



Avances y temas pendientes de la política de salud en México

Una revisión de los principales indicadores

Enero 2013

PRESENTACIÓN

En los últimos treinta años la política de salud en México ha mostrado avances importantes como el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la posterior creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Si bien estos cambios, normativos, organizacionales y financieros, están en consonancia con las prácticas internacionales, falta asegurar que esto se traduzca en mejores condiciones de salud de la población.

Dado el importante incremento de recursos financieros, humanos y técnicos que ha tenido el Sistema de Salud en la última década, éste ha sido sujeto a diversos análisis y evaluaciones respecto de sus resultados así como de su operación y organización. Algunos de estos estudios han observado que existen limitaciones importantes respecto a la disponibilidad de información. Esto puede tener su origen en que el sistema de salud está descentralizado y presenta dificultades para generar información de manera homogénea y actualizada a través del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) que es administrado por la Secretaría de Salud Federal. Sin embargo, también se ha podido observar que existen diferentes fuentes de información que si bien no están integradas en el SINAIS si se generan de forma consistente.

Es en este contexto y en el marco del cambio de administración pública federal se ha realizado una revisión de los principales indicadores de salud a fin de presentar por un lado las distintas fuentes de información y por otro, dar a conocer un panorama general de los temas pendientes que pueden ser de interés desde la academia a fin de evaluar si la arquitectura del sistema de salud y las acciones que éste realiza son capaces de generar mejores condiciones de salud de la población.

Así se hace una revisión de los antecedentes, la evolución, acciones emprendidas y la agenda pendiente de temas que van desde la salud pública, la prevención, las adicciones, la prestación de servicios y la organización del sistema de salud. Esta es una primera aproximación que servirá de apoyo para plantear en el futuro las líneas de investigación que fortalezcan la política de salud en México.

ÍNDICE TEMÁTICO

1. Salud Pública

- 1.1. Indicadores generales de salud
 - 1.1.1. Principales causas de mortalidad
 - 1.1.2. Mortalidad infantil y en menores de cinco años
 - 1.1.3. Principales causas de morbilidad
 - 1.1.4. Esperanza de vida
- 1.2. Mortalidad materna
- 1.3. Vacunación
 - 1.3.1. Adquisición consolidada de vacunas
- 1.4. Obesidad
- 1.5. Desnutrición
- 1.6. Vigilancia Epidemiológica
 - 1.6.1. Influenza
 - 1.6.2. Dengue
 - 1.6.3. Sarampión
 - 1.6.4. Malaria (Paludismo)
- 1.7. Salud mental
- 1.8. Seguridad vial

2. Gasto en Salud

- 2.1. Presupuesto
- 2.2. Gasto de bolsillo
- 2.3. Gasto catastrófico

3. Estrategias preventivas del sector

- 3.1. Acciones del Consejo de Salubridad General (Decretos de prevención)
- 3.2. 5 pasos por tu salud
- 3.3. PrevenIMSS

- 3.4. PrevenISSSTE
- 3.5. Consulta Segura
- 3.6. Salud por mí
- 3.7. Desarrollo de Habilidades para la Vida

4. Adicciones

- 4.1. Tabaco
- 4.2. Alcohol
- 4.3. Drogas ilegales

5. Regulación sanitaria

- 5.1. Regulación de productos milagro
- 5.2. Medicamentos biotecnológicos y biocomparables
- 5.3. Producción de nuevos productos genéricos
- 5.4. Control de Clenbuterol

6. Enfermedades crónicas

- 6.1. Cáncer de mama
- 6.2. Cáncer cérvico-uterino
- 6.3. Cáncer en niños
- 6.4. VIH-SIDA
- 6.5. Diabetes – Insuficiencia renal
- 6.6. Enfermedades cardiovasculares
- 6.7. Trasplantes

7. Prestación de Servicios

7.1 Cobertura de Afiliación

7.2 Cobertura Médica

7.2.1 Cobertura de intervenciones

7.2.2 Uso de servicios médicos

7.3 Fortalecimiento de la atención

7.3.1 Infraestructura

7.3.2 Recursos humanos

7.4 Medicamentos

7.5 Calidad en la atención

7.5.1 Acreditación de unidades médicas

7.5.2 Satisfacción de usuarios

8 Innovación gerencial

8.1 Pago por evento de intervenciones médicas de segundo y tercer nivel de atención

8.2 Intercambio interinstitucional de servicios

8.3 Modelo de negociación de Comisión Negociadora de Precios de Medicamentos

8.4 Modelo complementario de compra de medicamentos (RAsEM)

9. Fortalecimiento Institucional

9.1 Sistema Único de Salud

10. Objetivos del Milenio

10.1 ODM1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

10.2 ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

10.3 ODM 5: Mejorar la salud materna

10.4 ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

11. Transparencia

11.1 Transparencia

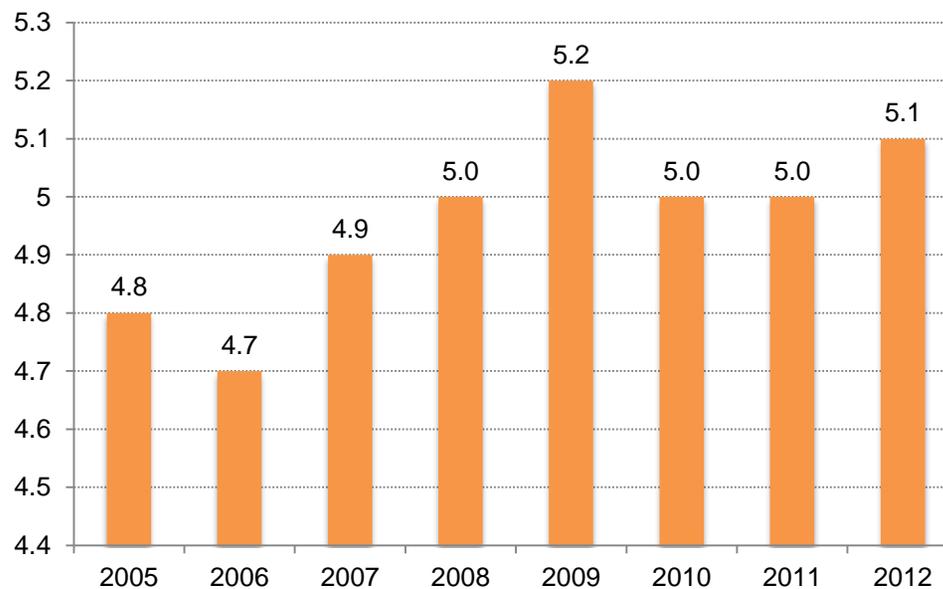
- La transición demográfica consiste en el cambio de regímenes poblacionales en los que predominan niveles elevados tanto de fecundidad como de mortalidad a otros en los que ambos fenómenos presentan niveles bajos y controlados (El envejecimiento demográfico en México, SS: 306).
- En México, la reducción de la mortalidad tuvo lugar desde la década de 1930 y hasta la de 1960 y esta tendencia se ha mantenido por cerca de cuatro décadas. Sin embargo, es previsible que, como producto del cambio en la estructura por edad de la población, la mortalidad inicie un proceso gradual de ascenso, con predominancia de defunciones de adultos mayores debido también al incremento en la esperanza de vida (Instituto de Geriatria, 2010).
- Durante la década de 1920 se observó un crecimiento en la mortalidad debido al impacto de la lucha armada y el contexto epidemiológico de la época. En 1930 se tuvo una tasa de mortalidad de 26.7 defunciones por cada mil habitantes y a partir de ese año la tendencia de este indicador descendió continuamente.
- En las últimas décadas, se ha observado una transición en las causas de la mortalidad, pasando de causas asociadas con enfermedades infecciosas a mortalidad generada por enfermedades no transmisibles como la diabetes, las enfermedades del corazón y los cánceres. Este fenómeno se conoce como **transición epidemiológica** e implica retos importantes en materia de atención a la salud.

1. SALUD PÚBLICA

INDICADORES GENERALES DE SALUD: MORTALIDAD Evolución (1/4)

- La tasa de mortalidad aumentó 6.3% en los últimos 7 años. Actualmente se registran 5.1 defunciones por cada mil habitantes, mientras que en 2005 se tenían 4.8. En 2006 se tuvo la tasa más baja (4.7) y en 2009 la más alta (5.2) (SINAIS, SS).

Tasa de mortalidad general por cada 1,000 habitantes, 2005-2012



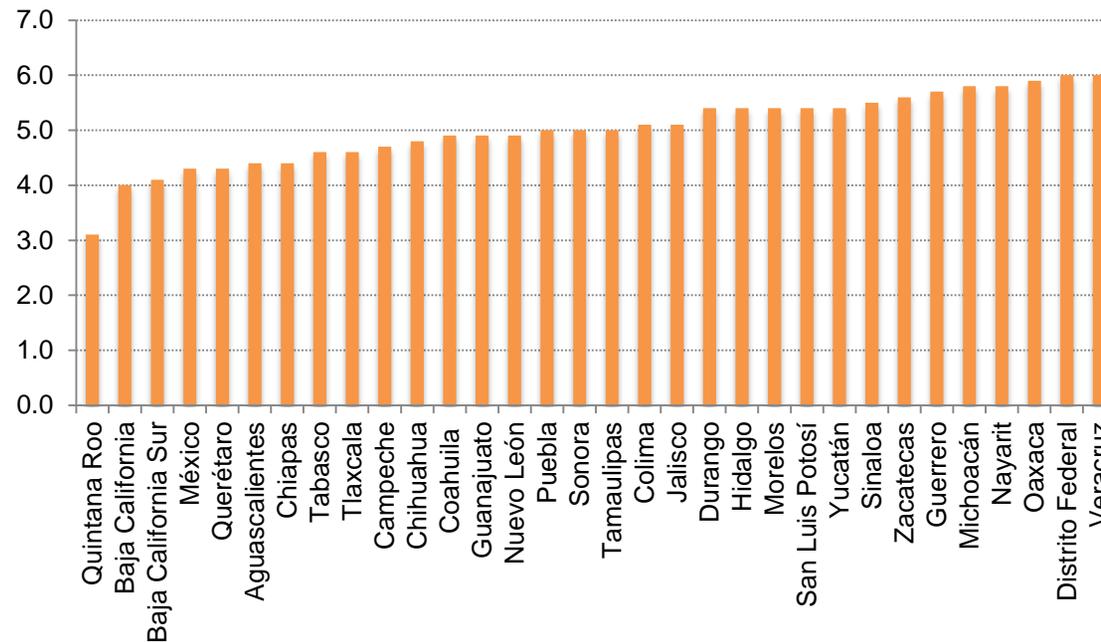
Fuente: SINAIS, SS.

1. SALUD PÚBLICA

INDICADORES GENERALES DE SALUD: MORTALIDAD Evolución (2/4)

- En las entidades federativas se observa una importante heterogeneidad en la tasa de mortalidad general. Quintana Roo es la entidad con la menor tasa (3.1), seguida de Baja California (4.0), Baja California Sur (4.1) y el Estado de México (4.3), mientras que Veracruz y el D.F. presentan la tasa más alta de 6.0, valor casi dos veces mayor a la encontrada en Quintana Roo (SINAIS, SS).

Tasa de mortalidad general por cada 1,000 habitantes por entidad federativa, 2012



Fuente: SINAIS, SS

- Las 3 principales causas de muerte desde 2002 y hasta 2010 son las **enfermedades del corazón** (17.8% del total), **la diabetes mellitus** (14%) y **los tumores malignos** (11.9%) (SINAIS, SS).

