía más activa de la población y lograr que las medidas preventivas se cumplan con la periodicidad que se marca en el programa anual y los municipios son el eje fundamental para motivar a la población a participar de manera directa y permanente en las acciones preventivas.

Cumplimiento de los objetivos y metas del programa, proyecto o tema: Oncocercosis

Metas: Reducir el 10% de casos nuevos de oncocercosis, con respecto al año anterior en los MMIDH.

Variables: Casos nuevos en el año/casos registrados el año anterior x 100

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	82	59	31	13	0	0
Real	66	0	0	0	0	0
Variable 1 (descripción)						
Variable 2 (descripción)						
Porcentaje de avance	- 19.5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Método de cálculo: casos agudos nuevos/casos registrados el año anterior x 100
Fuente: Dirección General de Epidemiología

Este componente es que mayor éxito presento durante el periodo, al adelantarse a lograr la interrupción de la transmisión y recientemente se ha otorgado a México el certificado de pre-certificación de eliminación de la transmisión, este se logro se debe principalmente a que las coberturas de tratamiento a la población elegible de las localidades con riesgo de transmisión de los dos focos del estado de Chiapas fue por arriba del 95% en los últimos 3 años en que se ministro y a los estudios a profundidad que con el apoyo de la Programa de Eliminación de la Oncocercosis OEPA, y la Fundación Carter y finalmente al Laboratorio Merck Sharp & Dome quien ha donado el medicamento Mectizan.

En los MMIDH de igual manera se efectuaron estos trabajos y los logros se pueden apreciar de manera importante, ya que en ellos se adelanto incluso el proceso y la interrupción de la transmisión y las coberturas en ellos fueron del 100% a la población elegible.

Cumplimiento de los objetivos y metas del programa, proyecto o tema: Tracoma

Metas: Reducir el 10% de casos nuevos de tracoma, con respecto al año anterior en los MMIDH.

Variables: Casos nuevos en el año/casos registrados el año anterior x 100

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	84	90	19	7	6	0
Real	100	21	8	7	0	25
Variable 1 (descripción)						
Variable 2 (descripción)						
Porcentaje de avance	+ 19.0	- 76.7	- 57.9	0.0	- 100.0	0.0

Método de cálculo: casos agudos nuevos/casos registrados el año anterior x 100
Fuente: Dirección General de Epidemiología

El Tracoma ha requerido una participación de otros sectores y áreas de la Secretaría y la presencia de casos aún y cuando se han disminuido, se han detectado municipios que por vecindad con los cinco afectados, ahora registran casos de tracoma a una encuesta seroepidemiológica realizada durante 2010 que detecto a 80 casos más en nuevos municipios con la participación de Promoción de la Salud, se han implementado diferentes estrategias que han controlado la endemia en las localidades con mayor problema y se efectuaron cirugías y tratamientos a los casos más graves, con lo que la proporción de ciegos va en decremento.

De hecho aun y cuando el problema pareciera va en aumento para los MMIDH la transmisión se interrumpirá en el presente año y donde las acciones emprendidas tanto de tratamiento y cirugías a los casos nuevos están teniendo mejor impacto que en el resto del área afectada, es una enfermedad que tendrán que atender tanto el Gobierno Estatal y Federal y otros organismos ya que es un problema complejo sobre todo de rezago y donde los SESA tienen una participación limitada.

Cumplimiento de los objetivos y metas del programa, proyecto o tema: IPPA

Metas: Reducir el 10% de intoxicados por picadura de alacrán, con respecto al año anterior en los MIDH.

Variables: Casos nuevos en el año/casos registrados el año anterior x 100

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	7,778	7,952	7,435	8,531	7,678	6,910
Real	8,836	8,262	9,479	4,888	9,763	10,690
Variable 1 (descripción)						
Variable 2 (descripción)						
Porcentaje de avance	+ 13.6	+ 3.9	+ 27.5	- 42.7	+ 27.1	54.7

Método de cálculo: casos agudos nuevos/casos registrados el año anterior x 100
Fuente: Dirección General de Epidemiología

Este componente ha requerido de mayor esfuerzo, además de la participación del Seguro Popular para asegurar la compra y disponibilidad de los faboterápicos (suero antialacrán) y que estén al alcance de la población en riesgo, este hecho permitió que los agredidos según el grado de intoxicación, recibieran el tratamiento adecuado, principalmente con faboterápicos como se indica en la Norma Oficial, entre otros logros se instalaron puestos periféricos de atención a agredidos, lo que ha permitido asegurar en un tiempo relativamente corto la atención de las personas y como consecuencia la reducción en la tasa de mortalidad y la otra situación fue la capacitación a médicos y personal paramédico de los municipios prioritarios que se ha implementado durante los últimos dos años y que repercute en una mejor atención.

Con respecto a los MMIDH, si bien es cierto se ha mantenido el mismo número de intoxicados por alacranismo durante 2010 se logro reducir el poco mas del 40 %, sin embargo para el presente año 2011 dicha cifra se recupero registrando un incremento de 27.1 con relación a la meta para ese año y

de un 100% con respecto a lo registrado en 2010, para 2011 se reforzaran acciones de prevención y control y de promoción de la salud para que se revierta dicho problema, es necesario educar a la población sobre todo aquella que ha recibido el beneficio del piso firme con mucha promoción para la instalación de zoclo de lámina para evitar la introducción de alacranes a la vivienda y reducir la tasa de picadura.

Cumplimiento de los objetivos y metas del programa, proyecto o tema: Enfermedad de Chagas

Metas: Reducir 10% de casos nuevos de Enfermedad de Chagas, con respecto al año anterior en MMIDH. Variables: Casos nuevos en el año/casos registrados el año anterior x 100

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	0	0	2	28	25	22
Real	0	2	31	0	14	1
Variable 1 (descripción)						
Variable 2 (descripción)						
Porcentaje de avance	0.0	+ 200.0	+ 1,450	- 100.0	- 44.0	68.2

Método de cálculo: casos agudos nuevos/casos registrados el año anterior x 100
Fuente: Dirección General de Epidemiología

En cuanto a la enfermedad de Chagas en México su distribución afecta a un mayor número de estados y los casos se están incrementando de manera importante, es una de las enfermedades consideradas del rezago u olvidadas, durante mucho tiempo la posibilidad de acceder a un esquema de tratamiento adecuado estuvo restringido a las compras o adquisiciones que la Federación lograba, desde hace 3 años la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana ha donado los medicamentos para la atención de los casos agudos e indeterminados de la enfermedad, lo que ha propiciado que por contar con un tratamiento eficaz los estados atiendan la demanda de los casos y se registre un mayor número de ellos, para acceder a dicho tratamiento solo deben hacerle estudio epidemiológico del casos y confirmar el diagnóstico mediante dos pruebas serológicas y se envían los esquemas de tratamiento.

En los MMIDH, solo se han incrementado los casos en el estado de Chiapas que indica una mejor detección y atención de los enfermos. Con ello se prevé que para el siguiente año se continúe mejorando la detección y confirmación de casos agudos, por lo que la reducción dependerá de el oportuno tratamiento y la inclusión de medidas de control, así mismo se realizan acciones de rociado domiciliario para la eliminación de los triatomas y un fuerte componente de promoción de la salud para fortalecer el patio y casa limpia para eliminar la presencia de las chinches y reducir el contacto hombre vector

L

2.1 Explicación a variaciones

Avances: Las ETV durante este periodo han tenido un comportamiento atípico, mientras que para la oncocercosis se ha logrado interrumpir la transmisión y México se adelantó un año al proceso de pre-certificación, después de haber garantizado la administración de tratamiento a más del 95% de la población elegible que habita los focos endémicos; en otras enfermedades como la intoxicación por picadura de alacrán se mantiene el número de agresiones en el país e incluso se observa un ligero incremento año con año, sin embargo esto se debe a que la población ahora cuenta con acceso oportuno y acude en demanda de la aplicación de fáboterápicos y se han reducido en más de un 50% las defunciones; en paludismo se ha fortalecido la detección el diagnóstico y tratamiento en los 125 MMIDH y se observa para el periodo solo un ligero repunte en el año 2009, ya que se presentaron brotes en 2 estados de la estrategia Chiapas y Oaxaca y en uno más Chihuahua que favorecieron la dispersión de la endemia a áreas que ya se encontraban libres de paludismo, se continúa con la estrategia de “Tratamiento Focalizado”; en dengue se efectuó una reingeniería y se incluyeron nuevos lineamientos en el abordaje de la enfermedad, se capacitaron a los médicos y personal de salud mediante las “Guía Práctica del Manejo de Casos Hemorrágicos”, se elaboró un nuevo algoritmo para la detección oportuna de los casos y se incluyó una nueva prueba diagnóstica NS1, se instrumentaron una plataforma en línea para el registro de sospechosos y casos para la oportuna toma de decisiones y la plataforma entomológica que permite implementar acciones de control incluso antes de que se generen brotes, lo que ha permitido lograr los impactos en la reducción de la enfermedad, se contó a partir del año 2008 con un presupuesto vía Ramo 12, en los convenios del AFASPE que garantiza el equipamiento, diagnóstico y la implementación de acciones de control de manera oportuna.

1. Manejo integrado de las enfermedades transmisibles por vector y alacranismo, y participación de la comunidad en la limpieza de criaderos y el peridomicilio

Avances: Se han diseñado esquemas de abordaje para las diferentes enfermedades sobre todo en dengue y se continúa aplicando las estrategias exitosas en paludismo, IPPA, oncocercosis y tracoma y se están reformulando acciones para la atención e la enfermedad de Chagas y Leishmaniasis. Entre las más importantes y que se generan impactos entre varias de las enfermedades transmitidas por vector esta la limpieza del domicilio, el

peridomicilio y la eliminación de los criaderos, que junto con el encalamiento de la vivienda permiten reducir el contacto entre el hombre y los vectores.

2. Fortalecimiento del diagnóstico de laboratorio dengue para la vigilancia epidemiológica

Avances: Con la implementación del nuevo algoritmo de diagnóstico para dengue se ha incrementado y mejorado la oportunidad, que además de la serotipificación permite la identificación de la circulación de los diferentes serotipos que afectan a los estados, con ello se logra que las acciones de control sean oportunas en tiempo y alcance o amplitud.

3. Oportunidad del tratamiento.

Avances: Con el incremento de la participación de las unidades de primer nivel y de los notificantes voluntarios tanto de paludismo como de alacranismo se ha atendido con oportunidad y cobertura los casos de estas enfermedades y se ha logrado una mejor canalización de los sospechosos de dengue que permite sobre todos en las cabeceras municipales rurales como es el caso de los MMIDH recibir atención adecuada en estos lugares o canalización a unidades de segundo nivel en casos necesario.

Para las leishmaniasis y la enfermedad de Chagas con la adquisición y apoyos del nivel federal hacia los estados los tratamientos son más oportunos y suficientes.

4. Cobertura de atención de casos de tracoma.

Avances: Es una prioridad en el estado de Chiapas la atención de los municipios que padecen Tracoma y se están realizando estudios en los municipios aledaños a los cinco con transmisión confirmada para detectar si fuese el caso casos dispersos, de los cinco municipios con este problema originalmente, solo corresponden 3 a la estrategia 100x100 y los impactos se aprecian al grado que en ellos no se han registrado casos en el último año.

5. Estudios epidemiológicos.

Avances: Actualmente con la integración una plataforma en línea para dengue y del fortalecimiento en el resto de las enfermedades transmitidas por vector permite conocer oportunamente los casos y la toma de decisiones, de manera sistemática se ha venido implementando y fortaleciendo en las unidades del primer nivel bajo la dirección y asesoría de la Dirección General de Epidemiología, que provee de información trimestral de los casos registrados en el país, con lo que se complementa la información de los 125 MMIDH.

3. Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, compromisos y servicios prestados.

Definición de Problemática: Incremento de Intoxicados por Picadura de alacrán.

Acciones a realizar: Promoción de medidas de saneamiento básico y encaminado a la limpieza de la casa y peridomicilio, así como la promoción e implementación de zoclo de lámina para evitar que los alacranes suban a los techos y paredes y promoción de enclavamiento de la vivienda.

4. Problemática al 31 de diciembre de 2011.

Definición de Problemática: Incremento de Intoxicados por Picadura de alacrán.

Acciones a realizar: Factibilidad de compra y distribución de pabellones o malla en puertas y ventanas que contiene repelentes que evitaren el contacto entre la población y los vectores o alacranes.

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

Definición de Problemática: Para continuar con impactos en paludismo que permitan reducir la incidencia y eventualmente interrumpir la transmisión de los MMIDH.

Acciones a realizar: Actualmente se tienen dos problemas: Movimientos migratorios en nuevas rutas de migrantes, por lo que es necesario implementar más puestos de notificantes voluntarios y mayor participación de las unidades de salud en la vigilancia, detección y tratamiento y el segundo problema evitar la descapitalización del programa e implementar un programa acorde con las necesidades sobre todo en el norte del país, debido a que en este momento están comprometidas las metas en esa región por el incremento de ilícitos.

Mediano Plazo.- Por atender en el siguiente año 2013

Fortalecer los componentes de Dengue, Paludismo, Enfermedad de Chagas, Tracoma e Intoxicación por Picadura de Alacrán, con énfasis a las medidas de prevención y control y la parte de Promoción de la Salud.

Problemática de largo plazo.- definir tiempos

Cumplir con los compromisos internacionales de eliminar la oncocercosis, con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y lograr eventualmente interrumpir la transmisión del paludismo del territorio nacional.

DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES

1.- Objetivos

General

Favorecer el desarrollo de las capacidades asociadas a la educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias del Programa para contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza.

Específicos

De sus objetivos específicos los relacionados con salud son:

Asegurar el acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud a las familias beneficiarias, con el propósito de impulsar el uso de los servicios de salud preventivos y el autocuidado de la salud y nutrición de todos sus integrantes.

Proporcionar apoyos a las familias beneficiarias para mejorar la alimentación y nutrición de todos sus integrantes, con énfasis en la población más vulnerable como son los niños y niñas, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

2.- Indicadores

Metas: Reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano.

Variables: Niños menores de 5 años con desnutrición / Niños menores de 5 años en control nutricional

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012_/E
Programado	10.92	10.55	10.17	9.79	9.42	9.04
Real	10.88	10.50	10.05	8.96	7.93	7.35
Niños menores de 5 años con desnutrición*	9,033	8,997	9,172	8,428	7,283	6,884
Niños menores de 5 años en control nutricional	83,011	85,708	91,293	94,105	93,949	93,657
Porcentaje de avance	100.37%	100.48%	101.18%	108.48%	115.82%	118.69 %

Método de cálculo: (Niños menores de 5 años con desnutrición / Niños menores de 5 años en control nutricional) *100

Fuente: Sistema de información en Salud (SIS)

*Desnutrición con base en peso para la edad considerando a los desnutridos con menos de -2 desviaciones estándar (desnutrición moderada y grave)

_/E: Estimado a diciembre de 2012

2.1 Explicación a variaciones

Con base en los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2007-2012; se plantea la necesidad de brindar información confiable y oportuna en los temas de salud, con la finalidad de proporcionar apoyo en la toma de decisiones y la medición de avances en esta materia, por lo que se planteó el desarrollo de un sistema nacional de indicadores acorde con las necesidades del Programa Nacional de Salud 2007-2012 y con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) se relaciona íntegramente con los 10 objetivos nacionales del PND. En consecuencia las acciones destinadas a la salud en México deben contribuir al bienestar general de la población procurando el cumplimiento del objetivo 5 que establece “Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país”, mediante la meta 5.1 quien contempla “Reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano”.

El Programa Desarrollo Humano Oportunidades ha tenido importantes avances en materia de salud y nutrición en zonas rurales de mayor pobreza mediante la implementación de estrategias como son la de proporcionar atención en salud a través del Paquete Básico Garantizado de Servicios de Salud, el seguimiento nutricional a los niños en la edad temprana, incluso antes de la concepción, en las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Como se puede observar en los resultados de la desnutrición infantil se han disminuido de 2007 a 2012 en 53.53 puntos porcentuales lo que implica una reducción del 32 % respecto a la prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años en peso para la edad registrada en el año 2007 en Oportunidades, porcentaje superior a la meta propuesta de reducción del 20% de la desnutrición en 2012.

4. Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, compromisos y servicios prestados.

El Programa Desarrollo Humano Oportunidades estableció las siguientes estrategias como parte de las acciones para contribuir a que los municipios de menor índice de desarrollo humano alcancen un índice promedio a nivel estatal.

- Proporcionar de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud, el cual constituye un beneficio irreductible, con base en las Cartillas Nacionales de Salud, de acuerdo con la edad, sexo y evento de vida de cada persona

El Paquete Básico Garantizado de Servicios de Salud se otorga en la atención que reciben las familias en cumplimiento a sus corresponsabilidades, las acciones tienen un carácter principalmente de promoción de la salud y detección oportuna de enfermedades de mayor impacto en la salud pública, sin menoscabo del cuidado de los aspectos curativos y de control de los padecimientos más frecuentes.

El Programa Desarrollo Humano Oportunidades en su Componente de Salud al inicio de la estrategia 100x100 en 2007 la Secretaría de Salud tenía una cobertura de 111 municipios atendiendo 171,318 familias que radicaban en 3,558 localidades, durante la presente administración la Secretaría de Salud incremento su cobertura en el Programa Oportunidades a 116 municipios prioritarios atendiendo 199,346 familias en 3,687 localidades lo que implica un crecimiento de más del 14% de familias beneficiarias de Oportunidades.

Entidad Federativa	Consultas					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{/1}
Chiapas	362,970	394,397	398,036	419,112	473,241	474,564
Durango	28,165	22,879	24,292	26,126	27,771	28,729
Guerrero	629,726	639,396	749,695	778,117	766,308	765,204
Nayarit	42,122	44,748	40,256	32,463	32,049	31,446
Oaxaca	123,559	142,089	154,328	137,336	160,212	159,883
Puebla	70,623	81,270	100,311	106,271	119,101	120,360
Veracruz	154,461	163,766	171,551	145,543	134,679	141,514
Total	1,411,626	1,488,545	1,638,469	1,644,968	1,713,361	1,721,700

^{/1} Cifras estimadas a diciembre de 2012

Se han otorgado de 2007 a 2012 alrededor de 9.6 millones de consultas médicas a población beneficiaria de Oportunidades en los municipios de menor IDH, un incremento en 2012 del 18 % respecto a la cifra registrada en 2007. Manteniendo cerca 189 mil familias en control, el 99% de familias registradas en las unidades de salud, familias que asistieron a sus citas médicas programadas y a los talleres para el autocuidado de la salud.

Entidad Federativa	Familias en Control					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{_/1}
Chiapas	38,652	41,939	45,994	44,116	48,539	48,206
Durango	2,624	2,641	2,911	3,520	3,823	3,855
Guerrero	55,450	64,969	67,049	74,260	78,219	77,951
Nayarit	2,615	2,920	2,801	2,982	3,088	3,086
Oaxaca	18,455	21,927	20,542	19,872	24,507	2,4189
Puebla	8,957	10,590	11,636	12,100	12,855	12,799
Veracruz	15,272	17,779	18,326	19,354	18,625	18,667
Total	142,025	162,765	169,269	176,204	189,656	188,753

_/1 Cifras estimadas a diciembre de 2012

Promover la mejor nutrición de la población beneficiaria, en especial para prevenir y atender la mal nutrición de los niños y niñas desde la etapa de gestación y de las mujeres embarazadas y en lactancia, a través de la vigilancia y el monitoreo de la nutrición de los niños y niñas menores de cinco años, de las embarazadas y en periodo de lactancia, así como control de los casos de desnutrición.

Oportunidades promueve la mejor nutrición de la población beneficiaria mediante la vigilancia sistemática del crecimiento y del desarrollo infantil, así como, la entrega de suplementos alimenticios a los niños y niñas dentro del periodo crítico de su desarrollo. En las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia se da el seguimiento y control del estado nutricional, la entrega de suplementos alimenticios con lo cual se busca además atender la nutrición de los niños desde la etapa de gestación.

Al cierre de 2007 se mantuvo en seguimiento y vigilancia nutricional a 82 mil niños menores de 5 años, otorgándose 536 mil consultas dirigidas a la vigilancia del crecimiento lo que representó el 38 % de las consultas generales otorgadas a los beneficiarios de Oportunidades. En 2012 se mantuvieron en vigilancia nutricional a 93 mil niños lo que representa un incremento del 14% respecto de 2007.

Entidad Federativa	Niños menores de 5 años en control					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{_/1}
Chiapas	28,778	29,891	31,418	28,893	33,323	33,043
Durango	435	1,972	2,075	1,923	2,197	2,209
Guerrero	33,587	35,626	34,096	37,650	39,207	39,186
Nayarit	1,379	1,648	1,656	1,785	1,716	1,766
Oaxaca	5,630	5,708	6,234	5,233	5,350	5,306
Puebla	4,573	4,529	4,562	4,493	4,246	4,243
Veracruz	7,521	8,409	8,020	7,838	7,343	7,466
Total	81,903	87,783	88,061	87,815	93,382	93,219

_/1 Cifras estimadas a diciembre de 2012

En el año 2007 año se mantuvieron en control en los servicios de salud 20 mil mujeres embarazadas y en periodo de lactancia otorgándose 61 mil consultas para el seguimiento del embarazo, para 2012 se mantuvo en control a 22 mil mujeres embarazadas y en periodo de lactancia otorgándose 76 mil consultas para el seguimiento del embarazo, más del 98% de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia asistieron a sus citas para su seguimiento médico.

Entidad Federativa	Mujeres embarazadas o en período de lactancia en control					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{_/1}
Chiapas	7,328	8,054	8,787	7,919	8,652	8,586
Durango	112	406	434	491	524	526
Guerrero	8,141	9,121	8,562	9,185	9,457	9,448
Nayarit	276	320	338	285	364	364
Oaxaca	2,259	1,549	1,539	1,261	1,259	1,237
Puebla	746	799	876	896	948	939
Veracruz	1,245	1,573	1,448	1,379	1,311	1,325

Total	20,107	21,822	21,984	21,416	22,515	22,425
-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

_/1 Cifras estimadas a diciembre de 2012

Como parte de las acciones de prevención y atención a la desnutrición se encuentra el monitoreo del estado nutricional mediante la toma de medidas antropométricas, y en su caso, la entrega del suplemento alimenticio a los niños menores de 5 años.

Para promover el adecuado crecimiento de los niños menores de cinco años se requiere, entre otros aspectos socioeconómicos y acceso a alimentos, el consumo de micronutrientes, la desnutrición provoca daños a la salud y al desarrollo mental irreversibles con consecuencias a lo largo de la vida. Oportunidades proporciona el suplemento alimenticio a niños de 6 a 23 meses y niños de 24 a 59 meses con algún grado de desnutrición o en vías de recuperación de la desnutrición con la finalidad de mejorar el estado de nutrición.

En el 2007 recibieron el suplemento alimenticio 50 mil niños menores de 5 años, en 2012 han recibido mensualmente 38 mil niños, garantizando con esto el suministro de micronutrientes que benefician el estado de nutrición y el desarrollo de los niños beneficiarios del Programa.

La entrega de los suplementos busca la buena nutrición en las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia que es indispensable para disminuir los riesgos durante el embarazo y fortalecer la salud de las mujeres, además, se busca atender la nutrición de los niños desde la etapa de gestación.

En 2007 se entregó el suplemento alimenticio en promedio de forma mensual a un poco más de 17 mil mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, en 2012 recibieron el suplemento alimenticio aproximadamente 14 mil mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. Con el seguimiento nutricional y la entrega de suplementos alimenticios a niños, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia se ha contribuido a la disminución de la desnutrición de los niños menores de cinco años en los municipios de menor índice de desarrollo pasando de 10.88% en 2007 a 7.35% en 2012 un reducción del 32%.

- Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y de la comunidad mediante la comunicación educativa en salud, priorizando la educación alimentaria nutricional, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades

Oportunidades en el marco de las acciones de promoción de la salud a través de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de Salud promueve la cultura preventiva de atención para la disminución de enfermedades en el mediano y largo plazo. Estas acciones se desarrollan principalmente bajo tres modalidades: capacitación para el autocuidado de la salud, información y consejería de manera individualizada durante las consultas y la emisión de mensajes colectivos dirigidos a las familias beneficiarias de acuerdo a la edad, sexo y evento de vida, ampliando y reforzando los conocimientos y prácticas para el autocuidado de la salud.

En 2007 a 2012 se han otorgado cerca de 686 mil sesiones para el autocuidado de salud, con lo que se aseguró que algún integrante de las familias beneficiarias de Oportunidades, mayor de 15 años, asistió una vez al mes a alguna sesión educativa para el autocuidado de la salud. Los talleres comunitarios de capacitación para el autocuidado de la salud han sido aceptados por la población; con base en la situación epidemiológica de los municipios los temas que con mayor frecuencia se imparten son:

- Infecciones Respiratorias agudas
- Diarrea y uso del Suero Vida Oral
- Vacunas
- Uso del suplemento alimenticio
- Cáncer de mama y cérvico uterino. Toma de Papanicolaou y auto exploración mamaria
- Planificación familiar
- Embarazo

Como parte del Fortalecimiento de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud se implementó el Plan de Comunicación Indígena (PCI) que tiene como objetivo fortalecer las actitudes y aptitudes de los beneficiarios indígenas del Programa Oportunidades en torno al autocuidado de la salud bajo un esquema de sensibilidad intercultural, equidad y respeto a sus usos y costumbres, a través de la promoción y difusión de materiales educativos en salud en su lengua materna, contando con la participación comunitaria y utilizando los medios de comunicación local disponibles mediante impresos (carteles y tarjetas) y audiovisuales (cápsulas de radio y videos), el cual opera en las Unidades médicas ubicadas en zonas indígenas, en 2011 incremento su cobertura en 7 municipios de la estrategia 100x100 en el estado de Chiapas, teniendo una cobertura total de 20 municipios en 6 entidades federativas de la estrategia.

Estado	Lengua Indígena	Número de Municipios	Municipios	Temas de salud desarrollados en lengua indígena
Chiapas	Tzotzil	7	<ul style="list-style-type: none"> • Larrainzar • Chénalo • Chamula • Mitontic • Chalchihuitán • Zinacantán • Aldama 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados durante el embarazo, parto y puerperio • Cuidados del Menor de 1 año • Prevención de la mortalidad materna
Durango	Tepehuana	1	<ul style="list-style-type: none"> • El Mezquital 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Parto y puerperio • Cuidados del menor de 5 años
Guerrero	Tlapaneca	3	<ul style="list-style-type: none"> • Acatepec, • Tlacoapa • Zapotitlán Tablas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados durante el embarazo, parto, puerperio : Mortalidad materna • Nutrición en niños menores de 5 años • EDAS E IRAS en el menor de 5 años
Nayarit	Cora	1	<ul style="list-style-type: none"> • El Nayar 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrición en niños menores de 5 años • Cuidados del embarazo, parto, y puerperio • Violencia intrafamiliar
Oaxaca	Mixteco	4	<ul style="list-style-type: none"> • Coicoyan de las flores • San Miguel Ahuehuetitlan • Santiago Amoltepec • Santos Reyes Yucuna 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo saludable • Nutrición del menor de 5 años • Alimentación
Puebla	Náhuatl	4	<ul style="list-style-type: none"> • Coyomeapan • Eloxochitlan • San SebastianTlacotepec • Zoquitlan 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados durante el puerperio • Cuidados durante el embarazo • Nutrición en menores de 5 años
Total		20		

5. Áreas de oportunidad

Problemática de largo plazo.-

Se pretende reducir la prevalencia de la desnutrición en los municipios de menor índice de desarrollo humano, sin embargo, se debe tomar en cuenta que la desnutrición infantil es un efecto multifactorial de las condiciones ambientales, de acceso a servicios públicos, ingreso económico, educación, acceso al agua, enfermedades y la alimentación, así también, la entrada y salida de niños del grupo de grupo de edad y del Programa Oportunidades. La desnutrición es una situación dinámica en la población, niños que ingresan al control con un estado de desnutrición y niños que dejan el grupo de edad, en este transcurso se le brindan las atenciones de salud, en las que el suplemento alimenticio es un factor importante para ayudarle a superar la situación de desnutrición.

El Sector Salud a través del Componente de Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades trabajará en el seguimiento nutricional de los niños y mujeres, en garantizar el acceso a los servicios de salud, en mejorar las acciones de vigilancia con equipamiento de las unidades de salud, en implementar nuevas estrategias de comunicación o suplementación alimenticia que represente una mejora en la prevalencia de la desnutrición infantil.

SEGURO POPULAR

1.- Objetivos

Objetivo General

Lograr que los municipios con menor índice de desarrollo humano alcancen el respectivo índice promedio a nivel estatal con la contribución del mmejoramiento de las condiciones de salud de las familias de dichos municipios a fin de disminuir el deterioro social en que se encuentran y con ello elevar sus niveles de bienestar.

Objetivos Específicos

- A. Proporcionar un seguro público y voluntario.
- B. Poner a disposición servicios de salud a la población sin protección social en salud.
- C. Asegurar a las familias no derechohabientes que radiquen en los municipios con menor IDH.

En el cumplimiento de los objetivos general y específicos se:

Proporcionó la afiliación al Seguro Popular y sin erogación alguna a los residentes en los 125 municipios de la Estrategia 100x100 que de manera voluntaria lo solicitaron.

Puso a disposición servicios de salud a la población en los 125 municipios de la Estrategia 100x100 sin protección social en salud.

Aseguró a las familias no derechohabientes que radican en los 125 municipios con menor IDH.

Asignó metas de afiliación estatal focalizada hacia los 125 municipios con menor IDH.

Facilitó a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud los elementos necesarios para la incorporación y validación en el Padrón Nacional de Beneficiarios de las familias que viven en los municipios de la Estrategia 100x100.

Dio seguimiento puntual al indicador del desempeño de la meta focalizada a los 125 municipios con menor IDH, dando prioridad a las metas alcanzadas conforme a los cierres emitidos.

Fortaleció la coordinación con el programa Caravanas de la Salud.

Promovió que los REPSS difundieran los beneficios de afiliarse al SMNG en los 125 municipios con menor IDH.

2.- Indicadores

Metas: Afiliación de personas al Seguro Popular							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{1/}
Programado	--	--	156,011	96,842	124,375	68,124	-- ^{2/}
Real	518,480 ^{3/}	254,203	87,434	68,129	317,678	103,300	-18,432
Porcentaje de avance	--	--	56%	70%	155%	152%	--

^{1/}Enero-septiembre.
^{2/}Bajo la estrategia de Cobertura Universal se brindará acceso a todo interesado, sin importar su pertenencia a un municipio o sus características étnicas por ejemplo; por lo tanto en 2012 no se definió meta específica para este grupo de atención en el Anexo II de los Acuerdos de Coordinación suscritos con las entidades federativas correspondientes.
^{3/}Cifra acumulada.

Método de cálculo: En 2008, 2009 Y 2010 se programó la afiliación en número de familias, unidad de medida convertida a número de personas en los dos primeros casos con la aplicación del promedio anual de integrantes por familia afiliada en cada municipio, y en el tercero, con el promedio bianual.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

En el primer bienio con metas -2008-2009- los resultados de afiliación de personas fueron de alrededor de dos tercios de lo programado (155,563 vs 252,853), mientras en el lapso complementario -2010-2011- lo rebasaron en 90% (420,978 vs 221,217).

Lo anterior se debió al establecimiento de metas altas para el inicio del proceso sin prever que la operación alcanzaría un rendimiento óptimo a partir del tercer año (2010).

Es por ello que de manera consolidada, en el cuatrienio 2008-2011, se alcanzara una afiliación superior en 29% a la programada (576,541 vs 445,352). Es importante destacar que las metas anuales fueron definidas a partir del objetivo de terminar de afiliar en 2011 a la población objetivo de los 125 municipios de la Estrategia 100x100, razón por la que para el año en curso -2012- no se precisa una proyección de cobertura a alcanzar pero sí el propósito de brindar acceso a todo interesado, en consonancia a la estrategia de Cobertura Universal.

2. Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, compromisos y servicios prestados.

A continuación se relatan los resultados obtenidos en materia de afiliación.

Afiliación al Seguro Popular en 2007-2011.

La afiliación en el período 2007-2011 fue de 830,744 personas en los 125 municipios de la Estrategia 100x100, siendo Chiapas, Oaxaca y Guerrero las entidades federativas aportadoras de tres cuartas partes del total (642,449 = 77%). Dos terceras partes del resultado quinquenal de afiliación se obtiene en los años 2007 y 2010 (571,881 = 69%).

En el lapso 2008-2009, el estado de Guerrero ve disminuir cuatro quintas partes de la captación realizada en 2007 (72,045 = 82%), empero en 2010 recupera esta pérdida y obtiene registros adicionales muy parecidos (69,060), logrando la mejor cifra anual para las siete entidades en el lustro (141,105). Los siete municipios de Chiapas aportaron en promedio 13,917 beneficiarios en el período, sólo por debajo de las demarcaciones de Durango y Nayarit (21,070 cada una en promedio), y muy por encima de los 58 municipios de Oaxaca (3,375 en promedio).

La evolución significativa de la afiliación en seis de siete estados se evidencia con la tasa media de crecimiento (tmc) del quinquenio negativa, toda vez que la incorporación de la gran mayoría de potenciales beneficiarios se dio en los primeros años del período con rápido avance en el cumplimiento del objetivo de la Estrategia 100x100 y la consecuente reducción de la afiliación potencial en los años recientes.

Puebla presenta registro positivo (tmc = 121%) como resultado del inicio del proceso con un dato pequeño (369 en 2007) lo que le permitió ser también la única entidad en crecer sucesivamente en tres de cuatro oportunidades (2008, 2010 y 2011). En 2010 la afiliación aumenta en 3.7 veces la precedente y es el único año en que los 7 estados crecen respecto al previo.

Los resultados mencionados y otros más se reflejan en el cuadro estadístico: “Afiliación al Seguro Popular en los 125 municipios de la Estrategia 100x100, en 2007 a 2011”.

AFILIACIÓN ANUAL AL SEGURO POPULAR EN LOS 125 MUNICIPIOS DE LA ESTRATEGIA 100x100, EN 2007 A 2011 y SEPTIEMBRE 2012 (Personas)								
CLAVE	ESTADO/MUNICIPIOS	2007	2008	2009	2010	2011	Tasa Media de Crecimiento	
							2007-2011	2012 Septiembre
07	CHIAPAS (20)	66,967	53,617	46,133	67,780	43,847	-8%	-2,752
10	DURANGO (1)	9,315	3,041	-1,942	3,082	7,824	-3%	-210
12	GUERRERO (21)	87,758	-53,985	-18,060	141,105	11,525	-33%	-11,588
18	NAYARIT (1)	6,405	7,308	1,693	3,084	2,329	-18%	84
20	OAXACA (58)	38,211	62,388	31,041	54,598	9,524	-24%	-1,850
21	PUEBLA (9)	369	5,612	3,895	15,363	19,659	121%	-1,890
30	VERACRUZ (15)	45,178	9,453	5,369	32,666	8,592	-28%	-226
(7 Estados)	TOTAL (125)	254,203	87,434	68,129	317,678	103,300	-16%	-18,432

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

Los resultados anteriores aparecen con cifras acumuladas en el cuadro estadístico: “Afiliación acumulada al Seguro Popular en los 125 municipios de la Estrategia 100x100, en 2007 a 2011”.

AFILIACIÓN ACUMULADA AL SEGURO POPULAR EN LOS 125 MUNICIPIOS DE LA ESTRATEGIA 100x100, EN 2007 A 2011 y SEPTIEMBRE 2012 (Personas)									
CLAVE	ESTADO / MUNICIPIOS	2007	2008	2009	2010	2011	Variación 2011/2007		2012 Septiembre
							Absoluta	Relativa	
07	CHIAPAS (20)	197,789	251,406	297,539	365,319	409,166	211,377	107%	406,414
10	DURANGO (1)	15,955	18,996	17,054	20,136	27,960	12,005	75%	27,750
12	GUERRERO (21)	298,042	244,057	225,997	367,102	378,627	80,585	27%	367,039
18	NAYARIT (1)	11,912	19,220	20,913	23,997	26,326	14,414	121%	26,410
20	OAXACA (38)	87,394	149,782	180,823	235,421	244,945	157,551	180%	243,095
21	PUEBLA (9)	41,610	47,222	51,117	66,480	86,139	44,529	107%	84,249
30	VERACRUZ (15)	119,981	129,434	134,803	167,469	176,061	56,080	47%	175,835
(7 Estados)	TOTAL (125)	772,683	860,117	928,246	1,245,924	1,349,224	576,541	75%	1,330,792

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud

Afiliación versus Programación en 2008-2011.

La afiliación del cuatrienio 2008-2011 supera en 29% (131,189 personas) a lo programado (445,352). A Oaxaca, Guerrero y Chiapas les correspondieron cuatro quintas partes de lo previsto (369,627) y su resultado fue superior en 22% (79,886). En Guerrero, Oaxaca, Durango y Nayarit no se alcanzaron las metas (351,166 en total) en 25% (86,611) aunque en las otras cuatro entidades federativas (93,246) fueron superadas en 135% (125,494). A pesar del déficit respecto a lo programado, en 2011 la cobertura de afiliación en Guerrero alcanzó 101% de la población objetivo considerada al inicio de la Estrategia 100x100, a diferencia de Durango que llegó a 93%, Oaxaca, 92%, y Nayarit, 86%.

El caso más exitoso fue el de Chiapas donde la afiliación rebasó en 2.5 veces (151,302) la meta (60,075) y llegó a una cobertura de 97% de la población objetivo. Los resultados mencionados y otros más se reflejan en el cuadro estadístico: “Metas de afiliación y su cumplimiento en los 125 municipios de la Estrategia 100x100, en 2008 a 2011”.

METAS DE AFILIACIÓN ANUAL Y SU CUMPLIMIENTO EN LOS 125 MUNICIPIOS DE LA ESTRATEGIA 100x100, EN 2008 A 2011 y SEPTIEMBRE 2012														
CLAVE	ESTADO/ MUNICIPIOS	2008		2009		2010		2011		2008 – 2011				2012 *
		Personas a Afiliar	Personas Afiliadas	Variación Absoluta	Variación Relativa									
07	CHIAPAS (20)	10,798	53,617	34,259	46,133	0	67,780	15,018	43,847	60,075	211,377	151,302	252%	-2,752
10	DURANGO (1)	22,360	3,041	0	-1,942	0	3,082	0	7,824	22,360	12,005	-10,355	-46%	-210
12	GUERRERO (21)	40,760	-53,985	13,771	-18,060	55,404	141,105	18,444	11,525	128,379	80,585	-47,794	-37%	-11,588
18	NAYARIT (1)	10,706	7,308	5,524	1,693	0	3,084	3,024	2,329	19,254	14,414	-4,840	-25%	84
20	OAXACA (58)	64,079	62,388	38,103	31,041	55,478	54,598	23,513	9,524	181,173	157,551	-23,622	-13%	-1,850
21	PUEBLA (9)	7,312	5,612	3,125	3,895	14,609	15,363	7,079	19,659	32,125	44,529	12,404	39%	-1,890
30	VERACRUZ (15)	0	9,453	0	5,369	0	32,666	1,046	8,592	1,046	56,080	55,034	53 veces	-226
(7 Estados)	TOTAL (125)	156,011	87,434	96,842	68,129	124,375	317,678	68,124	103,300	445,352	576,541	131,189	29%	-18,432

Nota: Bajo la estrategia de Cobertura Universal se brindará acceso a todo interesado, sin importar su pertenencia a un municipio o sus características étnicas por ejemplo; por lo tanto en 2012 no se definió meta específica para este rubro en el Anexo II de los Acuerdos de Coordinación suscritos con las entidades federativas correspondientes.

* A Septiembre

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

Grado de afiliación en 2011 de la Población Objetivo.

La afiliación acumulada a 2011 alcanzó 96% de la población objetivo considerada al inicio de la Estrategia 100x100 (1,401,880 personas) con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005.

Bajo esta consideración inicial, la entidad con el menor grado de cobertura fue Nayarit con 86% en Nayarit, estado aportador de 2.2% de la población objetivo, mientras las seis restantes alcanzan 96.5% de cobertura para el 97.8% del total de personas, en donde sobresalen la cobertura de Guerrero con 101% y Puebla con sólo 90% para el 27% y 7% de la población, respectivamente.

Si se consideran los datos del XII Censo de Población y Vivienda 2010, la afiliación acumulada a 2011 cubre a 86% de la nueva población objetivo en los 125 municipios de la Estrategia 100x100, que incorpora a 163,137 personas más respecto a 2005 (11.6%).

Hay por tanto 10 puntos porcentuales de diferencia en el grado de afiliación global, 12 para el caso de Chiapas donde aumentó la población en 14.4%, y 8 para Puebla, con 9.3% más de personas.

Los resultados mencionados y otros más se reflejan en el cuadro estadístico: “Grado de afiliación en 2011 de la población objetivo 2010 y 2005 de los 125 municipios de la Estrategia 100x100”.

GRADO DE AFILIACIÓN EN 2011 DE LA POBLACIÓN OBJETIVO 2010 y 2005
DE LOS 125 MUNICIPIOS DE LA ESTRATEGIA 100x100(Personas)

CLAVE	ESTADO/ MUNICIPIO	Afiliación Acumulada 2011	Población Objetivo 2010	Grado de Afiliación vs 2010	Población Objetivo 2005	Grado de Afiliación vs 2005
07	CHIAPAS (20)	409,166	483,887	85%	423,023	97%
10	DURANGO (1)	27,960	33,396	84%	30,069	93%
12	GUERRERO (21)	378,627	411,979	92%	373,908	101%
18	NAYARIT (1)	26,326	34,300	77%	30,551	86%
20	OAXACA (58)	244,945	294,425	83%	267,421	92%
21	PUEBLA (9)	86,139	104,629	82%	95,692	90%
30	VERACRUZ (15)	176,061	202,401	87%	181,216	97%
(7 Estados)	TOTAL (125)	1,349,224	1,565,017	86%	1,401,880	96%

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud

Afiliación al Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), 2007-2011.

La afiliación de niños dentro del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), en el período 2007-2011, fue de 133,015 y representó 16% de la afiliación global de la Estrategia 100x100.

Chiapas, Guerrero y Oaxaca aportaron tres cuartas partes de ese dato (100,048 = 75%).

Chiapas superó su dato anual precedente en todo el lapso con una tasa media de crecimiento de 16%, situación que no se dio en ningún otro estado ni en la cifra consolidada de la Estrategia; su participación en el total fue del 31%.

La tasa media de crecimiento de la afiliación de niños en el quinquenio fue de 23% y destaca la obtenida por Oaxaca y Durango, de 44%, aunque el primero colaboró con 19% del total y el segundo sólo el 2%.

Los resultados mencionados y otros más se reflejan en el cuadro estadístico: “Afiliación al Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) en los 125 municipios de la Estrategia 100x100, en 2007 a 2011”.



**AFILIACIÓN ANUAL AL PROGRAMA SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN (SMNG)
EN LOS 125 MUNICIPIOS DE LA ESTRATEGIA 100x100, EN 2007 A 2011 y SEPTIEMBRE 2012 (Niños)**

CLAVE	ESTADO/MUNICIPIOS	2007	2008	2009	2010	2011	Tasa Media de Crecimiento	2012 Septiembre
							2007-2011	
07	CHIAPAS (20)	5,713	6,740	7,436	9,543	12,114	16%	10,279
10	DURANGO (1)	225	264	177	527	1,379	44%	553
12	GUERRERO (21)	4,278	4,671	3,376	10,421	10,795	20%	7,071
18	NAYARIT (1)	268	873	798	645	943	29%	499
20	OAXACA (58)	1,064	6,035	4,541	6,808	6,513	44%	3,723
21	PUEBLA (9)	998	1,569	1,470	1,803	2,894	24%	312
30	VERACRUZ (15)	1,266	2,849	2,810	6,359	4,850	31%	1,318
(7 Estados)	TOTAL (125)	13,812	23,001	20,608	36,106	39,488	23%	23,755

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

Los resultados anteriores aparecen con cifras acumuladas en el cuadro estadístico: “Afiliación acumulada al Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) en los 125 municipios de la Estrategia 100x100, en 2007 a 2011”.

**AFILIACIÓN ACUMULADA AL PROGRAMA SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN (SMNG)
EN LOS 125 MUNICIPIOS DE LA ESTRATEGIA 100x100, EN 2007 A 2011 y SEPTIEMBRE 2012 (Niños)**

CLAVE	ESTADO / MUNICIPIOS	2 0 0 7	2 0 0 8	2 0 0 9	2 0 1 0	2 0 1 1	Variación 2011/2007		2012 Septiembre
							Absoluta	Relativa	
07	CHIAPAS (20)	5,713	12,453	19,889	29,432	41,546	35,833	627%	51,825
10	DURANGO (1)	225	489	666	1,193	2,572	2,347	10 veces	3,125
12	GUERRERO (21)	4,278	8,949	12,325	22,746	33,541	29,263	684%	40,612
18	NAYARIT (1)	268	1,141	1,939	2,584	3,527	3,259	12 veces	4,026
20	OAXACA (38)	1,064	7,099	11,640	18,448	24,961	23,897	22 veces	28,684
21	PUEBLA (9)	998	2,567	4,037	5,840	8,734	7,736	775%	9,046
30	VERACRUZ (15)	1,266	4,115	6,925	13,284	18,134	16,868	13 veces	19,452
(7 Estados)	TOTAL (125)	13,812	36,813	57,421	93,527	133,015	119,203	863%	156,770

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

Afiliación a la Estrategia Embarazo Saludable, 2008-2011.

La afiliación de mujeres dentro de la Estrategia Embarazo Saludable, en el período 2008-2011, fue de 16,363 y representó 3% de la afiliación global de la Estrategia 100x100. Guerrero, Chiapas y Oaxaca aportaron tres cuartas partes de ese dato (7,487 = 76%).

Durango superó su dato anual precedente en todo el lapso con una tasa media de crecimiento de 35%, situación que no se dio en ningún otro estado ni en la cifra consolidada de la Estrategia; empero, su participación en el total fue del 1%.

La tasa media de crecimiento de la afiliación de mujeres embarazadas en el cuatrienio fue de 17% y destaca la obtenida por Veracruz y Durango, de 35%, aunque el primero colaboró con 11% del total y el segundo, como ya se mencionó, sólo el 1%.

Los resultados mencionados y otros más se reflejan en el cuadro estadístico: “Afiliación a la Estrategia Embarazo Saludable en los 125 municipios de la Estrategia 100x100, en 2008 a 2011”.

**AFILIACIÓN ANUAL A LA ESTRATEGIA EMBARAZO SALUDABLE
EN LOS 125 MUNICIPIOS DE LA ESTRATEGIA 100x100, EN 2008 A 2011 y SEPTIEMBRE 2012 (Mujeres)**

CLAVE	ESTADO/MUNICIPIOS	2008	2009	2010	2011	Tasa Media de Crecimiento	2012 Septiembre
						2008 - 2011	
07	CHIAPAS (20)	444	451	2,335	785	15%	411
10	DURANGO (1)	12	20	34	40	35%	-4
12	GUERRERO (21)	697	514	2,786	1,373	18%	605
18	NAYARIT (1)	51	46	188	126	25%	3
20	OAXACA (58)	473	140	1,776	669	9%	238
21	PUEBLA (9)	217	323	805	300	8%	-67
30	VERACRUZ (15)	146	189	937	486	35%	117
(7 Estados)	TOTAL (125)	2,040	1,683	8,861	3,779	17%	1,303

Nota: La Estrategia Embarazo Saludable se puso en marcha en mayo de 2008.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

Los resultados anteriores aparecen con cifras acumuladas en el cuadro estadístico: "Afiliación acumulada a la Estrategia Embarazo Saludable en los 125 municipios de la Estrategia 100x100, en 2008 a 2011".

**AFILIACIÓN ACUMULADA A LA ESTRATEGIA EMBARAZO SALUDABLE
EN LOS 125 MUNICIPIOS DE LA ESTRATEGIA 100x100, EN 2008 A 2011 y SEPTIEMBRE 2012 (Mujeres)**

CLAVE	ESTADO / MUNICIPIOS	2008	2009	2010	2011	Variación 2011/2008		2012
						Absoluta	Relativa	Septiembre
07	CHIAPAS (20)	444	895	3,230	4,015	3,571	804%	4,426
10	DURANGO (1)	12	32	66	106	94	783%	102
12	GUERRERO (21)	697	1,211	3,997	5,370	4,673	670%	5,975
18	NAYARIT (1)	51	97	285	411	360	706%	414
20	OAXACA (38)	473	613	2,389	3,058	2,585	547%	3,296
21	PUEBLA (9)	217	540	1,345	1,645	1,428	658%	1,578
30	VERACRUZ (15)	146	335	1,272	1,758	1,612	11 veces	1,875
(7 Estados)	TOTAL (125)	2,040	3,723	12,584	16,363	14,323	702%	17,666

Nota: La Estrategia Embarazo Saludable se puso en marcha en mayo de 2008.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

4. Problemática.

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

Mantenimiento del padrón, consistente en la reafiliación de beneficiarios cuya póliza esté por vencer y afiliación a mexicanos residentes en los 125 municipios de la Estrategia 100 x 100.

Mediano Plazo.- Por atender en el año 2013

Mantenimiento del padrón, consistente en la reafiliación de beneficiarios cuya póliza esté por vencer y afiliación a mexicanos residentes en los 125 municipios de la Estrategia 100 x 100.

Problemática de largo plazo.- Por atender en 2014 a 2018

Mantenimiento del padrón, consistente en la reafiliación de beneficiarios cuya póliza esté por vencer y afiliación a mexicanos residentes en los 125 municipios de la Estrategia 100 x 100.

CARAVANAS

1.- Objetivos

El Programa Caravanas de la Salud en particular, pretende acercar la oferta de la Red de Servicios de Salud (REDESS) a poblaciones con bajo IDH y localidades dispersas y marginadas que carecen de atención médica oportuna debido a diversas causas o factores. Por ello el Programa se constituye como una estrategia de acercabilidad y complemento de la REDESS, cuyo centro de atención son la persona, la familia y la comunidad.

Generales:

Proporcionar servicios regulares de promoción, prevención y atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles (UMM), que trabajan de

forma complementaria, auxiliados con otros medios de transporte de personal en salud y el apoyo de unidades médicas fijas ubicadas en las rutas de atención ambulatoria.

Específicos:

- Ampliar la cobertura de atención a las comunidades sin acceso a servicios de salud y fortalecer la capacidad resolutive que garantice el acceso a una atención de salud de vanguardia tecnológica, aprovechando los medios y recursos que ofrece la telesalud.
- Garantizar que la prestación equitativa, oportuna y con calidad de los servicios de salud se proporcione a través de un conjunto de recursos humanos capacitados, con sensibilidad intercultural y respeto a la diversidad.
- Promover la participación social y comunitaria para el desarrollo de una cultura de auto cuidado de la salud, basado en la promoción, prevención, control y atención oportuna de enfermedades, que coadyuve a mejorar estilos de vida en las personas, las familias y comunidades.
- Proporcionar atención médica y odontológica con base en el CAUSES que ofrece el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y las acciones asociadas al Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) Salud.

Fomentar la afiliación de las familias objetivo del Programa, al SPSS y a los niños al Seguro Médico para una Nueva Generación para coadyuvar a alcanzar la cobertura universal.

2.- Indicadores

Metas: Cobertura					
Variables: municipios atendidos, localidades cubiertas, población beneficiada					
Años	2008	2009	2010	2011	2012*
Municipios Programados		83	84	86	100
Logro	53	69	81	100	99
Porcentaje de avance		83.1%	96.4%	116.3%	99%
Localidades Programadas	605	1,226	1,664	1,671	2,407
Logro	617	1,142	1,520	2,407	2,403
Porcentaje de avance	102.0%	93.1%	91.3%	144.0%	99.8%
Población Beneficiada Programada	148,428	338,041	281,887	241,006	415,684
Logro	130,179	147,076	246,021	415,684	410,828
Porcentaje de avance	87.7%	43.5%	87.2%	172.5%	99.3%

Fuente: Anexo 6. Programa Caravanas de la Salud. *septiembre 2012

2.1 Explicación a variaciones

2.2

Durante 2008 se tenía en cuenta apoyar a los 125 municipios, sin embargo, se operó en 53 de ellos logrando un avance del 102 % de las localidades programadas para ampliar la cobertura (617 de 105 programadas). Así mismo, se tenía contemplado beneficiar con el Programa a 148,428 personas lográndose un 87.7% de lo previsto alcanzándose a beneficiar a 130,179 personas en las 617 localidades mencionadas anteriormente.

Durante el año 2009 se programó la atención a 83 municipios lográndose un avance del 83.1% al cubrirse un total de 69. Así mismo, se cubrieron el 93.1% de las localidades programadas (1,142 de 1,226), beneficiándose a 147,076 personas.

Durante el año 2010, se logró cubrir 81 de los 84 municipios programados alcanzándose un 96.4% de avance, habiéndose cubierto el 91.3% de las localidades programadas (1,520 de 1,664) y fueron beneficiadas 246,019 personas.

Durante el año 2011 se logró un avance de 116.3% de los municipios programados (100 de 86 programados) en los que se dio cobertura a 2,407 localidades de 1,671 programadas, lo que muestra un avance del 144 % sobre lo programado, beneficiándose a 415,684 personas de 241,006 programadas lo que muestra un avance de 172.5%.

3. Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, compromisos y servicios prestados.

La población beneficiaria del Programa Caravanas de la Salud cuenta con una cobertura de servicios de salud de atención médica y de prevención y promoción de la salud de alta calidad, además que se les otorga el beneficio de ser incorporados al Seguro Popular de Salud y garantizar a través de los mecanismos de referencia y contrarreferencia al acceso universal a los Servicios de Salud de manera regular que otorga el Sistema de Protección Social en Salud desde el primero hasta el tercer nivel de atención.

Durante la presente administración, se han realizado acciones importantes en los municipios con menor índice de desarrollo humano. El Programa Caravanas de la Salud tiene presencia en 100 de los 125 municipios considerados en ese rubro y durante el año 2008 fueron beneficiadas 144,399 personas a quienes se entregaron un total de 157,832 acciones de prevención y promoción para la salud así como 84, 181 acciones de atención médica ligadas al CAUSES. Durante el año 2009 se beneficiaron 147,076 personas a las que se les entregaron 223,789 acciones de promoción y prevención para la salud y 234,425 atenciones médicas ligadas al CAUSES. Durante el año 2009 se beneficiaron 218,547 personas a las que se les entregaron 679,996 acciones de promoción y prevención para la salud y 427,194 atenciones médicas ligadas al CAUSES. Durante el año 2011 se beneficiaron 415,692 personas a las que se les entregaron 1, 050,700 acciones de promoción y prevención para la salud y 488,399 atenciones médicas ligadas al CAUSES. Estos datos se presentan en el cuadro que se presenta a continuación:

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Acciones de Prevención y Promoción	219,453	84,181	223,789	679,996	1,050,700	1,243,027*
Atención Médica ligada al CAUSES	172,232	157,832	234,425	427,194	488,399	540,447*
Fuente: Informe Estrategia 100X100 DGPLaDes						
* Meta 2012						

4. Áreas de oportunidad

El Programa Caravanas de la Salud opera de acuerdo a lo programado no quedando problemas al 31 de diciembre de 2011.

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

Durante el periodo comprendido entre el 1 de junio al 30 de noviembre, se va a llevar a cabo el proceso de licitación de unidades médicas móviles y su adquisición las cuales serán destinadas a localidades con población indígena.

La distribución de la infraestructura móvil por adquirir se realizará para fortalecer dos acciones prioritarias. La primera, se refiere a la ampliación de cobertura de servicios de salud con la integración en 2012, de 88 nuevas rutas en 10 entidades federativas, donde habitan 107,621 personas identificadas como población indígena, como se muestra en el cuadro siguiente:

Nuevas Rutas

No.	ENTIDAD	No. UMM	POBLACIÓN BENEFICIADA
1	BAJA CALIFORNIA	1	702
2	CHIAPAS	47	67,055
3	CHIHUAHUA	7	3,490
4	GUERRERO	5	8,199
5	HIDALGO	7	6,379
6	NAYARIT	4	947
7	OAXACA	4	7,492
8	PUEBLA	3	1,852
9	SAN LUIS POTOSÍ	5	9,548
10	SONORA	5	1,957
		88	107,621

Fuente. DGPLADES. Planeación de Nuevas Rutas del Programa Caravanas de la Salud, 2012

De esta adquisición serán beneficiadas 5 entidades con localidades consideradas dentro de los 125 municipios de MIDH en las que serán ubicadas 63 UMM beneficiando a un total de población de 85,545 personas como se muestra a continuación.

No.	ENTIDAD	No. UMM	POBLACIÓN BENEFICIADA
2	CHIAPAS	47	67,055
4	GUERRERO	5	8,199
6	NAYARIT	4	947
7	OAXACA	4	7,492
8	PUEBLA	3	1,852
		63	85,545

Fuente. DGPLADES. Planeación de Nuevas Rutas del Programa Caravanas de la Salud, 2012

La segunda, se refiere al fortalecimiento de la cobertura existente en 45 rutas del Programa Caravanas de la Salud con la sustitución de 45 Unidades Médicas Móviles equipadas, con la que se asegurará la permanente atención médica en los próximos 5 años beneficiando a 74,471 habitantes considerados como población indígena que habita 7 entidades federativas., como se muestra en el cuadro siguiente:

Rutas de sustitución

No.	ENTIDAD	No. UMM	POBLACIÓN BENEFICIADA
1	CHIAPAS	14	24,755
2	DURANGO	2	2,464
3	GUERRERO	8	17,136
4	NAYARIT	10	4,814
5	OAXACA	5	15,637
6	PUEBLA	5	8,951
7	SONORA	1	714
		45	74,471

Fuente. DGPLADES. Planeación de Nuevas Rutas del Programa Caravanas de la Salud, 2012

De estas rutas de sustitución, 44 serán ubicadas en 6 de los 7 estados considerados como prioritarios beneficiando a 73,757 personas como se muestra en el cuadro siguiente:

No.	ENTIDAD	No. UMM	POBLACIÓN BENEFICIADA
1	CHIAPAS	14	24,755
2	DURANGO	2	2,464
3	GUERRERO	8	17,136
4	NAYARIT	10	4,814
5	OAXACA	5	15,637
6	PUEBLA	5	8,951
		44	73,757

Fuente: DGPLADES. Planeación de Nuevas Rutas del Programa Caravanas de la Salud, 2012

De esta manera, se beneficiarán en total 6 estados prioritarios con 85 UMM del Programa Caravanas de la Salud y se beneficiará a 159,302 personas.

Será conveniente evaluar el estado de las UMM con la finalidad de sustituir las que concluyen con su vida de uso Problemática de largo plazo.

El Programa requiere de sustentabilidad financiera por lo que deberá preverse en forma anual el presupuesto para la operación y realizar el análisis de estado de las UMM para prever el presupuesto para la sustitución de las mismas en cuanto se requiera de acuerdo al cumplimiento de su vida media.

PROMOCION DE LA SALUD

1.- Objetivos

General

Mejorar la salud de la población que habita en los 125 MMIDH que contempla la Estrategia 100x100, mediante el manejo de riesgos personales, desarrollo de sus capacidades, organización comunitaria y municipal, para que puedan controlar sus determinantes y generen entornos favorables a la salud.

Específicos

- ◆ **UNA NUEVA CULTURA PARA LA SALUD.** Su objetivo es el de crear una nueva cultura a través de la ejecución integrada de las funciones de promoción de la salud, que modifique los determinantes, para contribuir a la disminución de los padecimientos prioritarios de salud pública.
- ◆ **PROGRAMA ESCUELA Y SALUD.** Su objetivo es el de realizar intervenciones intersectoriales, anticipatorias, integradas y efectivas, con los niños de educación básica, adolescentes y jóvenes de educación media y superior, que les permitan desarrollar capacidades para ejercer mayor control sobre los determinantes causales de su salud, mejorarla, y así incrementar el aprovechamiento escolar.
- ◆ **PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES** Su objetivo es el de fortalecer los determinantes positivos de la salud, mediante el impulso de la participación de las autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores sociales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud a fin de generar entornos favorables.
- ◆ **PROGRAMA VETE SANO REGRESA SANO.** Su objetivo es el contribuir a la protección de la salud del migrante y su familia, con participación coordinada intra institucional e intersectorial, impulsando acciones de promoción de la salud y prevención, en su lugar de origen, traslado y destino, para lograr que esta población sea resiliente y capaz de manejar los determinantes de su salud y mejorar sus entornos.

2.- Indicadores

Programa: ESCUELA Y SALUD							
Metas: 20% DE ESCUELAS CERTIFICADAS							
Variable ESCUELAS CERTIFICADAS							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	SR	SR	SR	SR	154	140	300
Real*	SR	42	77	85	415	277	227
Variable 1 (Programado)	SR	SR	SR	SR	154	140	300
Variable 2(Realizado)	SR	42	77	85	415	277	227
Porcentaje de avance	SR	SR	SR	SR	269.4	197.8	75.6

Programa: COMUNIDADES Y ENTORNOS SALUDABLES							
Meta: Certificar comunidades saludables							
Variables COMUNIDADES CERTIFICADAS							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	SR	SR	SR	SR	128	239	20
Real*	SR	66	53	47	47	40	14
Variable 1 (Programado)	SR	SR	SR	SR	128	239	20
Variable 2(Realizado)	SR	66	53	47	47	40	14
Porcentaje de avance	SR	SR	SR	SR	34.37	16.7	70

Metas: Comités de salud capacitado con diagnóstico y planes de trabajo participativo							
Variables COMITÉS LOCALES DE SALUD REORIENTADOS							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	SR	SR	SR	SR	544	1,524	66
Real*	SR	1,208	2,667	2,788	3,343	3,568	1,714
Variable 1 (Programado)	SR	SR	SR	SR	544	1,524	66
Variable 2(Realizado)	SR	1,208	2,667	2,788	3,343	3,568	1,714
Porcentaje de avance	SR	SR	SR	SR	614.5	234.1	2,596.9

Programa: NUEVA CULTURA PARA LA SALUD

Metas: Brindar atención integral de línea de vida

Variables CONSULTAS CON ATENCIÓN INTEGRAL EN LÍNEA DE VIDA (SIN MIGRANTES)

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	SR	SR	SR	SR	1,637,418	1,724,939	1,926,315
Real*	SR	943,913	1,635,195	1,910,368	1,674,699	1,870,263	1,690,390
Variable 1 (Programado)	SR	SR	SR	SR	1,637,418	1,724,939	1,926,315
Variable 2(Realizado)	SR	943,913	1,635,195	1,910,368	1,674,699	1,870,263	1,690,390
Porcentaje de avance	SR	SR	SR	SR	102.2	108.4	87.7

Metas: Desarrollar conocimientos, capacidades, competencias y habilidades para el cuidado de la salud

Variables TALLERES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	SR	SR	SR	SR	110,000	40,000	73,542
Real*	SR	SR	SR	SR	84,456	74,546	18,200
Variable 1 (Programado)	SR	SR	SR	SR	110,000	40,000	73,542
Variable 2(Realizado)	SR	SR	SR	SR	84,456	74,546	18,200
Porcentaje de avance	SR	SR	SR	SR	76.77	186.3	24.7

Metas: Instrumentar el Paquete Básico Garantizado de Servicios de Salud

Variables PERSONAS QUE PRESENTAN CARTILLA NACIONAL DE SALUD EN LOS 125MMIDH

***Variable incorporada en 2010**

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Real*	SR	SR	SR	SR	1,114,148	1,211,788	1,242,005
Variable 1 (Programado)	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR
Variable 2(Realizado)	SR	SR	SR	SR	1,114,148	1,211,788	1,242,005
Porcentaje de avance	SR	SR	SR	SR	NA	NA	NA

Metas: Instrumentar el Paquete Básico Garantizado de Servicios de Salud							
Variables PERSONAS CON CARTILLA NACIONAL DE SALUD ACTUALIZADA EN LOS 125MMIDH							*Variable incorporada en 2010
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	SR	SR	SR	SR	NA	NA	NA
Real*	SR	SR	SR	SR	963,650	1,125,505	993,879
Variable 1 (Programado)	SR	SR	SR	SR	NA	NA	NA
Variable 2(Realizado)	SR	SR	SR	SR	963,650	1,125,505	993,879
Porcentaje de avance	SR	SR	SR	SR	NA	NA	NA

Programa: VETE SANO REGRESA SANO *Variables incorporada en 2010							
Metas: Atención a migrantes							
Variables MIGRANTES ATENDIDOS (CONSULTAS)							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	SR	SR	SR	SR	15,720	19,028	23,756
Real*	SR	12,825	13,028	11,690	19,028	22,022	21,241
Variable 1 (Programado)	SR	SR	SR	SR	15,720	19,028	23,756
Variable 2(Realizado)	SR	12,825	13,028	11,690	19,028	22,022	21,241
Porcentaje de avance	SR	SR	SR	SR	121	115.7	89.4

Metas: Brindar atención integrada de línea de vida a migrantes							
Variables ATENCIÓN INTEGRADA DE LINEA DE VIDA A MIGRANTES							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	SR	SR	SR	SR	13,352	12,949	19,878
Real*	SR	4,715	8,384	11,927	12,949	18,071	15,750
Variable 1 (Programado)	SR	SR	SR	SR	13,352	12,949	19,878
Variable 2(Realizado)	SR	4,715	8,384	11,927	12,949	18,071	15,750
Porcentaje de avance	SR	SR	SR	SR	96.9	139	79.2

Metas: Desarrollar conocimientos, capacidades, competencias y habilidades para el cuidado de la salud							
Variables TALLERES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD A MIGRANTES							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	SR	SR	SR	SR	2,052	2,814	946
Real*	SR	SR	SR	SR	2,814	1732	594
Variable 1 (Programado)	SR	SR	SR	SR	2,052	2,814	946
Variable 2(Realizado)	SR	SR	SR	SR	2,814	1732	594
Porcentaje de avance	SR	SR	SR	SR	137.1	61	62.7

Fuente: DGIS- Cubos y programas de acción de la DGPS. 2007-2012. COTEJADO JUNIO 03, 2012

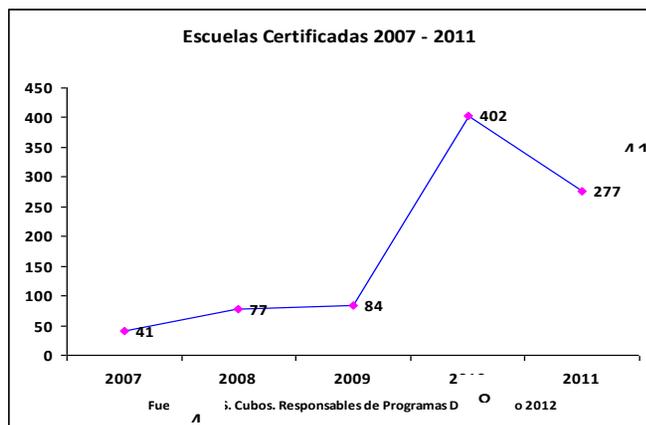
*Expresado en números absolutos

2.1 Explicación a variaciones

Al inicio de la Estrategia sólo se reportaba el logro obtenido para indicador, ya que por tratarse de programas nacionales, no se contaba con meta desglosada por municipio, únicamente a nivel estatal. Es en 2010 que se logra fortalecer el seguimiento de las acciones realizadas por los programas de promoción de la salud, al contar con metas para indicador desglosadas por municipio.

◆ PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, UNA NUEVA CULTURA PARA LA SALUD.

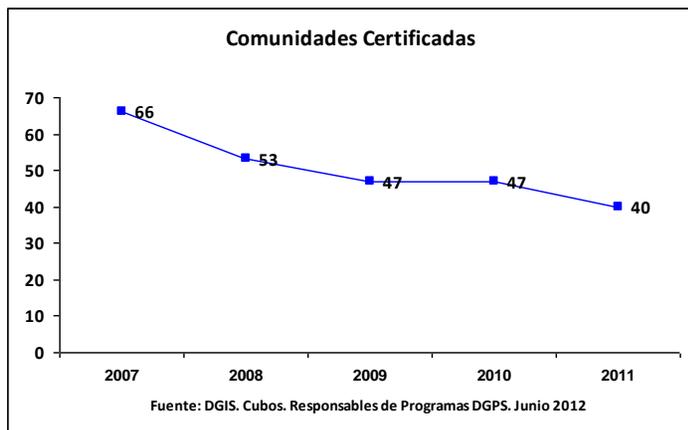
En la gráfica se observa que en el año 2011, se realizaron un total de **1,870,263** consultas con atención integrada en la línea de vida a población general. Cabe señalar que este indicador no están considerados los migrantes, ya que corresponden al programa de acción de Vete Sano, Regresa Sano.



◆ PROGRAMA ESCUELA Y SALUD.

Como se puede observar en la gráfica, el número de Escuelas Certificadas en los 125 MMIDH, se ha incrementado cada año a lo largo del desarrollo de la Estrategia y gracias a la focalización de las acciones en dichos municipios. Cabe señalar que en el 2010 se registraron por error 320 escuelas certificadas en el municipio de Eloxochitlán, Puebla, el dato correcto para ese año es de 82 escuelas certificadas (corroborado por el Estado). Sin embargo, la gráfica muestra la información consultada en SIS Cubos al mes de junio 2012.

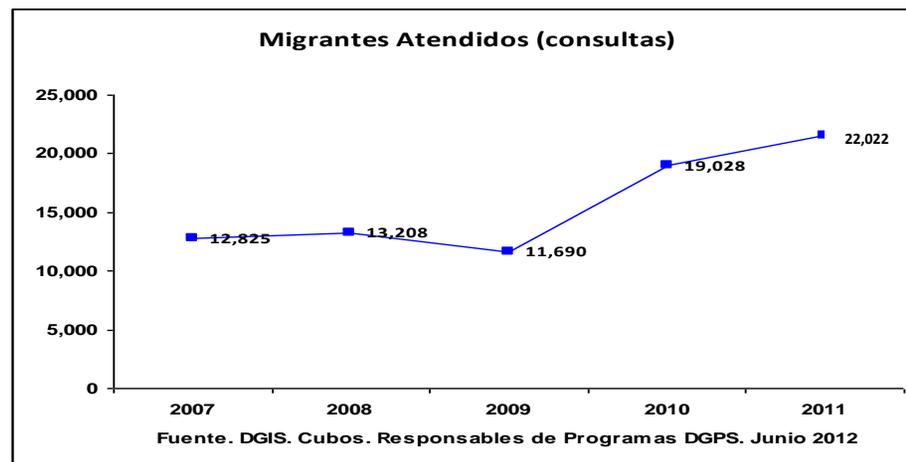
PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES



El número de comunidades certificadas en los 125 MMIDH, ha sido variable, ya que la certificación de una comunidad como favorable a la salud depende no solo del desarrollo de capacidades en la población, sino también del cumplimiento de requisitos como el contar con agua limpia, manejo de excretas, saneamiento básico, entre otros, los cuales en éstos municipios por sus características de dispersión y marginalidad son difíciles de cumplir

◆ PROGRAMA VETE SANO REGRESA SANO.

En la gráfica se observa que las consultas a migrantes durante el 2011, se incrementaron con respecto a los años anteriores, otorgándose para el cierre del 2011, en números absolutos un total de 21,596 consultas



4. Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, compromisos y servicios prestados.

◆ PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, UNA NUEVA CULTURA PARA LA SALUD.

En 2009 se trabajó con un indicador que tenía como fin que el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS) estuviera establecido y operando en las entidades federativas, donde las actividades principales se basaron en la capacitación del MOPS, sensibilización de los programas de acción, reestructuración de áreas de promoción de la salud, fortalecimiento de la infraestructura y operación de los componentes del MOPS.

Uno de los principales resultados es la reorientación y sustitución de las sesiones educativas diversas, por la estrategia de talleres comunitarios, ya que son actividades educativas estructuradas y con objetivos bien definidos, que se dirigen a grupos previamente organizados (comités de salud, comités escolares, grupos de jóvenes, grupos de promotores voluntarios, entre otros) para actualizar, formar, desarrollar y perfeccionar conocimientos, capacidades, competencias y habilidades para el cuidado de la salud. Los talleres tienen dos principios fundamentales: la participación activa de los asistentes –mediante dinámicas de trabajo, reflexión grupal, discusión dirigida, entre otras- y la elaboración de un producto o resultado final –definición de un proyecto, de una tarea o de una acción específica– Los temas de los talleres se enfocan en determinantes favorables y desfavorables de la salud (higiene personal, saneamiento básico, alimentación correcta, actividad física, sexualidad responsable, prevención de violencia y adicciones entre otros; y temas de acuerdo a situaciones epidemiológicas, de riesgo o estacionales de la región).