Principales causas de muerte a nivel nacional, 2010

| Principales causas | Defunciones | % del total |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|
| Enfermedades del corazón ^a | 105,144 | 17.8 |
| Enfermedades isquémicas del corazón | 70,888 | 12.0 |
| Diabetes mellitus | 82,964 | 14.0 |
| Tumores malignos | 70,240 | 11.9 |
| Accidentes | 38,117 | 6.4 |
| De tráfico de vehículos de motor | 16,552 | 2.8 |
| Enfermedades del hígado | 32,453 | 5.5 |
| Enfermedad alcohólica del hígado | 12,003 | 2.0 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 32,306 | 5.5 |
| Agresiones | 25,757 | 4.4 |
| Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas | 19,468 | 3.3 |
| Influenza y neumonía | 15,620 | 2.6 |
| Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ^b | 14,377 | 2.4 |
| Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal | 6,520 | 1.1 |
| Insuficiencia renal | 11,950 | 2.0 |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 9,175 | 1.5 |
| Desnutrición y otras deficiencias nutricionales | 8,699 | 1.5 |
| Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma | 5,904 | 1.0 |
| Lesiones autoinfligidas intencionalmente | 5,012 | 0.8 |
| Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana | 4,860 | 0.8 |
| Septicemia | 4,034 | 0.7 |
| Anemias | 3,762 | 0.6 |
| Enfermedades infecciosas intestinales | 3,202 | 0.5 |
| Síndrome de dependencia del alcohol | 2,521 | 0.4 |
| Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte | 12,789 | 2.2 |
| Las demás causas | 83,664 | 14.1 |
| Total | 592,018 | 100.0 |

^a Se excluye paro cardíaco

^b Incluye tétanos neonatal.

Fuente: SINAIS, SS

- En el caso de los *hombres*, a estas 3 causas le siguen los accidentes, las enfermedades del hígado y las agresiones; en el caso de las *mujeres*, le siguen las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y los accidentes (SINAIS, SS).

- En el grupo de edad preescolar (1 a 4 años) las principales causas de mortalidad mantienen una distribución homogénea en el periodo de 2006 a 2009.
 - Las enfermedades infecciosas intestinales tuvieron una reducción de 25.8% entre 2006 y 2009 al pasar de 5.8 a 4.3 defunciones por cada 100,000 niños de 1 a 4 años.
 - En 2010 se reportó una tasa de mortalidad general en este grupo de edad de 67.1 por cada 100,000 niños
- Para el grupo de edad escolar (5 a 14 años) no se observa en el periodo de 2006 a 2009 una evolución significativa en las causas de muerte, excepto en las debidas a accidentes de motor y a infecciones respiratorias agudas bajas.
- En 2010 se reportó una tasa de mortalidad de 30.8 niños por cada 100, 000
- Las tres principales causas mortalidad en edad productiva (de 15 a 64 años) son: diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, y enfermedades isquémicas del corazón) que representan cerca de una tercera parte de las muertes de este grupo durante el periodo 2006 a 2009.
 - Para 2010 se espera un aumento de 4.5% de la mortalidad general de este grupo de edad.
- Las principales causas de mortalidad de las personas en edad posproductiva (65 años o más) son la diabetes mellitus y enfermedades isquémicas del corazón (representaron durante el periodo 2006 a 2009 aproximadamente el 30% de las defunciones en este grupo de edad)
 - En 2010 se estimó una tasa de mortalidad para este grupo de edad de 4.9 por cada 1,000 habitantes.

- Las acciones se han encaminado a mejorar la cobertura de salud. A través del Seguro Popular (SP) se ha logrado la cobertura universal de servicios de salud, de forma que el 100% de la población que carecía de acceso a servicios médicos prepagados a través de la seguridad social, cuenta con un mecanismo financiero de protección a la salud a través del SP.
- Se han tomado acciones para combatir enfermedades infecto-contagiosas, de forma que se disminuye el riesgo de morir por dicha causa.
- Las acciones focalizadas a grupos vulnerables como madres y menores, a través de estrategias como Embarazo Saludable (ES) y el programa de Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), han mejorado las condiciones de salud que se traducen en menores tasas de mortalidad.
- Se han incrementado los mecanismos que ofrecen servicios preventivos como PrevenIMSS, PrevenISSSTE y Consulta Segura para disminuir los riesgos de enfermedades crónicas y promover hábitos de vida saludable. A la fecha, se han otorgado 23.2 millones de consultas a través del PrevenIMSS, 150 mil de PrevenISSSTE y 7 millones de Consulta Segura.
- El incremento continuo en el presupuesto de salud garantiza mantener la cobertura de servicios de salud.

1. SALUD PÚBLICA

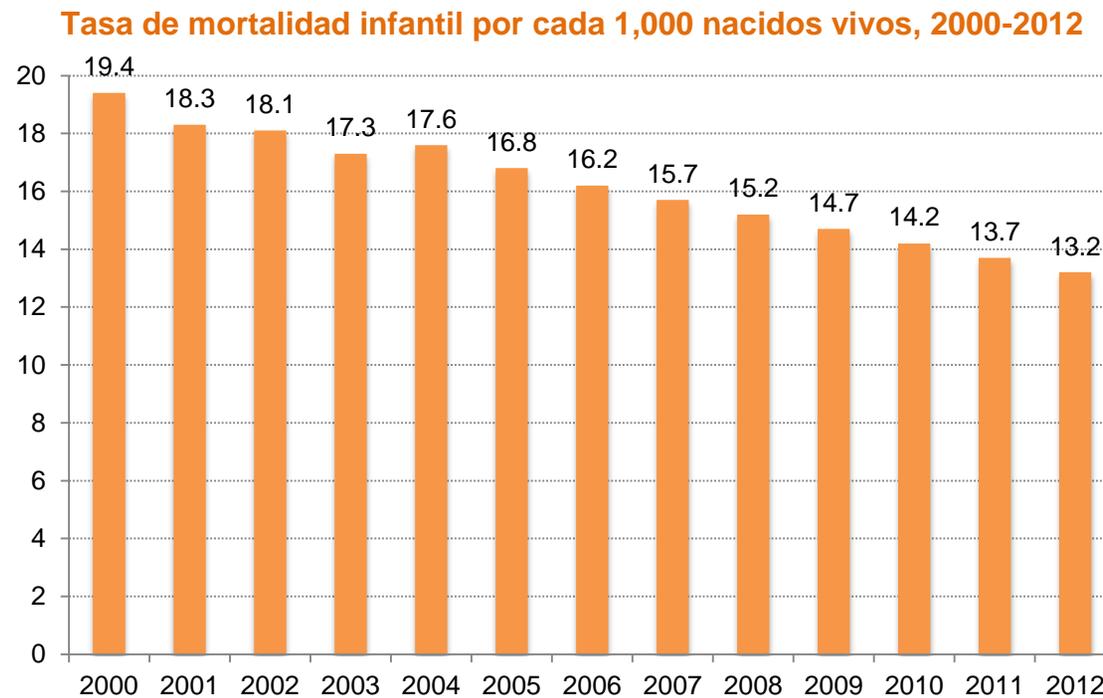
INDICADORES GENERALES DE SALUD: MORTALIDAD Asuntos Prioritarios (1/1)

- Se debe mantener la cobertura actual de padecimientos y ampliar en el futuro la cobertura hacia padecimientos más complejos, asociados a enfermedades crónico-degenerativas.
- Dada la mortalidad asociada a padecimientos crónicos no transmisibles, es necesario reforzar la oferta de servicios preventivos de calidad y promoción de la salud efectiva que reduzca su incidencia. A su vez diseñar esquemas que incentiven el uso de servicios preventivos y seguimiento de comportamientos saludables por parte de la población.

- De acuerdo con las cifras de 2010, cada año mueren en el mundo 7.6 millones de menores de 5 años. Más de la mitad de esas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles (OMS).
- Los niños de los países de ingresos bajos tienen una probabilidad de morir antes de los cinco años 18 veces mayor que los niños de los países de ingresos altos (OMS).
- Entre los principales determinantes de la mortalidad infantil (menores de 1 año) y de los menores de 5 años destacan: el nivel socioeconómico de los padres (ingreso, educación, etc.), la calidad y cantidad de servicios de salud a los que se tiene acceso, los cuidados a la salud de la madre y su patrón reproductivo, y las características de la vivienda en la que se habita.
- De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2010, los países de ingresos bajos tenían una tasa de mortalidad infantil promedio de 70 por cada mil nacidos vivos, mientras que en países de ingresos medios era de 38 y en países de ingresos altos 14 veces menor a la de ingresos bajos (5 por cada mil nacidos vivos).
- En 1990 México ocupaba el lugar 100 en el mundo entre los países con la menor mortalidad infantil, en tanto que en 2010 ocupaba el lugar 78 (Organización de las Naciones Unidas (ONU)), de manera que en dos décadas ha mejorado su posición en el mundo en 22 lugares.
- Los indicadores de mortalidad infantil y mortalidad en menores de 5 años se encuentran inmersos en los objetivos del milenio. En México la meta para mortalidad infantil es de 13.0 muertes por mil nacidos vivos para 2015. La meta para mortalidad en menores de 5 años es de 15.7 muertes por mil nacidos vivos para 2015.

Mortalidad infantil

- La tasa de mortalidad infantil ha disminuido en la última década, llegando a un nivel de 13.2 por cada mil nacidos vivos en 2012. Esto significa una caída de 32% de 2000 a 2012 y de 19% de 2006 a 2012 (Indicadores Demográficos, CONAPO).



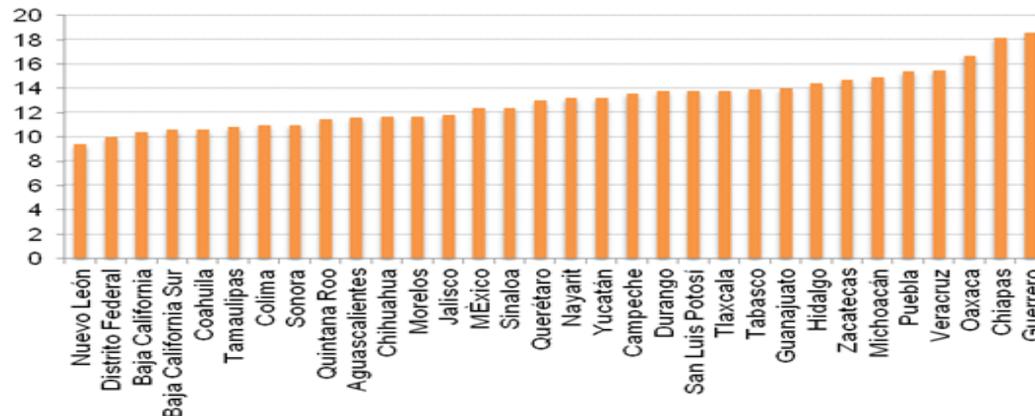
Fuente: Indicadores Demográficos Básicos 1990-2030, CONAPO

1.SALUD PÚBLICA

INDICADORES GENERALES DE SALUD: MORTALIDAD INFANTIL Y EN MENORES DE 5 AÑOS Evolución (2/4)

- En las entidades federativas observamos una importante varianza, con la menor tasa en Nuevo León (9.4), seguida del Distrito Federal (10.0) y Baja California (10.4), mientras que la más alta se registra en Guerrero (19), seguida de Chiapas (18.2) y Oaxaca (16.7) (CONAPO).

Tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos por entidad federativa, 2012



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos 1990-2030, CONAPO

- Las 5 **principales causas de muerte** (que equivalen a más del 50% de las muertes anuales) de los menores de un año desde 2000 hasta 2010 han sido: (Rendición de Cuentas en Salud 2010, SS)
 - Asfixia y trauma al nacimiento:25.9%
 - Malformaciones congénitas del corazón:9.9%
 - Infecciones respiratorias agudas bajas:6.4%
 - Bajo peso al nacimiento y prematuridad:5.8%
 - Enfermedades infecciosas intestinales:2.0%

Mortalidad en menores de 5 años

- La tasa de mortalidad en menores de 5 años se redujo 10.1%, al pasar de 18.59 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos en 2006 a 16.7 (preliminar) en 2010.
- De 2006 a 2011 se tuvo una caída de 57% en la tasa de muertes por enfermedades diarreicas, 41.2% por infecciones respiratorias y 30.8% por deficiencia nutricional.

Mortalidad en niños menores de 5 años por cada 100,000 niños del grupo de edad

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 ^{p/} | 2011 ^{e/} | Meta 2012 |
|-------------------------------|------|------|------|------|--------------------|--------------------|-----------|
| Por enfermedades diarreicas | 15.0 | 14.8 | 12.1 | 9.6 | 8.2 | 6.5 | 12.7 |
| Por infecciones respiratorias | 30.6 | 29.4 | 24.5 | 23.6 | 20.5 | 18.0 | 25.2 |
| Por deficiencia nutricional | 7.8 | 7.2 | 7.1 | 6.3 | 5.9 | 5.4 | 4.7 |

p/ Cifras preliminares al mes de diciembre.

e/ Cifras estimadas al mes de diciembre.

Fuente: Quinto Informe de Gobierno. Presidencia de la República.

- Las principales causas de muerte entre los menores de cinco años son la neumonía, las complicaciones por parto prematuro, la diarrea, la asfixia perinatal y la malaria. Aproximadamente una tercera parte de las muertes infantiles están asociadas a problemas de malnutrición (OMS).

- Durante 2010 ocurrieron 2,073,111 nacimientos en México, de los cuales 2.03 millones (98%), ocurrieron dentro de unidades médicas:
 - 51% (1,018,289) fueron atendidos dentro de la Secretaría de Salud.
 - 21% (424,572) en el IMSS.
 - 20% (414,353) en una unidad médica privada.
 - 8% en (ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, IMSS Oportunidades) o en otras unidades públicas.
- Al mes de agosto de 2011, el 6.8% del total de nacimientos fueron nacimientos prematuros.
- De 2008 a 2010, en promedio el 6.6% del total de nacimientos ocurridos en el país son nacimientos prematuros.

Número y porcentaje de nacimientos prematuros, 2008-2011

| | Total de nacimientos | Nacimientos prematuros | % de nacimientos prematuros |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 2008 | 1,978,380 | 130,199 | 6.6 |
| 2009 | 2,058,705 | 135,479 | 6.6 |
| 2010 | 2,073,111 | 138,393 | 6.7 |
| 2011 ^{1/} | 1,289,353 | 87,985 | 6.8 |

Fuente: Base de datos de cierre del Subsistema de información sobre nacimientos 2008.

1/ Cifras preliminares, cierre parcial Agosto 2011.

- Las 3 entidades con mayor proporción de nacidos vivos prematuros son: Distrito Federal, Aguascalientes y Nuevo León; en las que se observa la proporción más baja son Chiapas y Oaxaca.

- El gobierno federal ha implementado diversas estrategias y acciones que han incidido en la disminución de la mortalidad infantil y en menores de 5 años, por ejemplo:
 - Programa Seguro Médico para una Nueva Generación: a través de este programa se otorga protección para todas las enfermedades propias de este grupo etario (128 intervenciones cubiertas), en particular aquellas asociadas a las causas principales de mortalidad como son las afecciones perinatales, a 6.2 millones de niños.
 - Vacunación: a la fecha, la cobertura del esquema básico completo de vacunación en niños de 1 año es de 95.2%. Se logró la universalización de las vacunas contra el rotavirus (RV) y neumococo (PCV 7). Por su parte, a la fecha el porcentaje de niños de 1 a 4 años de edad con esquema completo de vacunación asciende a 98.1%.
 - Se cuenta con el financiamiento de todos los cánceres infantiles a través del Seguro Popular.
 - Prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, vigilancia de la nutrición en los niños y adolescentes, lactancia materna, prevención de muerte de cuna y estimulación temprana.
 - El presupuesto destinado a disminuir la mortalidad infantil en 2006 fue de 555.2 millones de pesos y en 2011 de 1,192.4 millones de pesos, lo que representa un crecimiento de 53.4%. Estos recursos se complementan con el financiamiento del SMNG.

- Si bien la meta establecida en los objetivos del Milenio para mortalidad infantil de 13.0 muertes por mil nacidos vivos se ha alcanzado en un 99.4% y la meta de mortalidad en menores de 5 años de 15.7 muertes por mil nacidos vivos está cercana a cumplirse, es necesario dar seguimiento puntual a los programas y acciones implementadas en los últimos años, continuar con el Programa Nacional de Vacunación, seguir dando prioridad a las acciones preventivas y a la cobertura de salud de este grupo prioritario.
- Se requiere especial énfasis en las entidades federativas que registran mayores tasas de mortalidad infantil con acciones intersectoriales coordinadas para revertir las condiciones determinantes de la mortalidad.

- El panorama epidemiológico y la morbilidad en México se han modificado desde mediados del siglo pasado con la presencia de un número cada vez mayor de enfermedades crónicas no transmisibles, aunque persiste una alta carga de morbilidad por enfermedades del rezago como las infecciones respiratorias agudas, diarreas, amibiasis, enfermedades transmitidas por vectores y las parasitarias. A este fenómeno se le conoce como doble carga de enfermedad.
- Destacan por su frecuencia, dentro de las enfermedades no transmisibles, la diabetes, el riesgo cardiovascular y la obesidad cuya interrelación afecta el perfil epidemiológico de la mortalidad en México donde 7 de cada 10 defunciones son por enfermedades asociadas a estilos de vida no saludables.

1. SALUD PÚBLICA

INDICADORES GENERALES DE SALUD: MORBILIDAD Evolución (1/2)

- Las 20 principales causas de morbilidad nacional en 2011 son:

Principales causas de morbilidad, 2011

| No. | Enfermedad | Casos | Tasa de incidencia | % |
|-----|-------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 25,855,459 | 23,672.8 | 59.7 |
| 2 | Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas | 5,283,896 | 4,837.8 | 12.2 |
| 3 | Infección de vías urinarias | 3,971,240 | 3,636.0 | 9.2 |
| 4 | Úlceras, gastritis y duodenitis | 1,617,089 | 1,480.6 | 3.7 |
| 5 | Gingivitis y enfermedades periodontales | 658,412 | 602.8 | 1.5 |
| 6 | Otitis media aguda | 654,545 | 599.3 | 1.5 |
| 7 | Hipertensión arterial | 531,575 | 486.7 | 1.2 |
| 8 | Conjuntivitis | 444,342 | 406.8 | 1 |
| 9 | Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II) | 427,125 | 391.1 | 1 |
| 10 | Amebiasis intestinal | 419,564 | 384.1 | 1 |
| 11 | Varicela | 318,522 | 291.6 | 0.7 |
| 12 | Asma y estado asmático | 317,783 | 291.0 | 0.7 |
| 13 | Otras helmintiasis | 311,230 | 285.0 | 0.7 |
| 14 | Intoxicación por picadura de alacrán | 296,392 | 271.4 | 0.7 |
| 15 | Candidiasis urogenital | 292,946 | 268.2 | 0.7 |
| 16 | Neumonías y bronconeumonías | 143,632 | 131.5 | 0.3 |
| 17 | Quemaduras | 129,779 | 118.8 | 0.3 |
| 18 | Paratifoidea y otras salmonelosis | 122,345 | 112.0 | 0.3 |
| 19 | Desnutrición leve | 120,142 | 110.0 | 0.3 |
| 20 | Tricomoniasis urogenital | 113,843 | 104.2 | 0.3 |
| | Total 20 causas | 42,029,861 | 38,481.9 | 97 |
| | Otras causas | 1,278,482 | 1,170.6 | 3 |
| | Total de causas | 43,308,343 | 39,652.4 | 100 |

Fuente: SINAVE, SS.

1. SALUD PÚBLICA

INDICADORES GENERALES DE SALUD: MORBILIDAD Evolución (2/2)

- Desde 2000, las 3 primeras causas de morbilidad no se han modificado. A continuación se muestran las 20 principales causas de morbilidad nacional en 2000:

Principales causas de morbilidad, 2000

| No. | Enfermedad | Casos | Tasa de incidencia | % |
|-----|-------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|-------------|
| 1 | Infecciones respiratorias agudas | 29 318 354 | 29,441.3 | 63.3 |
| 2 | Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas | 5 184 776 | 5,206.5 | 11.2 |
| 3 | Infección de vías urinarias | 2 956 492 | 2,968.9 | 6.4 |
| 4 | Amebiasis intestinal | 1 348 718 | 1,354.4 | 2.9 |
| 5 | Úlceras, gastritis y duodenitis | 1 280 268 | 1,285.6 | 2.8 |
| 6 | Otras helmintiasis | 732 373 | 735.4 | 1.6 |
| 7 | Otitis media aguda | 613 186 | 615.8 | 1.3 |
| 8 | Hipertensión arterial | 400 693 | 402.4 | 0.9 |
| 9 | Varicela | 375 865 | 377.4 | 0.8 |
| 10 | Ascariasis | 348 049 | 349.5 | 0.8 |
| 11 | Candidiasis urogenital | 302 047 | 303.3 | 0.7 |
| 12 | Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II) | 287 180 | 288.4 | 0.6 |
| 13 | Asma y estado asmático | 260 594 | 261.7 | 0.6 |
| 14 | Insuficiencia venosa periférica | 232 860 | 233.8 | 0.5 |
| 15 | Desnutrición leve | 229 344 | 230.3 | 0.5 |
| 16 | Faringitis y amigdalitis estreptocócicas | 228 427 | 229.4 | 0.5 |
| 17 | Intoxicación por picadura de alacrán | 208 444 | 209.3 | 0.4 |
| 18 | Neumonías y bronconeumonías | 204 886 | 205.7 | 0.4 |
| 19 | Tricomoniasis urogenital | 174 447 | 175.2 | 0.4 |
| 20 | Conjuntivitis mucopurulenta | 160 340 | 161.0 | 0.3 |
| | Total 20 causas | 44 847 343 | 45,035.5 | 96.8 |
| | Otras causas | 1 478 663 | 1,484.9 | 3.2 |
| | Total de causas | 46 326 006 | 46,520.3 | 100 |

Fuente: SINAVE, SS.

- Dada la naturaleza prevenible tanto de los padecimientos transmisibles y, en particular, los no transmisibles que están generando la mayor carga de enfermedad, se han implementado esfuerzos enfocados en la prevención de sus causas y detección oportuna de estos padecimientos. Destacan entre otros:
 - Extensión del esquema de vacunación
 - Estrategia de Consulta Segura del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)
 - PREVENIMSS y PREVENISSSTE
 - 5 pasos por tu salud
 - Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad.
- En cuanto a la atención de estos padecimientos, destaca la ampliación de la cobertura médica para la población a través del SPSS vía el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

1. SALUD PÚBLICA

INDICADORES GENERALES DE SALUD: MORBILIDAD Asuntos prioritarios (1/1)

- Resulta crucial enfocar los esfuerzos y recursos en la prevención, entendida como la provisión de servicios preventivos y de promoción de la salud desde el lado de la oferta y, sobre todo, incentivar el cambio hacia comportamientos saludables y el uso de servicios preventivos más que curativos por el lado de la demanda.
- Es importante mantener la cobertura actual de padecimientos y estar preparados para ampliar la cobertura hacia padecimientos más complejos en el futuro, asociados a enfermedades crónico-degenerativas que aún no se logran cubrir.