Un taller tiene una duración mínima de dos horas por sesión y, si es necesario, también se organiza en diferentes sesiones para construir el producto final.

Los beneficios a la población incluyen el empoderamiento de las personas y la comunidad, para modificar los determinantes de la salud, desarrollar hábitos y conductas saludables y crear una nueva cultura en la que la salud es un bien deseable.

Otro beneficio es la acción comunitaria a favor de la salud para incidir en los determinantes sociales de la salud, procurando un desarrollo integral de las personas y las comunidades.

Las Cartillas Nacionales de Salud

Son el instrumento del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una mejor Salud diseñado para proporcionar a la población acciones básicas de salud encaminadas a favorecer la corresponsabilidad en el cuidado de la salud. A través de ellas, los usuarios de los servicios de

salud públicos y privados cuentan con una herramienta de educación para la salud gratuita, oficial y válida en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud para registrar intervenciones de promoción y prevención tendientes a evitar enfermedades transmisibles, crónico degenerativas y lesiones.

Existe una cartilla para cada persona de acuerdo a su edad y sexo y se otorgan independientemente de su condición de derechohabiente, estado civil, lugar de residencia, religión y nivel económico. Con las cartillas nacionales de salud, los prestadores de los servicios de salud mejoran la calidad técnica y de atención a la población y las personas adquieren nuevas habilidades y desarrollan actitudes positivas hacia el cuidado y conservación de su salud.

◆ **PROGRAMA ESCUELA Y SALUD.**

Las intervenciones del programa se operan en los niveles de preescolar, primaria y secundaria en las 32 entidades federativas.

Se han fortalecido los vínculos de coordinación y comunicación con la Subsecretaría de Educación Básica (SEB) de la SEP, lo que ha garantizado el desarrollo de acciones encaminados al logro de objetivos del programa en los planteles de educación básica en las 32 entidades federativas.

En enero de 2011, se publica el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. En el cual se establecen 10 objetivos prioritarios para su operación así como la participación de las diferentes Secretarías y dependencias del Gobierno.

El 23 de agosto de 2010, se publica en el Diario Oficial de la Federación del Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica.

En coordinación con la SEB-SEP, a partir del ciclo escolar 2010-2011, se inicia la primera etapa de implementación en las escuelas de educación básica, con la participación de personal de salud y educación. A través de reuniones nacionales intersectoriales SEP/SALUD, se ha capacitado a los operadores estatales en la implementación y seguimiento de estos los Lineamientos.

Se realiza de forma intersectorial (SEP/SS), el Proyecto Televisivo “Barra Saludable”. Asimismo, se habilita una página Web donde se puede acceder a la normativa vigente de los Lineamientos, así como recomendaciones para promover la salud alimentaria en la población.

Con el fin de dar respuesta a la problemática de acceso a agua para el consumo humano, así como de infraestructura hidro sanitaria en las escuelas de educación básica, el Banco Interamericano de Desarrollo, financia el Programa de Agua, Saneamiento e Higiene en Educación Básica, coordinado por la SEP con la participación de la Secretaría de Salud. (En proceso de ejecución).

Se ha elaborado y/o actualizado de forma conjunta materiales didácticos de apoyo para el personal de salud y personal educativo para la instrumentación de las diferentes intervenciones del programa, por ejemplo.: Manual para el Maestro. Desarrollan competencias para una nueva cultura de la salud, materiales informativos sobre influenza A (H1N1), 5) Guías de activación física para maestros de preescolar-primaria-secundaria, manual para madres y padres de familia. “Cómo preparar el refrigerio escolar y tener una alimentación correcta”, etc.

◆ **PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES**

Además de los resultados en los indicadores mencionados, en el periodo 2008 – 2011 se otorgó apoyo técnico y financiero a **48 proyectos propuestos por MMIDH**, basados en diagnósticos municipales de salud, que están encaminados a mejorar el nivel de salud de las comunidades, buscando que sean sostenibles a mediano y largo plazo. Los temas han sido en su mayoría sobre Salud Reproductiva, Salud de la Infancia y la adolescencia y Enfermedades Transmitidas por Vector. El siguiente cuadro muestra el número de proyectos apoyados en cada año, así como el monto aportado por el programa comunidades saludables.

Proyectos Municipales apoyados FNCS 2008-2011		
Total ganadores INCLUIDOS EN LA E100X100		Monto solicitado. MN
AÑO	PROYECTO	
2008	10	3'934,914.00
2009	22	10'447,498.00
2010	11	5'388,900.00
2011	5	2'500,000.00
TOTAL 48, QUE SUMAN UN MONTO DE 23'789,812		
Fuente: Dictamen publicado en la página Web de la DGPS		
*MN=Moneda Nacional		

◆ **PROGRAMA VETE SANO REGRESA SANO.**

El día 23 de octubre de 2009 se firmó el “Convenio de colaboración y coordinación en materia de prestación de servicios médicos y compensación económica entre las 32 entidades federativas para la atención de los beneficiados y afiliados del Seguro Popular”, lo cual permitió a los migrantes

afiliados al Seguro Popular continuidad de derechos y acceso a los servicios de salud en cualquier unidad del país. Respecto de las consultas a migrantes, el incremento anual de este indicador ha sido constante y consistente con la meta proyectada para el sexenio. Para alcanzar estos resultados fue necesaria la implementación de diversas estrategias para mejorar el acceso y disponibilidad de los servicios de salud en la población migrante:

- ✓ Coordinación con las unidades móviles para el desarrollo de las actividades.
- ✓ Trabajo de sensibilización con los servicios de salud y los migrantes para su encuentro, lo que facilitó el acceso, disponibilidad y uso de los servicios para los migrantes.
- ✓ Gestión intra e intersectorial para aumentar la cobertura y ofertar los servicios considerando la dinámica de los migrantes. Supervisión a nivel jurisdiccional y local.

Generalmente cuando un migrante acude a la unidad de salud es para atenderse por una enfermedad o lesión por accidente de trabajo, el propósito fue aprovechar estas oportunidades para ofrecer y otorgar paquete de intervenciones garantizadas de prevención y promoción para una mejor salud. Al respecto amentamos la proporción entre consultas médicas a migrantes y las intervenciones del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud a migrantes, de tal suerte que hoy en día de cada 10 consultas a migrantes se otorgan 7 paquetes garantizados de servicios. Para alcanzar estos resultados fue necesaria la implementación de diversas estrategias para mejorar el acceso y disponibilidad de los servicios de salud en la población migrante:

- ✓ Realización de ferias de la salud
- ✓ Incorporación del indicador en la estrategia Caminando Hacia la Excelencia
- ✓ Coordinación con las unidades móviles para el desarrollo de las actividades
- ✓ Capacitación del personal de salud en unidades de consulta externa y
- ✓ Supervisión a nivel jurisdiccional y local.

5. Áreas de oportunidad

La promoción de la salud aborda diversos aspectos sociales incluyendo algunas atribuciones de los Municipios enmarcadas en el Artículo 115 Constitucional. La modificación de muchos de los determinantes sociales de la salud, requieren de la continuidad de las intervenciones a largo plazo, así como de procesos democráticos y participativos que permitan aprovechar las fortalezas de las comunidades y municipios para el abordaje de sus problemas de salud sin el menoscabo de su cultura.

◆ **PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, UNA NUEVA CULTURA PARA LA SALUD.**

- Redefinir el Programa y elaborar los indicadores que reflejen las actividades desarrolladas a nivel local, jurisdiccional y estatal para incorporar en la propuesta del SIS 2013.
- Apoyar la capacitación a personal de PS en las entidades (estatal y regional) incorporando los aspectos relevantes del Programa para fortalecer la operación del mismo.
- Realizar la 2ª. Reunión Nacional con responsables de las 32 entidades federativas y validar la propuesta de indicadores para 2013.
- Imprimir la Carpeta de la Salud Familiar para promover, desde el hogar, el autocuidado de la salud de la familia y de las personas mediante el desarrollo de competencias para el manejo adecuado de su salud.

Coordinación de Salud Indígena

- ◆ Diseño, elaboración y piloteo de materiales educativos específicos de capacitación con enfoque intercultural: “Guía para promover la salud de los pueblos indígenas”. Módulos de Alimentación e Higiene.
- ◆ Contribuir a la certificación de promotores de la salud bilingües en comunidades hablantes de lengua indígena.
- ◆ Integrar a los materiales educativos los resultados de la “Investigación participativa de saberes en salud”.
- ◆ Continuar con la implementación y realizar la evaluación del Proyecto

◆ **PROGRAMA ESCUELA Y SALUD.**

- ◆ Dar seguimiento a la suscripción del Convenio de Colaboración entre la SEP/SS, que formalicen – a nivel federal -, las intervenciones de cada uno de los sectores para el logro de los objetivos del Programa. La existencia de este instrumento, es el referente para impulsar la suscripción de convenios a nivel estatal.

◆ **PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES.**

- ◆ Optimizar el registro dentro del Sistema de Información en Salud para la obtención de datos confiables sobre el avance de los indicadores.
- ◆ Que el 100% de las entidades federativas comprueben el ejercicio del gasto.
- ◆ Vinculación con programas de acción específicos para el logro de la transversalidad.

◆ PROGRAMA VETE SANO REGRESA SANO.

La problemática que afecta a la atención de la salud de los migrantes, sobre todo de municipios con alta marginalidad, se refiere principalmente a los daños a la salud con los que salen de sus comunidades de origen, que muchas veces se recrudecen en el tránsito y que repercuten en forma importante en el destino a que llegan y que en su momento son una carga importante para los servicios de salud de los estados que son tanto receptores, como de tránsito y sobre todo de destino de los migrantes.

- Los determinantes de la salud con los que los migrantes tienen que cargar durante la línea de vida se deben reconocer y atender de manera conjunta entre los diversos sectores que se ven involucrados en este terreno, y que van desde el laboral, el económico, lo cultural, lo social, el educativo, entre otros, que de manera conjunta se deben analizar y proponer alternativas de solución que permitan al migrante realmente ser resiliente antes estos determinantes y en su momento el objetivo por el cual migran realmente sea por cuestiones de trabajo o de dinero. Sin embargo se generan círculos viciosos que de no intervenir seguirán creciendo en detrimento de la salud de los migrantes.
- Organizar la Semana Nacional de Migración.
- Definir los Lineamientos para la certificación de albergues jornaleros agrícolas como entornos favorables a la salud.
- Participar en la Semana Binacional de Salud, en el mes de octubre en el Estado de Oaxaca, donde se espera la participación de los 32 estados.
- Elaborar el Manual operativo del programa Vete Sano, Regresa Sano.
- Participar en la organización de la 2a Reunión Nacional de Salud Indígena, Participación Social y Migración, en Baja California, en el mes de noviembre.

Áreas de oportunidad**◆ PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, UNA NUEVA CULTURA PARA LA SALUD.**

- ◆ Contar con presupuesto para el desarrollo de todas las actividades del Programa
- ◆ Contar con presupuesto para el desarrollo de Talleres Comunitarios dirigidos a población abierta.
- ◆ Darle seguimiento al desarrollo de los talleres comunitarios de promoción de la Salud en los estados.
- ◆ Proponer indicadores SIS que reflejen las actividades desarrolladas por el personal de promoción de la salud para el programa OPORTUNIDADES.
- ◆ Capacitar al personal de salud sobre la metodología para desarrollar los Talleres Comunitarios y sobre el llenado correcto de los formatos del SIS.
- ◆ Proponer elementos metodológicos y de contenidos necesarios para la capacitación de la población abierta y de los beneficiarios del programa OPORTUNIDADES, con el propósito de identificar los determinantes personales, sociales y ambientales asociados con factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades, con énfasis en las medidas de promoción de la salud para el cuidado de la salud y prevención de enfermedades.

- ◆ Continuar con reuniones de coordinación con el personal responsable de OPORTUNIDADES y Seguro Popular Seguro Médico de Nueva Generación SMNG (CNPSS)
- ◆ Garantizar la impresión y distribución de los materiales del Paquete Garantizado y de las cartillas nacionales de salud.
- ◆ Concertar con la Secretaría de Educación Pública la inclusión de información básica sobre los beneficios del uso de las cartillas nacionales de salud en los Libros de texto Gratuitos, tomando en consideración las edades de los escolares.
- ◆ Continuar con la consolidación del Paquete Garantizado y de las cartillas nacionales de salud a través del uso de nuevas tecnologías de la información.

Coordinación de salud indígena

- ◆ Realizar en las entidades federativas la “Investigación participativa de saberes en salud”.
- ◆ Diseño, elaboración y piloteo de materiales educativos específicos de capacitación con enfoque intercultural: “Guía para promover la salud de los pueblos indígenas”: Módulos de Salud Materna, Adicciones y Participación Social.
- ◆ Contribuir a la certificación de promotores de la salud bilingües en comunidades hablantes de lengua indígena.
- ◆ Capacitación del personal de salud de los diferentes niveles en el enfoque de Derechos, Interculturalidad y Determinantes Sociales de la Salud
- ◆ Realizar intervenciones transversales con la participación de otros programas y sectores de gobierno que permitan el abordaje de los determinantes de la salud en los municipios con mayores condiciones de rezago.
- ◆ Contribuir a la certificación de promotores de la salud bilingües en comunidades hablantes de lengua indígena.
- ◆ Continuar la capacitación con enfoque intercultural: “Guía para promover la salud de los pueblos indígenas”. Módulos de Salud Materna, Adicciones y Participación Social en Salud.
- ◆ Capacitación del personal de salud de los diferentes niveles en el enfoque de Derechos, Interculturalidad y Determinantes Sociales de la Salud
- ◆ **PROGRAMA ESCUELA Y SALUD.**
- ◆ Promover la capacitación y actualización del personal operativo estatal en la instrumentación de la norma, particularmente en la homologación de los criterios para la certificación de Escuelas Promotoras de la Salud.
- ◆ Operación en las entidades federativas del Programa de Agua, Saneamiento, Higiene en la Educación Básica (PASHEB).

◆ PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES.

- ◆ Replantear estrategias y acciones para la operación del programa con énfasis a generar impacto
- ◆ Contribuir con evidencia para el incremento del presupuesto asignado al programa.

◆ PROGRAMA VETE SANO REGRESA SANO.

Problemática mediano plazo: La mejora y fortalecimiento del programa atendiendo a la evolución y retos del fenómeno migratorio (migración urbana, trabajadores temporales, desplazados, repatriados y extranjeros en tránsito), los aspectos a considerar son: profesionalizar la estructura táctica y operativa del programa, mapear los procesos del programa y de la distribución espacial de la población y las cargas de los servicios de salud, implementar estrategias de interculturalidad y perspectiva de género, estandarizar el proceso de gestión interinstitucional, mejorar el proceso de análisis de información y toma de decisiones, arrancar la línea estratégica que tiene que ver con la investigación y diseñar nuevos indicadores de desempeño y sobretodo de impacto en salud de los migrantes en el origen y destino. Elabora el manual de operación del programa.

Problemática de largo plazo

◆ PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, UNA NUEVA CULTURA PARA LA SALUD.

- ◆ Continuar con la coordinación y vinculación con: OPORTUNIDADES y Seguro Popular Seguro Médico de Nueva Generación SMNG (CNPSS)
- ◆ Continuar con la capacitación al personal de salud para la impartición de talleres comunitarios para el cuidado de la salud.
- ◆ Mantener la apertura programática para que la estrategia cuente con recursos humanos, financieros y materiales para su operación y apoyo al Programa Oportunidades.
- ◆ Consolidar el uso de las cartillas nacionales de salud en todos los grupos de edad y sexo como instrumento de autocuidado de la salud (2013-2018).
- ◆ Gestionar la reincorporación al Sistema de Protección Social en Salud como fuente de financiamiento para la operación del Paquete garantizado y de las cartillas nacionales de salud (2013).
- ◆ Gestionar acuerdos para utilizar sistemas de educación formales e informales que promuevan los beneficios del uso de las cartillas nacionales de salud (2013).
- ◆ Fortalecer de la Coordinación con las Direcciones Generales de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud para lograr la transversalidad efectiva de las acciones del Paquete garantizado hacia los diferentes ámbitos de operación (2013-2018).

- ◆ Fortalecer la coordinación interinstitucional para la correcta distribución, uso y actualización de las Cartillas Nacionales de Salud a la población (2013-2018).

Coordinación de salud indígena

- ◆ No se cuenta con un presupuesto específico para el desarrollo de acciones en los 125 MMIDH.
- ◆ El abordaje de los determinantes de la salud requiere de acciones intra e intersectoriales
- ◆ Existen usos y costumbres arraigados que deben ser considerados para la implementación de acciones de promoción de la salud.
- ◆ No se cuenta con materiales educativos específicos de capacitación con enfoque intercultural.
- ◆ El lenguaje constituye una barrera de acceso a los servicios de salud.

Un tema de suma importancia y que a la fecha persiste es la brecha que en condiciones de salud existe, entre la población indígena y no indígena, especialmente en lo que se refiere a mortalidad infantil, desnutrición crónica y mortalidad materna. La persistencia de estas diferencias esta condicionada especialmente por el grado de marginación en el que se encuentran las localidades en las que habitan los pueblos indígenas y otros factores de tipo social y cultural que representan barreras de acceso a los servicios de salud. De los 125 MMIDH, 120 están catalogados como municipios indígenas (INEGI/CDI).

Bajo este marco es importante que para la próxima administración se contemple la integración de un Programa de Acción Prioritario para la Atención de la Salud de los Pueblos indígenas el cual considere un presupuesto propio y la coordinación intra e intersectorial, con estrategias basadas en derechos humanos, determinantes sociales de la salud, así como pertinencia cultural y lingüística.

◆ PROGRAMA ESCUELA Y SALUD.

- ◆ Incorporar al Sistema de Información en Salud, los indicadores correspondientes al nivel medio superior y superior, ya que actualmente solo se reporta el nivel básico, dejando sin registro las acciones que se realizan en nivel bachillerato.
- ◆ Lograr la apertura financiera del programa, con la finalidad de que cuente con recursos propios y suficientes para la capacitación y actualización del personal, seguimiento y supervisión y elaboración de materiales didácticos y de atención preventiva. Toda vez que actualmente, los recursos materiales y humanos que realizan las acciones del programa son limitados o compartidos con otros programas que se operan en las entidades federativas.

◆ **PROGRAMA VETE SANO REGRESA SANO.**

- Incorporar la migración interna e internacional en el análisis y planeación del desarrollo humano y sustentable.
- Convenios y bases de colaboración con los Servicios de Salud Estatales para: La oferta de servicios de salud (acceso y horarios), que consideren la movilidad de los migrantes (mexicanos en otra entidad federativa y extranjeros) La prestación gratuita de servicios de salud a migrantes Protección de derechos y eliminación de prácticas de discriminación en la atención a migrantes
- Protección social en salud para el migrante y su familia.
- Garantizar la entrega de Cartillas Nacionales de Salud.

TELEMEDICINA

1.- Objetivos

General: Ampliar la cobertura de servicios de salud incorporando los servicios de atención médica a distancia y servicios de Segunda Opinión electrónica en Municipios con menor IDH.

Específicos:

- Fomentar el uso de las comunicaciones electrónicas en los municipios de la estrategia con el fin de acercar los servicios de atención médica a distancia mediante la sensibilización y capacitación de personal médico en las Entidades Federativas
- Apoyar en la construcción de redes de comunicación y la logística de servicio de atención médica a distancia al programa de caravanas de la salud, mediante asesorías y capacitación a los usuarios con el fin de lograr formar la red de servicios de telemedicina en unidades Móviles

2.- Indicadores:

Meta	1. Contar por lo menos con dos unidades médicas fijas por municipio, que tengan conectividad y acceso a internet, en los municipios en la Estrategia.	2. Contar por lo menos con un servicio de Telesalud En los municipios de la Estrategia.
Variables	Porcentaje de municipios con conectividad.	Porcentaje de municipios con servicios de telesalud.

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	1.Sensibilización con el uso de la Telesalud 2. Asesorías en Proyectos de Telesalud. 3. Talleres de Telemedicina.	1.Sensibilización con el uso de la Telesalud 2. Asesorías en Proyectos de Telesalud. 3. Talleres de Telemedicina.	1.Sensibilización con el uso de la Telesalud 2. Asesorías en Proyectos de Telesalud. 3. Talleres de Telemedicina.	1.Sensibilización con el uso de la Telesalud 2. Asesorías en Proyectos de Telesalud. 3. Talleres de Telemedicina.	1.Sensibilización con el uso de la Telesalud 2. Asesorías en Proyectos de Telesalud. 3. Talleres de Telemedicina.	1. Unidades Médicas con conectividad en 100% de los municipios de la estrategia. 2. Servicios de Telesalud en 100% de los municipios de la estrategia.
Real	Asesoría: Nayarit y Oaxaca	Asesoría en la implementación de red de las unidades móviles de telemedicina en Oaxaca, asesoría técnica en el Proyecto d telemedicina de Nayarit que abarca la zona del Nayar · Apoyo en el planteamiento del proyecto en el municipio del Mezquital en Durango	Talleres: cultural Universitario de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	Asesoría a los estados de Durango, Guerrero y Puebla. Talleres: Taller en Guerrero asesorando a Chiapas, Durango y Oaxaca.	Asesorías en Proyectos de Telesalud: Chiapas, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Veracruz.	Resultado de la licitación No.009000937-N5-2012 que ofrecen servicios de conectividad satelital a los municipios de la estrategia 100x100. Se adjudicó la licitación LA-009000937-N7-2012 que incluye puntos de Salud en comunidades de la estrategia 100X100, en espera de instalación por parte de la empresa adjudicada.
Variable 1Porcentaje de municipios con conectividad.	2	3	3	4	8	

Variable 2 Porcentaje de municipios con servicios de telesalud.	2	3	3	4	8	
Porcentaje de avance	1.6%	2.4%	2.4%	3.2%	6.4%	

2.1 Explicación a variaciones:

Conectividad:

$$\text{Avance Conectividad} = \frac{\text{número de municipios con conectividad}}{\text{Total de municipios}}$$

La Conectividad en los municipios de la estrategia, se ha desarrollado principalmente con la creación de Centros Comunitarios Digitales (CCD) los cuales son lugares de acceso público al Internet que están en todo el país, ubicadas en las escuela, bibliotecas, centros de salud, oficinas de correos y edificios de gobierno. Los Centros Comunitarios Digitales están conectados a la red que forman parte del Sistema Nacional e-México y que dependen de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes del Gobierno Federal. Sirven para aprovechar las Tecnologías de la Informática y la Comunicación (TICs) y por lo tanto en un beneficio para los usuarios. Se tiene acceso a herramientas como el Internet lo cual sirve para estar comunicado con otras personas, informarse sobre acontecimientos nacionales o internacionales, tener acceso a una gran variedad de conocimientos científicos, tecnológicos, buscar oferta de empleos, acceso a trámites comerciales, de negocios, bancarios, públicos, de servicio, de gobierno, educativos, etc.

Sin embargo esta implementación depende de los municipios, Entidades Federativas, lo que ha hecho que el avance sea lento aunado a la dificultad de llevar servicios de comunicación a esta población.

Servicios Telesalud:

Avance Servicios de Telesalud=
$$\frac{\text{número con acceso servicios de Telesalud}}{\text{Total de municipios}}$$

Los Servicios de Telesalud están relacionados de manera directa a la conectividad de estos municipios ya que sin este servicio se dificulta el avance en los programas de Telesalud de cada población en el estado así como la gestión administrativa para el desarrollo de los proyectos en Telesalud.

3. Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, compromisos y servicios prestados.

Se han desarrollado asesorías, capacitación, sensibilización y apoyo directo para la planeación en la construcción de redes de servicios de telemedicina en las entidades de la estrategia, sin embargo un factor determinante para la incorporación de los programas de telemedicina en estos municipios radica en la participación estatal, ya que de ellos depende el planteamiento de los proyectos de infraestructura y equipamiento. Durante la realización de todos estos esfuerzos se detectó como factores que influyen directamente en el logro de los objetivos las limitantes financieras y de gestión de este tipo de proyectos por parte de las Entidades Federativas, específico de los Servicios Estatales de Salud.

CENETEC ha desarrollado un papel de promotor, impulsor y asesor en materia de Telemedicina a nivel nacional, sin contar con recursos financieros que puedan transferirse a estas entidades para poder iniciar la implementación de este tipo de esfuerzos. La dotación de infraestructura de conectividad es por parte de la SCT a través de los Centros Comunitarios Digitales, en este sentido podemos señalar como factor importante para la consecución de los objetivos planteados la SCT tiene una dinámica tal que requiere de mayor coordinación interna y estabilidad de los proyectos.

El acceso a servicios de salud a través de Telemedicina, para las comunidades marginadas se ha diseñado a través del Programa Caravanas de la Salud donde CENETEC se constituye en el brazo técnico de la DGPLADES para dotar a unidades médica móviles y fijas con servicios de telemedicina en todo el país con lo cual podrá finalmente beneficiarse a la población de las comunidades de esta estrategia.

Gracias al envío del oficio CENETEC/01206/2011 de fecha 21 de septiembre 2011 perteneciente al listado de los hospitales Clínicas y Centros de Salud Federales que se encuentran en los municipios de la estrategia 100x100 que prestan servicios de salud a la población y que requieren conectividad a internet por medio del oficio No.2.4-079-2012 se notificó que la Coordinación de la Sociedad de la Información y el Conocimiento de la Secretaría de comunicaciones ha dado inicio al proceso de licitación No.009000937-N5-2012, publicado por el sistema Compranet, correspondiente a la contratación de servicios de conectividad a Internet a través de operadores comerciales de telecomunicaciones terrestres, en el que han concluido 5910 sitios de

nuestra dependencia y entre ellos los sitios pertenecientes a los municipios de la estrategia , que podrán ser susceptibles de ser conectados en caso de que se encuentre dentro de la cobertura de dichos operadores lo cual se estará llevando a cabo el fallo y adjudicación entre los días 19 y 26 de abril del año en curso y posterior a ello, se dará inicio al proceso de despliegue e instalación con una duración máxima de 3 meses.

Reporte al tercer trimestre 2012

El miércoles 29 de agosto de 2012 La Secretaría de Comunicaciones y Transportes dio a conocer mediante un comunicado que la empresa HNS de México en participación conjunta con Hughes Networks Systems, LCC ganó la licitación de la red complementaria satelital 11K. dicha licitación forma parte de las acciones emprendidas por la SCT encaminadas a abatir la brecha digital, la dependencia llevó a cabo un proceso de licitación pública internacional para la adquisición del equipamiento para la Red Complementaria Satelital 11K, que conectará 11 mil terminales en sitios ubicados en zonas remotas y marginadas del país.

De las 11 mil terminales que forman parte de la Red Complementaria Satelital 11K, 6 mil 730 se destinarán a proveer conectividad a Internet a los sitios de educación, salud, centros comunitarios y otros inmuebles de gobierno del Sistema Nacional e-México y 4 mil 270 a los agentes telefónicos rurales del Fideicomiso del Fondo de Cobertura Social de Telecomunicaciones.

La instalación y puesta en operación de las estaciones remotas comenzará en octubre de este año y concluirá en junio de 2013.

Las acciones encaminadas en los primeros años de la estrategia van más orientadas a la planeación y visualización de estas tecnologías en el proyecto global de las entidades. Por lo que en los meses finales del 2012 contaremos con un mayor número de unidades implementadas. Se encaminaron acciones para el uso de una herramienta basada en web “Portal e-salud” en la administración del sitio a través de la Coordinación de la Sociedad de la Información y el Conocimiento para que los usuarios cuenten no solo con acceso a la red, sino que puedan acceder a contenidos relevantes en salud a través de una herramienta tecnológica que les permita consultar información fidedigna.

Se plantea la creación de un programa de capacitación médica continua usando las Tecnologías de la Información y Comunicaciones, sobre temas referentes a la Atención Primaria a la Salud, el cual tiene como finalidad cubrir programas prioritarios y que tengan la posibilidad de acceder los profesionales de la salud que se encuentra en las comunidades de la estrategia 100x100.

La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud a través de la Dirección General Adjunta de Caravanas de la Salud y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud del 26 al 28 de septiembre llevó a cabo el Taller: Telemedicina en Caravanas de la Salud dentro del taller “Logros y Avances del Programa de Nacional de Telesalud” en el Tecnológico de Monterrey campus Zapopan, Jalisco, teniendo como asistentes a las entidad de

Nayarit que conforma la estrategia 100x100 y posterior el Taller: Telemedicina en Caravanas de la Salud dentro de la “Reunión Regional de Calidad en Salud” el 11 y 12 de octubre con la finalidad de capacitar a los estados de Guerrero, Durango y Oaxaca y del 22 al 23 de octubre en Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán para los estados de Puebla, Veracruz y Chiapas con la finalidad de iniciar el proceso de planeación del Proyecto de Telemedicina en Caravanas de la Salud, en específico en las 65 unidades médicas móviles tipo III que se incluyen en éstos 7 estados que conforman la estrategia 100x100, los cuales cuentan con el equipamiento acorde para ello y cuya finalidad es brindar atención médica especializada en localidades con características de marginación, bajo índice de desarrollo humano, alto grado de marginación y difícil acceso a servicios formales de salud.

4. Áreas de oportunidad

Implementación de la conectividad en la mayoría de las Unidades de los Municipios 100x100, en el cual se dará seguimiento directo con la SCT para la incorporación de unidades en centros comunitarios digitales, con la finalidad de ser incorporados a los programas de adquisición de los servicios a Internet.

Continuidad en la planeación de los proyectos de telemedicina estatales, una vez que se tenga la conectividad, harán uso las comunidades marginadas del portal e-salud y la plataforma de Telesalud para la interacción de información fidedigna en temas de salud enfocada para el ciudadano y el profesional de salud.

Proyectos de Telemedicina con poco presupuesto y de corto tiempo con la vinculación por seguimientos de los servicios que se llevan a cabo en los centros digitales de las comunidades.

Impulsar y lograr que se lleven a cabo programas continuos de Telesalud, sesiones informativas, equipos para consulta a distancia al 2015 fortaleciendo los proyectos Estatales de Telemedicina, considerando esta práctica como una acción inherente dentro de los servicios de salud, contar con recurso para su mantenimiento, apoyo a las comunidades marginadas y mejora en los servicios de comunicación.

D. EXAMEN NACIONAL PARA ASPIRANTES A RESIDENCIAS MÉDICAS 2007-2012.

1. Objetivo del Programa, Tema o Proyecto

El Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) es un instrumento de medición de conocimientos de medicina general, objetivo y construido con metodología basada en evaluación educativa enfocada a la solución de problemas médicos. Constituye la primera etapa del proceso para ingresar al Sistema Nacional de Residencias Médica y se realiza con un sistema de seguridad integral mediante acciones de auditoría, notariales y de evaluación en sus diferentes fases y dimensiones de trabajo para garantizar su integridad y calidad.

El ENARM es un programa federal, por tanto todo lo relacionado con el mismo incluyendo la información que forman parte del proceso es oficial. En este tenor los objetivos principales del examen son:

- Contar con un proceso objetivo, imparcial y transparente para la selección de los médicos que se formarán como especialistas del país a través de un curso universitario en modalidad de residencia médica.
- Seleccionar a través de un instrumento confiable y objetivo, a los médicos mexicanos y extranjeros que aspiren en ingresar al Sistema Nacional de Residencias Médicas para realizar un curso universitario de especialización médica y que, en el grupo de especialidades en que elijan su primera o segunda opción, tengan el mejor desempeño.
- Generar información que conjuntamente con la derivada del Sistema Nacional de Residencias, contribuya en el estudio de los recursos humanos en salud a y en el establecimiento de las políticas para la planeación de médicos especialistas.

Periodo de vigencia

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

2 Autorización Presupuestaria por año, 2006-2011

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las devoluciones
2007	1000	0	0	0	0	
	2000	0	0	0	0	
	3000	0	11,236,034	11,236,034	0	
	4000	0	4,508,773	4,508,773	0	
	5000	0	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		0	15,744,807	15,744,807.03	0	
2008	1000	0	0	0	0	
	2000	0	217,461	217,461	0	
	3000	0	61,330,668	61,330,668	0	
	4000	0	1,389,873	1,389,873	0	
	5000	0	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		0	62,938,002	62,938,002	0	
2009	1000	0	0	0	0	
	2000	0	0	0	0	
	3000	0	66,496,502	66,496,502	0	
	4000	0	3,621,202	3,621,202	0	
	5000	0	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		0	70,117,704	70,117,704	0	
2010	1000	0	0	0	0	
	2000	0	309,098	309,098	0	
	3000	0	48,681,875	48,681,875	0	

	4000	0	4,755,250	4,755,250	0
	5000	0	0	0	0
	6000	0	0	0	0
	Total	0	53,746,223	53,746,223	0
2011	1000	0	0	0	
	2000	0	377,500	377,500	0
	3000	0	39,530,109	39,530,109	0
	4000	0	4,181,476	4,181,476	0
	5000	0	0	0	0
	6000	0	0	0	0
	Total	0	44,089,085	44,089,085	0
2012	1000	0	0	0	
	2000	30,000	315,000	314,288	712
	3000	40,000	64,290,156	8,891,803	55,398,353
	4000	0	5,908,200	5,251,600	656,600
	5000	0	0	0	0
	6000	0	0	0	0
	Total	70,000	70,513,356	14,457,691	56,055,665
2007-2012	1000	0	0	0	0
	2000	30,000	1,219,059	1,218,347	712
	3000	40,000	291,565,344	236,166,991	55,398,353
	4000	0	24,364,774	23,708,174	656,600
	5000	0	0	0	0
	6000	0	0	0	0
	TOTAL	70,000	317,149,177	261,093,512	56,055,665

Ejercicio 2007-2012

En los primeros cinco años de esta Administración, no se autorizó un presupuesto del periodo, sin embargo se ejercieron \$261,093,512, mismos que fueron destinados para realizar los gastos que inciden en la aplicación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas para cada ejercicio. Es importante comentar que no se presentaron economías en cada año, debido a que se identificaron los recursos que no se iban a ejercer y fueron

puestos a disposición de la DGPOP para apoyo a otras unidades de la Secretaría de Salud. El presupuesto total ejercido por \$261,093,512, corresponde en su totalidad a **gasto corriente**, el cual representa 100.0 puntos porcentuales mayor a los originalmente autorizados.

Para gasto corriente se destinaron \$317,149,177 ejerciéndose hasta el mes de septiembre de 2012 un total de 261,093,512 correspondiendo 82.32 por ciento del presupuesto original y modificado. La variación del presupuesto ejercido contra el original, se debe a la recuperación de recursos por las cuotas cobradas a los médicos aspirantes para cumplir con la aplicación del examen.

Así mismo, en las variaciones entre el presupuesto autorizado contra el ejercido, se contempla la reducción de recursos fiscales para cumplir con los programas de ahorro implementados en cada ejercicio.

Los Estados del Ejercicio del Presupuesto de los años 2007 a 2012 se encuentran en custodia en los archivos de la Coordinación Administrativa de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en su calidad de coordinadora y ejecutora del gasto.

- **Materiales y suministros.**- No se autorizó un presupuesto original, sin embargo se ejercieron \$1,218,347 con respecto al autorizado. El presupuesto total ejercido representa un 100.0 por ciento superior al presupuesto originalmente autorizado y se debe a la recuperación de recursos por las cuotas cobradas a los médicos aspirantes para cumplir con la aplicación del examen.
 - ◆ Para este capítulo, el gasto principal se encausó en la adquisición de materiales y útiles de administración, como son papelería y artículos de oficina y para el procesamiento en bienes informáticos, necesarios para la operación y desarrollo del Examen.
- **Servicios generales.**- No se autorizó un presupuesto original, sin embargo se ejercieron \$236,166,991 con respecto al autorizado. El presupuesto total ejercido representa un 100.0 por ciento superior al presupuesto originalmente autorizado y se debe a la recuperación de recursos por las cuotas cobradas a los médicos aspirantes para cumplir con la aplicación del examen.
 - ◆ El gasto en este capítulo se orientó básicamente para la contratación de los servicios en la preparación, desarrollo y aplicación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas de cada año, como es el servicio de equipamiento de la infraestructura tecnológica para la aplicación del examen, servicios comerciales correspondientes a notarios, publicaciones en periódicos y material informativo de difusión, así como los servicios integrales de logística en la aplicación, eventos y talleres preparativos para el diseño, organización y elaboración del examen.
- **Subsidios.**- No se autorizó un presupuesto, sin embargo se ejercieron \$23,708,174 con respecto al autorizado. El presupuesto total ejercido representa un 100.0 por ciento superior al presupuesto originalmente autorizado y fue destinado para ministrar recursos presupuestales a

través de transferencias a las Entidades Federativas para cumplir con los gastos y erogaciones necesarias para la aplicación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas en las Entidades Federativas que se seleccionaron para ser sede en cada año.