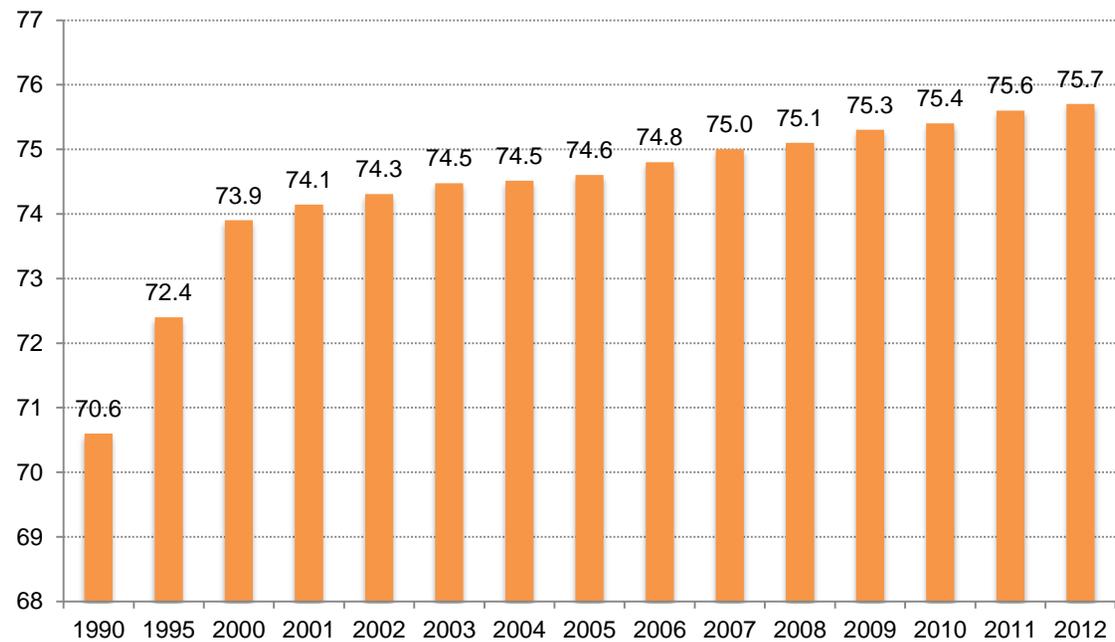
- La esperanza de vida al nacimiento (EVN) es un indicador utilizado a nivel mundial para valorar el nivel de desarrollo que tienen los países (Rendición de Cuentas 2010, SS).
- En 2011, la EVN a nivel mundial fue de 70 años en promedio (68 en hombres y 72 en mujeres), con base en el *Population Reference Bureau* (PRB, 2011).
- México, con una EVN de 75.6 años, ocupa la séptima posición entre los países con la EVN más alta de América Latina y el Caribe, cerca del promedio de 78 años que se reporta para Estados Unidos y Canadá, los países más desarrollados del continente.
- En la actualidad, los mexicanos cuentan con mayores y mejores recursos para la atención a su salud que hace 30 años. En consecuencia, y de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), la EVN de los mexicanos se incrementó en 10.7 años entre 1980 y 2011, al pasar de 64.9 años a 75.6 años de EVN (CONAPO, 2011).

1. SALUD PÚBLICA

INDICADORES GENERALES DE SALUD: ESPERANZA DE VIDA Evolución (1/2)

- En 2012, la EVN fue de 75.7 años, lo cual significa un incremento de 0.9 años de EVN a partir de 2006 y de 5.1 años desde 1990 (CONAPO, 2012).

Esperanza de vida al nacimiento (años), 1990-2012



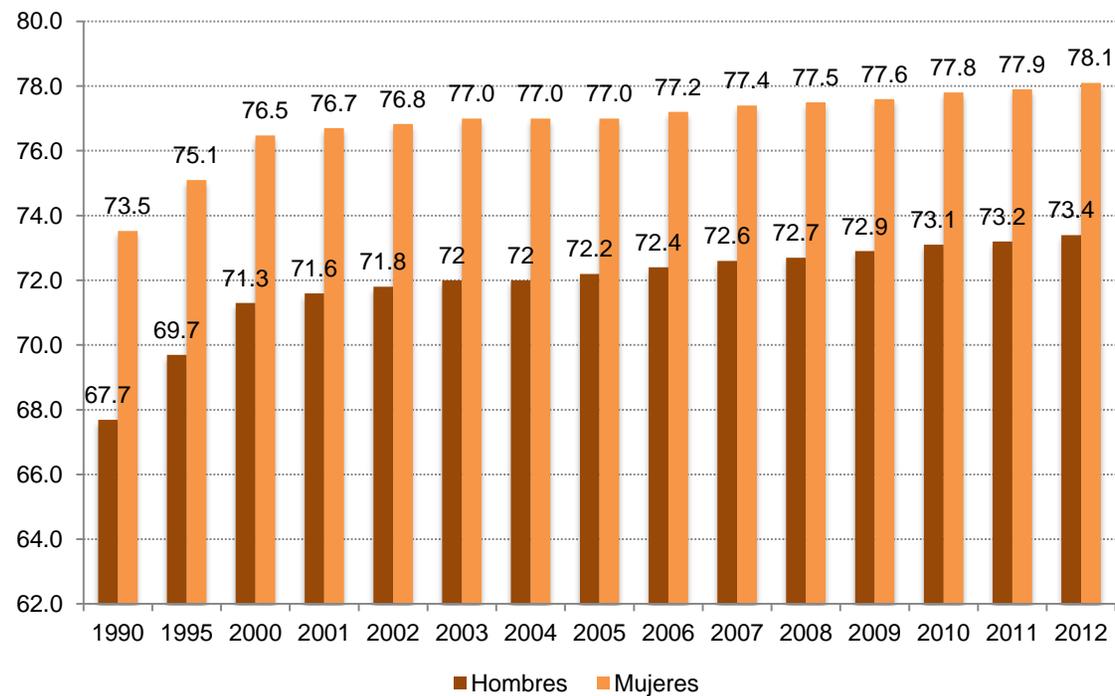
Fuente: Proyecciones de la Población de México 2006, CONAPO. .

1. SALUD PÚBLICA

INDICADORES GENERALES DE SALUD: ESPERANZA DE VIDA Evolución (2/2)

- Las mujeres viven, en promedio, más años que los hombres. En 2012, la EVN de las mujeres fue de 78.1 años mientras que la de los hombres fue de 73.4. De 1990 a 2012, las mujeres incrementaron su esperanza de vida en 4.5 años y los hombres en 5.7 (CONAPO, 2012).

Esperanza de vida al nacimiento (años) por sexo, 1990-2012



Fuente: Proyecciones de la Población de México, CONAPO,

1. SALUD PÚBLICA

INDICADORES GENERALES DE SALUD: ESPERANZA DE VIDA Líneas de acción (1/1)

- Se reconoce que la mortalidad infantil es uno de los factores más estrechamente relacionados con el aumento de la esperanza de vida, de forma que se realizan acciones focalizadas a las madres y los niños menores de un año. A través de la Estrategia Embarazo Saludable, el Programa Seguro Médico para una Nueva Generación y de la campaña Universal de Vacunación, se mejoran las condiciones de salud de ese grupo vulnerable.
- La ampliación de la cobertura de los servicios de salud, a través de Caravanas de Salud y sobre todo, del Seguro Popular, han mejorado la situación de salud de la población que se traduce en una mayor esperanza de vida. De 2006 a 2012, se ha incrementado el número de intervenciones incluidas en el CAUSES de 249 a 284, cubriendo las intervenciones del primer nivel de atención y el 90% de los egresos hospitalarios reportados en el segundo nivel de atención; y se incrementó el número de enfermedades cubiertas por el FPGC de 15 a 58.
- El incremento de los servicios preventivos y de educación en prevención, así como los avances tecnológicos (medicina a distancia, prótesis, etc.) han jugado un papel primordial en este sentido.

1. SALUD PÚBLICA

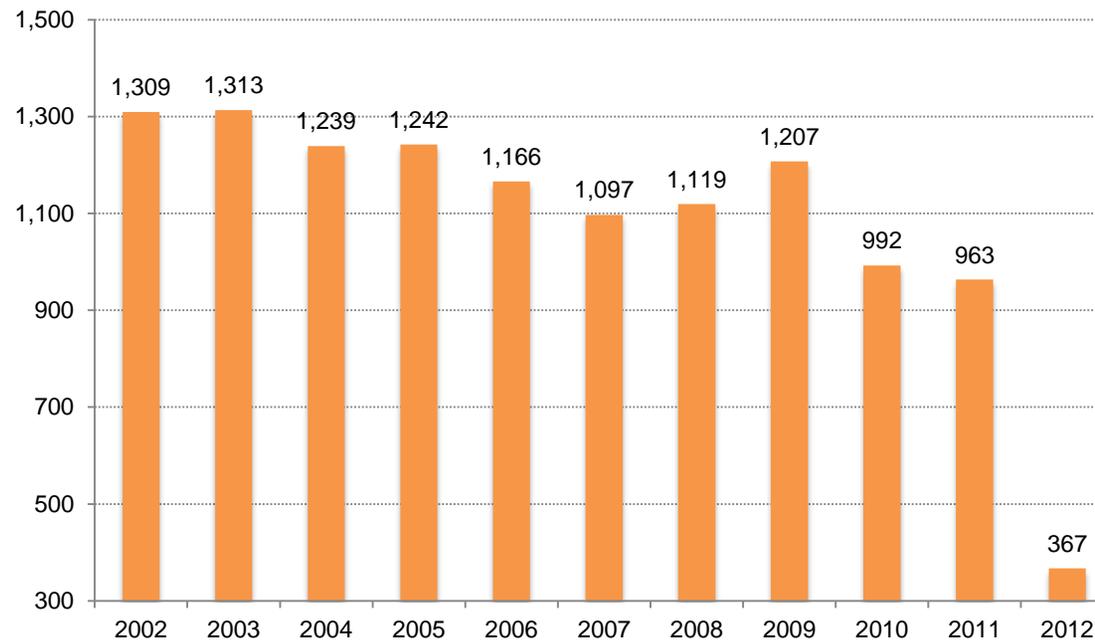
INDICADORES GENERALES DE SALUD: ESPERANZA DE VIDA Asuntos Prioritarios (1/1)

- De acuerdo con la OMS, reducir la insuficiencia ponderal infantil, las prácticas sexuales inseguras, los factores de riesgo para la hipertensión arterial, el consumo de alcohol, mejorar el saneamiento y dotar a la población de agua de calidad para el consumo humano permitiría aumentar la EVN en casi cinco años (Rendición de Cuentas en Salud 2010, SS).
- Adicionalmente, en México se deben fortalecer las estrategias para prevenir los accidentes de vehículos de motor, particularmente entre la población de 15 a 29 años, así como para reducir el consumo de tabaco y disminuir la cantidad de personas con sobrepeso y obesidad.

- De acuerdo con la OMS, en 2010 murieron 287,000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. La mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la mitad entre 1990 y 2010.
- En México, la mortalidad materna se redujo gracias a la extensión de la disponibilidad de unidades para la atención prenatal y de atención del parto y especialmente a la política de planificación familiar implementada en la década de los 70.
- La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los países se comprometieron a reducir la tasa de mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015 y a la fecha se ha disminuido en un 47%. En México, se estima que para lograr esta meta, será necesario no rebasar 429 muertes maternas para llegar a una razón máxima de 22.3 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos.

- En 2011, se registraron 963 muertes maternas. Al mes de mayo de 2012, se han registrado 367 defunciones maternas.
- De 2006 a 2011 estas defunciones disminuyeron en 17%. Se observa un aumento en el número de muertes maternas en 2009 que se asocia a la pandemia de influenza AH1N1 (Rendición de Cuentas 2010, SS).

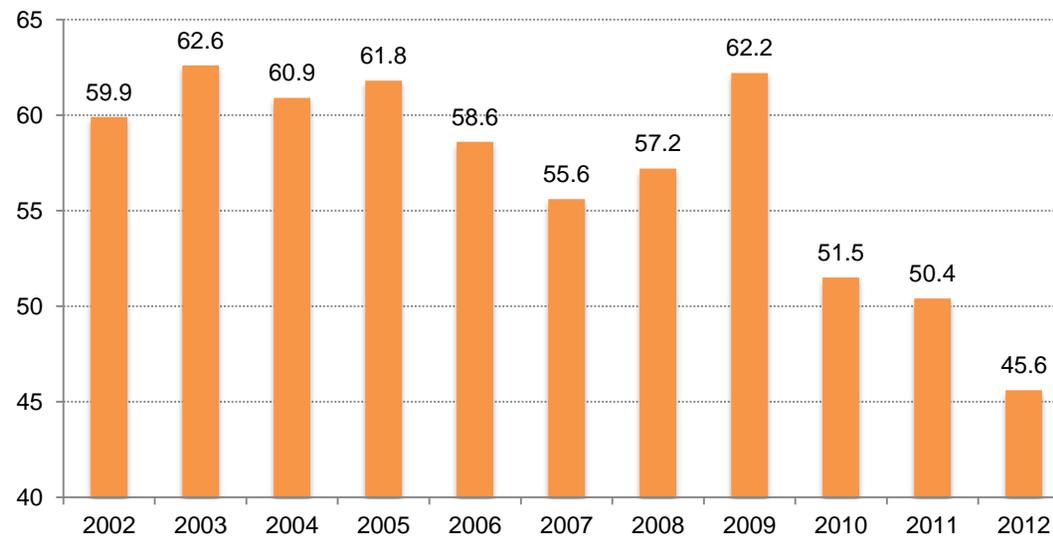
Número de muertes maternas, 2002-2012



Fuente: DGIS, SS/CONAPO, La cifra de 2011 es preliminar y la de 2012 es el corte a mayo.

- Por su parte, la razón de mortalidad materna (RMM) pasó de 59.9 en 2002 a 45.6 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos estimados (NVE) en mayo de 2012. En el periodo 2006-2011 la RMM se redujo 14%.

Razón de mortalidad materna por cada 100 mil NVE, 2002-2012



Fuente: DGIS, SS/CONAPO, La cifra de 2012 es el corte a mayo.

1. SALUD PÚBLICA

MORTALIDAD MATERNA Evolución (3/4)

Número de defunciones maternas y RMM por entidad federativa, 2011 y 2012

| Orden | 2011* | | | 2012* | | |
|-------|---------------------|-----|------|-------|-------|-----------|
| | Edo. | Def | RMM | Def | RMM | Dif.% RMM |
| 1 | AGUASCALIENTES | 3 | 31.7 | 7 | 74.1 | 133.7 |
| 2 | SINALOA | 5 | 26.6 | 8 | 43.7 | 64.2 |
| 3 | DURANGO | 4 | 33.6 | 6 | 51.0 | 51.8 |
| 4 | **HIDALGO | 6 | 32.4 | 9 | 49.0 | 51.3 |
| 5 | **CHIAPAS | 17 | 42.7 | 23 | 58.0 | 35.7 |
| 6 | TAMAULIPAS | 6 | 25.6 | 8 | 34.4 | 34.7 |
| 7 | TLAXCALA | 4 | 43.1 | 5 | 54.1 | 25.6 |
| 8 | **GUERRERO | 22 | 83.8 | 26 | 102.2 | 21.9 |
| 9 | ZACATECAS | 9 | 84.1 | 10 | 96.8 | 15.1 |
| 10 | **PUEBLA | 26 | 55.6 | 26 | 56.2 | 1.1 |
| 11 | COLIMA | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0.0 |
| 12 | MICHOACAN | 14 | 45.9 | 13 | 44.1 | -4.0 |
| 13 | QUINTANA ROO | 4 | 35.4 | 4 | 33.7 | -5.1 |
| 14 | **OAXACA | 24 | 85.3 | 22 | 79.6 | -6.7 |
| 15 | NAYARIT | 7 | 99.5 | 6 | 87.3 | -12.3 |
| 16 | **MEXICO | 48 | 43.4 | 40 | 36.6 | -15.7 |
| 17 | **VERACRUZ | 34 | 63.2 | 28 | 52.9 | -16.2 |
| 18 | **BAJA CALIFORNIA | 12 | 49.9 | 10 | 41.1 | -17.6 |
| 19 | YUCATAN | 5 | 35.2 | 4 | 27.9 | -20.6 |
| 20 | **JALISCO | 17 | 32.1 | 13 | 24.7 | -22.9 |
| 21 | CAMPECHE | 4 | 65.1 | 3 | 48.7 | -25.2 |
| 22 | GUANAJUATO | 23 | 56.4 | 16 | 39.7 | -29.7 |
| 23 | SAN LUIS POTOSI | 9 | 45.5 | 6 | 30.9 | -32.0 |
| 24 | MORELOS | 6 | 50.1 | 4 | 33.7 | -32.6 |
| 25 | **DISTRITO FEDERAL | 49 | 90.3 | 32 | 59.5 | -34.2 |
| 26 | COAHUILA | 10 | 51.2 | 6 | 30.9 | -39.6 |
| 27 | TABASCO | 9 | 56.1 | 5 | 31.7 | -43.5 |
| 28 | **CHIHUAHUA | 22 | 89.6 | 12 | 49.4 | -44.9 |
| 29 | NUEVO LEON | 13 | 40.8 | 7 | 22.2 | -45.7 |
| 30 | BAJA CALIFORNIA SUR | 2 | 48.2 | 1 | 24.0 | -50.3 |
| 31 | QUERETARO | 8 | 58.3 | 3 | 21.7 | -62.8 |
| 32 | SONORA | 11 | 60.1 | 4 | 22.3 | -62.9 |
| | TOTAL | 433 | 53.3 | 367 | 45.6 | -14.3 |

- En 2012, Guerrero (102.2), Zacatecas (96.8) y Nayarit (87.3) presentan la RMM más elevada en el país; mientras que Querétaro (21.7), Nuevo León (22.2) y Sonora (22.3) son los estados con la menor RMM.
- Aguascalientes, Sinaloa y Durango tuvieron el mayor incremento en la RMM de 2011 a 2012. Sonora, Querétaro y Baja California, por su parte, presentaron la mayor disminución en la RMM.

* Cifras preliminares. ** Estados con fuerza de tarea federal para la reducción de la mortalidad materna
Fuente: SINAVE/DGE/SS/Sistema de Notificación Inmediata de Muertes Maternas.

1. SALUD PÚBLICA

MORTALIDAD MATERNA Evolución (4/4)

De 2007 a 2011, se ha incrementado el promedio de consultas prenatales por embarazada en 11%, pasando de 4.58 en 2007 a 5.09 en 2011.

- En el mismo periodo, el porcentaje de partos por cesárea se incrementó en 1.4 puntos porcentuales.
- El porcentaje de aceptantes de un método anticonceptivo ha incrementado de 2007 a 2011 en 2.8 puntos porcentuales, pasando de 58.19% en 2007 a 61.02% en 2011.

Indicadores de acciones sectoriales, 2007-2011

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Promedio de consultas prenatales | 4.58 | 4.64 | 4.79 | 4.79 | 5.09 |
| Porcentaje de operación cesárea | 36.98 | 38.76 | 38.48 | 38.58 | 38.37 |
| Porcentaje de aceptantes de un método anticonceptivo | 58.19 | 58.89 | 56.03 | 60.81 | 61.02 |

Fuente: Informes institucionales, SNS

Se implementaron las siguientes acciones más relevantes:

- Grupo de Atención Inmediata a Defunciones Maternas (AIDEM, SS) que permitió realizar un diagnóstico sobre las variables organizacionales que favorecen la ocurrencia de defunciones maternas e implementar acciones correctivas dirigidas específicamente a los eslabones críticos hallados como causa directa de las defunciones.
- Estrategia de Embarazo Saludable del Seguro Popular para garantizar la cobertura de servicios de salud para las mujeres embarazadas (1.78 millones de beneficiarias en 2012).
- Se integró el equipo de Fuerza de Tarea, conformado por un equipo multidisciplinario, apoyado por diversas dependencias de la Secretaría de Salud con el propósito de fortalecer las Redes de Atención Hospitalaria ante las Emergencias Obstétricas.
- Certificación de las parteras tradicionales (SS).
- Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de Emergencias Obstétricas. Se firmó en 2009 y establece que todas las mujeres que presenten una emergencia obstétrica deben recibir atención en cualquier unidad de salud del sector sin importar su condición de derechohabiente. Se instaló un Sistema de Registro de las Emergencias Obstétricas (SREO) a partir del 1 de agosto de 2011, que permite la facturación cruzada entre la SS, el IMSS y el ISSSTE y apoyar la implementación de este convenio.
- Arranque Parejo en la Vida (APV): implementada desde 2004, esta estrategia se basa en el consenso y participación de todas las instituciones públicas y privadas del sector salud. Establece un plan de acción claro enfocado en la reducción de la muerte materna e infantil. Destacan entre sus acciones: el establecimiento del AIDEM, la administración de ácido fólico durante el embarazo buscando reducir defectos en el nacimiento y discapacidad; la prevención y detección de enfermedades de transmisión sexual en la madre, en particular VIH para evitar el contagio al neonato; y la cobertura de tamiz neonatal, apoyado por el SMNG para detectar y atender oportunamente enfermedades en los menores.

- Para alcanzar la meta establecida en los objetivos del milenio, de la fecha al 2015 será necesario no rebasar el máximo de 429 muertes maternas al año. Los esfuerzos realizados hasta ahora han logrado avances que no se han consolidado, por lo que es necesario continuar con las acciones de coordinación entre las instituciones del sector salud y los distintos niveles de gobierno.

- El esquema básico completo de vacunación en México es gratuito e incluye las vacunas de: tuberculosis, hepatitis B, tétanos, infecciones por neumococo, influenza, rotavirus, sarampión, poliomielitis, entre otras.
- En los niños de 1 a 4 años de edad, la cobertura se ha mantenido por arriba del 95% desde 1995, en 2001 se incrementó más de 97% y desde 2007 se mantienen coberturas por arriba del 98%.
- Por la estructura del Sistema Nacional de Salud existen tres compradores principales de vacunas:
 - IMSS
 - Salud – Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA)
 - ISSSTE

Cobertura de Vacunación en niños de 1 año de edad y de 1 a 4 años de edad, 1995, 2001, 2007, 2010-2012

| Concepto | Periodos | | | Datos anuales | | |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------|----------------|-----------|
| | 1º enero de 1995 al 31 de diciembre de 2000 | 1º de enero 2001 al 31 de diciembre de 2006 | 1º de enero de 2007 al 31 de agosto de 2012 | Observado 2010 | Observado 2011 | Meta 2012 |
| Porcentaje de niños de 1 año de edad con esquema completo de vacunación | 87.9 | 93.6 | 95.1 | 97.2 | 95.22 | 95 |
| Porcentaje de niños de 1 a 4 años de edad con esquema completo de vacunación | 95.6 | 97.8 | 98.03 | 97.1 | 98.11 | 95 |

Fuente: Servicios Estatales de Salud, Sistema de Información PROVAC

- En el periodo de 2007 a 2012 se han aplicado casi 184 millones de dosis de vacunas a niños de 0 a 4 años de edad. En 2011 se aplicaron más de 32.4 millones de dosis de vacunas con un logro de cobertura de 95.8% y durante el periodo enero a junio de 2012 se han aplicado aproximadamente 24.7 millones de dosis de todas las vacunas con una cobertura del 96.1%.
- De 2007 a 2011 se han cuadruplicado los recursos designados al programa de vacunación universal de 599 a 2,277 millones de pesos.
- En 2011, poco más del 95% de los niños de 1 año de edad tenían el esquema completo de vacunación. Se espera que para agosto de 2012, la cobertura de este grupo de edad sea de 95.05%.
- En 2011, la cobertura de vacunación de niños de 1 a 4 años de edad fue de 98.1%. Para el periodo de enero a agosto de 2012 se estima que será de 98.0%.