3. Transferencia de recursos a las entidades federativas

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud celebró convenios con diversos Estados de la República Mexicana, mismos que fueron sede de aplicación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.

El objeto de los convenios, celebrados con las Entidades Federativas, conforme a la cláusula primera de los mismos, es el de coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos del artículo 90 y 91 de la Ley General de Salud, que permitan la realización de la Aplicación del XXXI Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médica, cuyo beneficio principal fue:

Ampliación de cobertura de sedes para la aplicación: Con base en el estudio de regionalización, la aplicación del examen se amplió de 4 a 8 entidades federativas y de 5 a 12 sedes, disminuyendo significativamente los tiempos y costos de traslados de los médicos aspirantes.

Derivado de lo anterior, la dimensión de las redes ha ido variando de tal manera que en 2008 el rango fue de 400 a 2000 computadoras, en 2009 de 500 a 1000, en 2010 de 450 a 700 y en 2011 de 400 a 550 cada sede favoreciendo una mayor distribución de las mismas y una mejor administración de los grupos de trabajo en cada red.

Encuesta de satisfacción de sustentantes: Durante estos exámenes se ha aplicado una encuesta que ha abarcado a más de 48 mil sustentantes en estos tres años, que en su mayoría expresan alta satisfacción con la organización, componentes académicos y seguridad con el examen electrónico. También es un instrumento orientador para la mejora en todos estos aspectos. En el 2010 se hizo la aplicación también en formato electrónico.

Se transfirieron 18,456,577 millones de pesos del periodo 2007-2011, de estos se han comprobado 14,903,271 millones de pesos y se han devuelto a la TESOFE 1,556,216 millones de pesos, estando por comprobar al 31 de diciembre de 2011 por 1,997,090 millones de pesos según se manifiesta en los cuadros siguientes:

2007

31 de Diciembre de 2011

Entidad Federativa	Convenio	Transferido	Por transferir	Devolución TESOFE	Comprobado	Por comprobar
BAJA CALIFORNIA	Sin número	196,280.20	0.00	72,039.00	124,241.20	0.00
CHIAPAS	Sin número	196,094.03	0.00	500.11	195,593.92	0.00
COAHUILA	Sin número	239,265.73	0.00	96,165.00	143,100.73	0.00
GUANAJUATO	Sin número	235,811.23	0.00	62,297.89	173,513.34	0.00
GUERRERO	Sin número	197,006.51	0.00	0.00	197,006.51	0.00
HIDALGO	Sin número	212,741.66	0.00	300.01	212,441.65	0.00
JALISCO	Sin número	734,889.34	0.00	246,767.14	488,122.20	0.00
MICHOACAN	Sin número	273,616.06	0.00	7,734.92	265,881.14	0.00
NAYARIT	Sin número	190,978.86	0.00	58,201.91	132,776.95	0.00
NUEVO LEON	Sin número	401,988.03	0.00	28,708.77	373,279.26	0.00
PUEBLA	Sin número	426,808.81	0.00	94,999.19	331,809.62	0.00
SINALOA	Sin número	209,784.77	0.00	45,014.94	164,769.83	0.00
SONORA	Sin número	187,317.51	0.00	0.00	187,317.51	0.00
TAMAULIPAS	Sin número	187,782.23	0.00	49,679.84	138,102.39	0.00
VERACRUZ	Sin número	217,742.94	0.00	0.00	217,742.94	0.00
YUCATAN	Sin número	193,545.22	0.00	61,569.08	131,976.14	0.00
ZACATECAS	Sin número	207,119.83	0.00	35,855.00	171,264.83	0.00
TOTAL		4,508,772.96	0.00	859,832.80	3,648,940.16	0.00

2008

31 de Diciembre de 2011

Entidad Federativa	Convenio	Transferido	Por transferir	Devolución TESOFE	Comprobado	Por comprobar
JALISCO	DGCES-CETR-JAL.-01/08	498,433.22	0.00	0.00	498,433.22	0.00
NUEVO LEON	DGCES-CETR-N.L.-02/08	462,960.00	0.00	123,687.73	339,272.27	0.00
YUCATAN	DGCES-CETR-YUC.-03/08	428,480.00	0.00	0.00	428,480.00	0.00
TOTAL		1,389,873.22	0.00	123,687.73	1,266,185.49	0.00

2009

31 de Diciembre de 2011

Entidad Federativa	Convenio	Transferido	Por transferir	Devolución TESOFE	Comprobado	Por comprobar
GUANAJUATO	DGCES-CETR-GTO.-11/09	547,033.79	0.00	41,267.79	505,766.00	0.00
JALISCO	DGCES-CETR-JAL-14/09	1,012,719.56	0.00	138,497.00	874,222.56	0.00
NUEVO LEON	DGCES-CETR-N.L.-19/09	609,305.78	0.00	2,156.67	607,149.11	0.00
PUEBLA	DGCES-CETR-PUE.-21/09	903,180.65	0.00	236,157.22	667,023.43	0.00
SONORA	DGCES-CETR-SON.-26/09	548,964.78	0.00	0.00	548,964.78	0.00
TOTAL		3,621,204.56	0.00	418,078.68	3,203,125.88	0.00

2010

31 de Diciembre de 2011

Entidad Federativa	Convenio	Transferido	Por transferir	Devolución TESOFE	Comprobado	Por comprobar
CHIAPAS	DGCES-CETR-CHIS-07/10	781,550.00	0.00	2,155.17	779,394.83	0.00
GUANAJUATO	DGCES-CETR-GTO.-11/10	666,500.00	0.00	45,900.86	620,599.14	0.00
JALISCO	DGCES-CETR-JAL-14/10	1,204,550.00	0.00	35,775.82	1,168,774.18	0.00
NUEVO LEON	DGCES-CETR-N.L.-19/10	697,300.00	0.00	0.00	697,300.00	0.00
PUEBLA	DGCES-CETR-PUE.-21/10	739,450.00	0.00	0.00	739,450.00	0.00
SONORA	DGCES-CETR-SON.-26/10	665,900.00	0.00	45,900.86	619,999.14	0.00
TOTAL		4,755,250.00	0.00	129,732.71	4,625,517.29	0.00

2011

31 de Diciembre de 2011

Entidad Federativa	Convenio	Transferido	Por transferir	Devolución TESOFE	Comprobado	Por comprobar
CHIAPAS	DGCES-CETR-CHIS.-007/11	645,295.00	0.00	0.00	0.00	645,295.00
JALISCO	DGCES-CETR-JAL-14/11	922,190.00	0.00	13,657.92	908,532.08	0.00
MORELOS	DGCES-CETR-JAL-17/11	503,895.00	0.00	0.00	0.00	503,895.00
NUEVO LEON	DGCES-CETR-N.L.-19/11	627,571.00	0.00	1,159.07	626,411.93	0.00
PUEBLA	DGCES-CETR-PUE.-21/11	634,625.00	0.00	10,066.55	624,558.45	0.00
SONORA	DGCES-CETR-SON.-26/11	847,900.00	0.00	0.00	0.00	847,900.00
TOTAL		4,181,476.00	0.00	24,883.54	2,159,502.46	1,997,090.00

2012

30 de Septiembre de 2012

Entidad Federativa	Convenio	Transferido	Por transferir	Devolución TESOFE	Comprobado	Por comprobar
CHIAPAS	DGCES-CETR-CHIS.-007/12	640,000.00	0.00	0.00	0.00	640,000.00
GUANAJUATO	DGCES-CETR-GTO.-011/12	1,260,000.00	656,600.00	0.00	0.00	603,400.00
JALISCO	DGCES-CETR-JAL-14/12	1,100,000.00	0.00	0.00	0.00	1,100,000.00
MORELOS	DGCES-CETR-JAL-17/12	620,000.00	0.00	0.00	0.00	620,000.00
NUEVO LEON	DGCES-CETR-N.L.-19/12	680,000.00	0.00	0.00	0.00	680,000.00
PUEBLA	DGCES-CETR-PUE.-21/12	680,000.00	0.00	0.00	0.00	680,000.00
SONORA	DGCES-CETR-SON.-26/12	928,200.00	0.00	0.00	0.00	928,200.00
TOTAL		5,908,200.00	656,600.00	0.00	0.00	5,251,600.00

Del 2007 al 2012

RESUMEN DE TRANSFERENCIA POR COMPROBAR AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2012

Entidad Federativa	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
BAJA CALIFORNIA	0	0	0	0	0	0	0
CHIAPAS	0	0	0	0	645,295	640,000	1,285,295
COAHUILA	0	0	0	0	0	0	0
GUANAJUATO	0	0	0	0	0	603,400	603,400
GUERRERO	0	0	0	0	0	0	0
HIDALGO	0	0	0	0	0	0	0
JALISCO	0	0	0	0	0	1,100,000	1,100,000
MICHOACAN	0	0	0	0	0	0	0
MORELOS	0	0	0	0	503,895	620,000	1,123,895

NAYARIT	0	0	0	0	0	0	0
NUEVO LEON	0	0	0	0	0	680,000	680,000
PUEBLA	0	0	0	0	0	680,000	680,000
SINALOA	0	0	0	0	0	0	0
SONORA	0	0	0	0	847,900	928,200	1,776,100
TAMAULIPAS	0	0	0	0	0	0	0
VERACRUZ	0	0	0	0	0	0	0
YUCATAN	0	0	0	0	0	0	0
ZACATECAS	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	1,997,090	5,251,600	7,248,690

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

- Se ha establecido un enlace financiero con cada Estado con el cual se atenderán directamente las cuestiones de comprobación.
- Se mantiene constante comunicación con el enlace financiero por la vía electrónica, telefónica y oficial

4 Resultados 2007 a 2012

2007.

- Identificación de debilidades y amenazas del examen.
- Reversión de la CIFRHS a un estatus de administración, estructura y organización federal.

2008:

- Cambio a formato electrónico con mayor transparencia.
- Entrega de resultados al término del examen

- Desarrollo de procesos extraordinarios de selección para lograr la mayor cobertura de campos clínicos planeados por las instituciones de salud con base en acuerdos del CPEC.

2009:

- Nueva plataforma administrativa, logística, informática, de atención a usuarios y académica. Incorporación de innovaciones en todas estas áreas.
- Sistema informático de ENARM con cuatro subsistemas dos de desarrollo interno y dos externos a la unidad.
- Banco de reactivos nuevo con 4,227 validados.
- Generación de tres versiones de examen para sustentación y una de emergencia, con la utilización de 1,600 reactivos en español 200 en inglés.
- Dos opciones de especialidad
- Instalación de 8,050 computadoras en 11 redes locales de 500 a 100 computadoras.
- 1er. Reglamento para la aplicación del examen.
- Metodología educativa basada en marco de referencia europeo para la exploración de inglés en el examen
- Recuperación de 74 millones de ingresos del examen de años previos al 2007
- Entrega de resultados por duplicado con huella y firma del sustentante
- Página web con mayor información para usuarios.
- Subsistema de cotejo de exámenes
- Agrupación por bloques de especialidades
- Subsistema de administración de plazas de entrada directa mediante administración de instituciones del sector
- Módulo para análisis de posición de sustentantes por bloques
- Entrega de constancias de selección en un solo día

2010:

- Ampliación y mejora de los componentes informático, académico y logístico de la plataforma 2009. Programa de seguridad de la información.
- Sistema informático del ENARM crece a 6 subsistemas
- 2ª. Edición del Reglamento de aplicación.
- 4,700 reactivos nuevos y con control de calidad; 67% validados por expertos.

- 1,200 reactivos analizados y calibrados por expertos.
- 2ª. Edición de Encuesta estructurada para opinión de sustentantes.
- Licitación y adjudicación primera etapa del fideicomiso de ANUIES
- 1er taller de reactivos para calibración con base en el análisis.
- Dos reconocimientos al ENARM

2011:

- Consolidación de la plataforma 2009. Evaluación y mejora continuas.
- 3ª. Edición de Encuesta estructurada para opinión de sustentantes.
- Sistema informático del ENARM crece a 8 subsistemas
- Se concursaron 6099 plazas en 25 cursos de especialidad.
- 2ª. Edición de examen completo simulado.
- 3ª. Edición del reglamento para aplicación 1ª. Edición guía para atención de contingencias durante la aplicación
- Promedio de 6000 a 6100 plazas por año promedio.

2012: Evolución de la plataforma 2009.

- Sistema informático del ENARM crece a 8 subsistemas
- Subsistema informático de integración de campos clínicos
- 3ª. Edición del reglamento para aplicación
- 2ª. Edición de la guía para el manejo de contingencia durante la aplicación en el componente logístico
- Programa de seguridad de la información con DGTIC (DGSCA) UNAM.
- 4ª. Edición de la encuesta estructurada para opinión de sustentantes
- Ampliación de reactivos con imágenes
- 1er taller de control de calidad y calibración del banco de reactivos global
- Cambio de componente de exploración de inglés a casos clínicos.

5 INDICADORES

2006-2007	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Atender al 100% de los médicos aspirantes inscritos y que cumplieron los requisitos documentales, en las 44 sedes para sustentación del examen. • Revisar el 100% de los expedientes en papel enviados por los médicos aspirantes. • Asegurar los recursos humanos y materiales y espacios para la estructuración, relación, identificación y almacenaje de un promedio de 114 cajas de archivo físico de los expedientes de los médicos aspirantes. • Revisar a través de grupos médicos adscritos o residentes, los reactivos enviados por las escuelas de medicina para estructurar el examen. • Credencialización del 100% de los aspirantes a través de concentración del proceso en las unidades en cada entidad federativa. • Estructurar el componente médico del examen con 500 preguntas que exploran conocimientos en área básica, salud pública o clínicas, algunas de estas, en modalidad de casos clínicos de 1 a varias preguntas. • Estructurar 100 preguntas en español, para explorar comprensión de 3 a 5 textos en inglés con diversos temas médicos. • Aplicar al 100% de los sustentantes un examen de 600 preguntas, durante dos días, mediante cuadernillos y hojas para lectura óptica. • Realizar la lectura óptica del 100% de las hojas y generar las bases de datos que permitan la selección de los sustentantes en los campos clínicos ofertados por las instituciones de salud sedes. • Seleccionar a un médico por cada plaza ofertada conforme a su desempeño en el grupo de la especialidad que eligió. 	<p>Las metas 2007 no se cumplieron conforme estaba planeado ya que la primera contingencia fue el robo de cuadernillos lo que obligó a la cancelación de ese examen, con lo que generó un alto nivel de desconfianza de la comunidad de interés.</p> <p>Posteriormente se reprograma para su aplicación en diciembre de ese año y el calendario establecido en los últimos años se aplazó para entregar resultados el 13 de enero de 2008. Sin embargo la meta básica de seleccionar a un médico para cada plaza conforme a su desempeño exclusivamente en un curso de especialidad no se cumplió, debido a problemas en la lectura óptica que ocasionaron que tuviera que publicarse tres veces los resultados resarciendo con otorgamiento de plazas a los médicos que las solicitaron y que se vieron afectados con esta corrección.</p>

2006-2007	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> Notificación de resultados antes de un mes por medio de difusión de folios seleccionados. <p>Notificación de resultados individuales posterior a la publicación de resultados de selección.</p>	
2008	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> Transformar el formato del examen de papel a un formato para su aplicación mediante computadora individual para cada sustentante. Reducir el examen a un solo día. Entregar resultados individuales a los sustentantes al término de la aplicación 	<p>Para contrarrestar el suceso de 2007 a y con el fin de incorporar los procesos tecnológicos para proporcionar mejor servicio a los usuarios, se cambió el formato para realizar la aplicación mediante computadoras individuales. En este examen se presentaron 21,750 sustentantes, se aplicaron 5 exámenes, en 5 días distribuidos en 4 sedes ubicadas en 4 entidades federativas. Por primera vez se entregan los resultados a los médicos sustentantes al término de la aplicación, generando una mayor transparencia y seguridad en el examen.</p>
2009	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> Expediente digital de sustentantes. Fotografía digital, para constancias de selección y para bases de datos de Instituciones de salud receptoras. Auditoría documental electrónica. Simplificación de procesos para inscripción. Módulo para que aspirantes consulten su situación personalmente y con interactividad Protocolos de seguridad para el control de procesos críticos del examen. Estructuración de código de ética y firma de aceptación por el 100% de los participantes en todos los procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> CUMPLIDO CUMPLIDO CUMPLIDO CUMPLIDO CUMPLIDO CUMPLIDO

<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de regionalización y de pertinencia logística y financiera para la ubicación de las entidades sede para la aplicación del examen. • Aplicación del examen ampliada a 7 entidades en 11 sedes. • Establecimiento de los requisitos tecnológicos, logísticos y financieros para la evaluación de las sedes del examen. • Integración, capacitación de los equipos de las sedes. • Entrega de resultados a la salida del examen por duplicado con firma y huella del médico sustentante. • 1ª. Edición de Encuesta estructurada para opinión de sustentantes. • Administración de los aprovechamientos del examen conforme a la lineamientos federales a través de TESOFE. • Licitación de los servicios de redes informáticas y utilización del servicio de acompañamiento preventivo de la SFP. • Generación del Subsistema Sectorial para la Asignación de plazas mediante la administración conjunta por los responsables de otorgar los campos clínicos de todo el sector. • Fideicomiso de ANUIES para la estructuración de la Unidad de Evaluación en Educación Médica del ENARM. Aprobación por el Comité Técnico ad-hoc y por el CPEC de la utilización del fideicomiso de ANUIES para la estructuración de la Unidad de Evaluación en Educación Médica del ENARM. • Página web con domicilio electrónico e imagen institucionales. Publicación de 7 documentos para información de procesos y comportamientos, además de la convocatoria y resultados de la selección. 	<ul style="list-style-type: none"> • CUMPLIDO
---	--

2010	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de administración integral del examen (SIENARM) crece a 8 subsistemas. • Subsistema para aplicación de simulador con examen completo. • Subsistema de sustentación nuevo en plataforma más accesible para el manejo por el personal capacitado. • Programa de Seguridad de la Información con DGSCA-UNAM, con 4 proyectos previos y durante la aplicación. • Expediente digital: Nuevo subsistema de inscripción y registro. Fotografía se fortalece como credencialización y la cédula profesional como identificador de los dos requisitos sustantivos. • Subsistema para análisis y calibración de reactivos. • Reactivos con imágenes. • Biblioteca digital en español en subsistema de banco de reactivos. • Reactivos basados en GPC • Incremento del costo unitario del examen a 3000 pesos. • Aplicación a 4 días para disminuir costos de redes. • Montaje de 5,675 computadoras en sedes entre 450 y 700 computadoras. • Aplicación del examen en 10 sedes, 7 entidades. • Inscripción ajustada para disminuir subutilización de redes. • Subsistema de call center y para módulo de incidencias durante la aplicación del examen. • Reestructuración de carpetas e informes para coordinadores de sede responsables de la aplicación. • Continuidad y mejora de continua de los procesos de la plataforma 2009. • Programa integral de capacitación informática para el personal institucional responsable y de apoyo en redes. 	<ul style="list-style-type: none"> • CUMPLIDO

<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de opinión en formato electrónico. • Geriátría se concursó como especialidad de entrada directa. • Aprobación de área física para el área de la Unidad de Evaluación en Educación Médica del ENARM, para la utilización del fideicomiso de ANUIES. 	
---	--

2011	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de la regionalización de la aplicación del examen Inscripción con aseguramiento de no subutilización de la capacidad instalada en las sedes de aplicación. • Mejoras en la plataforma informática de las redes con un balanceador y software ad-hoc. • Programa de seguridad de la información con la Dirección General de Tecnologías de Información y Comunicación (antes DGSCA) de la UNAM, ampliada a 6 proyectos. • Sede de pruebas en condiciones ideales una semana antes de la aplicación. • Congelamiento del subsistema de sustentación, una semana antes de la aplicación. • Prueba red y funcionalidad del sistema en máximo estrés, una semana antes con 550 computadoras. • Sede piloto en unidad de evaluación de FM-UNAM en la Torre Tlatelolco, para favorecer el establecimiento de un modelo universitario de unidad computarizada de evaluación educativa. • Prueba en sede piloto dos semanas antes de la aplicación con 400 sustentantes simulados. • Cobro a extranjeros equitativo con los mexicanos. • Nuevo subsistema de pagos para incorporación a Cuenta única de la tesorería (CUT) mediante el sistema de cobros e-cinco de TESOFE. • Mejora de los procesos de 2009-2010. • Procesamiento de la segunda fase del fideicomiso de ANUIES. • Medicina nuclear y Neumología se incorporan a entrada directa. • Incremento de reactivos basados en GPC 	<ul style="list-style-type: none"> • Se amplió a 12 sedes en 8 entidades federativas. • CUMPLIDO

2012	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> • Además de fortalecimiento a las mejoras de los años previos: • Ampliación de la cobertura de la aplicación del examen a 14 salones debido a un incremento inesperado de demanda de inscripción de 1,000 aspirantes más que pagaron derechos en los últimos tres días. • Proceso de registro con contraseña más segura y proceso de recuperación de contraseña • Módulo automatizado de auditoría documental para usuarios subsecuentes que en aplicaciones previas contaban con expediente digital completo. • Programa de seguridad de la información con la Dirección General de Tecnologías de Información y Comunicación (antes DGSCA) de la UNAM, ampliada a 7 proyectos que incluyen estructuración de escenarios para manejo de incidencias y contingencias con capacitación para el personal para tal fin y proyectos para documentación y capacitación en procesos. • Mejora de capacitación para el proceso de aplicación en las sedes. • Actualización de los procesos para la aplicación total del fideicomiso de ANUIES. • Medicina de la actividad física y deportiva se incorporan a entrada directa. • Impulso a reactivos en prevención. • Nuevo Subsistema Informático de Campos Clínicos para oferta de entrada directa 	<ul style="list-style-type: none"> • CUMPLIDO

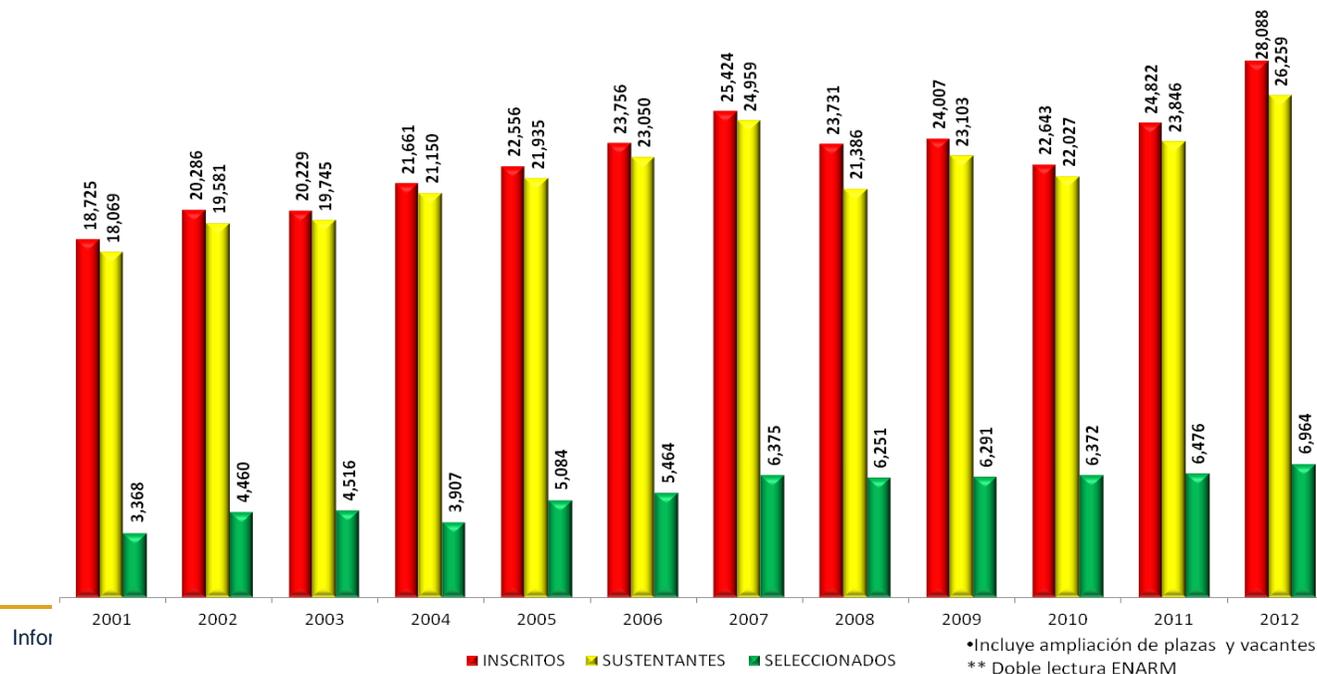
6 Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, en cuanto a los objetivos, compromisos y servicios prestados

Toda vez que el ENARM es la vía de acceso obligada al Sistema Nacional de Residencias Médicas el impacto que hasta el momento se ha logrado en el mismo se muestra a continuación:

SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS

La oferta educativa: Con 50 escuelas y facultades de medicina que avalan 82 cursos de especialidad reconocidos por el Comioté de Posgrado y Educación Continua (CPEC) de la CIFRHS, 24, 25, 27 y 28 de estos fueron concursados como entrada directa para 2009, 2010, 2011 y 2012, respectivamente.

Geriatría, Neumología, Medicina Nuclear y Medicina de la actividad física y deportiva se establecen como cursos de entrada directa: Otro cambio importante es que se incorporan estas especialidades en esta modalidad conforme a los acuerdos del CPEC-CIFRHS para que se realicen por todas las instituciones de salud sede y con base en el aval de todas las instituciones educativas algunos con prórroga para su manejo en ambas modalidades hasta marzo de 2014. Existe alta demanda de estas especialidades en modalidad de entrada directa. No existen cambios curriculares aunque se establece la necesidad de que si se lleven a cabo.



La oferta y demanda de campos clínicos en las instituciones del sector salud: los cursos de entrada directa, se desarrollan en 252 sedes de las instituciones de salud públicas y privadas del sector.



PLAZAS PARA MEXICANOS OFERTADAS		
ESPECIALIDAD	2007	2012
ANATOMÍA PATOLÓGICA	1.39%	0.98%
ANESTESIOLOGÍA	9.21%	10.86%
AUDIOLOGÍA, OTONEUROLOGÍA Y FONIATRÍA	0.42%	0.36%
CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA	0.18%	0.10%
CIRUGÍA GENERAL	10.09%	9.20%
EPIDEMIOLOGÍA	0.64%	0.86%
GENÉTICA MÉDICA	0.47%	0.37%
GERIATRÍA	0.00%	1.13%
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	8.88%	9.26%
IMAGENOLOGÍA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA	4.07%	3.83%
MEDICINA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA	0.10%	0.07%
MEDICINA DE REHABILITACIÓN	1.30%	1.55%
MEDICINA DE URGENCIAS	5.17%	5.84%
MEDICINA DEL TRABAJO Y AMBIENTAL	1.13%	1.26%
MEDICINA FAMILIAR	18.84%	18.62%
MEDICINA INTEGRADA	3.03%	1.31%
MEDICINA INTERNA	11.09%	11.46%
MEDICINA LEGAL	0.10%	0.10%
MEDICINA NUCLEAR	0.25%	0.23%
NEUMOLOGÍA	0.00%	0.57%
OFTALMOLOGÍA	2.52%	2.23%
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	1.57%	1.31%
PATOLOGÍA CLÍNICA	0.51%	0.34%
PEDIATRÍA	10.50%	11.62%
PSIQUIATRÍA	2.20%	1.92%
RADIO ONCOLOGÍA	0.00%	0.40%
SALUD PÚBLICA	0.19%	0.16%
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	6.12%	4.04%
TOTALES	100.00%	100.00%
TOTAL DE PLAZAS	6,375	6,964

La relación de estos componentes es:

El número de plazas respecto a la basal de 2006, se incrementó para 2012 en 1,500 en tanto que los sustentantes aumentaron en 3199, la relación entre 4.2 sustentantes por plaza en lo general en 2006 a 3.7 en 2012. Por especialidad el comportamiento entre 2007 a 2012 en cuanto a la proporción de cada curso es el que se muestra en la tabla anexa y en el que se puede observar que las plazas con mayor oferta son: anestesiología, cirugía general, medicina familiar, medicina interna y pediatría; con menor oferta de plazas son radioncología, geriatría, calidad de la atención, salud pública, medicina deportiva; entre los cursos que aumentaron la proporción de plazas anestesiología, pediatría, urgencias y entre las que muestran disminución están traumatología, medicina integrada, anatomía patológica.

ESPECIALIDADES CON MAYOR OFERTA DE PLAZAS		
	2007	2012
ANESTESIOLOGÍA	9.21%	10.86%
CIRUGÍA GENERAL	10.09%	9.20%
MEDICINA FAMILIAR	18.84%	18.62%
MEDICINA INTERNA	11.09%	11.46%
PEDIATRÍA	10.50%	11.62%

Subsistema informático para la asignación sectorial de plazas a médicos seleccionados: Con base en la observación del Órgano Interno de Control de 2007, acerca de la falta de organización, control y seguimiento del proceso de asignación de plazas para los médicos seleccionados, se estableció el Sistema para la Administración de la Asignación de Plazas (SAAP) el cual es una intranet sectorial mediante la cual los responsables de las instituciones de salud realizan este proceso con agilidad y transparencia. A partir de 2012 se fortalece con el Subsistema Informático para los campos clínicos que se ofertan para cada proceso logrando mayor agilidad y precisión en la organización de este catálogo y para la integración de la oferta para los procesos extraordinarios.

Optimización de ocupación de plazas presupuestadas en el Sistema Nacional de Residencias: Durante años, ha llamado la atención que a pesar de la alta demanda de aspirantes, al inicio de los cursos no se lograba una ocupación de todas las plazas ofertadas y por otro lado que los tiempos de la convocatoria impiden incorporar plazas concertadas por las sedes posterior a la publicación de la misma. En 2009 se inició el registro y seguimiento de esta situación encontrando que existe una deserción de aproximadamente el 5% de médicos seleccionados así como la posibilidad de que las sedes tengan plazas extemporáneas a la convocatoria. Con el fin de favorecer a médicos no seleccionados que puedan ocupar estos campos clínicos y favorecer los programas operativos y académicos con la aplicación de recursos presupuestales extraordinarios para completar o aumentar plantillas de residentes en campos clínicos avalados académicamente, el CPEC inició como procesos extraordinarios la ampliación de plazas y otorgamiento de vacantes.

Vacantes: Para el examen 2008 se identificaron 158 vacantes por lo que se estableció el proceso extraordinario para realizar dos descensos de la línea con el fin de no perder campos clínicos avalados y presupuestados y dar la oportunidad de ingreso a los sustentantes no seleccionados y que están en el borde de la línea de corte.

Para el ENARM 2009 con el Sistema de Administración de la Asignación (SAAP) se identificaron en tiempo real 311 plazas que no iban a ocupar médicos seleccionados, por lo que se procedió a realizar el mismo proceso de descenso de la línea de selección y para los años subsecuentes esta proporción de aproximadamente el 5 a 6% de plazas vacantes se sigue conservando.

La mayor parte de las vacantes notificadas es por motivos personales o porque ya no les interesan los campos clínicos del tercer periodo (“vuelta”) de selección y aproximadamente la cuarta parte declinaron la selección o no recogieron la constancia.

Como resultado del uso del sistema se identificó 4 unidades médicas captadoras de médicos seleccionados que no forman parte del Sistema Nacional de Residencias por lo que se hicieron las notificaciones correspondientes para corregir dicha situación de las que todas están en proceso de regularización. Estos procesos extraordinarios aún están en revisión por el CPEC y sus lineamientos se ajustan cada periodo.

7. Áreas de Oportunidad.

Unidades receptoras fuera de norma: Concluir con el proceso de regularización de las unidades receptoras.

Variación inconsistente del tipo y número de plazas : Existen variaciones cada año, pero no se observa una tendencia sectorial motivada por una planeación para atender los cambios epidemiológicos y demográficos.

Concentración de demanda de cursos que dan acceso a especialidades de entrada indirecta. Particularmente medicina interna y cirugía general concentran una alta demanda de médicos que aspiran no a la especialidad troncal sino a alguna subespecialidad, lo que dificulta la planeación de los servicios en estas troncales.

Cursos de entrada indirecta sin demanda: Medicina física y Medicina nuclear que pasaron a ser de entrada indirecta hace tres y dos años respectivamente, no cuentan con candidatos para formarse en ellas, por lo que se considera la necesidad de analizar la pertinencia de volver a establecerlas de entrada directa. Ambas han sido transformadas a modalidad de entrada directa.

Grupo de estudio sobre la formación de especialistas:

Con base en la problemática de la falta de planeación adecuada para la formación de especialistas que ha generado la desproporción entre la demanda de aspirantes vs. la oferta de plazas en contraste con el déficit de especialistas en áreas de atención prioritarias principalmente en instituciones de salud pública. Lo anterior, aunado a los tiempos prolongados para su formación, a la alta demanda de los médicos aspirantes en diez especialidades médicas y quirúrgicas hospitalarias y al uso de los cursos de especialidad troncal como requisito para otros de entrada indirecta, impide predecir el comportamiento de plantillas de residentes con el consecuente deterioro de calidad académica y organización de los servicios.

Con el fin de contar con más especialistas en áreas prioritarias de atención en el mediano y largo plazo conforme al perfil epidemiológico actual y sus tendencias, el CPEC constituyó este grupo técnico en febrero de 2010, el cual basado en este comportamiento, señala la necesidad de privilegiar la formación de especialistas que atiendan las necesidades más importantes para la atención a la salud en los próximos 20 años, por lo que el enfoque de se ha generado en dos vertientes:

Analizar la pertinencia de modificar a entrada directa: residencias como cardiología, endocrinología, neumología, gastroenterología, hematología, dermatología, nefrología y urología, con el fin de garantizar el número de especialistas a formar, a través entre otras estrategias de privilegiar la formación en cuatro años y de entrada directa los especialistas que prioritariamente requiere el sector, particularmente las que tienen uno o dos años de requisito.

Diagnosticar el número y distribución de los especialistas a formar: y que deberán reemplazar al personal que por causas de jubilación se requiera en las instituciones de salud pública particularmente en áreas como medicina familiar, gineco-obstetricia, radiología e imagen, oftalmología, medicina del enfermo en estado crítico, otorrinolaringología a e incluso pediatría.

Para este fin se han realizado dos Encuentros para el fortalecimiento de las residencias médicas, el primero en 2010 en CanCun Quintana Roo y el 2º. En Puerto Vallarta Jalisco, ambos en el marco de los Congresos internacionales de Educación Medica organizados por AMFEM conjuntamente con SSA y en el que se han presentado 5 foros en los que se han difundido para su reflexión y análisis las estrategias para realizar el estudio de necesidades de especialistas con base en el planteamiento de las investigadoras del grupo de Canarias, España, la movilización estudiantil con la colaboración de la DGSU de la SEP con tres PADES que han sido otorgado a UdG y a UANL quedando uno vacante; Modelos de operación de residencias en el que destaca el Programa Multicéntrico de NL., Calidad con el enfoque principal en las mejores prácticas de trato a los residentes; el Catálogo Nacional de cursos de residencia para otorgamiento de cédulas profesionales y para participación en el PNPC de CONACYT, la internacionalización de los especialistas mexicanos con la participación de España (MIR), EUA con el presidente del NBME y el responsable de residencias médicas de Argentina, entre otros.

Aunado a lo anterior, el encuentro internacional de residencias médicas en Paraguay la DGCEs con la representación mexicana en 2010 presentó el modelo mexicano del que el resto de los países consideraron varios elementos como fortaleza.

E. INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN SALUD

En la presente administración se estableció como parte de las acciones para la mejora de la atención de la salud, acercar los servicios de especialidad y de alta especialidad, así como fortalecer el primero y segundo nivel de atención, que permitiera acercar los servicios a la población a sus lugares de origen.