AMPLIACIÓN COBERTURA VACUNAS

- El compromiso es contar con coberturas por arriba del 95% en todas las entidades federativas. Para lograr este objetivo se han emitido los lineamientos que permiten el esquema de liberación simplificada de vacunas, lo que permite la reducción en tiempos para los usuarios que accedan a este esquema, pasando de un tiempo máximo de respuesta de 3 meses a sólo 1 mes.
- En 2007 se reactivó el Plan de Acción de Eliminación de Tétanos Neonatal, se universalizó la aplicación de vacuna antineumocócica 23valente en todos los mayores de 65 años de edad.
- En 2008 se realizó la campaña de eliminación de Rubéola, síndrome de rubéola congénita y sarampión, en hombres y mujeres de 19 a 29 años de edad, con un logro de 97%. Se universalizó la vacuna antineumocócica heptavalente y anti rotavirus monovalente. Asimismo, se inició la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en niñas de los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano.
- Programa Nacional de Vacunación (PVU). En 2011 se destinaron 1,096 millones de pesos al SMNG para la adquisición de 4.4 millones de dosis de vacuna antineumocócica y 4.1 millones de dosis de vacuna contra rotavirus, en beneficio de 1.5 millones de niños menores de 2 años. Se han mantenido los logros del Programa de Vacunación Universal: erradicación de la poliomielitis por el virus salvaje, la eliminación de la difteria y la reducción significativa del tétanos neonatal (menos de 5 casos por año).
- En 2011 se aprobó el esquema de vacuna pentavalente contra rotavirus. Se acordó incluir la vacuna contra el VPH en el esquema básico de vacunación de todas las niñas de 9 años de edad, a partir de septiembre de 2012. Su aplicación por sí sola podría reducir la mortalidad por cáncer cérvicouterino en un 50% en el transcurso de varias décadas.
- En 2012, se aprobó la vacunación universal con Tdpa contra el tétanos, difteria y tosferina, en mujeres embarazadas, para iniciar su aplicación en el 2013.

ADQUISICIÓN CONSOLIDADA DE VACUNAS

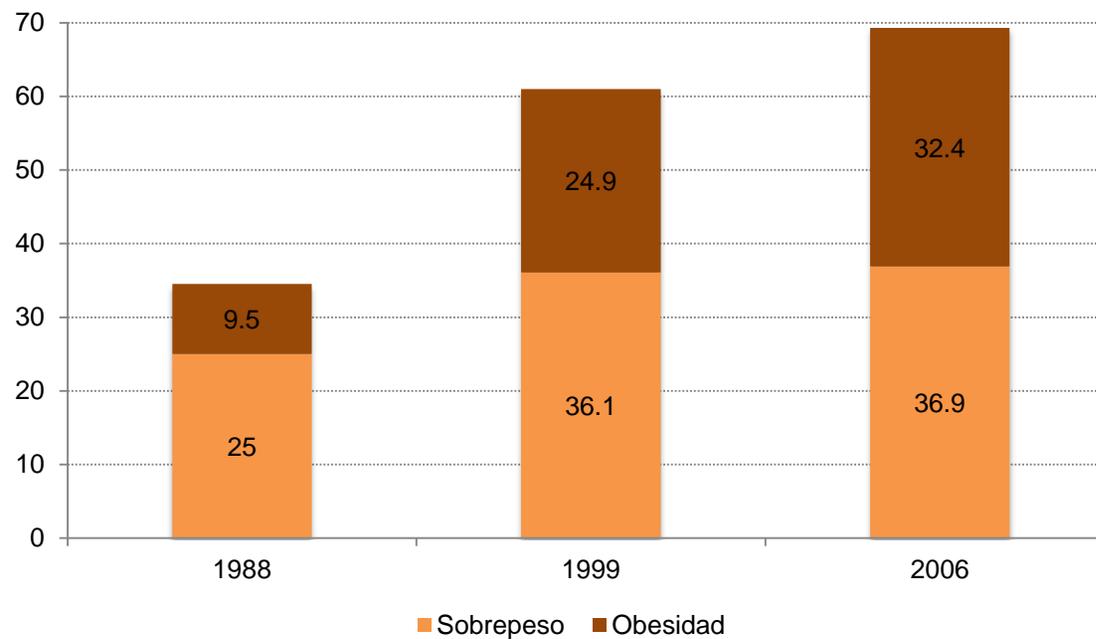
- Esta estrategia se centra en los objetivos de garantizar la provisión del Esquema de Vacunación Universal y optimizar el uso de los recursos en la compra de estos insumos.
- Desde 2009, las Instituciones del Sector Salud (Secretaría de Salud, IMSS: régimen obligatorio e IMSS-Oportunidades, ISSSTE y SEDENA) han realizado adquisiciones anuales consolidadas de las vacunas incluidas en el Esquema Básico de Vacunación del Programa de Vacunación Universal, lo que ha permitido garantizar el precio más bajo de los productos biológicos, para todas las Instituciones involucradas; sin embargo, no se ha logrado el abasto suficiente debido a incumplimientos por parte de los proveedores o por condiciones especiales de las Instituciones.
- Los objetivos de esta estrategia son garantizar el abasto de las vacunas del PVU y reducir los precios de éstas al realizar procesos licitatorios consolidados en los que participan tanto productores como distribuidores de vacunas.
- Durante 2012, se ha trabajado en la elaboración de un Contrato Marco, entre las Instituciones del Sector Salud y los proveedores de todos los productos biológicos, lo que permitirá obtener las mejores condiciones para el Estado, además permitirá reducir los tiempos para la formalización de los contratos, lo que redundará en una mejor planeación de las adquisiciones y permitirá el abasto en tiempo y forma de las vacunas.

- El principal riesgo en cuanto a vacunación, radica en que la población no se vacuna en los tiempos establecidos en el esquema, generando así importantes costos de atención para el sistema público de salud.
- Resultará importante cumplir con la universalización de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), es decir, lograr la cobertura nacional de vacunación contra el VPH en niñas de 5º de primaria (1,220,015 niñas escolarizadas y no escolarizadas).
- Es relevante analizar la posibilidad de llevar a grado de Ley el establecimiento de un solo comprador.
- Se debe prever la escasez de la vacuna pentavalente.
- Aún existen algunos problemas de abasto debido a incumplimientos por parte de los proveedores o por condiciones especiales de las Instituciones, por lo que será necesario fortalecer el Contrato Marco y regular su cumplimiento de forma que se logre el abasto de las vacunas.

- El sobrepeso y la obesidad se reconocen como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo debido a su prevalencia, crecimiento acelerado, y por su contribución al desarrollo de padecimientos crónico-degenerativos como la diabetes, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares.
- Cada año mueren, como mínimo, 2.6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso. Adicionalmente, se estima que 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.
- En consecuencia, la OMS, promovió la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas, a la cual México se adhirió en 2004.
- Actualmente, México ocupa el segundo lugar de prevalencia mundial de obesidad, después de los Estados Unidos de América. Esta alta prevalencia de sobrepeso y obesidad representa un problema de salud pública prioritario que implica altos costos al sistema de salud y a la sociedad.
- Destaca en particular, el rápido crecimiento de la prevalencia de obesidad en México en las últimas décadas (triplicándose de 1980 a 2006); y su incremento para ambos sexos, en todos los grupos de edad (particularmente en los niños, cuya prevalencia es del 30%), y en todos los estratos sociales.
- En México, el gasto del tratamiento de enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad, representa el 0.3% del PIB nacional y el 13% del gasto total en salud.

- La prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel nacional se incrementó de 34.5% en 1988 a 69.3% en 2006; un crecimiento de poco más del 100% en 18 años (ENSANUT 2006, INSP).

Evolución de prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel nacional (%), 1988,1999 y 2006.

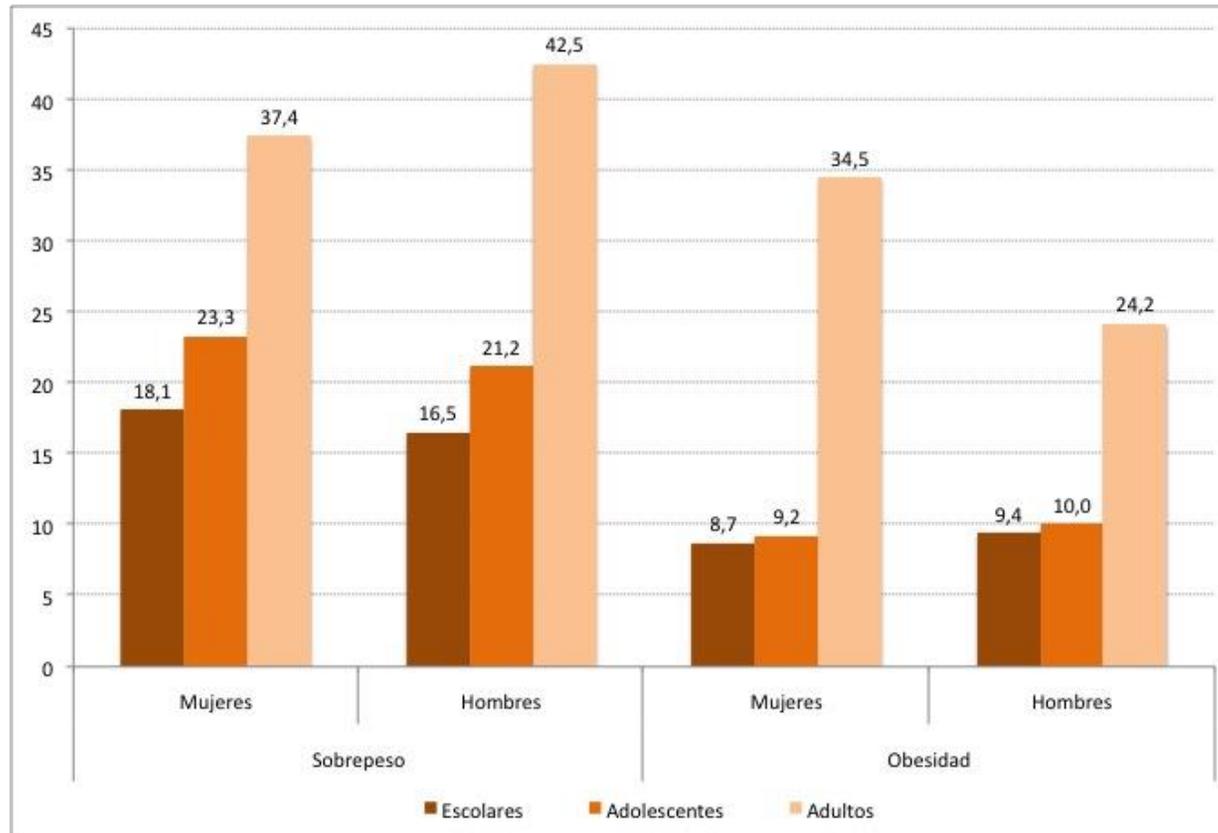


Fuente: ENSANUT 2006, INSP, SS.