El importante esfuerzo que se hizo en estos seis años de gobierno, se ve reflejado en la coordinación que se dio entre el gobierno federal como principal aportante y en la participación de los gobiernos estatales y municipales, así como de la iniciativa privada. A continuación se informa de los recursos asignados y ejercidos, que incluyen la información del IMSS e ISSSTE, que se registran en una base de datos y que dan como resultado al mes de agosto de 2012 lo siguiente:

Entidades	Acciones											
	Obra Nueva		Sustitución por Obra Nueva		Fortalecimiento		Totales			Inversión Total (MP)		
	T	P	T	P	T	P	T	P	Total	T	P	Total
DGDIF	630	30	55	18	256	29	941	77	1,018	22,883	6,537	29,420
DGPLADES	729	12	21	7	160	11	910	30	940	4,495	1,787	6,282
CNPSS	204	66	44	171	1,262	633	1,510	870	2,380	4,167	3,709	7,876
CNEGySR	5	7					5	7	12	100	77	177
Secretaría de Salud	1,568	115	120	196	1,678	673	3,366	984	4,350	31,645	12,110	43,755
Gobiernos Estatales	27		20		11		58	0	58	894		894
Regimen Ordinario	67	4	5		172	49	244	53	297	17,980	2,237	20,217
IMSS Oportunidades	52		22	21	506	13	580	34	614	2,184	47	2,231
IMSS	119	4	27	21	678	62	824	87	911	20,164	2,284	22,448
ISSSTE	17		27	4	139	17	183	21	204	11,222	1,212	12,434
Total	1,731	119	194	221	2,506	752	4,431	1,092	5,523	63,925	15,605	79,530
	1,850		415		3,258							

De 2007 a Agosto de 2012, la inversión participativa de los gobiernos federal, estatal, municipal e iniciativa privada ha sido de **79,530.6** millones de pesos, de los cuales corresponden al Gobierno Federal **71,777.1** millones de pesos, 6,958 MP corresponden a recursos estatales, 611.6 MP Municipales, y 184 MP a otras fuentes de financiamiento, principalmente privadas, lo que ha permitido ampliar la oferta de servicios y dar respuesta a la población demandante de los servicios médicos.

Tipo de Unidad	ESTADOS			SALUD			*/ IMSS			ISSSTE			TOTAL			INVERSIÓN (MP)				
	T	P	TOTAL	T	P	TOTAL	T	P	TOTAL	T	P	TOTAL	T	P	TOTAL	FEDERAL	ESTATAL	MUNICIPAL	OTRAS	TOTAL
Unidades de Primer Contacto	56	0	56	2,999	796	3,795	526	34	560	77	14	91	3,658	844	4,502	15,212.2	1,007.4	261.9	7.5	16,489.0
Centros de Salud (Casas, AME, CAAPS y MMT)	35		35	1,715	741	2,456			0			0	1,750	741	2,491	3,004.7	43.3	247.8	1.0	3,296.7
CESSA	1		1	41	31	72			0			0	42	31	73	1,274.0	109.1	9.7		1,392.8
UMAES			0	4		4			0			0	4	0	4	94.3	153.7			248.0
Establecimientos: CETS, CONSULT, CV, LESP, OF, UM	2		2	53	11	64			0			0	55	11	66	1,073.8	115.7	0.4		1,189.9
(UNEMES) Unidades de Especialidades Médicas			0	546	13	559			0			0	546	13	559	1,773.7	367.6	4.1	3.0	2,148.4
CARAVANAS	18		18	640		640			0			0	658	0	658	359.9	5.2		3.5	368.6
Unidades Medicas (IMSS e ISSSTE) (CE, CH, CMF, UMF Y UMAE)			0			0	526	34	560	77	14	91	603	48	651	7,631.9	212.7			7,844.6
Hospitales de Segundo Nivel	2		2	362	188	550	269	48	317	80	4	84	713	240	953	46,128.2	5,950.5	349.7	176.5	52,604.9
Hospitales de Alta Especialidad			0	5		5	29	5	34	26	3	29	60	8	68	10,436.6				10,436.6
Unidades Hospitalarias	2	0	2	367	188	555	298	53	351	106	7	113	773	248	1,021	56,564.8	5,950.5	349.7	176.5	63,041.5
Total	58	0	58	3,366	984	4,350	824	87	911	183	21	204	4,431	1,092	5,523	71,777.0	6,957.9	611.6	184.0	79,530.5



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

TOTAL DE OBRAS E INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA POR ENTIDAD FEDERATIVA

ENTIDAD	1/ SECRETARÍA DE SALUD										IMSS			IMSS Oportunidades			ISSSTE			Total General Obras	Inversión (MP)				
	UNIDADES DE PRIMER CONTACTO						HOSPITALES				Nivel de Atención										Total	Federal	Estatal	Municipal	Otras
	CS	UNEME	CESSA	UMAES	CARAVANAS	EA	HC	HG	HMI	HRAE	1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°						
AGUASCALIENTES	43	8			5	2		2			2	4					2	2		70	1,260	920	340		
BAJA CALIFORNIA	16	20			15		1	4	3		10	7		5	1		2	4		88	1,980	1,861	119		
BAJA CALIFORNIA SUR	63	10			11		1	5			2	4						7		103	2,326	1,881	445		
CAMPECHE	11	9	3		14	2	8	5				3		13	2		2	1		73	1,866	1,387	479		
CHIAPAS	94	14	2	1	45	8	6	7			1	4		51	19		2	1		255	2,636	1,684	657	279	16
CHIHUAHUA	45	17	12		19	6		5	3		4	6		6	4		2	1		130	1,515	1,322	187	6	
COAHUILA	75	18			11		4	23			1	5	1		4		1	6		149	3,008	2,631	259	118	
COLIMA	41	16			8	2		4			3	3								77	591	590	1		
DISTRITO FEDERAL	1	40			10			17	18		4	25	15				3	8	13	154	3,834	3,831	3		
DURANGO	38	11	1	1	30	4	20	32			3	3		44	4		1	2		194	1,753	1,733	20		
ESTADO DE MEXICO	128	44	7		18		12	13	7	1	13	16	1	27	3		8	1	1	300	8,375	7,963	384		29
GUANAJUATO	12	18	2		14		7	12	3	1	2	2	3				4	3	1	84	3,547	3,223	297	26	
GUERRERO	186	14	2		41	1	10	12				2		15	1		7	8		299	2,569	1,980	427	105	57
HIDALGO	88	7			27	4	3	6	1		1	3		10	7		1	3		161	1,926	1,777	120	5	24
JALISCO	68	26			15	2	5	12			11	6	4				6	1	3	159	3,796	3,461	334	0	
MICHOACAN	103	5		1	20	2	7	8	1		3	7		5	12			1	1	176	3,600	3,537	52	9	1
MORELOS	7	11			26		3	8	3		2	4						1	1	66	2,155	2,151	4	0	
NAYARIT	32	14	4		29	4	6	5			2	3		24	2		1	1		127	1,004	888	112	4	
NUEVO LEON	33	27	1		11		1	13	1		6	7	5				5	1		111	2,779	2,743	6		30
OAXACA	347	13	25		54	4	32	15	1	1	1	3		119	23		4	1	1	644	2,749	2,717	27	5	
PUEBLA	278	12	1		44	2	14	28				8	1	59	12		3	2	3	467	2,502	1,778	725		
QUERETARO	66	8			25			4	1		1						1	2		108	2,135	1,791	341		3
QUINTANA ROO	1	15			13	1	6	5				1					2	3		47	1,187	1,183	1		4
SAN LUIS POTOSI	69	21			8	3	2	7	1		3	2		21	6		1	7		151	1,865	1,711	132	12	9
SINALOA	48	26			21	1	3	7			1	4		2	8		5	1	1	128	1,603	1,248	354		
SONORA	24	23			7			7	2		3	11	3				1	4		85	1,784	1,682	91		11
TABASCO	157	22	4	1	16	7	3	13	3		1	4					7	1		239	2,335	2,143	192		
TAMAULIPAS	25	27			14	2		15	3	1	5	3			7		2	3		107	4,343	3,962	338	42	
TLAXCALA	45	6			12	1	1	3	2			1					2	3		76	920	760	160		
VERACRUZ	255	24	4		43	2	4	22			6	11		61	16		13	4	4	469	3,874	3,800	73		
YUCATAN	69	17	2		12	1	1	12		1	1	5	1	1	6		1	1		131	1,861	1,773	88		
ZACATECAS	23	16	3		20	5	1	6	1		1	3		4	10		2			95	1,852	1,664	188		
Total General	2,491	559	73	4	658	66	161	337	54	5	93	170	34	467	147	0	91	84	29	5,523	79,531	71,777	6,958	612	184

UNIDADES DE PRIMER CONTACTO:

Durante el periodo de 2007 a 2012 se han registrado **4,502** acciones de infraestructura en Unidades de Primer Contacto, de las cuales **3,658** ya se concluyeron, y están integradas por **1,587** obras nuevas, **149** obras nuevas por sustitución y **1,922** fortalecimientos (ampliaciones, remodelaciones, equipamiento); **844** acciones continúan en Proceso, integradas por **83** obras nuevas, **200** obras nuevas por sustituciones, y **561** fortalecimientos (ampliaciones, remodelaciones, equipamiento).

UNIDADES DE PRIMER CONTACTO						
Tipo de Acción	Unidad Responsable	Obras Terminadas		Obras en Proceso		
Obras Nuevas y Sustituciones 2,019	Secretaría de Salud	530	UNEMES	12	UNEMES	
		640	CARAVANAS	213	Centros de Salud	
		324	Centros de Salud	26	Centros de Salud con Servicios Ampliados	
		31	Centros de Salud con Servicios Ampliados	6	Establecimiento de Apoyo	
		3	Unidades Médicas de Alta Especialidad			
		20	Establecimiento de Apoyo			
		1,805	1,548	Subtotal	257	Subtotal
	IMSS	52	10	Unidades Médicas Familiares con Unidad Médica de Atención Ambulatoria	2	Unidades Médicas Familiares
			40	Unidades Médicas Familiares		
		50	Subtotal	2	Subtotal	
	IMSS Oportunidades	84	63	Unidades Médicas Rurales	21	Unidades Médicas Rurales
			63	Subtotal	21	Subtotal
	ISSSTE	33	14	Clínicas de Medicina Familiar	3	Unidades de Medicina Familiar
			16	Unidades de Medicina Familiar		
		30	Subtotal	3	Subtotal	
	Entidades Federativas	45	18	CARAVANAS		
			2	Establecimientos de Apoyo		
			24	Centros de Salud		
			1	Centro de Salud con Servicios Ampliados		
	45	45	Subtotal	0	Subtotal	

El total de estas **4,502** acciones de infraestructura en Unidades de Primer Contacto, **3,795** corresponden a la Secretaría de Salud, **93** al IMSS, **467** al IMSS Oportunidades, **91** al ISSSTE, y **56** acciones corresponden a entidades federativas.

UNIDADES DE PRIMER CONTACTO						
Tipo de Acción	Unidad Responsable	Obras Terminadas		Obras en Proceso		
Fortalecimientos 2,483	Secretaría de Salud	16	UNEMES	1	UNEMES	
		1,391	Centros de Salud	528	Centros de Salud	
		10	Centros de Salud con Servicios Ampliados	5	Centros de Salud con Servicios Ampliados	
		1	Unidades Médicas de Alta Especialidad	5	Establecimiento de Apoyo	
		33	Establecimiento de Apoyo			
	1,990	1,451	Subtotal	539	Subtotal	
	IMSS	41	35	Unidades de Medicina Familiar	4	Unidades de Medicina Familiar
			1	Unidad Médica Familiar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria		
			1	Consultorio		
			37	Subtotal	4	Subtotal
	IMSS Oportunidades	383	376	Unidades Médicas Rurales	7	Unidades Médicas Rurales
			376	Subtotal	7	Subtotal
	ISSSTE	58	14	Clínicas de Medicina Familiar	2	Clínicas de Medicina Familiar
			32	Unidades de Medicina Familiar	9	Unidades de Medicina Familiar
			1	Estancia		
	47	Subtotal	11	Subtotal		
	Entidades Federativas	11	11	Centros de Salud		
			11	Subtotal	0	Subtotal
	TOTALES	4,502	TERMINADAS		EN PROCESO	
			3,658		844	

En total se han destinado **16,489.2 MP**, para la construcción, remodelación y equipamiento de Unidades de Primer Contacto.

UNEMES

En los últimos seis años se han construido **530** Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), y **12** más permanecen en Proceso de Construcción. Asimismo se han concluido **16** acciones de Fortalecimiento a Unidades de Especialidad Médica UNEMES, y **1** más continúa en Proceso, todo ello gracias a una inversión de **2,148.4** millones de pesos.

Obras Nuevas Terminadas: 530

- **318** Centros de Atención Primaria en Adicciones, (CAPA) Nueva Vida
- **100** UNEMES de Enfermedades Crónicas "Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus"
- **47** Centros Integral de Salud Mental (UNEME-CISAME)
- **34** Centros Ambulatorios Para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)
- **5** UNEMES para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama. UNEME -DEDICAM
- **9** UNEMES de Cirugía Ambulatoria
- **3** UNEMES de Diagnóstico
- **7** UNEMES de Hemodiálisis
- **4** UNEMES de Oncología
- **3** UNEMES de Urgencias

Obras Nuevas en Proceso: 12

- **7** UNEMES para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama. UNEME -DEDICAM
- **3** UNEMES de Hemodiálisis
- **1** UNEMES de Oncología
- **1** UNEMES de Trauma

Acciones de Fortalecimiento Terminadas: 16

- 4 Centros de Atención Primaria en Adicciones, (CAPA) Nueva Vida
- 2 Centros Ambulatorios Para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)
- 10 UNEMES de Enfermedades Crónicas "Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus"

Acciones de Fortalecimiento en Proceso: 1

- 1 Centro Integral de Salud Mental (UNEME-CISAME)

UNEME			OBRAS NUEVAS			FORTALECIMIENTOS			TOTAL	INVERSIÓN (MP)					POR INICIAR	INVERSIÓN (MP)
			T	P	Total	T	P	Total		TOTAL	Federal	Estatal	Municipal	Otras		
UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS			T	P	Total	T	P	Total	TOTAL	Federal	Estatal	Municipal	Otras	POR INICIAR	INVERSIÓN (MP)	
1	CAPA	CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EN ADICCIONES	318		318	4		4	322	601.4	511.2	89.7	0.5			
2	EC	ENFERMEDADES CRÓNICAS (ANTES UNEME SORID)	100		100	10		10	110	308.3	261.6	44.7	2.0			
3	CAPASITS	CENTRO AMBULATORIO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL SIDA E INFECCIONES DE	34		34	2		2	36	119.5	106.9	11.0	1.6			
4	CISAME	CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL	47		47		1	1	48	155.4	132.6	22.8				
5	HEMODIÁLISIS		7	3	10			0	10	97.0	74.1	22.9				
6	URGENCIAS		3		3			0	3	38.6	38.6					
7	CIRUGÍA AMBULATORIA		9		9			0	9	298.4	181.7	116.7				
8	DIGNÓSTICO		3		3			0	3	33.2	33.2					
9	ONCOLOGÍA		4	1	5			0	5	304.7	244.7	60.0		1	1.7	
10	TRAUMA			1	1			0	1	15.0	15.0					
11	DEDICAM	DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA	5	7	12			0	12	177.0	174.0		3.0			
TOTAL			530	12	542	16	1	17	559	2,148.4	1,773.7	367.6	4.1	3.0	1	1.7

UNIDADES HOSPITALARIAS

Durante el periodo de 2007 a 2012 se han registrado **1,021** acciones de infraestructura en Unidades Hospitalarias, de las cuales **773** ya se concluyeron, y están integradas por **144** obras nuevas, **45** obras nuevas por sustitución y **584** fortalecimientos (ampliaciones, remodelaciones, equipamiento); **248** acciones continúan en Proceso, integradas por **36** obras nuevas, **21** obras nuevas por sustituciones, y **191** fortalecimientos (ampliaciones, remodelaciones, equipamiento). Del total de estas **1,021** acciones de infraestructura en Unidades Hospitalarias, **555** corresponden a la Secretaría de Salud, **204** al IMSS, **147** al IMSS Oportunidades, **113** al ISSSTE, y **2** acciones corresponden a entidades federativas.

UNIDADES HOSPITALARIAS					
Tipo de Acción	Unidad Responsable	Obras Terminadas		Obras en Proceso	
Obras Nuevas y Sustituciones 246	Secretaría de Salud	44	Hospitales Comunitarios	22	Hospitales Comunitarios
		74	Hospitales Generales	29	Hospitales Generales
		17	Hospitales Materno Infantil	3	Hospitales Materno Infantil
		5	Hospitales Regionales de Alta Especialidad		
		140	Subtotal	54	Subtotal
	IMSS	4	Hospitales Generales Regionales	2	Hospitales Generales de Zona
		3	Hospitales Generales de Subzona		
		4	Hospitales Generales de Zona		
		1	Hospital General de Zona con Unidad Médica de Atención Ambulatoria UMAA		
		1	Hospital Rural		
		9	Unidades Médicas de Atención Ambulatoria UMAA		
		22	Subtotal	2	Subtotal
	IMSS Oportunidades	11	Hospitales Rurales		
	11	Subtotal	0	Subtotal	
	ISSSTE	1	Clínica Hospital	1	Hospital de Alta Especialidad
		4	Clínicas de Medicina Familiar con Especialidades		
		3	Clínicas de Especialidades		
		3	Hospitales de Alta Especialidad		
		3	Hospitales Generales		
	15	Subtotal	1	Subtotal	
Entidades Federativas	1	Hospital Comunitario			
	1	Hospital General			
2	Subtotal	0	Subtotal		

UNIDADES HOSPITALARIAS						
Tipo de Acción	Unidad Responsable	Obras Terminadas		Obras en Proceso		
Fortalecimientos 775	Secretaría de Salud	55	Hospitales Comunitarios	39	Hospitales Comunitarios	
		142	Hospitales Generales	91	Hospitales Generales	
		30	Hospitales Materno Infantil	4	Hospitales Materno Infantil	
		361	Subtotal	134	Subtotal	
	IMSS	1	Centro de Seguridad Social	1	Hospital de Gineco Obstetricia	
		4	Hospitales de Gineco Pediatría	1	Hospital de Ginecología y pediatría	
		26	Hospitales Generales Regionales	7	Hospitales Generales Regionales	
		4	Hospitales Generales de Subzona	31	Hospitales Generales de Zona	
		68	Hospitales Generales de Zona	5	Unidades Médicas de Alta Especialidad	
		1	Hospital Rural			
		1	Unidad de Medicina Física y Rehabilitación (MFR) Unidad de Quemados			
		1	Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA)			
		29	Unidad Médica de Alta Especialidad			
	180	Subtotal	45	Subtotal		
	IMSS Oportunidades	130	Hospitales Rurales	6	Hospitales Rurales	
		136	Subtotal	6	Subtotal	
	ISSSTE	38	Clínicas Hospitalares	1	Clínicas Hospitalares	
		2	Unidades de Medicina Familiar con Especialidades	1	Clínica de Especialidades	
		2	Centros Médicos Nacionales	2	Hospitales de Alta Especialidad	
		1	Clínica de Especialidades	2	Hospitales Generales	
		1	Clinica de Especialidades Dentales			
		21	Hospitales de Alta Especialidad			
		27	Hospitales Generales			
	98	Subtotal	6	Subtotal		
	TOTALES	1,021	TERMINADAS		EN PROCESO	
			773		248	

UNIDADES HOSPITALARIAS			Obra Nueva			Sustitución por Obra Nueva			Fortalecimientos			Total			
			T	P	Total	T	P	Total	T	P	Total	T	P	Total	
1	Secretaría de Salud	HRAE	Hospitales Regionales de Alta Especialidad	5		5			0			0	5	0	5
2		HG	Hospitales Generales	47	15	62	27	14	41	142	91	233	216	120	336
3		HC	Hospitales Comunitarios	38	16	54	6	6	12	55	39	94	99	61	160
4		HMI	Hospitales Materno-Infantil	13	3	16	4		4	30	4	34	47	7	54
Suma				103	34	137	37	20	57	227	134	361	367	188	555
1	Estado de Chiapas	HC	Hospital Comunitario	1		1			0			0	1	0	1
1	Estado de Querétaro	HG	Hospital General			0	1		1			0	1	0	1
Suma				1	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	2
1	IMSS	CSS	Centro de Seguridad Social			0			0	1		1	1	0	1
2		HGO	Hospital de Gineco Obstetricia			0			0		1	1	0	1	1
3		HGP	Hospital de Gineco Pediatría			0			0	4	1	5	4	1	5
4		HGR	Hospital General Regional	4		4			0	26	7	33	30	7	37
5		HGS	Hospital General de Subzona	3		3			0	4		4	7	0	7
6		HGZ	Hospital General de Zona	4	2	6			0	68	31	99	72	33	105
7		HGZ-UMMA	Hospital General de Zona CON Unidad Médica de Atención Ambulatoria	1		1			0			0	1	0	1
8		UMMA	Unidad Médica de Atención Ambulatoria	9		9			0	1		1	10	0	10
9		UMAE	Unidad Médica de Alta Especialidad			0			0	29	5	34	29	5	34
10		MFR	Medicina Física y Rehabilitación			0			0	1		1	1	0	1
11		HR	Hospital Rural	1		1			0	1		1	2	0	2
Suma				22	2	24	0	0	0	135	45	180	157	47	204
1	IMSS Oportunidades	HR	Hospital Rural	11		11			0	130	6	136	141	6	147
1	ISSSTE	HAE	Hospital de Alta Especialidad	2		2	1	1	2	21	2	23	24	3	27
2		HG	Hospital General	1		1	2		2	27	2	29	30	2	32
3		CH	Clínicas Hospitalares			0	1		1	38	1	39	39	1	40
4		CMF-CECIS	Clínica Médico Familiar con Especialidades	1		1	3		3	2		2	6	0	6
5		CECIS	Clínicas de Especialidades	3		3			0	1	1	2	4	1	5
6		CED	Clínica de Especialidades Dentales			0			0	1		1	1	0	1
6	CMN	Centro Médico Nacional			0			0	2		2	2	0	2	
Suma				7	0	7	7	1	8	92	6	98	106	7	113
TOTAL				144	36	180	45	21	66	584	191	775	773	248	1,021

ON / SON		F	Inversión MP				
			TOTAL	FEDERAL	ESTATAL	MUNICIPAL	OTRAS
4,600			4,600	4,600			
16,611	5,875		22,486	17,858	4,445	77	105
2,444	594		3,038	2,441	306	273	18
4,615	624		5,239	4,527	658		53
28,269	7,093		35,362	29,426	5,410	350	177
51			51		51		
592			592	254	338		
643	0		643	254	389	0	0
	243		243	243			
	177		177	177			
	354		354	354			
3,806	578		4,385	4,385			
630	113		743	743			
3,010	3,131		6,140	6,140			
458			458	458			
1,016	4		1,020	1,020			
	746		746	746			
	10		10	10			
57	110		167	167			
8,977	5,465		14,442	14,442			
1,105	530		1,635	1,635			
3,911	1,126		5,037	5,037			
2,572	980		3,551	3,551			
65	1,198		1,263	1,111	152		
528	200		728	728			
321	4		325	325			
	2		2	2			
	54		54	54			
7,396	3,564		10,960	10,808	152	0	0
46,389	16,652		63,042	56,565	5,951	350	177

En total se han destinado **63,041.5 MP**, para la construcción, remodelación y equipamiento de Unidades Hospitalarias. Destacan por el monto de su inversión y su impacto en población beneficiada, los siguientes proyectos:

UNIDADES HOSPITALARIAS			Obra Nueva			Sustitución por Obra Nueva			Total									
			T	P	Total	T	P	Total	T	P	Total	TOTAL	FEDERAL	ESTATAL	MUNICIPAL	OTRAS		
1	Secretaría de Salud	HRAE	Hospitales Regionales de Alta Especialidad	5		5			0	5	0	5	4,600	4,600				
2		HG	Hospitales Generales	47	15	62	27	14	41	74	29	103	16,611	12,424	4,058	34	94	
3		HC	Hospitales Comunitarios	38	16	54	6	6	12	44	22	66	2,444	1,909	261	256	18	
4		HMI	Hospitales Materno-Infantil	13	3	16	4		4	17	3	20	4,615	3,925	637		53	
Suma				103	34	137	37	20	57	140	54	194	28,269	22,858	4,956	290	166	
1	Estado de Chiapas	HC	Hospital Comunitario	1		1			0	1	0	1	51		51			
1	Estado de Querétaro	HG	Hospital General			0	1		1	1	0	1	592	254	338			
Suma				1	0	1	1	0	1	2	0	2	643	254	389	0	0	
1	IMSS	HGR	Hospital General Regional	4		4			0	4	0	4	3,806	3,806				
2		HGS	Hospital General de Subzona	3		3			0	3	0	3	630	630				
3		HGZ	Hospital General de Zona	4	2	6			0	4	2	6	3,010	3,010				
4		HGZ-UMMA	Hospital General de Zona CON Unidad Médica de Atención Ambulatoria	1		1			0	1	0	1	458	458				
5		UMMA	Unidad Médica de Atención Ambulatoria	9		9			0	9	0	9	1,016	1,016				
6		HR	Hospital Rural	1		1			0	1	0	1	57	57				
Suma				22	2	24	0	0	0	22	2	24	8,977	8,977				
1	IMSS Oportunidades	HR	Hospital Rural	11		11			0	11	0	11	1,105	1,105				
1	ISSSTE	HAE	Hospital de Alta Especialidad	2		2	1	1	2	3	1	4	3,911	3,911				
2		HG	Hospital General	1		1	2		2	3	0	3	2,572	2,572				
3		CH	Clínicas Hospitalares			0	1		1	1	0	1	65	65				
4		CMF - CECIS	Clínica Médico Familiar con Especialidades	1		1	3		3	4	0	4	528	528				
5		CECIS	Clínicas de Especialidades	3		3			0	3	0	3	321	321				
Suma				7	0	7	7	1	8	14	1	15	7,396	7,396	0	0	0	
TOTAL				144	36	180	45	21	66	189	57	246	46,389	40,589	5,344	290	166	



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

UNIDADES HOSPITALARIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA

ENTIDAD	Entidades Federativas		Secretaría de Salud				IMSS					IMSS Op.	ISSSTE					Total General Obras	Inversión Total (MP)							
	HC	HG	HC	HG	HMI	HRAE	HGR	HGS	HGZ	UMMA	HR	HGZ-UMMA	Hospital Rural	HAE	HG	CH	CECIS		CMF-CECIS	TOTAL	Federal	Estatal	Municipal	Otras		
AGUASCALIENTES				1															1	705	372	333				
BAJA CALIFORNIA			1	1	2			1											5	615	526	89				
BAJA CALIFORNIA SUR				2				1							1				4	1,870	1,557	313				
CAMPECHE			5	2					1				1						9	1,290	840	450				
CHIAPAS	1		4	4					1										10	1,450	615	567	252	16		
CHIHUAHUA				2	2			1											5	803	666	137				
COAHUILA				6					1						1	1		1	10	2,195	1,936	259				
COLIMA				1															1	339	339					
DISTRITO FEDERAL								1			1						2		4	806	806					
DURANGO			1	2															3	794	781	13				
ESTADO DE MEXICO			3	4	3	1	2		2				2	1					18	5,683	5,424	230		29		
GUANAJUATO			6	11	3	1			1								1		23	2,775	2,512	238	25			
GUERRERO			4	3									1						8	1,056	731	268	0	56		
HIDALGO			2	5	1														8	1,332	1,184	120	4	24		
JALISCO			2	3			1		1								1		8	1,893	1,751	141				
MICHOACAN			4	5			1		1				2	1					14	2,751	2,689	52	9	1		
MORELOS			2	1	1									1					5	1,711	1,711					
NAYARIT			2						1										3	241	192	50				
NUEVO LEON					1				1										2	1,401	1,371			30		
OAXACA			21	6		1							1					1	30	1,349	1,327	23				
PUEBLA			2	6					1				1					1	11	1,963	1,238	725				
QUERETARO		1													1				2	1,420	1,082	338				
QUINTANA ROO			3	2					1										6	898	898					
SAN LUIS POTOSI				1	1														2	810	700	100		9		
SINALOA				7															7	870	550	319				
SONORA				4	2				1										7	943	889	54				
TABASCO			2	2	1														5	1,276	1,238	39				
TAMAULIPAS				3	1	1			1		1			2					9	2,847	2,687	161				
TLAXCALA				3	2														5	647	488	160				
VERACRUZ			1	6									1	1					9	1,811	1,790	21				
YUCATAN			1	8		1													10	1,004	1,004					
ZACATECAS				2															2	841	695	147				
Total General	1	1	66	103	20	5	4	3	6	9	1	1	11	4	3	1	3	4	246	46,389	40,589	5,344	290	166		
	2		194				24							15												



UNIDADES HOSPITALARIAS DE ALTA ESPECIALIDAD						
ENTIDAD	Secretaría de Salud		IMSS		ISSSTE	
	HRAE'S	INVERSIÓN (MP)	(UMAE)	INVERSIÓN (MP)	(CMN, HG y HAE)	INVERSIÓN (MP)
COAHUILA			1	1		
DISTRITO FEDERAL			15	259	13	761
ESTADO DE MEXICO	1	1,576	1	10	1	994
GUANAJUATO	1	813	3	164	1	15
JALISCO			4	138	3	61
MICHOACAN					1	926
MORELOS					1	886
NUEVO LEON			5	52		
OAXACA	1	254			1	84
PUEBLA			1	29	3	64
SINALOA					1	158
SONORA			3	65		
TAMAULIPAS	1	1,333				
VERACRUZ					4	1,141
YUCATAN	1	624	1	27		
TOTALES	5	4,600	34	746	29	5,091

**RESUMEN ESTADISTICO**

TIPO DE UNIDAD	SECRETARIA DE SALUD		IMSS		IMSS-OPORTUNIDADES		ISSSTE		TOTAL	
	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P
Unidades de Primer	3,055	796	87	6	439	28	77	14	3,658	844
Centros de Salud/UMF	1,796	772	87	6	439	28	77	14	2,399	820
UNEMES	546	13							546	13
CARAVANAS	658								658	0
Establecimientos de Apoyo	55	11							55	11
Unidades Hospitalarias	369	188	157	47	141	6	106	7	773	248
Hospitales Generales	364	188	128	42	141	6	80	4	713	240
HRAE'S	5								5	0
Hospitales de 3er Nivel			29	5			26	3	55	8
SUMA	3,424	984	244	53	580	34	183	21	4,431	1,092
	4,408		297		614		204		5,523	

OBRA NUEVA.- ESTADISTICA

TIPO DE UNIDAD	SECRETARIA DE SALUD		IMSS		IMSS-OPORTUNIDADES		ISSSTE		TOTAL	
	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P
Unidades de Primer	1,491	81	45	2	41	0	10	0	1,587	83
Centros de Salud/UMF	285	64	45	2	41		10		381	66
UNEMES	530	12							530	12
CARAVANAS	658								658	0
Establecimientos de Apoyo	18	5							18	5
Unidades Hospitalarias	104	34	22	2	11	0	7	0	144	36
Hospitales generales	99	34	22	2	11		5		137	36
HRAE'S	5								5	0
Hospitales de 3er Nivel							2		2	0
SUMA	1,595	115	67	4	52	0	17	0	1,731	119

**SUSTITUCIÓN POR OBRA NUEVA**

TIPO DE UNIDAD	SECRETARIA DE SALUD		IMSS		IMSS-OPORTUNIDADES		ISSSTE		TOTAL	
	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P
Unidades de Primer	102	176	5	0	22	21	20	3	149	200
Centros de Salud/UMF	98	175	5		22	21	20	3	145	199
UNEMES									0	0
CARAVANAS									0	0
Establecimientos de Apoyo	4	1							4	1
Unidades Hospitalarias	38	20	0	0	0	0	7	1	45	21
Hospitales generales	38	20					7	1	45	21
HRAE'S									0	0
Hospitales de 3er Nivel									0	0
SUMA	140	196	5	0	22	21	27	4	194	221

FORTALECIMIENTO

TIPO DE UNIDAD	SECRETARIA DE SALUD		IMSS		IMSS-OPORTUNIDADES		ISSSTE		TOTAL	
	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P
Unidades de Primer Contacto	1,462	539	37	4	376	7	47	11	1,922	561
Centros de Salud/UMF	1,413	533	37	4	376	7	47	11	1,873	555
UNEMES	16	1							16	1
CARAVANAS									0	0
Establecimientos de Apoyo	33	5							33	5
Unidades Hospitalarias	227	134	135	45	130	6	92	6	584	191
Hospitales generales	227	134	106	40	130	6	69	4	532	184
HRAE'S									0	0
Hospitales de 3er Nivel			29	5			23	2	52	7
SUMA	1,689	673	172	49	506	13	139	17	2,506	752

**FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

TIPO DE UNIDAD	TERMINADAS				PROCESO				TOTAL			
	ON	SON	F	TOTAL	ON	SON	F	TOTAL	ON	SON	F	TOTAL
Unidades de Primer Contacto	381	145	1,873	2,399	66	199	555	820	447	344	2,428	3,219
UNEMES	530		16	546	12		1	13	542	0	17	559
Establecimientos de Apoyo	18	4	33	55	5	1	5	11	23	5	38	66
CARAVANAS	658			658				0	658	0	0	658
Unidades Hospitalarias	137	44	532	713	36	20	184	240	173	64	716	953
HRAE'S	5			5				0	5	0	0	5
Hospitales de Tercer Nivel	2	1	52	55		1	7	8	2	2	59	63
Suma:	1,731	194	2,506	4,431	119	221	752	1,092	1,850	415	3,258	5,523
INVERSIÓN (MP)	INVERSIÓN TOTAL (MP)		FEDERAL	ESTATAL	MUNICIPAL	OTROS						
Secretaría de Salud	103,649.0		37,260.4	65,593.0	611.6	184.0						
IMSS	20,216.9		20,216.9									
IMSS-Oportunidades	2,230.9		2,230.9									
ISSSTE	12,433.8		12,069.0	364.8								
Total	138,530.5		71,777.1	65,957.8	611.6	184.0						

Obras por Iniciar

Finalmente aún se encuentran **636** obras más por iniciar de las cuales **22** corresponden a obras nuevas, **63** sustituciones por obra nueva y **551** fortalecimientos; lo cual implica una inversión de **3 mil 81.3** millones de pesos adicionales a la inversión ejercida.

De estas obras por iniciar **620** corresponden a la Secretaría de Salud, **12** al IMSS; y **4** al IMSS Oportunidades.

Entidades	Acciones				
	Por Iniciar			Total	Inversión (MP)
	Obra Nueva	Sustitución por Obra Nueva	Fortalecimiento		
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)	10	11	90	111	325
Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)	11	52	446	509	2,671
Secretaría de Salud	21	63	536	620	2,996
Régimen Ordinario			12	12	76
IMSS Oportunidades	1		3	4	10
IMSS	1	0	15	16	85
Total	22	63	551	636	3,081

F. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SEGURIDAD VIAL

Objetivo del Programa, Tema o Proyecto

Presentar un informe de las acciones, resultados obtenidos y destino de los recursos federales invertidos en el Programa de Acción “Seguridad Vial”, para contribuir a la reducción del impacto de las muertes por accidentes de tránsito de vehículo de motor.

Periodo de vigencia

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

1. Autorización Presupuestaria por año, 2008-2012

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia
2008	2000	1,529,691.00	2,102,833.84	2,031,771.40	71,062.44
	3000	38,041,219.00	29,271,665.42	28,774,699.56	496,965.86
TOTAL		39,570,910.00	31,374,499.26	30,806,470.96	568,028.30
2009	2000	10,791,811.00	735,844.00	644,445.00	91,399.00
	3000	43,088,356.00	107,830,153.00	106,987,121.00	843,032.00
	4000	0.00	18,000,000.00	18,000,000.00	0.00
TOTAL		53,880,167.00	126,565,997.00	125,631,566.00	934,431.00
2010	2000	407,852.00	1,006,258.84	1,000,489.70	5,769.14
	3000	14,758,037.00	26,912,598.28	25,521,633.38	1,390,964.90
	4000	24,200,000.00	25,000,000.00	25,000,000.00	0.00
TOTAL		39,365,889.00	52,918,857.12	51,522,123.08	1,396,734.04
2011	2000	1,834,849.00	928,685.23	928,685.23	0.00

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia
	3000	13,255,382.00	7,039,530.88	7,035,377.88	4,153.00
	4000	0.00	24,041,978.23	24,041,978.23	0.00
TOTAL		15,090,231.00	32,010,194.34	32,006,041.34	4,153.00
Años	Capitulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia
2012	2000	437,202.00	462,761.70	368,446.23	94,315.47
	3000	14,074,823.00	9,228,897.99	4,443,109.68	4,785,788.31
	4000	24,200,000.00	24,420,922.46	24,420,922.46	0.00
TOTAL		38,712,025.00	34,112,585.15	29,232,478.37	4,880,103.78
TOTAL GENERAL 2008-2012	2000	15,001,405.00	5,236,383.61	4,973,837.56	262,546.05
	3000	123,217,817.00	180,282,845.57	172,761,941.50	7,520,904.07
	4000	48,400,000.00	91,462,900.69	91,462,900.69	0.00
Sumas:		186,619,222.00	276,982,129.87	269,198,679.75	7,783,450.12

1/Corte al 29 de octubre, 2012.

Ejercicio 2008-2012

Autorización Presupuestaria por año y aplicación de recursos por capítulo de gasto

El Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes recibió recursos para la operación del Proyecto a partir del año 2008. El ejercicio del presupuesto se describe a continuación:

- **2008**, Presupuesto autorizado de \$39, 570,910 (Treinta y nueve millones quinientos setenta mil novecientos diez pesos 00/100 M.N.), con un modificado de \$31, 374,499.26 (Treinta y un millones trescientos setenta y cuatro mil cuatrocientos noventa y nueve pesos 26/100 M.N.), ejerciendo \$ 30, 806,470.96 (Treinta millones ochocientos seis mil cuatrocientos setenta pesos 96/100 M.N.), la variación se debe a la reducción de gasto del 6% que indica la SHCP.
 - ✓ *Materiales y suministros*.- En este capítulo de gasto se recibió de origen \$1,529,691.00 (Un millón quinientos veintinueve mil seiscientos noventa y un pesos 00/100 M.N.), con un modificado de \$2,102,833.84, (Dos millones ciento dos mil ochocientos treinta y tres pesos 84/100

M.N.), ejerciéndose \$2,031,771.40 (Dos millones treinta y un mil setecientos setenta y un pesos 40/100 M.N.), utilizados para la compra de materiales y útiles de administración, productos alimenticios, combustibles, lubricantes y aditivos, herramientas y refacciones, utensilios para el servicio de alimentación, medicinas y productos farmacéuticos, vestuario, lo cual es necesario para cubrir los gastos de operación del Secretariado Técnico. La diferencia se puso a disposición de la Dirección General de Programación y Presupuesto.

- ✓ *Servicios generales.*- En este capítulo de gasto se recibió de origen \$38,041,219.00 (Treinta y ocho millones cuarenta y un mil doscientos diez y nueve pesos 00/100 M.N.), con un modificado de \$29,271,665.42 (Veintinueve millones doscientos sesenta y un mil seiscientos sesenta y cinco pesos 42/100 M.N.), ejerciéndose \$28,774,699.56 (Veintiocho millones setecientos setenta y cuatro mil seiscientos noventa y nueve pesos 56/100 M.N.), utilizándose para el pago de servicio telefónico, servicio de luz, servicio de agua, arrendamiento de equipo y bienes informáticos, consultorías, servicio de informática, fletes y maniobras, impuesto y derechos, servicio de vigilancia, mantenimiento y conservación de vehículos, impresión y elaboración de material informativo, viáticos y pasajes, congresos y convenciones, con lo cual el Secretariado Técnico cumplió con los compromisos establecidos con proveedores y consultores, para llegar al cumplimiento de las metas del Programa. La diferencia se puso a disposición de la Dirección General de Programación y Presupuesto.
- **2009**, Presupuesto autorizado de \$ 53,880,356.00 (Cincuenta y tres millones ochocientos ochenta mil trescientos cincuenta y seis pesos 00/100 M.N.), con un modificado de \$126,565,997.00 (Ciento veintiséis mil quinientos sesenta y cinco mil novecientos noventa y siete pesos 00/100 M.N.), ejerciendo \$125,631,567.00 (Ciento veinticinco millones seiscientos treinta y un mil quinientos sesenta y siete pesos 00/100 M.N.), la variación se debe a la Campaña Mensaje Extraordinario, versión “Cinturón de Seguridad”, que fue una ampliación al presupuesto autorizado por \$86,931,880.00 (Ochenta y seis mil novecientos treinta y un mil ochocientos ochenta pesos 00/100 M.N.).
 - ✓ *Materiales y suministros.*- En este capítulo de gasto se recibió de origen \$10,791,811.00 (Diez millones setecientos noventa y un mil ochocientos once pesos 00/100 M.N.), se utilizaron para la compra de materiales y útiles de administración, productos alimenticios, combustibles, lubricantes y aditivos, herramientas y refacciones, utensilios para el servicio de alimentación, medicinas y productos farmacéuticos, vestuario, lo cual es necesario para cubrir los gastos de operación de este Secretariado Técnico. La diferencia se puso a disposición de la Dirección General de Programación y Presupuesto.
 - ✓ *Servicios generales.*- En este capítulo de gasto se recibió de origen \$25,088,356.00 (Veinticinco millones ochenta y ocho mil trescientos cincuenta y seis pesos 00/100 M.N.), se utilizaron para el pago de servicio telefónico, servicio de luz, servicio de agua, arrendamiento de equipo y bienes informáticos, consultorías, servicio de informática, fletes y maniobras, impuesto y derechos, servicio de vigilancia, mantenimiento y conservación de vehículos, impresión y elaboración de material informativo, viáticos y pasajes, congresos y convenciones, con lo cual el Secretariado Técnico cumplió con los compromisos establecidos con proveedores y consultores, para llegar al cumplimiento de las

metas del Programa. Es importante destacar que la mayor parte fue destinada a la Campaña Mensaje Extraordinario, versión “Cinturón de Seguridad”. La diferencia se puso a disposición de la Dirección General de Programación y Presupuesto.

- ✓ *Subsidios y transferencias.*- En este capítulo de gasto se recibió de origen, \$18, 000,000.00 (Diez y ocho millones de pesos 00/100 M.N.), los cuales fueron distribuidos en las 32 Entidades Federativas, para la puesta en marcha del Programa Nacional de Seguridad Vial.
- **2010**, Presupuesto autorizado de \$39,365,889.00 (Treinta y nueve millones trescientos sesenta y cinco mil ochocientos ochenta y nueve pesos 00/100 M.N.), con un modificado de \$52,927,313.66 (Cincuenta y dos millones novecientos veintisiete mil trescientos trece pesos 66/100 M.N.), ejerciendo \$51,522,123.08 (Cincuenta y un millones quinientos veintidós mil ciento veintitrés pesos 08/100 M.N.), la variación se debe a una ampliación por \$800,000.00 (Ochocientos mil pesos 00/100 M.N.), en el capítulo 4000 “Subsidios y Transferencias”, para los Estados de Baja California Sur por \$150,000.00 (Ciento cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), Colima por \$150,00.00 00 (Ciento cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), Nayarit por \$200,000.00 (Doscientos mil pesos 00/100 M.N.), Quintana Roo por \$200,000.00 (Doscientos mil pesos 00/100 M.N.) y Tlaxcala por \$100,000.00 (Cien mil pesos 00/100 M.N.), para poder dar seguimiento al “Programa Nacional de Seguridad Vial”, así como una ampliación al capítulo 3000 “Servicios Generales”, por \$18,000,000.00 (Diez y ocho millones de pesos 00/100 M.N.), para poder dar continuidad a los objetivos del “Programa Todos Somos Juárez”
- ✓ *Materiales y suministros.*- En este capítulo de gasto se recibió de origen, \$407,852.00 (Cuatrocientos siete mil ochocientos cincuenta y dos pesos 00/100 M.N.), con un modificado de \$1,006,258.84 (Un millón seis mil doscientos cincuenta y ocho pesos 84/100 M.N.), ejerciéndose \$1,000,489.70 (Un millón cuatrocientos ochenta y nueve pesos 70/100M.N.), se utilizaron para la compra de materiales y útiles de administración, productos alimenticios, combustibles, lubricantes y aditivos, herramientas y refacciones, utensilios para el servicio de alimentación, medicinas y productos farmacéuticos, vestuario, lo cual es necesario para cubrir los gastos de operación de este Secretariado Técnico. La diferencia se puso a disposición de la Dirección General de Programación y Presupuesto.
- ✓ *Servicios generales.*- En este capítulo de gasto se recibió de origen, \$14,758,037.00 (Catorce millones setecientos cincuenta y ocho mil treinta y siete pesos 00/100 M. N.), con un modificado de \$26,921,054.82 (Veintiséis millones novecientos veintiún mil cincuenta y cuatro pesos 82/100 M.N.), ejerciéndose \$25,521,633.39 (Veinticinco millones quinientos veintiún mil seiscientos treinta y tres pesos 39/100 M.N.), los cuales se utilizaron para el pago de servicio telefónico, servicio de luz, servicio de agua, arrendamiento de equipo y bienes informáticos, consultorías, servicio de informática, fletes y maniobras, impuesto y derechos, servicio de vigilancia, mantenimiento y conservación de vehículos, impresión y elaboración de material informativo, viáticos y pasajes, congresos y convenciones, con lo cual el Secretariado Técnico cumplió con los compromisos establecidos con proveedores y consultores, para llegar al cumplimiento de las metas del Programa. Es importante destacar que

la mayor parte fue destinada para poder dar continuidad al Programa Todos somos Juárez. La diferencia se puso a disposición de la Dirección General de Programación y Presupuesto.

- ✓ *Subsidios y transferencias.*- En este capítulo de gasto se recibió de origen \$24, 200,000.00 (Veinticuatro millones doscientos mil pesos 00/100 M.N.), con un modificado y ejercido de \$25, 000,000.00 (Veinticinco millones de pesos 00/100 M.N.), los cuales fueron transferidos a las 32 Entidades Federativas, para dar seguimiento al Programa Nacional de Seguridad Vial.
- **2011**, Presupuesto autorizado de \$15,090,231.00 (Quince millones noventa mil doscientos treinta y un pesos 00/100 M.N.), con un modificado de \$32,010,194.34 (Treinta y dos millones diez mil ciento noventa y cuatro pesos 34/100 M.N.), se recibió una ampliación al capítulo 4000 “Transferencia, asignaciones, subsidios y otras ayudas” por \$24,200,000.00 (Veinticuatro millones doscientos mil pesos 00/100 M.N.), para dar continuidad al “Programa Nacional de Seguridad Vial.”
 - ✓ *Materiales y suministros.*- En este capítulo de gasto se recibió de origen \$1,834,849.00 (Un millón ochocientos treinta y cuatro mil ochocientos cuarenta y nueve pesos 00/100 M.N.), con un modificado y ejercido de \$928,685.23 (Novecientos veintiocho mil seiscientos ochenta y cinco pesos 23/100 M.N.), los cuales se utilizaron para la compra de materiales y útiles de administración, productos alimenticios, combustibles, lubricantes y aditivos, herramientas y refacciones, utensilios para el servicio de alimentación, medicinas y productos farmacéuticos, vestuario, lo cual es necesario para cubrir los gastos de operación de este Secretariado Técnico.
 - ✓ *Servicios generales.*- En este capítulo de gasto se recibió de origen \$13,255,382.00 (Trece millones doscientos cincuenta y cinco mil trescientos ochenta y dos pesos 00/100 M.N.), con un modificado de \$7,039,530.88 (Siete millones treinta y nueve mil quinientos treinta pesos 88/100 M.N.) y ejercido de \$7,035,377.88 (Siete millones treinta y cinco mil trescientos setenta y siete pesos 88/100 M.N.), los cuales se utilizaron para el pago de servicio telefónico, servicio de luz, servicio de agua, arrendamiento de equipo y bienes informáticos, otros arrendamientos, consultorías, servicio de informática, fletes y maniobras, impuesto y derechos, servicio de vigilancia, mantenimiento y conservación de vehículos, impresión y elaboración de material informativo, viáticos, pasajes, congresos y convenciones, con lo cual el Secretariado Técnico cumplió con los compromisos establecidos con proveedores y consultores, para llegar al cumplimiento de las metas del Programa. La diferencia se puso a disposición de la Dirección General de Programación y Presupuesto.
 - ✓ *Subsidios y transferencias.*- En este capítulo de gasto se recibió por parte de la Dirección General de Promoción de la Salud, una ampliación por \$24, 200,000.00 (Veinticuatro millones doscientos mil pesos 00/100 M.N.), con un modificado y ejercido de \$24,041,978.23 (veinticuatro millones cuarenta y un mil novecientos setenta y ocho pesos 23/100 M.N.), para dar seguimiento al Programa Nacional de Seguridad Vial en las 32 Entidades Federativas.

- **2012**, Presupuesto autorizado de \$38,712,025.00 (Treinta y ocho millones setecientos doce mil veinticinco pesos 00/100 M.N.), con un modificado de \$34,112,582.15 (Treinta y cuatro millones ciento doce mil quinientos ochenta y dos pesos 15/100 M.N.),
 - ✓ *Materiales y suministros.*- En este capítulo de gasto se recibió de origen \$437,202.00 (Cuatrocientos treinta y siete mil doscientos dos 00/100 M.N.), con un modificado de \$462,761.70 (Cuatrocientos sesenta y dos mil setecientos sesenta y un pesos 70/100 M.N.), los cuales serán utilizados para la compra de materiales y útiles de administración, productos alimenticios, combustibles, lubricantes y aditivos, herramientas y refacciones, utensilios para el servicio de alimentación, madera y productos de madera, material eléctrico y electrónico, vestuario y uniformes, refacciones para equipo de computo, lo cual es necesario para cubrir los gastos de operación de este Secretariado Técnico.
 - ✓ *Servicios generales.*- En este capítulo de gasto se recibió de origen \$14,074,823.00 (Catorce millones setenta y cuatro mil ochocientos veintitrés pesos 00/100 M.N.), con un modificado de \$9,228,897.99 (Nueve millones doscientos veintiocho mil ochocientos noventa y siete pesos 99/100 M.N.) los cuales serán utilizados para el pago servicio de luz, servicio de agua, servicio de telefonía convencional, servicio de telefonía celular, servicio de conducción de señales analógicas y digitales, servicio postal arrendamiento de equipo y bienes informáticos, patentes y regalías, otros arrendamientos, otras asesorías para la operación de programas, servicio de informática, otros servicios comerciales, impresión y elaboración de material informativo de la operación y administración de las dependencias y entidades, comisiones por ventas, mantenimiento y conservación de inmuebles, mantenimiento y conservación de mobiliario y equipo de administración, mantenimiento y conservación de vehículos, viáticos nacionales, viáticos internacionales, pasajes aéreos nacionales e internacionales, pasajes terrestres nacionales para labores de campo y de supervisión, con lo cual el Secretariado Técnico cumplirá con los compromisos establecidos con proveedores y consultores, para llegar al cumplimiento de las metas del Programa.
 - ✓ *Subsidios y transferencias.*- En este capítulo de gasto se recibió de origen \$24,200,000.00 (Veinticuatro millones doscientos mil pesos 00/100 M.N.), con un modificado de \$24,420,922.46 (Veinticuatro millones cuatrocientos veinte mil novecientos veintidós pesos 46/100 M.N.), para dar seguimiento al Programa Nacional de Seguridad Vial en las 32 Entidades Federativas.

2. Transferencia de recursos a las entidades federativa

En 2009, se autorizaron \$18, 000,000.00 (Diez y ocho millones de pesos 00/100 M.N.), los cuales fueron ministrados a las 32 Entidades Federativas, y se aplicaron en las siguientes partidas presupuestales; 2506 “Materiales, accesorios y suministros de laboratorio”, 3602 “Impresión y elaboración de publicaciones oficiales y de información en general difusión” y 5402 “instrumental médico y de laboratorio”, con esto se adquirieron, boquillas, impresiones para las campañas, y alcoholímetros.

ESTADO	CONVENIO	TRANSFERIDO	POR TRANSFERIR	DEVOLUCION A TESOFE	COMPROBADO	POR COMPROBAR
AGUASCALIENTES	AFASPE-AGS-09	211,851.63	0.00	0.00	211,851.63	0.00
BAJA CALIFORNIA	AFASPE-BC-09	330,482.30	0.00	195.72	330,286.58	0.00
BAJA CALIFORNIA SUR	AFASPE-BCS-09	87,209.00	0.00	0.00	87,209.00	0.00
CAMPECHE	AFASPE-BCS-09	73,028.30	0.00	0.00	73,028.30	0.00
COAHUILA	AFASPE-COAH -09	313,907.32	0.00	5.22	313,902.10	0.00
COLIMA	AFASPE-COL-09	123,450.11	0.00	45.25	123,404.86	0.00
CHIAPAS	AFASPE-CHIA-09	608,180.66	0.00	146,713.53	461,467.13	0.00
CHIHUAHUA	AFASPE-CHIU-09	1,351,728.17	0.00	0.00	1,351,728.17	0.00
D.F.	AFASPE-DF-09	621,856.80	0.00	48,133.68	573,723.12	0.00
DURANGO	AFASPE-DUR -09	692,802.76	0.00	0.00	692,802.76	0.00
GUANAJUATO	AFASPE-GTO-09	851,215.46	0.00	106,587.66	744,627.80	0.00
GUERRERO	AFASPE-GRO-09	203,336.97	0.00	0.00	203,336.97	0.00
HIDALGO	AFASPE-HGO-09	412,839.21	0.00	0.00	412,839.21	0.00
JALISCO	AFASPE-JAL-09	771,176.64	0.00	12,833.21	758,343.43	0.00
MEXICO	AFASPE-MEX-09	2,450,072.44	0.00	697,011.66	1,753,060.78	0.00
MICHOACAN	AFASPE-MICH-09	839,623.25	0.00	25,264.00	814,359.25	0.00

ESTADO	CONVENIO	TRANSFERIDO	POR TRANSFERIR	DEVOLUCION A TESOFE	COMPROBADO	POR COMPROBAR
MORELOS	AFASPE-MOR-09	181,799.77	0.00	0.00	181,799.77	0.00
NAYARIT	AFASPE-NAY-09	203,409.41	0.00	0.00	203,409.41	0.00
NUEVO LEON	AFASPE-NL-09	854,347.75	0.00	0.00	854,347.75	0.00
OAXACA	AFASPE-OAX-09	223,727.05	0.00	571.84	223,155.21	0.00
PUEBLA	AFASPE-PUE-09	830,461.69	0.00	10,607.61	819,854.08	0.00
QUERETARO	AFASPE-QRO-09	527,275.30	0.00	41,009.44	486,265.86	0.00
QUINTANA ROO	AFASPE-QROO -09	18,988.23	0.00	18,988.23	0.00	0.00
SAN LUIS POTOSI	AFASPE-SLP-09	386,760.92	0.00	38,289.00	348,471.92	0.00
SINALOA	AFASPE-SIN-09	318,628.18	0.00	122,731.64	195,896.54	0.00
SONORA	AFASPE-SON-09	1,045,517.51	0.00	0.11	1,045,517.40	0.00
TABASCO	AFASPE-TAB-09	312,853.73	0.00	13,241.13	299,612.60	0.00
TAMAULIPAS	AFASPE-TAM-09	956,389.78	0.00	8,442.61	947,947.17	0.00
TLAXCALA	AFASPE-TLAX-09	240,920.77	0.00	0.00	240,920.77	0.00
VERACRUZ	AFASPE-VER-09	1,403,956.87	0.00	0.09	1,403,956.78	0.00
YUCATAN	AFASPE-YUC-09	340,215.93	0.00	0.00	340,215.93	0.00
ZACATECAS	AFASPE-ZAC-09	211,985.97	0.00	0.00	211,985.97	0.00
TOTAL		18,000,000.00	0.00	1,290,671.63	16,709,328.25	0.00

2010, se autorizaron \$25,000,000.00 (Veinticinco millones de pesos 00/100 M.N.), los cuales fueron ministrados a las 32 Entidades Federativas, y se aplicaron en las partidas 2103 Material de apoyo informativo, 2506 Materiales, accesorios y suministros de laboratorio, 2701 Vestuario, uniformes y blancos, 3304 Otras asesorías para la operación de programas, 3602 Impresión y elaboración de material informativo derivado de la operación y administración de las dependencias y entidades, 3804 Congresos y convenciones, 5103 Equipo educacional y recreativo, 5206 Bienes informáticos, 5402 Instrumental médico y de laboratorio, con esto se adquirieron, maniqués, boquillas para alcoholímetro, impresión de publicidad para campañas,

análisis del levantamiento de la línea base, proyectores, lap tops (las cuales son necesarias para las capacitaciones que se imparten en las diferentes jurisdicciones de cada Entidad), así como alcoholímetros.

ESTADO	CONVENIO	TRANSFERIDO	POR TRANSFERIR	DEVOLUCION A TESOFE	COMPROBADO	POR COMPROBAR
AGUASCALIENTES	AFASPE-AGS -2010	450,000.00	0.00	0.00	421,573.75	28,426.25
BAJA CALIFORNIA	AFASPE-BC-2010	250,000.00	0.00	7,458.59	242,541.41	0.00
BAJA CALIFORNIA SUR	AFASPE-BCS -2010	150,000.00	0.00	15,239.63	134,760.37	0.00
CAMPECHE	AFASPE-CAM-2010	150,000.00	0.00	16.59	149,983.41	0.00
COAHUILA	AFASPE-COAH-2010	450,000.00	0.00	64,295.43	385,704.57	0.00
COLIMA	AFASPE-COL-2010	150,000.00	0.00	0.00	152,567.60	-2,567.60
CHIAPAS	AFASPE-CHIA -2010	500,000.00	0.00	0.00	500,076.29	-76.29
CHIHUAHUA	AFASPE-CHIHUA -2010	1,500,000.00	0.00	23,369.63	1,476,630.37	0.00
D.F.	AFASPE-DF-2010	2,800,000.00	0.00	77,885.74	2,722,114.26	0.00
DURANGO	AFASPE-DUR-2010	500,000.00	0.00	0.00	500,674.06	-674.06
GUANAJUATO	AFASPE-GTO -2010	1,200,000.00	0.00	9,714.48	1,190,285.53	0.00
GUERRERO	AFASPE-GRO -2010	440,000.00	0.00	7,221.96	432,778.04	0.00
HIDALGO	AFASPE-HGO -2010	800,000.00	0.00	31,437.82	768,562.18	0.00
JALISCO	AFASPE-JAL-2010	2,860,000.00	0.00	124,450.30	2,735,549.70	0.00
MEXICO	AFASPE-MEX -2010	2,800,000.00	0.00	59,758.38	2,740,241.62	0.00
MICHOACAN	AFASPE-MICH -2010	800,000.00	0.00	60,228.40	739,771.60	0.00
MORELOS	AFASPE-MOR-2010	200,000.00	0.00	0.00	200,000.00	0.00
NAYARIT	AFASPE-NAY-2010	200,000.00	0.00	1,548.24	198,451.76	0.00
NUEVO LEON	AFASPE-NL-2010	800,000.00	0.00	73.00	799,927.00	0.00

ESTADO	CONVENIO	TRANSFERIDO	POR TRANSFERIR	DEVOLUCION A TESOFE	COMPROBADO	POR COMPROBAR
OAXACA	AFASPE-OAX -2010	200,000.00	0.00	104,645.00	95,355.00	0.00
PUEBLA	AFASPE-PUE-2010	800,000.00	0.00	0.00	758,764.11	41,235.89
QUERETARO	AFASPE-QRO -2010	500,000.00	0.00	47,717.05	452,282.95	0.00
QUINTANA ROO	AFASPE-QROO-2010	200,000.00	0.00	10.51	199,989.49	0.00
SAN LUIS POTOSI	AFASPE-SLP-2010	450,000.00	0.00	9,570.00	440,430.00	0.00
SINALOA	AFASPE-SIN-2010	550,000.00	0.00	124,394.68	425,605.32	0.00
SONORA	AFASPE-SON-2010	1,600,000.00	0.00	0.00	1,600,000.00	0.00
TABASCO	AFASPE-TAB-2010	300,000.00	0.00	646.38	299,353.62	0.00
TAMAULIPAS	AFASPE-TAM-2010	950,000.00	0.00	756.27	949,243.73	0.00
TLAXCALA	AFASPE-TLAX-2010	250,000.00	0.00	4,398.59	245,601.41	0.00
VERACRUZ	AFASPE-VER-2010	1,600,000.00	0.00	352,059.40	1,247,940.60	0.00
YUCATAN	AFASPE-YUC-2010	350,000.00	0.00	24,818.85	325,181.15	0.00
ZACATECAS	AFASPE-VER-2010	250,000.00	0.00	0.00	250,370.88	-370.88
TOTAL		25,000,000.00	0.00	1,179,701.18	23,782,751.56	41,235.89

2011, se autorizaron \$24,200,000.00 (Veinticuatro millones doscientos mil pesos 00/100 M.N.), los cuales fueron ministrados a las 32 Entidades Federativas, y se aplicaron en las partidas 25501 Materiales, accesorios y suministros de laboratorio, 25901 Otros productos químicos, 27101 Vestuario y uniformes, 27201 Prendas de protección de seguridad, 33104 Otras asesorías para la operación de programas, 33604 Impresión y elaboración de material informativo derivado de la operación y administración de las dependencias y Entidades, 36101 Difusión de mensajes sobre programas y actividades gubernamentales, 38301 Congresos y convenciones, 39202 Otros impuestos y derechos, 51501 Bienes informáticos, 52101 Equipos y aparatos audiovisuales, 52301 Cámaras fotográficas y de video, 52901 Otro mobiliario y equipo educacional, 53201 Instrumental médico y de laboratorio.

ESTADO	CONVENIO	TRANSFERIDO	POR TRANSFERIR	DEVOLUCION A TESOFE	COMPROBADO	POR COMPROBAR
AGUASCALIENTES	CONVENIO-AFASPE-AGS/2011	380,000.00	0.00	99,491.20	280,508.80	0.00
BAJA CALIFORNIA	CONVENIO-AFASPE-BC/2011	500,000.00	0.00	2,579.38	497,420.62	0.00
BAJA CALIFORNIA SUR	CONVENIO-AFASPE-BCS/2011	250,000.00	0.00	0.00	253,566.30	-3,566.30
CAMPECHE	CONVENIO-AFASPE-CAM/2011	450,000.00	0.00	0.00	450,009.51	-9.51
COAHUILA	CONVENIO-AFASPE-COAH/2011	350,000.00	0.00	0.00	340,542.14	9,457.86
COLIMA	CONVENIO-AFASPE-COL/2011	180,000.00	0.00	0.00	7,054.37	172,945.63
CHIAPAS	CONVENIO-AFASPE-CHIA/2011	500,000.00	0.00	0.00	0.00	500,000.00
CHIHUAHUA	CONVENIO-AFASPE-CHIHUA/2011	2,100,000.00	0.00	0.00	1,137,225.11	962,774.89
D.F.	CONVENIO-AFASPE-DF/2011	3,000,000.00	0.00	320,260.88	2,679,739.12	0.00
DURANGO	CONVENIO-AFASPE-DUR/2011	300,000.00	0.00	0.00	228,739.12	71,229.00
GUANAJUATO	CONVENIO-AFASPE-GTO/2011	1,670,000.00	0.00	557,710.48	1,112,289.52	0.00
GUERRERO	CONVENIO-AFASPE-GRO/2011	800,000.00	0.00	0.00	684,546.72	115,453.28
HIDALGO	CONVENIO-AFASPE-HGO/2011	800,000.00	0.00	0.00	662,489.04	137,510.96
JALISCO	CONVENIO-AFASPE-JAL/2011	2,662,900.69	0.00	0.00	992,444.70	1,670,455.99
MEXICO	CONVENIO-AFASPE-MEX/2011	379,077.54	0.00	0.00	379,077.54	0.00
MICHOACAN	CONVENIO-AFASPE-MICH/2011	800,000.00	0.00	0.00	649,868.11	150,131.89
MORELOS	CONVENIO-AFASPE-MOR/2011	200,000.00	0.00	736.25	199,263.75	0.00
NAYARIT	CONVENIO-AFASPE-NAY/2011	200,000.00	0.00	1.20	1999,998.80	0.00
NUEVO LEON	CONVENIO-AFASPE-NL/2011	800,000.00	0.00	8,826.78	791,173.22	0.00
OAXACA	CONVENIO-AFASPE-OAX/2011	250,000.00	0.00	0.00	79,852.37	170,147.63
PUEBLA	CONVENIO-AFASPE-PUE/2011	600,000.00	0.00	0.00	43,167.44	556,832.56
QUERETARO	CONVENIO-AFASPE-QRO/2011	500,000.00	0.00	33,882.30	466,117.70	0.00

ESTADO	CONVENIO	TRANSFERIDO	POR TRANSFERIR	DEVOLUCION A TESOFE	COMPROBADO	POR COMPROBAR
QUINTANA ROO	CONVENIO-AFASPE-QROO/2011	300,000.00	0.00	319.47	299,680.53	0.00
SAN LUIS POTOSI	CONVENIO-AFASPE-SLP/2011	600,000.00	0.00	0.00	598,354.18	1,645.82
SINALOA	CONVENIO-AFASPE-SIN/2011	250,000.00	0.00	68,140.00	181,860.00	0.00
SONORA	CONVENIO-AFASPE-SON/2011	970,000.00	0.00	0.00	401,624.72	568,375.28
TABASCO	CONVENIO-AFASPE-TAB/2011	600,000.00	0.00	0.00	594,941.60	5,058.40
TAMAULIPAS	CONVENIO-AFASPE-TAM/2011	1,100,000.00	0.00	29,362.80	1,070,637.20	0.00
TLAXCALA	CONVENIO-AFASPE-TLAX/2011	200,000.00	0.00	1.83	199,998.17	0.00
VERACRUZ	CONVENIO-AFASPE-VER/2011	1,800,000.00	0.00	0.00	1,573,113.09	226,886.91
YUCATAN	CONVENIO-AFASPE-YUC/2011	350,000.00	0.00	44,677.10	305,322.90	0.00
ZACATECAS	CONVENIO-AFASPE-ZAC/2011	200,000.00	0.00	0.00	163,999.69	36,000.31
TOTAL		24,041,978.23	0.00	1,165,989.67	17,524,407.96	5,388.679.91

2012, se autorizaron \$24,200,000.00 (Veinticuatro millones doscientos mil pesos 00/100 M.N.), los cuales fueron ministrados a las 32 Entidades Federativas, y se aplicaron en las partidas 25501 Materiales, accesorios y suministros de laboratorio, 25901 Otros productos químicos, 27101 Vestuario y uniformes, 27201 Prendas de protección de seguridad, 33104 Otras asesorías para la operación de programas, 33604 Impresión y elaboración de material informativo derivado de la operación y administración de las dependencias y Entidades, 36101 Difusión de mensajes sobre programas y actividades gubernamentales, 38301 Congresos y convenciones, 39202 Otros impuestos y derechos, 51501 Bienes informáticos, 52101 Equipos y aparatos audiovisuales, 52301 Cámaras fotográficas y de video, 52901 Otro mobiliario y equipo educacional, 53201 Instrumental médico y de laboratorio.

ESTADO	CONVENIO	TRANSFERIDO	POR TRANSFERIR	DEVOLUCION A TESOFE	COMPROBADO	POR COMPROBAR
AGUASCALIENTES	CONVENIO-AFASPE-AGS/2012	550,000.00	0.00	0.00	0.00	550,000.00
BAJA CALIFORNIA	CONVENIO-AFASPE-BC/2012	620,000.00	0.00	0.00	0.00	620,000.00
BAJA CALIFORNIA SUR	CONVENIO-AFASPE-BCS/2012	400,000.00	0.00	0.00	0.00	400,000.00
CAMPECHE	CONVENIO-AFASPE-CAM/2012	500,000.00	0.00	0.00	0.00	500,000.00
COAHUILA	CONVENIO-AFASPE-COAH/2012	400,000.00	0.00	0.00	0.00	400,000.00
COLIMA	CONVENIO-AFASPE-COL/2012	300,000.00	0.00	0.00	0.00	300,000.00
CHIAPAS	CONVENIO-AFASPE-CHIA/201	290,000.00	0.00	0.00	0.00	290,000.00
CHIHUAHUA	CONVENIO-AFASPE-CHIH/2012	1,000,000.00	0.00	0.00	0.00	1,000,000.00
D.F.	CONVENIO-AFASPE-DF/2012	2,500,000.00	0.00	0.00	0.00	2,500,000.00
DURANGO	CONVENIO-AFASPE-DGO/2012	400,000.00	0.00	0.00	0.00	400,000.00
GUANAJUATO	CONVENIO-AFASPE-GTO/201	1,700,000.00	0.00	0.00	0.00	1,700,000.00
GUERRERO	CONVENIO-AFASPE-GRO/2012	900,000.00	0.00	0.00	0.00	900,000.00
HIDALGO	CONVENIO-AFASPE-HGO/2012	489,774.00	0.00	0.00	0.00	489,774.00
JALISCO	CONVENIO-AFASPE-JAL/2012	2,500,000.00	0.00	0.00	0.00	2,500,000.00
MEXICO	CONVENIO-AFASPE-EDOMEX/2012	1,420,922.46	0.00	0.00	0.00	1,420,922.46
MICHOACAN	CONVENIO-AFASPE-MICH/2012	920,000.00	0.00	0.00	0.00	920,000.00
MORELOS	CONVENIO-AFASPE-MOR/2012	350,000.00	0.00	0.00	0.00	350,000.00
NAYARIT	CONVENIO-AFASPE-NAY/2012	350,000.00	0.00	0.00	0.00	350,000.00
NUEVO LEON	CONVENIO-AFASPE-NL/2012	800,000.00	0.00	0.00	0.00	800,000.00
OAXACA	CONVENIO-AFASPE-OAX/2012	200,000.00	0.00	0.00	0.00	200,000.00
PUEBLA	CONVENIO-AFASPE-PUE/2012	820,226.00	0.00	0.00	0.00	820,226.00
QUERETARO	CONVENIO-AFASPE-QRO/2012	550,000.00	0.00	0.00	0.00	550,000.00

ESTADO	CONVENIO	TRANSFERIDO	POR TRANSFERIR	DEVOLUCION A TESOFE	COMPROBADO	POR COMPROBAR
QUINTANA ROO	CONVENIO-AFASPE-QROO/2012	590,000.00	0.00	0.00	0.00	590,000.00
SAN LUIS POTOSI	CONVENIO-AFASPE-SLP/2012	600,000.00	0.00	0.00	0.00	600,000.00
SINALOA	CONVENIO-AFASPE-SIN/2012	250,000.00	0.00	0.00	0.00	250,000.00
SONORA	CONVENIO-AFASPE-SON/2012	970,000.00	0.00	0.00	0.00	970,000.00
TABASCO	CONVENIO-AFASPE-TAB/2012	600,000.00	0.00	0.00	0.00	600,000.00
TAMAULIPAS	CONVENIO-AFASPE-TAM/2012	800,000.00	0.00	0.00	0.00	800,000.00
TLAXCALA	CONVENIO-AFASPE-TLX/2012	300,000.00	0.00	0.00	0.00	300,000.00
VERACRUZ	CONVENIO-AFASPE-VER/201	1,500,000.00	0.00	0.00	0.00	1,500,000.00
YUCATAN	CONVENIO-AFASPE-YUC/2012	500,000.00	0.00	0.00	0.00	500,000.00
ZACATECAS	CONVENIO-AFASPE-ZAC/2012	350,000.00	0.00	0.00	0.00	350,000.00
TOTAL		24,420,922.46	0.00	0.00	0.00	24,420,922.46

Resumen de transferencia por comprobar al 29 de Octubre de 2012

ESTADO	2009	2010	2011	2012	TOTAL
AGUASCALIENTES	0.00	0.00	0.00	550,000.00	550,000.00
BAJA CALIFORNIA	0.00	0.00	0.00	620,000.00	620,000.00
BAJA CALIFORNIA SUR	0.00	0.00	0.00	400,000.00	400,000.00
CAMPECHE	0.00	0.00	0.00	500,000.00	500,000.00
COAHUILA	0.00	0.00	9,457.86	400,000.00	409,457.86
COLIMA	0.00	0.00	172,945.63	300,000.00	472,945.63
CHIAPAS	0.00	0.00	500,000.00	290,000.00	790,000.00
CHIHUAHUA	0.00	0.00	962,774.89	1,000,000.00	1,962,774.89

ESTADO	2009	2010	2011	2012	TOTAL
D.F.	0.00	0.00	0.00	2,500,000.00	2,500,000.00
DURANGO	0.00	0.00	71,229.00	400,000.00	471,229.00
GUANAJUATO	0.00	0.00	0.00	1,700,000.00	1,700,000.00
GUERRERO	0.00	0.00	115,453.28	900,000.00	1,015,453.28
HIDALGO	0.00	0.00	137,510.96	489,774.00	627,284.96
JALISCO	0.00	0.00	1,707,555.30	2,500,000.00	4,207,555.30
MEXICO	0.00	0.00	0.00	1,420,922.46	1,420,922.46
MICHOACAN	0.00	0.00	150,131.89	920,000.00	1,070,131.89
MORELOS	0.00	0.00	0.00	350,000.00	350,000.00
NAYARIT	0.00	0.00	0.00	350,000.00	350,000.00
NUEVO LEON	0.00	0.00	0.00	800,000.00	800,000.00
OAXACA	0.00	0.00	170,147.63	200,000.00	370,147.63
PUEBLA	0.00	41,235.89	556,832.56	820,226.00	1,418,294.45
QUERETARO	0.00	0.00	0.00	550,000.00	550,000.00
QUINTANA ROO	0.00	0.00	0.00	590,000.00	590,000.00
SAN LUIS POTOSI	0.00	0.00	1,645.82	600,000.00	601,645.82
SINALOA	0.00	0.00	0.00	250,000.00	250,000.00
SONORA	0.00	0.00	586,375.28	970,000.00	1,556,375.28
TABASCO	0.00	0.00	5,058.40	600,000.00	605,058.40
TAMAULIPAS	0.00	0.00	0.00	800,000.00	800,000.00
TLAXCALA	0.00	0.00	0.00	300,000.00	300,000.00
VERACRUZ	0.00	0.00	226,886.91	1,500,000.00	1,726,886.91
YUCATAN	0.00	0.00	0.00	500,000.00	500,000.00
ZACATECAS	0.00	0.00	3,600.31	350,000.00	353,600.31

ESTADO	2009	2010	2011	2012	TOTAL
TOTAL	0.00	41,235.89	5,377,605.72	24,420,922.46	29,839,764.07

3. Resultados 2008 a 2011

Objetivo General

Reducir el número de muertes causadas por accidentes de tráfico de vehículo de motor en la República Mexicana particularmente en la población de 15 a 29 años de edad, mediante la promoción de la seguridad vial, la prevención de accidentes y la mejora en la atención a víctimas.