Análisis por grupos etarios y sexo (ENSANUT 2006, INSP)

- *Escolares (5-11 años de edad)*. En 2006, la prevalencia nacional de obesidad y sobrepeso fue de 26%, lo cual representa a 4,158,800 escolares. Se presentó en el 26.8% de las niñas y 25.9% de los niños, mientras que en 2012 la prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños fue de 36.9% y 32.0% para las niñas.
 - En 1999 la prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares era de 19.5%, lo cual significa un incremento de 14.9 puntos porcentuales en entre 1999 y 2012.
- *Adolescentes (12-19 años de edad)*. En 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de 5,891,400 adolescentes a nivel nacional, lo cual implica que 1 de cada 3 hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. Lo anterior representa el 32.5% de mujeres y 31.2% de varones de este grupo etario. La ENSANUT 2012 reportó una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 34.1% para los hombres y 35.8% para las mujeres en este grupo de edad..
 - De 1999 a 2006, se observa un incremento de 7.9% en la prevalencia de sobrepeso (de 21.6 a 23.3%) y un aumento en la obesidad de 33.3% (de 6.9 a 9.2%).
- *Adultos (mayores de 20 años)*. En 2006, 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres adultos tienen prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad mientras que la ENSANUT 2012 reportó 69.4% para los hombres y 73.0% para las mujeres en este grupo de edad.
 - La prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42.6%) que en mujeres (35.5%).
 - En cambio, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (37.5%) que en hombres (26.8%).
 - En 1999, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en mujeres era de 61%, lo que significa un incremento de 12 puntos porcentuales entre 1999 y 2012.
 - De 1999 a 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres aumentó 9.7 puntos porcentuales al pasar de 59.7% a 69.4%.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad por grupos de edad y sexo a nivel nacional (%), 2006

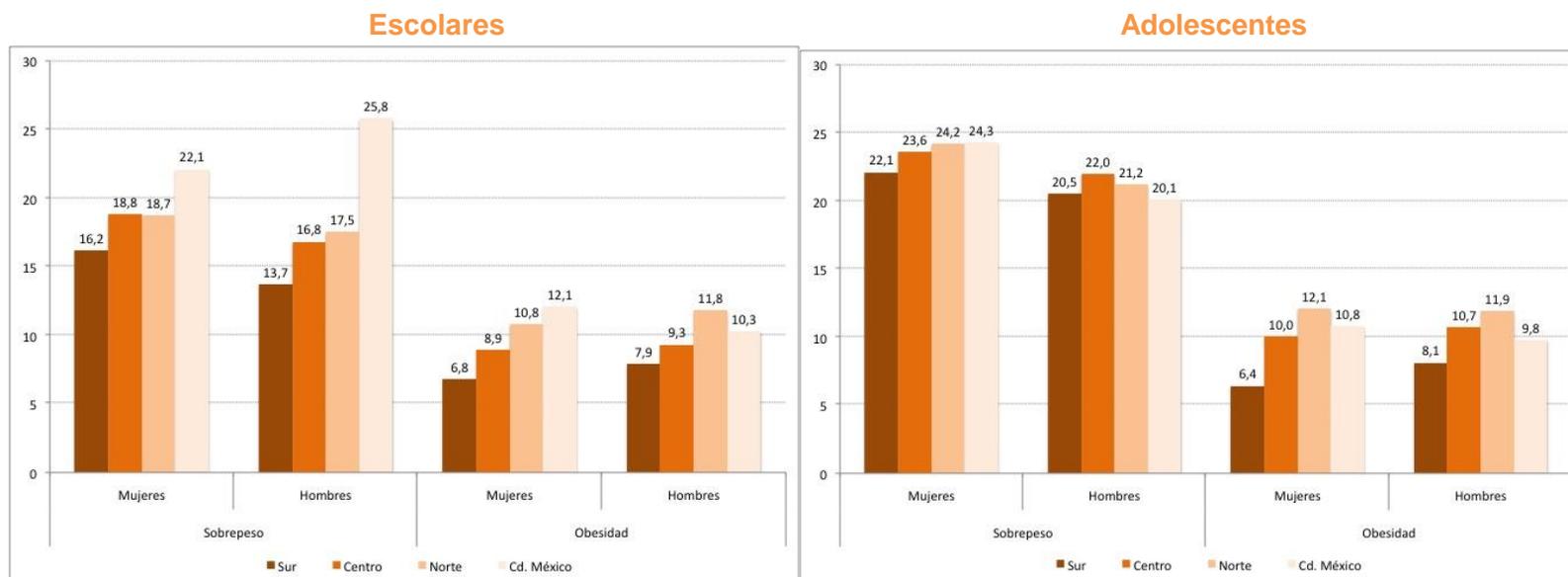


Fuente: ENSANUT 2006, INSP, SS.

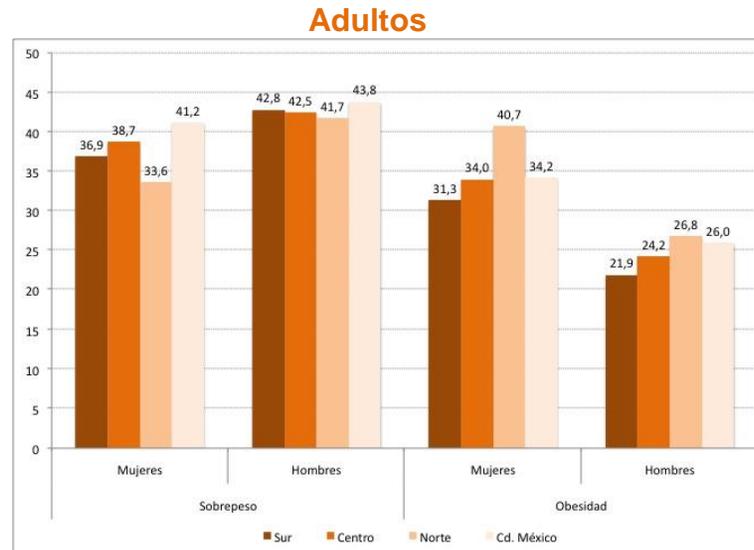
Situación por región (ENSANUT 2006, INSP)

- *Escolares (5-11 años de edad)*. En 2006, la Ciudad México tenía la mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso en el país con 35.1%, mientras que la región Sur la menor con 22.3%.
 - La región Sur presenta el mayor incremento (35.7%) en sobrepeso y obesidad de 1999 a 2006, mientras que la región Norte presenta el menor (13.6%).
- *Adolescentes (12-19 años de edad)*. En 2006, la región Norte presenta la mayor prevalencia de mujeres adolescentes con obesidad y sobrepeso (36.4%), le sigue la Cd. De México (35.2%) la Centro (33.6%) y la menor prevalencia la tiene la región Sur (28.5%).
 - Destaca que la región sur tiene el mayor incremento en prevalencia de 1999 a 2006 con un aumento de 18.6%, mientras que la norte tiene el menor aumento (1.4%).
- *Adultos (mayores de 20 años)*. En 2006, la prevalencia se sobrepeso y obesidad en adultos fue mayor a 65% para todas las regiones y para ambos sexos.
 - De 1999 a 2006, las mujeres de la Cd. de México tuvieron el mayor incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad (18.3%), mientras que la región norte tuvo el menor incremento en esos 7 años (4.0%). Por su parte, los hombres de la región sur tuvieron el mayor incremento (15.4%) en prevalencia de sobrepeso y obesidad de 2000 a 2006 y los del norte el menor (5.9%).

Prevalencia de sobrepeso y obesidad por grupos de edad y sexo, según región (%), 2006



Fuente: ENSANUT 2006, INSP, SS.



Fuente: ENSANUT 2006, INSP, SSA

- De 2008 a 2011, el presupuesto destinado a sobrepeso y obesidad incrementó 38.3%, pasando de 187.8 a 259.8 millones de pesos.

Presupuesto para sobrepeso y obesidad (millones de pesos), 2008-2011

| Programa/Año | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------------------------------------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| Obesidad-hta y diabetes mellitus a las entidades federativas | 187.8 | 38.0 | 175.2 | 184.7 |
| Prevención de la obesidad | | | 47.5 | 75.1 |
| Total | 187.8 | 38.0 | 222.7 | 259.8 |

Fuente: SS.

Evolución de prevalencia de sobrepeso y obesidad por región y grupos de edad, 1999-2006

Escolares (Nacional)

| Región | 1999 | 2006 | Cambio 1999-2006 (%) |
|------------|------|------|----------------------------|
| Norte | 25.4 | 29.4 | 15.7 |
| Sur | 13.6 | 22.3 | 64.0 |
| Centro | 17.3 | 26.9 | 55.5 |
| Cd. México | 24.9 | 35.1 | 41.0 |

Adolescentes (Mujeres 12-19 años)

| Región | 1999 | 2006 | Cambio 1999-2006 (%) |
|------------|------|------|----------------------------|
| Norte | 35.9 | 36.4 | 1.4 |
| Sur | 23.2 | 28.5 | 22.8 |
| Centro | 29.5 | 33.6 | 13.9 |
| Cd. México | 30.6 | 35.2 | 15.0 |

Adultos (Mujeres 12-49 años y hombres 20 o más años)

| Región | Mujeres (12-49 años) | | | Hombres | | |
|------------|----------------------|------|----------------------------|---------|------|----------------------------|
| | 1999 | 2006 | Cambio 1999-2000 (%) | 2000 | 2006 | Cambio 2000-2006 (%) |
| Norte | 69.0 | 71.9 | 4.2 | 64.0 | 68.0 | 6.3 |
| Sur | 58.0 | 66.6 | 14.8 | 55.0 | 65.0 | 18.2 |
| Centro | 60.0 | 69.6 | 16.0 | 60.0 | 67.0 | 11.7 |
| Cd. México | 59.0 | 72.2 | 22.4 | 62.0 | 70.0 | 12.9 |

Fuente: ENSANUT 2006, INSP, SSA

Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (SS, SE, SEP, SHCP, SAGARPA, STPS y SEDESOL). Se firmó en enero de 2010 y contempla las siguientes actividades:

- 5 pasos por tu salud
- Consejo nacional contra las enfermedades crónicas
- Programa del adulto y del anciano
- Publicidad de alimentos y bebida no alcohólica dirigida al público infantil
- Ley de ayuda alimentaria de los trabajadores
- Lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de educación básica.
- Inclusión en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de actividad física, promoción de agua simple potable, ingesta diaria de frutas y verduras, alimentos fríos y calientes con menor grasa, sal y azúcares en todos los programas operados por los DIF estatales (más 103 actividades adicionales)
- Creación y actualización de normas oficiales mexicanas requeridas (por ejemplo: para etiquetado de los productos, para estandarizar tamaños de las porciones de alimentos industrializados).
- Emisión de los lineamientos generales para expendio y distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica.
 - Con estos lineamientos, México se suma a los 15 países que cuentan con una normatividad similar.
 - Los lineamientos regulan tanto alimentos preparados en la escuela como alimentos procesados disponibles en la misma.
 - La implementación será evaluada y se harán los ajustes pertinentes para mejorar la nutrición de los niños en edad escolar en México.
- En 2012 se logró un acuerdo con la industria de la panificación para disminuir el contenido de sal en los productos que distribuye.
- Para afrontar el problema de obesidad y sobrepeso infantil en nuestro país se unieron esfuerzos entre el Sector Salud y la Industria de Alimentos y Bebidas con la intención de generar una estrategia integral. Se desarrolló un instrumento de autorregulación publicitaria denominado CODIGO PABI (Publicidad de Alimentos y Bebidas Dirigida al Público Infantil). Fue firmado por 5 organismos empresariales (CANACINTRA, CONCAMIN, CCE, CNA y CONMEXICO). Se da a conocer a la opinión pública en 2008. COFEPRIS se encarga de monitorear los anuncios publicitarios en horarios y canales definidos como programación dirigida al público infantil. Durante 2011 se han monitoreado 435 mensajes nuevos.