Objetivos Específicos

- Fortalecer y modernizar el marco jurídico y regulatorio.
- Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la seguridad vial y de prevención de accidentes.
- Mejorar la oportunidad y calidad en la atención a víctimas.

Para el logro de dichos objetivos, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes establece en su PAE siete estrategias y 24 líneas de acción:

1. Renovar y hacer más eficiente el marco normativo en materia de prevención de accidentes de tráfico;
2. Fortalecer la vigilancia, control y cumplimiento de normas vigentes;
3. Facilitar el acceso a información confiable y oportuna así como el desarrollo de indicadores para ATVM;
4. Promover la coordinación intersectorial, intergubernamental e internacional para hacer más efectivos los procesos de prevención de ATVM;
5. Impulsar la promoción de la seguridad vial y la prevención de ATVM para la construcción de una nueva cultura que favorezca la reducción de los factores de riesgo;
6. Atención oportuna a víctimas;
7. Capacitación y entrenamiento.

4. INDICADORES

Meta: Reducir en 15% el número de muertes por accidentes de tránsito de vehículo de motor en población de 15 a 29 años

Año	Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	5,458	5,349	5,215	5,085	4,932	4,809	4,639
Real	5,458	5,099	5,714	5,927	5,475	5,198	4,804
Variación %	100	-6.6	12.1	3.7	-7.6	-5.1	-7.6

Nota: Número de muertes para 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010 INEGI-SS, para 2011 estimado con base en SEED, para 2012 estimado con tendencia 2009-2012

- De acuerdo con cifras definitivas de 2010 y estimadas con información del Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones para 2011 y 2012, se observa una tendencia de reducción en el número de las defunciones de la población de 15 a 29 años.
- Tomando como base 2006, año en el que se registraron 5,458 accidentes de tránsito de vehículo de motor en el grupo de edad 15 a 29 años de edad, para 2012 se logró reducir en 12% el número de muertes, lo que representa una variación de 3% (165 defunciones más) de la meta programada.
- Se considera un logro importante la reducción del 12% en las muertes por accidentes en población de 15 a 29 años tomando en cuenta los siguientes aspectos: Se logró contener el incremento de muertes que se venía presentando año con año, resultado del incremento de parque vehicular, la inexistencia de plataformas y acciones multisectoriales sistemáticas de educación vial, promoción de la seguridad vial, programas de mejoramiento de carreteras urbanas y suburbanas, entre otros. Adicionalmente, la unidad responsable (Secretariado Técnico de Prevención de Accidentes) inició actividades sin estructura y presupuesto propio. Fue hasta 2008 cuando se le asignó presupuesto para su operación así como recursos para la contratación de personal eventual y hasta 2009 que se pudo iniciar la transferencia de recursos a los servicios de salud estatales para la operación del Programa, pues el presupuesto en las entidades para la operación de éste era casi nulo.

- Considerando la complejidad que requiere el mejoramiento de la seguridad vial, iniciando por el reconocimiento de los múltiples factores que intervienen, la organización de la diversidad de actores implicados en su resolución, hasta la propia acción para desarrollar las intervenciones, es resulta relevante el hecho de que ha dos años de iniciada la operación en las 32 entidades federativas se empezaran a tener cifras de reducción.
- No obstante, los resultados de las acciones realizadas a lo largo de cinco años de haber iniciado el Programa son contundentes, en términos de definición, la estructuración y organización para la operación del Programa desde el nivel municipal y hasta el nivel federal. En este sentido, algunos de los principales avances son: 1) Homologación de conceptos y criterios de actuación: Se han elaborado más de 70 documentos: guías, manuales, trípticos, investigaciones, entre otros, acordes a la realidad del país con conceptos y criterios de acción locales; 2) Reconocimiento social de la seguridad vial como un problema de enormes implicaciones de salud pública. A través de los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes se ha logrado posicionar a la seguridad vial como un tema salud pública, que requiere de la realización de intervenciones coordinadas entre los diversos sectores.; 3) Posicionamiento del tema de la seguridad vial en la agenda política. Algunos Los logros antes mencionados se traducen en sensibilización, conocimiento, capacidades y habilidades que, aunque de manera paulatina, permean en la población, en las autoridades, en las empresas e instituciones, como una “vacuna” para la construcción de estilos de vida y entornos saludables y seguros, y contrarrestar los efectos de la pandemia que representan las lesiones por accidentes de tránsito.

Es importante destacar algunos otros indicadores, no considerados en el PAE, los cuales son un reflejo de las acciones realizadas:

- Con base en la información más reciente emitida por los organismos oficiales el trabajo en seguridad vial arroja resultados positivos, en comparación con el 2009, se disminuyeron los muertos por siniestros de tránsito, de todos los grupos de edad, en 7.1% que corresponde a un total de 1,261 menos muertes en un año ubicándose para el cierre del 2010 en 16,559 casos.
- Los siniestros tanto en zonas urbanas como en carreteras también presentan una reducción marginal del 0.7% ubicándose en 455,085 siniestros en el 2010.
- Los heridos por siniestros de tránsito tienen una reducción del 7.2% lo cual representa 13,363 menos lesionados tanto en carreteras como en zonas urbanas del país.
- Este descenso en la cifra de mortalidad significa un ahorro de 4,520 millones de pesos en el año 2010.

5. Logros y beneficios obtenidos

A continuación se señalan algunos de los principales logros que permiten visualizar la situación actual del Programa, así como los retos y compromisos que se deben afrontar para alcanzar la meta de reducción de lesiones y muertes por accidentes de tránsito, comprometidos en el Decenio de Acción por la Seguridad Vial 2011-2020.

El **Programa de Acción Específico 2007. Seguridad Vial**, (PAE. Seguridad Vial) es uno de los logros más relevantes, ya que en nuestro país no se disponía de un instrumento rector de alcance nacional en cuanto a seguridad vial. Esta herramienta es fundamental, ya que en ella se establecen las acciones multidisciplinarias e intersectoriales requeridas para hacer frente a esta problemática.

Al respecto, es importante destacar que, a nivel federal, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes es la dependencia que cuenta con las atribuciones para el mejoramiento de la infraestructura carretera, otorgamiento de licencias para conductores de transporte público y de carga, realización de operativos de control de velocidad, de alcohol en el aliento, entre otros; sin embargo, su programa de operación sólo tiene alcance en carreteras federales.

En este mismo sentido, las secretarías de Seguridad Pública y de Tránsito, estatales y municipales, son las instancias que de manera natural realizan las funciones de gestión, vigilancia y control policial, educación vial, entre otras; sin embargo, las acciones que desarrollan se llevan a cabo de manera desarticulada, sin ningún tipo de seguimiento, y únicamente de alcance local.

A continuación se describen los principales avances en las estrategias y líneas de acción establecidas en el PAE. Seguridad Vial.

A fin de renovar y hacer más eficiente el marco normativo en materia de prevención de accidentes de tránsito, se elaboró un diagnóstico nacional de las leyes y reglamentos en materia de seguridad vial, a partir del conocimiento de los factores de riesgo y sanciones que se aplican en cada una de las entidades federativas.

Con base en el diagnóstico elaborado, con la coordinación de diversos organismos públicos y sociales de los tres niveles de Gobierno, se elaboró el proyecto de Ley modelo en materia de seguridad vial y tránsito para los estados de la República Mexicana, así como de la propuesta de Ley de prevención y control de accidentes de tránsito y lesiones y muertes derivadas. La adecuación de marco legal, conforme a dichos proyectos, se promueve en los 32 estados y en los municipios definidos como prioritarios, por su alta tasa de siniestralidad y de mortalidad. Ejemplo del uso de dicha Ley modelo son las adecuaciones hechas a la Ley de Vialidad y Tránsito del estado de Jalisco, hoy denominada “Ley Salvavidas”, así como de los estados de Yucatán, Guanajuato, Tlaxcala, Hidalgo, entre otros.

Las propuestas de adecuación incluyen modificaciones para la homologación de niveles máximos de concentración de alcohol en la sangre en conductores, realización de operativos de control de aliento, así como la obligatoriedad de uso de cinturón de seguridad para todos los pasajeros, sistemas de retención infantil, cascos para personas a bordo de motocicleta, no usar el teléfono celular o cualquier otro dispositivo electrónico mientras se conduce y la aplicación de controles de velocidad, así como la obligatoriedad de contar con seguros de responsabilidad civil o de “daños a terceros”.

Respecto a la adecuación legal para la emisión de licencias, dada la heterogeneidad de la normativa estatal y municipal en este tema, se ha participado en diversas reuniones para la elaboración y consenso de la *“Carta Iberoamericana sobre licencias de conducir”*, a través de la cual se pretende la unificación de las clases de licencias, los requisitos para obtenerlas, los plazos de validez y el modelo de licencia a nivel Iberoamericano.

En cuanto al cobro de sanciones, se determinó que corresponde al municipio establecer las multas conforme a las condiciones y características del lugar, no obstante la recomendación que se hace es que las sanciones que se establezcan sean percibidas por la población como justas, y se apliquen de manera equitativa, para evitar la impunidad.

Como parte de la estrategia relativa a fortalecer el control, vigilancia y cumplimiento de las normas vigentes, en materia de regulación de la emisión de licencias para conducir, el día 09 de mayo de 2007 se publicó en el D. O. F., la modificación al artículo 164 de la Ley General de Salud, en la cual se establece que: “La Secretaría de Salud deberá realizar convenios con los gobiernos de las entidades federativas para determinar los exámenes psicofísicos integrales que se practicarán como requisito previo para la emisión o revalidación de licencias de conducir, así como para establecer otras medidas de prevención de accidentes.”

En virtud de lo anterior, la propuesta de adecuación de marco legal incluye la inclusión de los criterios para la realización de exámenes psicofísicos como requisito para la expedición y revalidación de las licencias para conducir. Cabe destacar que dichos criterios son los establecidos por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes para la expedición de licencias de conductores del servicio público federal.

Es indispensable fortalecer la labor de gestión para la adecuación del marco legal, con base en las propuestas elaboradas. Lo anterior requiere de un análisis de actores clave y a partir de ello diseñar una estrategia de cabildeo. Las adecuaciones ideales que se requieren podrían llevar mucho tiempo, por lo que todo avance, por gradual que sea, siempre será mejor que no haber negociado nada.

Entre 2008 y 2009 se elaboró, en coordinación con tres empresas comercializadoras de radares de velocidad, el Anteproyecto de NOM para establecer las características mínimas de calidad de los cinemómetros. Dicho documento se presentó ante el Instituto Mexicano de Normalización y

Certificación. Se debe dar seguimiento a la aprobación del proyecto de norma de los cinemómetros, que permita dar certeza y legalidad del correcto uso de los equipos. Se cuenta con evidencia de la efectividad del uso de cinemómetros, sin embargo no se ha logrado concientizar a las direcciones de tránsito de generalizar su uso. Actualmente, en algunos municipios, principalmente en aquellos en donde no existe el marco legal para la realización de operativos de control de aliento aleatorios, se utilizan los radares de velocidad para poder detener a los vehículos a exceso de velocidad y así llevar a cabo la prueba de alcoholimetría.

En cuanto a la realización de una norma técnica de alcoholímetros, después de varias reuniones se concluyó, en coordinación con empresas comercializadoras de equipos para la realización de alcoholimetría, el Anteproyecto de NOM para uso de alcoholímetros. El Instituto Mexicano de Normalización y Certificación determinó que no es posible aprobar ni dar seguimiento al anteproyecto elaborado, en virtud de que en México no se cuenta con los laboratorios especializados para realizar la evaluación de la calidad de los equipos que se comercializan en el país. Dado que no será posible concluir la NOM, se recomienda llevar a cabo un estudio de mercado para conocer los operativos utilizados en los países con mayores avances en este tema y a partir de ello sugerir el uso de los equipos que cumplen satisfactoriamente y validados por en el marco internacional.

Considerando lo anterior, es importante trabajar con equipos que cuenten con certificación internacional y establecer los procesos para que la calibración que requieren los equipos se cumplan en tiempo, en forma y por las personas capacitadas e idóneas para llevarlo a cabo.

A fin de garantizar que los equipos que se utilizan de manera oficial en la realización de operativos de control de aliento, y garantizar la equidad de los proveedores de dichos equipos, el STCONAPRA elaboró la ficha técnica de equipos para realización de pruebas de alcohol en aliento, la cual se ha difundido y utilizado en el marco del desarrollo de Programa Nacional de Alcoholimetría.

En febrero de 2009 se llevo a cabo la Primera Reunión de Expertos en Alcohometría, en donde participaron representantes de las áreas de tránsito y vialidad de los estados de Chihuahua, Yucatán, Aguascalientes, Guanajuato, Guadalajara, Nuevo León, entre otros etc., así como representantes de las Secretarías de Comunicaciones y Transportes; de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

El objetivo fue compartir experiencias en el tema de la conducción y la ingesta de alcohol, donde se abordaron temas relacionados a las sanciones, los efectos de la ingesta de alcohol, los niveles de alcohol, la unidad de medida y los operativos de control. Esto con la finalidad de establecer los parámetros mínimos que se deben de establecer en las legislaciones estatales y locales para el fortalecimiento de las pruebas de alcohol en aliento aleatorias. Como resultado de dicha reunión surgió el Manual para la Implementación de Operativos, en donde se establece el funcionamiento operativo del Programa Nacional de Alcoholimetría.

A partir de la Reunión de Expertos realizada en 2009, se implementó el Programa Nacional de Alcoholimetría, con la asignación de recursos y la capacitación en el tema de alcohol y cuerpo humano. En 2010, se inició la adquisición de equipamiento y se comenzaron gestiones de los responsables estatales para entrega de equipos a municipios prioritarios. El Programa Nacional de Alcoholimetría tiene como objeto impulsar la implementación de operativos de control de aliento aleatorios en los municipios con mayor mortalidad por accidentes de tránsito, a fin de disminuir las lesiones asociadas a la conducción bajo los efectos del alcohol.

Para la operación de dicho Programa, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, a transferido los servicios de salud de las 32 entidades federativas 41.6 millones de pesos, con los que se han comprado más de 500 equipos de alcoholimetría e insumos para la aplicación de controles de alcohol en 91 municipios prioritarios del país.

Durante 2012 se capacitaron a 517 policías de tránsito y vialidad con lo que suman 1,135 personas capacitadas entre 2010 y 2012, en diversos temas de seguridad vial. En colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la ONG Global Road Safety Partnership (GRSP), se llevaron a cabo tres talleres internacionales de vigilancia y control policial impartidos por expertos en el tema de seguridad vial y control de tránsito de la Dirección General de Tráfico (DGT) de España, así como de autoridades del Consejo de Seguridad Vial (COSEVI) de Costa Rica.

Adicionalmente, en colaboración con expertos en el tema de control de tránsito de las diferentes entidades federativas (directores, coordinadores y operativos estatales y municipales) se elaboró el Manual para la Implementación de Operativos de Alcoholimetría y la Guía de Intervenciones de Vigilancia y Control de Tránsito.

Con la implementación del Programa Nacional se ha observado que elementos que han dificultado la operación del Programa debido a la falta de atribuciones legales que presentan los reglamentos estatales y municipales para implementar operativos de alcoholimetría. Otro punto problemático para la realización de controles de aliento es la inseguridad pública que prevalece en el país, lo que ha llevado a estados y municipios a disminuir los operativos de control.

Existen factores políticos que han afectado la implementación o la continuidad del Programa, en tiempos electorales o en sitios turísticos. Además, con los cambio de administración no permiten la continuidad de los programas municipales, este se debe al desconocimiento en el tema de las nuevas autoridades o a la falta de interés por dar continuidad a los programas pasados.

La Secretaría de Salud, a través del STCONAPRA, coordina el Observatorio Nacional de Lesiones el cual está conformado por la representación de la Secretarías de Seguridad Pública, Comunicaciones y Transportes (IMT y CAPUFE), Salud (STCONAPRA. Dirección General de Epidemiología, Dirección General de Información en Salud), Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Instituto Nacional de Salud Pública y Cruz Roja Mexicana.

El Observatorio Nacional de Lesiones (ONL) elaboró la Metodología para el desarrollo de observatorios estatales de lesiones causadas por el tránsito y el formato único que contiene todas las variables necesarias para conocer la situación de la seguridad vial en México. Con base en dicho manual el ONL, coordina la capacitación y asesoría para la implementación de los observatorios estatales de lesiones. Actualmente se cuenta con la instalación de observatorios en: Aguascalientes, Campeche, Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Veracruz y Zacatecas; y han iniciado el proceso de integración Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Guerrero, México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.

En 2012, el ONL se sumó al Comité Director del Observatorio Iberoamericano de Seguridad Vial, el cual sirve como depositario de información para la integración de normas y bases de datos en la Región Iberoamericana. Asimismo, México se integró como piloto para la implementación a la Base de Datos Internacionales sobre Seguridad Vial (IRTAD) en Latinoamérica. En el marco del Programa Mesoamericano de Seguridad Vial, aprobado en 2012 por los Ministros de Salud de Mesoamérica, México lidera el tema de información y datos asesorando a la Región para el desarrollo del Observatorio Mesoamericano de Seguridad Vial así como los Observatorios Nacionales. Algunas de la publicaciones hechas a través del Observatorio Nacional de Lesiones son: Las lesiones de causa externa en México; Situación de la seguridad Vial en México y la supervisión del Diagnóstico espacial de los accidentes de tránsito, elaborado para el Distrito Federal, Monterrey, León, Guadalajara, Ciudad Juárez.

Con la finalidad de contar con literatura propia de la realidad del País relacionada con las lesiones de causa externa, el STCONAPRA ha elaborado diversos documentos técnicos, los cuales son utilizados como herramientas técnicas para la capacitación y para la difusión de información científica que permita a los personas involucradas e interesadas, profundizar en la diversidad de aspectos inmersos en el tema de la seguridad vial.

Algunas de las principales publicaciones técnicas elaboradas son

- 1 Manual de orientaciones básicas
- 2 Manual para la formación de primeros respondientes en primeros auxilios
- 3 Cascos. Manual de seguridad vial para decisores y profesionales
- 4 Control de la velocidad. Un manual de seguridad vial para los responsables de tomar decisiones y profesionales
- 5 Programa Nacional de Alcoholimetría. Manual para la implementación de operativos

- 6 Guía General de parques de educación vial para niños de 4 a 7 años
- 7 Prevención de accidentes en caso de desastres. Guía para personal de salud
- 8 Metodología para la medición de cuatro factores de riesgo en seguridad vial
- 9 Prevención de accidentes en caso de desastres. Guía para la población
- 10 Las lesiones por causa externa en México
- 11 Levantamiento de la línea base. Reporte Final
- 12 Situación de la seguridad vial en México
- 13 Diagnóstico espacial de los accidentes de tránsito en el Distrito Federal
- 14 Auditorias de Seguridad Vial Ciudad de México
- 15 Auditoria en Seguridad Vial Línea 2 del Metrobús
- 16 Auditoria en Seguridad Vial Línea 2 del Metrobús. Resumen Ejecutivo
- 17 Auditorias de Seguridad Vial Escuelas Ciudad de México
- 18 Análisis de los Sistemas de Urgencias en México. Propuesta de Modelo Operativo
- 19 Análisis de los Sistemas de Urgencias en México. Análisis Cualitativo
- 20 Análisis de los Sistemas de Urgencias en México. Mejores Prácticas
- 21 Resumen del Informe final Cursos para instructores que capacitan a Primeros Respondientes en atención inmediata de urgencias médicas
- 22 Programa Nacional Formación de Instructores en Primera Respuesta. Informe Final
- 23 Avance final para la profesionalización del técnico de atención médica prehospitalaria a través del acuerdo 286
- 24 Datos generales de demografía, morbilidad y mortalidad por entidad federativa 2007
- 25 Morbilidad y mortalidad por lesiones de causa externa en la República Mexicana 2008
- 26 Los accidentes de motocicleta en México
- 27 La situación de los accidentes de tráfico Mazatlán, Sinaloa. El programa cero tolerancia
- 28 Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial. Estudio de la situación actual. Nuevo León, Jalisco, Guanajuato, y D.F.
- 29 Caracterización de las defunciones por accidente de transporte en la República Mexicana
- 30 Caracterización histórica de las lesiones por causa externa 2000- 2006 en México (Segundo Entregable)
- 31 Análisis de egresos hospitalarios por causa externa en México
- 32 Informe sobre la situación de la seguridad vial en el mundo, 2009

- 33 Informe regional sobre la situación de la seguridad vial, 2010
- 34 Diez principales causas de lesiones por causa externa en México, 2008
- 35 Lesiones por arma de fuego, 1990-2008
- 36 El peso de las lesiones de causa externa en México
- 37 Caracterización de las defunciones por accidentes de transporte en las zonas metropolitanas de la República Mexicana
- 38 Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial Línea Base. Resultados de la medición
- 39 Análisis para la implementación de una política pública en materia de alcohol
- 40 Análisis de los Sistemas de Urgencias en México - Análisis Cuantitativo
- 41 Metodología para desarrollar un Observatorio de Lesiones causadas por el tránsito
- 42 Documentación de las Mejores Prácticas en Seguridad Vial

A fin de facilitar el acceso a información confiable y oportuna, con el apoyo de la Dirección de Informática y Geografía Médica del Instituto Nacional de Salud Pública se elaboró el Atlas Nacional de Mortalidad por Lesiones de Causa Externa en la República Mexicana 2007. Asimismo con la asesoría del Instituto de Geografía de la Universidad Nacional Autónoma de México se elaboró el Análisis Espacial de los Accidentes de Tránsito de las ciudades de Monterrey, Nuevo León; Guadalajara, Jalisco; León, Guanajuato, Juárez y del Distrito Federal.

La información que arrojan dichos documentos es de gran valor para la gestión de recursos y la toma de decisiones en la implementación de acciones focalizadas, tanto preventivas como correctivas.

Debido a los costos para la elaboración de la investigación como para la publicación, no ha sido posible continuar con el análisis espacial de otras ciudades, por lo que es necesario gestionar mayores recursos para que las entidades federativas, a través de los observatorios estatales de lesiones, elaboren este tipo de documentos.

La coordinación interinstitucional es una condición indispensable para la operación del Programa, toda vez que la atención al problema de los accidentes de tráfico no es una atribución exclusiva de una dependencia o sector, es una responsabilidad compartida con todos los actores institucionales, cada uno desde su ámbito de competencia, para atender los factores de riesgo que las generan.

Considerando lo anterior, la implementación del **modelo IMESEVI (Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial)**, ha permitido desarrollar intervenciones en cada uno de sus componentes y establecer sinergias con los principales actores de los tres niveles de Gobierno, lo que garantiza un mayor alcance de las acciones, así como la posibilidad de obtener mejores resultados en el mediano plazo.

Ejemplo de lo anterior es el lanzamiento de la campaña “Pilotos por la Seguridad Vial”, (agosto 2012), como una iniciativa que suma los esfuerzos del Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud, de la Federación Internacional de Automovilismo (FIA) México, de la Escudería Telmex, de la Cruz Roja Mexicana, así como de otras instituciones públicas y privadas, con el propósito de impulsar entre los jóvenes, a través de capacitación y pláticas de sensibilización, la prevención de accidentes de tránsito.

El modelo IMESEVI se opera en las 32 entidades federativas. A fin de incidir en el desarrollo de acciones para el mejoramiento de la seguridad vial en el ámbito local conforme IMESEVI, en mayo de 2012 se realizó la Segunda Reunión con Autoridades de Municipios Prioritarios para la Seguridad Vial y se participó en la XIX Reunión Nacional de la Red Mexicana de Municipios por la Salud. Asimismo, con el propósito de conocer los principales factores de riesgo en las ciudades con mayor número de defunciones y focalizar la realización de las intervenciones preventivas prioritarias, entre 2009 y 2012 se han realizado 41 diagnósticos basales. En 13 municipios se realizan evaluaciones de seguimiento anuales.

A fin de generar intervenciones eficaces y susceptibles de ser replicadas, se ha impulsado la documentación y difusión de buenas prácticas. En este sentido, se llevó a cabo el Tercer Foro de Buenas Prácticas en Seguridad Vial. Mesoamérica ante el Decenio de Acción 2011-2020, el cual contó con la participación de más de 350 actores nacionales e internacionales de diversos sectores involucrados en el tema de la seguridad vial.

La incorporación de asociaciones y de Organizaciones No Gubernamentales relacionadas con la prevención de accidentes, es un proceso permanente en las acciones planeadas conjuntamente con las mismas. La importancia para la prevención de accidentes de dichas organizaciones se ha hecho patente cada vez con más fuerza por lo que la coordinación con éstas es una línea de acción prioritaria.

Es importante destacar que, conforme a los documentos y estudios emitidos por la Organización Mundial de la Salud, el STCONAPRA no realiza acciones de manera conjunta con ninguna institución, ONG, y empresas, vinculada con la industria del alcohol, como lo es FISAC. Lo anterior debido a que las acciones de prevención de accidentes que ellos impulsan, no cuentan con evidencia de su efectividad además de que el mensaje que emiten a través de sus campañas promueve el consumo moderado.

En colaboración con la Organización Panamericana de la Salud se ha impulsado la creación de dos organizaciones civiles Vivicar. Víctimas de accidentes A.C. y Salvaguarda A.C., ambos en el estado de Jalisco.

Se cuenta con un directorio de organizaciones, con quienes se llevan a cabo acciones, tomando en cuenta sus propuestas. Actualmente, están participando de las acciones diferentes organizaciones públicas, privadas y sociales. Cabe destacar que todas estas organizaciones han sido convocadas a reuniones de coordinación con el STCONAPRA para definir su participación, por ejemplo en la elaboración del Programa de Acción de seguridad Vial y en la Estrategia Nacional de Seguridad Vial, la cual se busca operacionalizar en el marco de Decenio de Acción por la Seguridad Vial.

- CANACINTRA,
- CANAPAT,
- CANIRAC,
- CANACAR,
- Asociación Nacional de Transporte Privado
- Federación Mexicana de Automovilismo Deportivo
- Centro de Transporte Sustentable
- Consejo de la Comunicación
- Asociación Mexicana de Empresas Señalizadoras e Instaladoras, A.C.
- Asociación Mexicana de Pediatría,
- Instituto de Políticas de Transporte y Desarrollo
- Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población
- Asociaciones Civiles:
- Juventud Cruz Roja Mexicana,
- Yo Propongo,
- Aguas con el Alcohol, A.C.,
- ANA Automóvil Club de México,
- Asociación de Scouts de México, A. C.
- Convivencia sin Violencia, A.C.
- IRSA (International Road Safety Academy) Association Mexico, A.C.
- Ixen Consulting Group
- Maneja Bonito, A.C.
- Muévete por tu Ciudad, A.C.
- No A Conducir Ebrio, A.C.
- Presencia Ciudadana Mexicana, A.C.

- Safe Kids
- Club Rotario Chapultepec.
- Movilidad y Desarrollo México, A.C.
- Todos en movimiento
- Asociación Mexicana de Distribuidores y de Automotores A. C.
- Club Rotaract Politécnico-La Herradura
- Asociación Mexicana de la Industria Automotriz,
- Autoexplora
- Autocosmos de México SA de CV
- IMPULMAX (Concurso de Elegancia, Huixquilucan),
- Revista Automóvil Panamericano
- Autos en Imagen
- SIGA
- Cinética Educativa

Como parte de las acciones para fortalecer la cooperación con organismos internacionales y organizaciones e instituciones nacionales y extranjeras, México forma parte de los países seleccionados dentro del proyecto denominado RS10 (Road Safety 10), financiado por Bloomberg Philanthropies, a través de la OMS/OPS. Desde 2010 se aplica este programa en las ciudades de Guadalajara, Jalisco y León, Guanajuato, el cual se focaliza en el desarrollo de intervenciones sobre los factores de riesgo de: sistemas de retención y alcohol y volante. Con base en los resultados obtenidos en León y Guadalajara, Bloomberg Philanthropies aprobó la inversión de 2 millones de dólares entre 2012 y 2013, para ser aplicados a través del proyecto denominado IMESEVI6 en cuatro nuevas ciudades: Toluca, México; Mérida, Yucatán; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas y Aguascalientes, Aguascalientes, adicionalmente a León y Guadalajara.

Se han logrado establecer alianzas de colaboración con organismos internacionales como: el Banco Mundial; el Banco Interamericano de Desarrollo; Fundación FIA; Fundación MAPFRE; Dirección General de Tránsito de España; así como con las agencias de prevención de accidentes de los países de la Región.

Algunos de los principales resultados de la relación con dichos organismos son la realización de los siguientes eventos:

En 2008, los secretarios de salud de 24 países de América Latina y del Caribe suscribieron la **Declaración de Mérida, para la Prevención de la Violencia y las lesiones en las Américas**, a través de la cual se comprometieron a la realización de acciones para el mejoramiento de la seguridad vial en sus propias naciones. Este hito constituye la base sobre la cual México, a través de su Ministerio de Salud ha impulsado a nivel nacional diversas acciones para posicionar el tema de la prevención de lesiones y la seguridad vial y participar en diversos foros internacionales para compartir la experiencia de la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial.

En 2011 México se unió a más de 100 países en el Lanzamiento del **Decenio de Acción por la Seguridad Vial 2011-2020**, declarado por la Organización Mundial de la Salud, realizado el día 11 de mayo de 2011.

En esa fecha histórica, México fue sede de un lanzamiento a nivel nacional y regional de la década de acción con la participación de 29 países de la región Latinoamericana y del Caribe. Junto a más de 1,000 participantes, 15 Ministros de Salud y de Transporte, 6 viceministros, y 294 ponentes regionales, así como de las principales autoridades del Banco Mundial (BM), del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), de la Corporación Andina de Fomento (CAF), de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB), y otros, se unieron para lanzar la Década de Acción histórica para la Seguridad Vial.

Para formalizar el compromiso, el Presidente de México fue el testigo de honor durante la firma, por parte de los Ministros de Salud y de Comunicaciones y Transportes, de la Estrategia Nacional de Seguridad Vial de México 2011- 2020, la cual contempla los 5 ejes de actuación propuestos en el Plan Global de Naciones Unidas para el Decenio de Acción.

El Camino de la Estrategia Nacional de Seguridad de México marca un hito fundamental, con objetivos ambiciosos para el país, de reducir en un 50 por ciento el número de muertes, lesiones y discapacidades en nuestras carreteras para el año 2020. El logro de los objetivos planteados representa el salvar la vida de más de 60.000 personas, evitando 120.000 incapacidades permanentes, evitando más de 1,5 millones de lesiones graves que requieren hospitalización. Estos beneficios potenciales podrían resultar en ahorros de más de 50 mil millones de dólares de los costos directos e indirectos asociados con la pandemia, durante la década.

La **Estrategia Nacional de Seguridad de México** fue apoyada por unanimidad por los 31 Gobernadores de la Federación y por el Jefe de Gobierno de la Ciudad de México así como por Congreso, mediante el decreto emitido por el Senado de la República, por el cual se proclamó oficialmente la década 2011-2020 como el Decenio de la Acción para la Seguridad Vial en México.

Es evidente que las expectativas y acuerdos generados durante la semana de la Seguridad Vial representan compromisos con las instituciones, organismos, asociaciones, etc. Pero sobretodo representa la oportunidad de trabajar de manera conjunta y coordinada a favor de un problema de salud pública prioritario, pero que no ha recibido la atención que merece. En este sentido, es necesario continuar las gestiones para contar con los recursos financieros y humanos para dar seguimiento a esta rectoría y a las acciones multidisciplinarias e intersectoriales para abatir esta problemática.

Un hecho particularmente relevante es la Resolución emanada de la XIII Cumbre de Jefes de Gobierno del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, realizada en el mes de diciembre de 2011, donde se instruye a los Ministerios de salud y de transportes a elaborar un **Programa Mesoamericano de Seguridad Vial en el 2012**. Al respecto, se pueden destacar los siguientes logros: 1) Designación de puntos focales de los ministerios de salud y de transportes de los países mesoamericanos, 2) Elaboración del Programa Mesoamericano de Seguridad Vial (PMSV), 3) Aprobación de los Ministros de Salud del PMSV; 4) Definición de acciones estratégicas para Mesoamérica.

En nuestro país, los accidentes viales producen altos costos económicos, sociales y familiares. Enfrentar este problema es una tarea que requiere del compromiso decidido de todos los sectores involucrados, desarrollando intervenciones multisectoriales dirigidas hacia la promoción de comportamientos seguros en las vialidades, que permitan contribuir a una cultura de la prevención de accidentes y a la generación de comunidades y entornos seguros. Estas intervenciones serán focalizadas a los sitios y a la población en mayor riesgo.

La participación de la comunidad mejora el conocimiento y les motiva para conocer o profundizar sobre las estrategias locales para enfrentar el problema de los accidentes en la vialidad.

En este sentido, el STCONAPRA ha tenido una participación constante en las entidades federativas y en los municipios con el propósito de mejorar o fortalecer la participación de la comunidad, así mismo, se ha dado a la tarea de presentar en diversos foros nacionales las estrategias y el Programa de Acción de Seguridad Vial. La excelente coordinación que se ha logrado establecer con otras instituciones nos permite seguir participando en diversos foros en los que se intercambian las experiencias exitosas para la prevención de accidentes.

El ST CONAPRA, en coordinación con autoridades estatales y federales, ha realizado y participado en diferentes **foros y congresos**, en los cuales se han dado a **conocer buenas prácticas que pudieran ser replicadas** en otras comunidades y entornos que presenten la misma problemática.

Asimismo, a la fecha han firmado el compromiso 14 empresas para el desarrollo de intervenciones de colaboración para la promoción de la seguridad vial. Las empresas que han firmado el compromiso:

- Activentura, S.A. de C.V.
- Autotraffic
- Axa Seguros
- AztraZeneca
- Bayer de México, S.A de C.V
- Bridgestone
- Cadbury Adams Servicios S.A. de C.V
- CEPA
- Estafeta Mexicana, S.A. de C.V.
- Femsal Logística
- Fundación Unitran
- Lafarge Cementos
- Sanofi-Aventis
- Pepsico Americas Foods

En 2009 se conformó el Sistema Nacional de Capacitación en Seguridad Vial, el cual tiene como objetivo coordinar la capacitación de servidores públicos, de las entidades federativas y municipios en materia de seguridad vial, a través de los cursos de capacitación en: auditoría de seguridad vial, alcohol y cuerpo humano, levantamiento de línea basal, conformación de observatorios de lesiones, atención inmediata de urgencias médicas y soporte vital básico. Cabe destacar que cada uno de los cursos anteriores cuenta con sus propias herramientas y portafolio de evidencias.

A través del Sistema Nacional de Capacitación en Seguridad Vial (SNCSV) se proporciona a los profesionales involucrados en el tema de la seguridad vial, elementos para potenciar las habilidades y capacidades que fortalezca el desempeño de sus actividades, además de que ha contribuido a generar interés y conciencia entre la población, respecto a la necesidad de participar en el mejoramiento de la seguridad vial a partir de la modificación de su propia conducta. A tres años de haber iniciado la implementación del SNCSV, en el mes de octubre se realizó una evaluación externa tanto de los cursos como de los materiales y herramientas que conforman el Sistema Nacional, lo que permitirá mejorar tanto la realización de los talleres como el impacto de sus contenidos.

Con la finalidad de lograr mayor cobertura de personas capacitadas, tanto profesionales como de la población en general, se impulsó la realización de cursos, talleres y pláticas sobre seguridad vial y prevención de accidentes a través de las instituciones que conforman el Consejo Nacional y los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes. En este sentido, se capacitó a personal médico, enfermeras y promotores de la salud del IMSS y

del ISSSTE de los estados de Jalisco, Aguascalientes, Guanajuato, Yucatán, Estado de México y Chiapas, así como a personal de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Entre 2010 y diciembre de 2012, se han capacitado a 750 formadores, 2,200 multiplicadores y 121,300 personas de la población abierta, sobre los factores de riesgo: no uso de cinturón de seguridad, no uso de sistemas de retención infantil, no uso de casco, conducción a velocidad inadecuada, uso de distractores al conducir y conducción bajo los efectos del alcohol; 1,570 instructores en primera respuesta y 46,475 personas como primeros respondientes, en la atención inmediata de urgencias médicas.

Es importante destacar la realización de los talleres “Informando para Salvar Vidas”, dirigidos a los periodistas que cubren la fuente relacionada con accidentes de tránsito en las ciudades de León, Guanajuato; Guadalajara, Jalisco; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas y Aguascalientes, Aguascalientes. El propósito de dichos talleres es proporcionar datos duros e información especializada sobre los factores de riesgo y medidas preventivas a fin de sensibilizar a los comunicadores sobre su rol en el mejoramiento de la seguridad vial y la importancia de presentar notas menos “amarillistas” y más propositivas.

A fin de contar con la información y la evidencia para la gestión de medidas correctivas de bajo costo y alto impacto, entre 2010 y diciembre de 2012 se capacitó a 1,131 auditores de seguridad vial. Los equipos multidisciplinarios que se han conformado en los 34 cursos impartidos desde 2010, han generado 213 auditorías de seguridad vial en las diferentes ciudades en donde se han impartido los talleres, de las cuales 71 ya han sido implementadas las propuestas de adecuación a la infraestructura evaluada.

Con el propósito de conocer los principales factores de riesgo en las ciudades con mayor número de defunciones y focalizar la realización de las intervenciones preventivas prioritarias, entre 2009 y 2012 se han realizado 41 diagnósticos basales. En 13 municipios se realizan evaluaciones de seguimiento anuales.

Actualmente los libros de texto de nivel primaria cuentan con información sobre prevención de accidentes, no obstante lo anterior, se debe incluir mayor información sobre factores de riesgo así como de civismo, vinculado al respeto de los derechos y deberes en el sistema vial; así como de prácticas por grupo de edad que contribuyan a construir y reforzar una cultura de la prevención.

A través de la representación de la Secretaría de Educación Pública ante el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes así como de diversas reuniones con directivos de dicha Secretaría, se ha propuesto la incorporación de contenidos educativos así como del desarrollo de otras estrategias, como de capacitación, auditorías de seguridad vial en el entorno escolar, entre otros, las cuales deben desarrollarse de manera coordina, sin embargo

no ha sido posible avanzar en este sentido. En virtud de lo anterior, es prioritario establecer una línea de acción específica con las áreas competentes de la propia Secretaría de Salud.

El STCONAPRA desarrolla, entre otros tipos de intervenciones, estrategias comunicativas y de sensibilización a la población, enfocadas a modificar la conducta y estilos de vida inseguros, por una cultura de la prevención y de la seguridad. **Entre 2007 y 2010 se han desarrollado diversos materiales (71)** entre los que podemos destacar:

Serie de cómics: “Cuates de Cuidado”: Este material educativo tiene como objeto promover, en los niños de 7 a 12 años, de manera lúdica la cultura de la prevención de accidentes en su entorno y de esta manera fomentar la disminución de la morbilidad y mortalidad dentro de este rango etario a consecuencia de los accidentes. Hasta este momento se han publicado 3 tomos de la serie y se planea que el próximo año se publique el cuarto número. Tiraje de cada tomo: 15,000.

Serie de trípticos de 11. Serie de trípticos de seguridad vial con temáticas específicas como: el peatón, Cinturón de Seguridad, Niños Peatones, Jóvenes, Adultos Mayores, Velocidad, Condiciones adversas, Alcohol, Preferencias de Paso, y Asientos Infantiles. Hasta este momento se han publicado 3 reediciones de la serie y se planea que el próximo año se imprima una actualización de los mismos. Tiraje: 250,000.

Manuales de capacitación: Se han realizado diversos materiales que se utilizan como material de apoyo en los cursos especializados que realiza este Secretariado Técnico en toda la República Mexicana. De entre estos documentos podemos destacar: Manual de orientaciones básicas; Manual para la formación de primeros respondientes en primeros auxilios; Metodología para la medición de cuatro factores de riesgo en seguridad vial; Programa Nacional de Alcoholimetría. Manual para la implementación de operativos; Guía General de parques de educación vial para niños de 4 a 7 años, entre otros.

- *Obtención del Número Internacional Normalizado del Libro (ISBN) para 12 publicaciones del STCONAPRA:*

- ✓ Código de Prevención de lesiones, ISBN: 978-607-460-192-3; Cuates de cuidado 1. Prevención en las vías, ISBN:978-607-460-193-0
- ✓ Cuates de cuidado 2. Prevención en vacaciones ISBN:978-607-460-194-7
- ✓ Cuates de cuidado 3. Prevención en vacaciones decembrinas, ISBN: 978-607-460-195-4
- ✓ Documentación de las mejores prácticas en seguridad vial, ISBN: 978-607-460-196-1
- ✓ Guía general de Parques de educación vial para niños de 4 a 7 años. Guía de Parques de Movilidad Segura, ISBN: 978-607-460-197-8
- ✓ IMESEVI, iniciativa mexicana de seguridad vial. Esto no es un accidente. La memoria de la IMESEVI, ISBN: 978-607-460-198-5
- ✓ Levantamiento de la línea base. Construcción de línea base. Reporte final, ISBN: 978-607-460-199-2

- ✓ Manual de orientaciones básicas. Sistema nacional de capacitación de promotores en seguridad vial, ISBN: 978-607-460-200-5
- ✓ Manual para la formación de primeros respondientes en primeros auxilios, ISBN: 978-607-460-201-2
- ✓ IMESEVI, iniciativa mexicana de seguridad vial. Metodología para la medición de cuatro factores de riesgo en materia de seguridad vial, ISBN: 978-607-460-205-0
- ✓ Programa nacional de Alcoholimetría. Manual para la implementación de operativos, ISBN: 978-607-460-208-1.

A fin de promover y difundir las consecuencias de las lesiones y medidas de prevención de accidentes, el CONAPRA impulsa la realización de campañas de comunicación a través de los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes durante los periodos vacacionales de semana Santa, verano y decembrina, sobre cada uno de los factores de riesgo.

En 2009, se llevó a cabo la campaña de comunicación nacional más grande lanzada por la Secretaría de Salud, para promover el uso del cinturón de seguridad. La campaña se difundió a nivel nacional en medios masivos, televisión, radio, prensa, parabuses, entre otros, durante un mes.

Es indispensable gestionar recursos anuales para la realización de campañas de comunicación, que permitan mantener el tema de la prevención de los accidentes de tránsito en el colectivo social e incidir realmente en el conocimiento de los principales factores de riesgo y en la conducta de las personas en el sistema vial.

En adición al punto anterior, es importante generar por lo menos dos campañas de comunicación al año, considerando que el existe un incremento en la siniestralidad de manera estacional (semana Santa, verano y diciembre), considerando un sólo factor de riesgo por cada campaña.

Uno de los pilares fundamentales en materia de seguridad vial es la atención de los lesionados en caso de accidente, la cual debe ser brindada por los servicios de salud estatales e instituciones privadas, con oportunidad, calidad y calidez.

La necesidad de establecer un buen sistema de comunicación entre los servicios médicos prehospitales, hospitalarios y la comunidad es crucial, de hecho se considera que la red de comunicaciones es el corazón del sistema. La coordinación de los componentes dentro de la organización de respuesta a situaciones de urgencia, requiere de un plan de comunicación amplio y flexible.

El Centro Regulador de Urgencias Médicas, tiene como uno de sus objetivos establecer los mecanismos de coordinación entre las instituciones, dependencias y organizaciones de garantizar a la población información, orientación, ayuda y canalizar los recursos para atender la urgencia. Las funciones sustantivas del sistema, está encaminado a garantizar a la población, atención de urgencias, oportuna continua, eficiente y de calidad las 24 hrs, de los 365 días del año.

Para brindar una atención uniforme y de calidad se deben desarrollar protocolos que proporcionen enfoques estandarizados para los problemas médicos de mayor frecuencia, con métodos considerados aceptables para su tratamiento.

Es importante considerar que un sistema de comunicación no cubre los requerimientos en todas las entidades, regiones o comunidades, cada sistema estatal debe diseñarse de acuerdo sus necesidades.

De acuerdo con lo anterior, el STCONPARA elaboró diversos documentos para estandarizar la infraestructura y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias Médicas conforme a un mismo modelo:

Infraestructura:

- Análisis de los Sistemas de Urgencias en México, (análisis cualitativo)
- Análisis de los Sistemas de Urgencias en México, (análisis cuantitativo)
- Propuesta de Modelo Operativo en la Atención Médica Prehospitalaria
- Mejores Prácticas en la Atención Médica Prehospitalaria

Funcionamiento:

- Manual de Organización
- Manual de Procedimientos del Centro Regulador de Atención de Urgencias Médicas
- Formato de registro de atención prehospitalaria
- Instructivo de llenado del Formato de registro de atención prehospitalaria
- Manual de Procesos del Centro Regulador de Atención de Urgencias Médicas
- manual Custodia de los Bienes pertenecientes al lesionado

EL STCONPARA ha impulsado y asesorado en la instalación de los CRUM. A la fecha se cuenta con CRUM instalados en las siguientes entidades federativas: Guanajuato, Jalisco, San Luis Potosí, Chihuahua, Tabasco, Estado de México y Baja California Sur, Durango, Sonora y Querétaro.

Derivado de las gestiones del STCONAPRA, la Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación, una vez verificado y aprobado el proceso de evaluación, diseñado por el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, a través del Comité Técnico

Asesor Permanente de la atención Médica Prehospitalaria, en su parte práctica, y por otro en su parte teórica, **se designó al STCONAPRA como instancia evaluadora**, de conformidad con lo establecido por el Acuerdo 286.

Es indispensable gestionar el financiamiento necesario para llevar a cabo los procesos de validación de reactivos para el examen de diagnóstico y profesional del TUM, la validación de las matrices, la elaboración de los guiones para las estaciones de destrezas, la realización de la prueba piloto, así como para la contratación de personal e infraestructura para la realización de los exámenes correspondientes.

Estas acciones e intervenciones, que son costo efectivas, son parte de las herramientas y plataformas, inexistentes hace cuatro años, en las que se han sentado las bases para enfrentar de manera más efectiva la problemática que generan la inseguridad vial.

6. Áreas de Oportunidad

- Conformación y funcionamiento de comités técnicos por cada uno de los cinco pilares que integran la Estrategia Nacional de Seguridad Vial.
- Evaluar la operación del Programa Nacional de Alcoholimetría así como de los cursos talleres que conforman el Sistema Nacional de Capacitación en Seguridad Vial y, en su caso, fortalecer y realizar las adecuaciones pertinentes.
- La promoción de estilos de vida y entornos seguros y saludables, que contribuyan al mejoramiento de la seguridad vial, es escasa y no tiene continuidad. Debe haber una continua presencia en medios de mensajes sobre cada uno de los factores de riesgo para realmente incidir en el comportamiento de las personas. Se requiere de la asignación presupuestal para la realización de campañas nacionales de comunicación sobre cada uno de los factores de riesgo.
- Dar seguimiento y presentar resultados del proyecto IMESEVI 6.
- Concluir y vigilar la aplicación de la NOM 237-SSA1-2006. Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.
- Fortalecimiento estructural y presupuestal de las áreas responsables de la seguridad vial en los estados y municipios.

G. TRANSFERENCIAS A ENTIDADES FEDERATIVAS DE DIVERSOS PROGRAMAS POR EL PERIODO 2006-2007

Como parte de las actividades que lleva a cabo la Secretaría de la Salud en la actual administración, que está por concluir, se continuó apoyando a las entidades federativas con los recursos que se asignan a los diferentes programas, ya sea con recursos determinados por las diferentes direcciones generales encargados de los diversos programas, o bien con recursos etiquetados en los Presupuestos de Egresos de la Federación, con motivo de la actividad evaluada por el poder legislativo sobre la cual determinan que se deberán hacer ciertas acciones que propicien la mejora de la salud de todas las mexicanas y mexicanos.

Para esto, las unidades administrativas, establecen los compromisos y acciones que deberán llevar a cabo cada una de las entidades federativas, a través de las secretarías estatales u homólogas, para el ejercicio de los mismos. Estos compromisos se establecen en los convenios de coordinación que se firman por ambas partes y que requieren de comprobación después de realizar el gasto.

Durante el desarrollo para integración del Informe de Rendición de Cuentas 2006-2012, los órganos desconcentrados establecieron la situación que guardan las comprobaciones de cada una de las entidades federativas para cada uno de los programas. A continuación, se presenta un resumen al 31 de agosto de 2012.

De acuerdo con lo que se tiene establecido en los convenios de coordinación, los recursos son transferidos a las secretarías de finanzas de las entidades federativas y estos a su vez deben enviarlos a las secretarías de salud u homólogas, para su ejercicio en los programas a los que van asignados.

SECRETARÍA DE SALUD
TRANSFERENCIA DE RECURSOS A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.- Saldos por comprobar
(Millones de pesos)

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Por comprobar al 31-Dic-2010	34.9	117.9	1 275.5	3 542.1	12 286.7	36 669.9	0.0		53 927.0
Transferencias 2011	0.0	39.4	33.0	117.6	122.7	6 184.7	47 682.5		54 179.9
A comprobar 2005-2011	34.9	157.3	1 308.5	3 659.7	12 409.4	42 854.6	47 682.5		108 106.9
Comprobaciones 2011	15.1	163.0	811.7	1 733.2	8 617.5	31 076 .4	4 335.8		46 752.7
Devoluciones TESOFE 2011	-15.9	-13.3	39.9	41.5	234.1	73.1	0.0		359.4
Por comprobar al 31-12-2011	35.7	7.6	456.9	1 885.0	3 557.8	11 705.1	43 346.7		60 994.8
Transferencias Agosto-2012	^{1/} -15.9	^{1/} -36.9	1.6	46.4	107.0	359.0	595.4	36 391.5	37 448.1
A comprobar 2007-2012 (Agosto)	19.8	-29.3	458.5	1 931.4	3 664.8	12 064.1	43 942.1	36 391.5	98 442.9
Comprobaciones Agosto-2012	14.7	35.9	-267.2	-753.5	-1 128.6	-5 025.8	-26 788.7	-1 754.1	-35 667.3
Devoluciones TESOFE Agosto 2012		-5.5	-0.8	-2.7	-22.0	-149.9	-67.8		-248.7
Por Comprobar 31-Agosto-2012	34.5	1.1	190.5	1 175.2	2 514.2	6 888.4	17 085.6	34 637.4	62 526.9

Por entidad federativa se integra:

Estados	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	% Participación
Aguascalientes	0.0	0.0	0.0	0.0	3.4	1.3	51.1	259.5	315.2	0.5
Baja California	0.0	0.0	0.0	65.2	71.7	13.6	295.7	206.2	652.5	1.0
Baja California Sur	0.0	0.0	0.0	0.0	5.7	18.3	27.7	129.8	181.5	0.3
Campeche	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	26.8	57.8	267.9	352.6	0.6
Chiapas	0.0	0.0	0.0	2.8	303.6	1,023.3	789.5	1,857.6	3,976.8	6.4
Chihuahua	0.0	0.0	0.0	0.0	6.7	93.9	411.5	804.6	1,316.8	2.1
Coahuila	0.0	0.0	0.2	0.0	9.6	26.0	97.6	357.9	491.3	0.8
Colima	0.0	0.0	0.0	0.0	25.4	54.5	36.3	182.8	299.0	0.5
Distrito Federal	0.0	0.0	0.0	46.1	125.3	550.4	1,344.4	1,950.0	4,016.1	6.4
Durango	0.0	0.0	0.2	0.8	7.9	23.3	116.4	405.2	553.8	0.9
Guanajuato	0.0	0.0	79.1	497.5	252.6	303.5	918.2	2,284.3	4,335.2	6.9
Guerrero	0.0	0.0	8.6	0.0	12.8	247.9	835.2	1,194.5	2,299.0	3.7
Hidalgo	0.0	0.8	34.8	124.2	91.5	110.3	266.0	865.1	1,492.8	2.4
Jalisco	0.0	0.0	0.3	0.0	9.8	663.4	1,563.6	2,271.1	4,508.3	7.2
México	0.0	0.0	0.0	27.0	21.6	471.0	2,882.3	5,759.8	9,161.8	14.7
Michoacán	0.0	0.0	35.2	155.9	186.0	781.9	1,119.6	1,325.6	3,604.2	5.8
Morelos	0.0	0.0	8.7	41.9	197.1	170.3	664.3	747.9	1,830.3	2.9
Nayarit	0.0	0.0	0.0	23.1	0.5	55.4	115.5	309.2	503.7	0.8
Nuevo León	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	32.2	97.9	807.7	939.4	1.5
Oaxaca	34.5	0.3	1.6	12.7	13.1	18.0	330.0	1,932.6	2,342.7	3.7
Puebla	0.0	0.0	0.8	130.3	228.4	836.1	1,493.0	2,699.7	5,388.3	8.6
Querétaro	0.0	0.0	0.0	0.0	11.0	99.6	161.1	542.6	814.4	1.3
Quintana Roo	0.0	0.0	1.9	0.0	1.5	1.8	58.5	224.5	288.2	0.5
San Luis Potosí	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	65.4	241.6	988.5	1,295.6	2.1
Sinaloa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	33.0	603.5	552.8	1,189.4	1.9
Sonora	0.0	0.0	3.6	14.1	15.3	74.1	65.1	439.0	611.2	1.0
Tabasco	0.0	0.0	0.0	-0.1	0.2	70.5	140.1	1,023.0	1,233.6	2.0
Tamaulipas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.3	41.8	808.6	860.8	1.4
Tlaxcala	0.0	0.0	0.0	0.2	67.3	111.4	93.5	409.6	682.0	1.1
Veracruz	0.0	0.0	15.6	33.3	814.4	857.2	1,950.5	2,189.6	5,860.6	9.4
Yucatán	0.0	0.0	0.0	0.1	4.7	1.7	37.6	486.0	530.1	0.8
Zacatecas	0.0	0.0	0.0	0.0	25.3	41.8	178.3	354.4	599.8	1.0
Total general	34.5	1.1	190.5	1,175.2	2,514.2	6,888.4	17,085.6	34,637.4	62,526.9	100.0

Es conveniente aclarar que de manera permanente se realizan acciones para solicitar la recuperación de la comprobación del gasto, analizando con las entidades federativas los motivos por lo que no se hacen las comprobaciones, dentro de estas se encuentran:

- Dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos por los Servicios de Salud de los Estados, plasmados en los Convenios, así como en la consideración de los plazos establecidos para efectos de comprobación de recursos.
- Llevar a cabo supervisiones en las entidades federativas
- Realizar reuniones en las entidades federativas para revisar la comprobación del gasto.
- Establecer compromisos para la entrega de la documentación.
- Cuando no se cumplen, se notifica a los Órganos Fiscalizadores como Auditoría Superior de la Federación ASF, a la Secretaría de la Función Pública SFP, al Órgano Interno de Control OIC y al órgano de fiscalización estatal, para que procedan en consecuencia, ya sea que se presenten las comprobaciones o se proceda al reintegro que corresponda vía la Tesorería de la Federación.
- Los saldos referidos a los ejercicios 2011 y 2012, están en proceso de comprobación y ejercicio del gasto.

13.2 Acciones y compromisos relevantes en Proceso de Atención al 30-Dic-2011, con su cronograma de actividades del 1º-Enero al 30 Noviembre-2012.

Las unidades administrativas del nivel central, establecieron compromisos para concluir al 30 de noviembre de 2012, de los asuntos que consideraron era prudente dar seguimiento, considerando la problemática que se presentaría, sobre todo que muchos de ellos dependen de terceras personas. Por su parte los órganos desconcentrados y los organismos públicos descentralizados lo hicieron en sus respectivos informes de rendición de cuentas 2006-2012.

Los avances al mes de junio de 2012, se presentan a continuación:

Compromiso 1

Descripción de la acción	Nivel
Atender las observaciones de los entes fiscalizadores al 31 de diciembre de 2011	1
Actividad a realizar	
1. Cuantificar y clasificar las observaciones por temas. 2. Establecer un programa de trabajo con fechas programadas de atención y darle seguimiento. 3. Informar a la entidad fiscalizadora que emitió la observación sobre su atención.	
Áreas y Servidores Públicos Responsables	Fecha programada para su atención
Unidades coordinadas por la Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y la Subsecretaría de Administración y Finanzas SUBSECRETARIA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD DGPLADES: Lic. Adrián Dávila Veites, Dirección General Adjunta de Planeación de Infraestructura. Mtra. Marcela Angélica Vázquez Coronado. Dirección General Adjunta de Caravanas de la Salud. DGPLADES DGCES: Dr. Francisco Hernández Torres. Director General de Calidad y Educación en Salud. DGED Dr. Francisco J. Garrido Latorre, Director General de Evaluación del Desempeño y C.P. Carolina Castro Gutiérrez, Coordinadora Administrativa. DGIS: Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza. Director General de Información en Salud.	30-NOV.- 2012.

Avance	Porcentaje
<p>TERCERA ETAPA:</p> <p>DGCES QUINTO BIMESTRE</p> <p>Auditoria 30/11, año 2011</p> <p>Observación 1. Solventada.</p> <p>Observación 2. Solventada.</p> <p>Observación 3. Solventada.</p>	83.0

Compromiso 2

Descripción de la acción	Nivel
Dar seguimiento a los AFASPES en las Entidades Federativas, correspondiente al 2011	1
Actividad a realizar	
<p>Coordinar visitas conjuntas a los estados</p> <p>1. Elaborar programa de Visitas</p> <p>2. Análisis en los estados</p> <p>3. Reporte de resultados de las visitas</p>	
Áreas y Servidores Públicos Responsables	Fecha programada para su atención
<p>Directora de Operación de la SPPS</p> <p>Lic. Edith Acosta Pérez,</p>	30-JUNIO-2012.
Avance	Porcentaje
<p>TERCERA ETAPA:</p> <p>Se registraron en el periodo enero-agosto 35 revisiones integrales y 12 complementarias, por lo que se tiene un avance del 100% con respecto a los programado</p>	100.0

Compromiso 3

Descripción de la acción	Nivel
Actualización de Manuales de Organización y Procedimientos	1
Actividad a realizar	
<p>1. Actualizar los manuales de Organización correspondientes al ejercicio 20012. Realizar las gestiones y trámites pertinentes ante las diversas Unidades Administrativas de la secretaría de Salud que participan en este proceso y ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, hasta obtener las autorizaciones correspondientes.</p> <p>2. Actualizar los manuales de Procedimientos correspondiente al ejercicio 2012., y</p> <p>3. Realizar las gestiones y trámites pertinentes ante las diversas unidades administrativas de la Secretaría de Salud que participan en este proceso, hasta obtener las autorizaciones correspondientes.</p>	
Áreas y Servidores Públicos Responsables	Fecha programada para su atención
Coordinaciones Administrativas y Direcciones Generales de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. (SIDSS)	30-NOV.-2012.
Avance	Porcentaje
<p>TERCERA ETAPA:</p> <p>DGCES: Las acciones de integración y seguimiento se están llevando a cabo para dar cumplimiento en la fecha establecida.</p> <p>La integración del manual de organización para ejercicio 2012 se encuentra en actualización con avance de 95%, y la actualización del manual de procedimientos 90%, se encuentra en la fase de integración y recopilación de firmas de los responsables de las áreas internas participantes. Para remitir los proyectos a la validación de DGPOP y someterlos a la autorización del Secretario a través del Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, con lo cual se estará en condición de dar cumplimiento dentro de la fecha compromiso, con la firma de autorización en los documentos de referencia."</p> <p>Se tiene programado para el 30 de noviembre concluir con la integración al 100% los manuales de organización y de procedimientos.</p>	65.0

Compromiso 4

Descripción de la acción	Nivel
Reclamar seguros y fianzas a favor de la Institución.	1
Actividad a realizar	
Realizar las gestiones y trámites administrativos correspondientes ante la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales y/o en caso en caso procedente ante la Dirección de Asuntos Jurídicos, hasta obtener el visto bueno y/o autorización de la autoridad competente (TESOFE) para la aplicación de la fianza en garantía del contrato suscrito previa notificación y/o reportes de las Coordinaciones Estatales del Programa Caravanas de la Salud.	
Áreas y Servidores Públicos Responsables	Fecha programada para su atención
Dirección General Adjunta de Caravanas de la Salud y Coordinación Administrativa. DGPLADES Mtra. Marcela Angélica Vázquez Coronado Mtra. Ninfa Zulema Lara Isidro	30-NOV.-2012.
Avance	Porcentaje
TERCERA ETAPA: SIN CAMBIOS RESPECTO La DGPLADES está en espera del pronunciamiento de la Tesorería de la Federación. Avance 90.0 por ciento.	50.0

Compromiso 5

Descripción de la acción	Nivel
Gestionar la comprobación y, en su caso, la recuperación de recursos transferidos a los estados.	2
Actividad a realizar	
Continuar con las acciones para impulsar que los estados realicen la comprobación de la totalidad de los recursos transferidos para infraestructura	

Áreas y Servidores Públicos Responsables	Fecha programada para su atención
Unidades coordinadas por la Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y la Subsecretaría de Administración y Finanzas Lic. Ramiro Tamayo Lic. Edith Acosta Ing. Jesús Guajardo	30-NOV.-2012.
Avance	Porcentaje
<p>TERCERA ETAPA:</p> <p>De agosto a septiembre de 2012, se comprobaron 5,782.9 millones de pesos, de recursos transferidos a los Estados, dichas comprobaciones corresponden 5,494.8 millones de pesos corresponden a la operación del Programa del Seguro Popular (equivalente al 95.0 por ciento), 40.8 millones de pesos para el (DGDIF) equivalente al 0.7 por ciento Desarrollo de Infraestructura Física, 103.7 millones de pesos de la Unidad del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud, (equivalente al 1.8 por ciento). La Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud con 2.9 millones de pesos (equivalente al 0.1 por ciento) y a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios 140.6 millones de pesos, (equivalente al 2.4 por ciento).</p> <p>Entre los Estados que más comprobaron destaca: Estado de México, Hidalgo, Oaxaca, Tabasco y Distrito Federal</p> <p>Por lo que corresponde a infraestructura física en Salud de los recursos transferidos a los estado de agosto a septiembre de 2012, se han comprobado 180.6 millones de pesos, dichas comprobaciones corresponden al Fondo de Previsión Presupuestal 2 por ciento 47.5 millones de pesos equivalente al 26.3 por ciento; Dirección General de Desarrollo de Infraestructura Física 103.7 millones de pesos, equivalente al 57.4 por ciento y la Dirección General de Planeación de Desarrollo en Salud con 32.9 millones de pesos, equivalente al 18.3 por ciento</p>	60.0

Compromiso 6-1

Descripción de la acción	Nivel
Cumplimiento del Plan Nacional de Acreditación (PNA) 2012	2
Actividad a realizar	
1. Integración del PNA 2012.	
Áreas y Servidores Públicos Responsables	Fecha programada para su atención
Subdirección de Acreditación y Garantía de la Calidad Dra. Elena Trejo Flores	29-FEB.-2012.
Avance	Porcentaje
SEGUNDA ETAPA Actividad concluida al nueve de marzo del año en curso, ninguna acción pendiente.	100.0

Compromiso 6-2

Descripción de la acción	Nivel
Cumplimiento del Plan Nacional de Acreditación (PNA) 2012	2
Actividad a realizar	
2. Realización de visitas y dictámenes de unidades médicas programadas en el PNA 2012	
Áreas y Servidores Públicos Responsables	Fecha programada para su atención
Subdirección de Acreditación y Garantía de la Calidad Dra. Elena Trejo Flores	30-NOV.-2012.

Avance	Porcentaje
<p>TERCERA ETAPA: Al quinto bimestre se tuvieron la cancelación de visita con fines de acreditación de las siguientes entidades federativas: Sinaloa, Nayarit, Nuevo León, Veracruz, Tlaxcala, Durango, Baja California Sur, Estado de México y Querétaro.</p> <p>El acumulado de unidades acreditadas en el quinto bimestre del año 2012 es de 574 establecimientos, el cual representa un 61.19% de avance con respecto a la meta anual de acreditación CAUSES 2012 (938 establecimientos, Programa Anual de Acreditación 2012) y se dictaminó al 100% los 157 establecimientos visitados durante el quinto bimestre del 2012, para noviembre de 2012 se proyecta cubrir la meta de acreditación ya que se tiene un aproximado de 1050 establecimientos acreditados lo que equivale al 110%.</p>	90.0

13.2. Acciones y compromisos relevantes en Proceso en proceso al 30 de noviembre de 2012 para atender en los primeros 90 días de la siguiente administración,, con su cronograma de actividades.

Problemática por atender en los primeros 90 días de la siguiente administración					
Diciembre	X	Enero		Febrero	
<p>Descripción de la Acción y Compromiso en Proceso</p> <p>Atender las observaciones de los entes fiscalizadores al 31 de diciembre de 2011</p>					
<p>Acciones a realizar: Continuar con el seguimiento de las observaciones pendientes al 30 de noviembre, en coordinación con el Órgano Interno de Control (no hay tiempo establecido y pueden pasar a responsabilidades al termino del año)</p>					

Problemática por atender en los primeros 90 días de la siguiente administración					
Diciembre		Enero	X	Febrero	
Descripción de la Acción y Compromiso en Proceso					
Actualización de Manuales de Organización y Procedimientos					
Acciones a realizar:					
Continuar el trámite de actualización y registro de los manuales que no se hayan concluido (se debe resolver antes de que concluya febrero de 2013)					
Problemática por atender en los primeros 90 días de la siguiente administración					
Diciembre		Enero		Febrero	X
Definición de Problemática:					
Reclamar seguros y fianzas a favor de la Institución.					
Acciones a realizar:					
Continuar con el seguimiento de la aprobación de TESOFE para la liberación de la fianza y solicitar su aplicación al proveedor (no hay tiempo establecido)					

Problemática por atender en los primeros 90 días de la siguiente administración					
Diciembre		Enero		Febrero	X
Definición de Problemática:					
Gestionar la comprobación y, en su caso, la recuperación de recursos transferidos a los estados.					
Acciones a realizar:					
Continuar con el trámite de recuperación de adeudos por comprobar de las transferencias para infraestructura, dejando su evidencia del mismo, así como la solicitud a los entes fiscalizadores para que apoyen en la comprobación y/o devolución a TESOFE					

Secretaría de Salud
Informe de Rendición de Cuentas 2006-2012
CONSTANCIAS DOCUMENTALES

Soporte Documental	Etapas del Informe	Apartado	Liga o Ubicación de la Información
N/A	I, II y III	11.1 Presentación	NA
Acuerdo para la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal Lineamientos para la elaboración del Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal	I, II y III	11.1 Marco Legal	NORMATECA FEDERAL
Reglamento Interno de la SS	I, II y III	11.1 Descripción de los servicios y funciones	www.salud.gob.mx
PND, PROSESA y PRONASA 2007-2012	I, II y III	11.1 Objetivos institucionales y su vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.	www.salud.gob.mx
Constitución Política, Leyes, reglamentos, Acuerdos	I, II y III	11.2 Marco jurídico de actuación	www.salud.gob.mx
Cuentas públicas 2006-2011 Tomo de Resultados Análisis del cumplimiento de Indicadores para resultados de la SS	I	11.3 Resumen ejecutivo de las acciones y resultados relevantes	http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/contabilidad_gubernamental/Paginas/cuenta_publica.aspx
Informes trimestrales de metas de Las URs Portal Aplicativo de la Secretaría	II y III	11.3 Resumen ejecutivo de las acciones y resultados relevantes	LISTA DE URS.

Soporte Documental	Etapa del Informe	Apartado	Liga o Ubicación de la Información
de Hacienda PASH			
Cuentas públicas 2006-2011	I	11.4 Aspectos financieros y presupuestarios	http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/contabilidad_gubernamental/Paginas/cuenta_publica.aspx
Sistemas de contabilidad de la SHCP SICOP Registros internos	II y III	11.4 Aspectos financieros y presupuestarios	DGPOP
Sistemas de la SHCP	III	13.1 Informe presupuestario	DGPOP
Plantillas de Personal Expedientes	I, II y III	11.5 Recursos Humanos. Estructura Básica y No Básica	DGRH
Plantillas de Personal Expedientes PASH (Servicios Personales) Registro de Movimientos	I, II y III	11.5 Recursos Humanos. Personal de base, Confianza, Honorarios y Eventual	DGRH
Condiciones Generales de Trabajo	I, II y III	11.5 Recursos Humanos: Condiciones Generales de Trabajo	http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/transparencia_2012/condiciones_generales_de_trabajo.pdf
Plantillas de Personal Expedientes	I, II y III	11.5 Recursos Humanos: Puestos de Libre Designación y puestos sujetos a la LSPCAPF	DGRH

Soporte Documental	Etapas del Informe	Apartado	Liga o Ubicación de la Información
Controles de inventarios Registros Contables	I, II y III	11.6 Recursos Materiales: Bienes Muebles.	DGPOP.- Dirección de Contabilidad
Registros y controles de inmuebles de la SS Contratos de arrendamiento	I, II y III	Recursos Materiales: Bienes Inmuebles	DGRMSG
Controles de inventarios, de licencia y sistemas	I, II y III	11.6 Recursos Materiales : Bienes Tecnológicos	DGTI
Sistema de Administración del PMG Programa de Trabajo	I, II y III	11.7 PEMG: Síntesis de las acciones y resultados relevantes	SSAF Y URS (LISTADO)
Formatos de cumplimiento Reportes de acciones realizadas Informes sectorial de Blindaje Electoral Reportes de calefacciones emitidas por la SFP Sistema del COCODI (SICOCODI) IST 2008-2009	I, II y III	11.8 PNRCTCC: Síntesis de las acciones y resultados relevantes.	DGAPTCCAI y URS (LISTADO)
Sistema del IFAI (INFOMEX) Expedientes Actas, oficios Comité de información de la Secretaría de Salud.	I, II y III	11.9 LFTAIPG: Cumplimiento a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.	DGTI.- UNIDAD de ENLACE (LISTADO)

Soporte Documental	Etapa del Informe	Apartado	Liga o Ubicación de la Información
Unidades administrativas que dan respuesta.			
Informes de Auditorías Informes trimestrales de avances en la atención de observaciones	I, II y III	11.10 Observaciones de auditorías de las instancias de fiscalización en proceso de atención.	URS (LISTADO)
NA	I, II y III	11.11 Procesos de Desincorporación.	NA
NA	I, II y III	11.12 Resultados relevantes de las Bases o Convenios de Desempeño o de Administración por Resultados.	NA
Programas de Acción Específicos Reportes de metas Sistema de control de residencias médicas Sistemas presupuestales Informes de acciones PASH	III	11.13 Otros aspectos relevantes relativos a la gestión administrativa.	URS (LISTADO)
Expedientes, Oficios Control de Transferencia de Recursos Reportes de Observaciones	I, II y III	13.2 Acciones y compromisos relevantes en Proceso de Atención al 31-Dic-2011, con su cronograma de actividades del 1º-Enero al 30 Noviembre-2012	URS (LISTADO)
Unidades responsables de elaborar e integrar la información.	III	13.2 Acciones y compromisos en proceso, para atender el 90 días de la siguiente administración	URS (LISTADO)