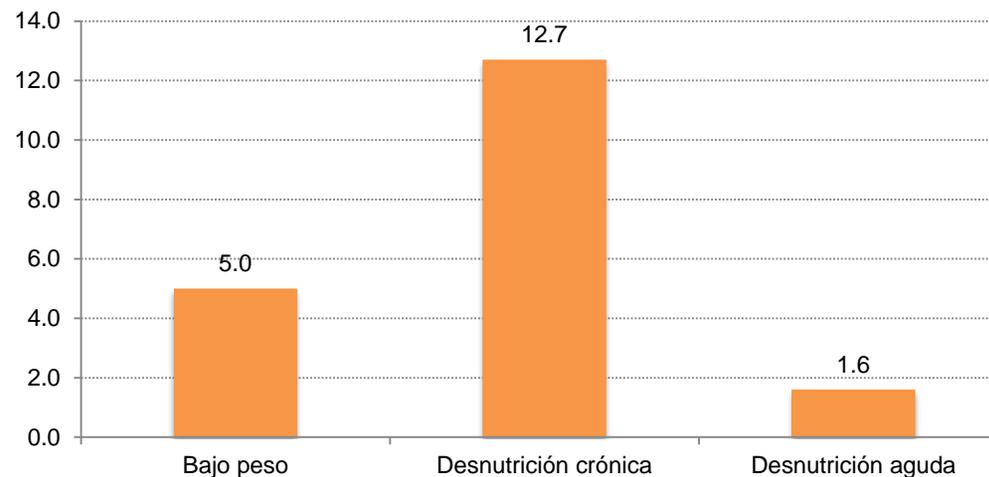
- De continuar con esta tendencia, se estima que el costo de la obesidad será de 24.9% del gasto en salud público nacional, conforme a datos del estudio realizado por la Unidad de Análisis Económico (UAE).
- En materia de oferta de atención en salud, debe darse prioridad a la prestación de servicios preventivos de calidad que favorezcan la detección oportuna, tratamiento y seguimiento de recomendaciones para reducir el sobrepeso y la obesidad y sus consecuencias. A esto se debe incorporar la promoción y comunicación de riesgos asociados a la obesidad.
- En materia de demanda de atención en salud, deben buscarse esquemas de incentivos y corresponsabilidad innovadores y efectivos que generen los comportamientos deseados en la población y la generación de una cultura de prevención, atención preventiva y cuidado de la salud.
- En materia de rectoría y con la participación de las distintas áreas de gobierno involucradas deben continuar impulsándose:
 - Alfabetismo nutricional y alimentario (por ejemplo: etiquetados accesibles, contenidos educativos, guías para maestros).
 - Acciones de fomento a la actividad física (por ejemplo: fortalecer la regulación de la cantidad y calidad de educación física y actividades deportivas en el ámbito escolar, mejorar áreas para el deporte).
 - Regulación de los mercados (por ejemplo: actualizar y mejorar el marco normativo, incentivos a alimentos saludables, cambios en tamaños de porciones, etc.).
 - Asegurar la disponibilidad y acceso de productos saludables dentro de zonas marginadas y en desarrollo.
 - Desarrollo de normas integrales, progresivas y complementarias diseñadas para fomentar mejores elecciones por parte de los consumidores.
- Es importante consolidar el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad.
- Se deberá fortalecer el Consejo Nacional de Enfermedades Crónicas.

- De acuerdo a la ENSANUT 2006 (INSP), la desnutrición puede ser de tres tipos:
 - Crónica (desmedro). Se refiere a la baja talla para la edad, esto es, al retardo en el crecimiento lineal que da muestra de los efectos negativos acumulados secundarios a periodos de alimentación inadecuada en cantidad o calidad y los efectos deletéreos de las infecciones agudas repetidas.
 - Aguda (emaciación). Es el bajo peso para la talla.
 - Bajo peso. Es un indicador mixto influido por el desmedro y la emaciación que se refiere al bajo peso para la edad.
- La desnutrición es sobre todo un tema relevante para los niños en edad preescolar. La desnutrición durante la gestación y los primeros 2 a 3 años de vida aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, y afecta el crecimiento y el desarrollo mental durante dicho periodo crítico; además, la desnutrición temprana tiene efectos adversos a lo largo de la vida, como disminución del desempeño escolar, aumento en el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y reducción de la capacidad de trabajo y del rendimiento intelectual (ENSANUT 2006, INSP).

Indicadores por grupos relevantes (ENSANUT 2006, INSP)

- *Preescolares* (menores de cinco años). En 2006 se tenían 472,890 niños menores de cinco años de edad con bajo peso (5% del total), 1,194,805 con desnutrición crónica (12.7%) y alrededor de 153,000 niños con desnutrición aguda (1.6%). En 2012 la ENSANUT 2012 reportó para este grupo de edad, 2.8% de niños en bajo peso, 13.6 con desnutrición crónica y 1.6 con desnutrición aguda.
- De 1999 a 2012, la prevalencia de bajo peso disminuyó 4.7 puntos porcentuales (prevalencia de 7.5% en 1999), la desnutrición crónica bajó 4.2 puntos porcentuales (prevalencia de 17.8% en 1999) y la desnutrición aguda disminuyó 4.4 puntos porcentuales (prevalencia de 6% en 1999).

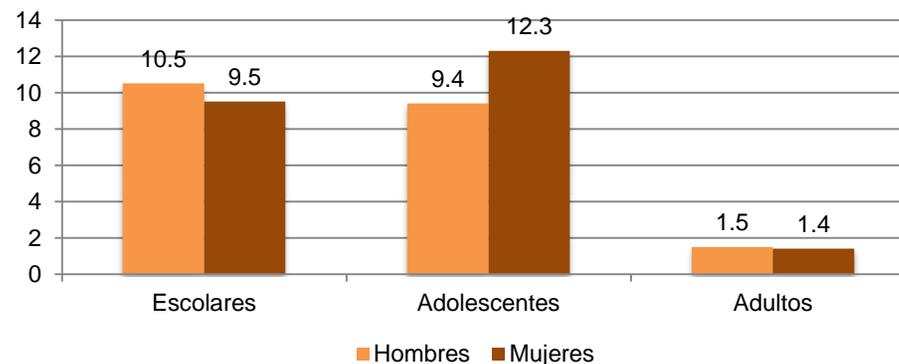
Prevalencia de desnutrición en niños en edad preescolar por tipo de desnutrición (%), 2006



Fuente: ENSANUT 2006, INSP, SS.

- *Escolares (5 a 11 años de edad)*. De acuerdo a la ENSANUT 2006, en el ámbito nacional, la prevalencia de desnutrición crónica fue de 10.4% para los niños y 9.5% para mujeres del mismo grupo de edad.
 - De 1999 a 2006, la prevalencia de desnutrición crónica disminuyó 5.6 puntos porcentuales en los hombres y 6.5 en las mujeres (prevalencia en 1999 de 16.1% para hombres y de 16.0% en las mujeres).
- *Adolescentes (12 a 19 años de edad)*. En 2006, la prevalencia de desnutrición crónica en adolescentes fue de 889,400 mujeres (12.3%) y 714,900 hombres (9.4%).
 - Ésta disminuyó de 1999 a 2006 en 7.2 puntos porcentuales en las mujeres.
- *Adultos (mayores de 20 años)*. La prevalencia de desnutrición en ambos sexos, a nivel nacional, fue menor de 1.5% para los hombres y 1.4% para las mujeres.

Prevalencia de desnutrición crónica por grupo etario y sexo (%), 2006

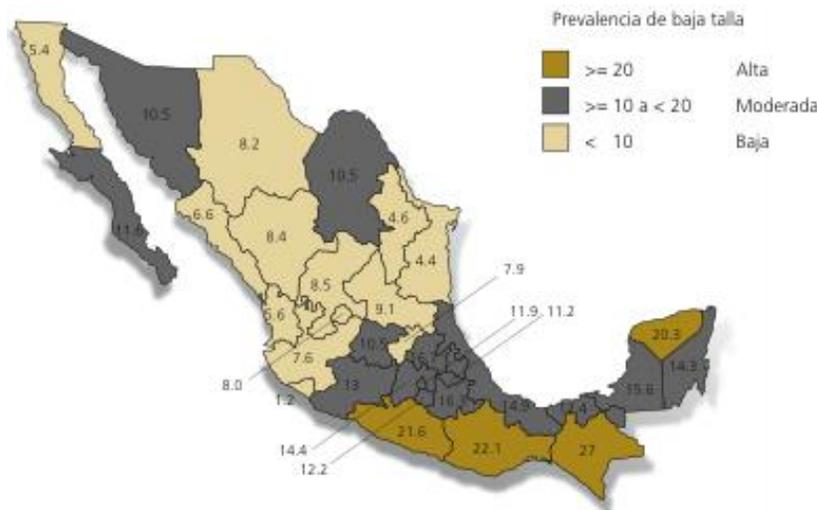


Fuente: ENSANUT 2006, INSP, SS.

Situación por entidad federativa (ENSANUT 2006, INSP)

- *Preescolares.*
 - Bajo peso. En 2006, los estados con mayor prevalencia de bajo peso para la edad son estados de la región sur del país: Chiapas (10.3%), Hidalgo (8.3%), Oaxaca (7.7%), Guerrero (7.6%) y Yucatán (7.5%). La menor prevalencia la tienen: Nuevo León (1.7%), Baja California (2.1%), Puebla (2.6%) y Jalisco (2.7%).
 - Desnutrición crónica. En 2006, los estados con mayor prevalencia son nuevamente estados del sur: Chiapas (27%), Oaxaca (22.1%), Guerrero (21.6%) y Yucatán (20.3%). Por su parte, Colima, Nuevo León y Tamaulipas tienen la prevalencia más baja con porcentajes menores al 5%. Colima (1.2%) es el único estado en el país donde se considera que la baja talla ya no es un problema de salud pública.
 - Desnutrición aguda. La prevalencia de emaciación en los diferentes estados del país es inferior a 3.5%. Michoacán (0.5%), Tabasco (0.7%) y Colima (0.7%) poseen los valores más bajos, mientras que Sonora (3.4%) y Baja California (3.2%) tienen las cifras más altas.

Distribución de prevalencia de baja talla en preescolares por entidad federativa, 2006



Fuente: ENSANUT 2006, INSP, SS

- *Escolares.*
 - Desnutrición crónica. Al igual que con los niños menores de 5 años, Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Yucatán presentan las mayores prevalencias de baja talla (por arriba de 20%). Por su parte, Coahuila presenta la menor prevalencia en el país con valores de 2.2% para niños y 1.5% para niñas en edad escolar.

- *Adolescentes.*

Desnutrición crónica. 37.5% de los estados revelan prevalencias de baja talla de mujeres por arriba de lo encontrado a nivel nacional (12.5%); en este sentido, destacan Quintana Roo y Yucatán con prevalencias de 36.4% y 33.3%, respectivamente. Para los hombres, Chiapas encabeza la mayor prevalencia con 22.3% de varones con baja talla para la edad, seguido de Guerrero (17.8%), Yucatán (17.6%) y Oaxaca (17.4%).

- Actualmente existe una mayor focalización e integración de políticas públicas con la participación del sector de desarrollo social, salud y educación, que han permitido optimizar el uso de los recursos y obtener impactos que se reflejan en las reducciones observadas. Estas estrategias se han centrado en las etapas de vida cruciales.
- Entre las estrategias que registran impactos destacan:
 - Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
 - Programa de Apoyo Alimentario (PAL).
 - Programa de Abasto Social de Leche de Liconsa.
- La cobertura lograda a través del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) y la Estrategia de Embarazo Saludable (ES), así como la puesta en marcha de talleres educativos a través del SMNG, contribuye al esfuerzo por proveer acceso a atención de manera continua y orientación en materia nutricional y de salud de mujeres embarazadas y menores de 5 años.
- Modelo piloto de capacitación para el fomento de la lactancia materna, la prevención de la muerte de cuna y el desarrollo cognitivo del niño contribuye también al plantear el objetivo de incidir en conductas del personal de salud, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia con base en el Modelo de desarrollo de habilidades para la vida y reducción de barreras psicosociales.
- Finalmente, existen estrategias relevantes y mejores prácticas puestas en marcha a nivel estatal, en lugares con alta prevalencia de desnutrición. Destaca el caso de Yucatán y San Luis Potosí, donde se han agregado estrategias de suplementación/fortificación de alimentos acompañadas de inclusión de personal especializado y mecanismos de seguimiento continuo del desarrollo del crecimiento de los menores para actuar con oportunidad.

- Si bien, el problema es multidimensional y las intervenciones requieren acción intersectorial, el sector salud cumple un papel fundamental en los siguientes aspectos: brindar atención y orientación continua a través de las consultas prenatales y de seguimiento de rutina a los menores de 5 años en materia nutricional y realizar un seguimiento puntual y efectivo del crecimiento del menor y en su caso, detección oportuna, tratamiento y recomendaciones para enmendar la desnutrición y/o anemia; promover y transmitir información de manera efectiva y práctica sobre las buenas prácticas nutricionales como la lactancia materna, alimentación complementaria sana y cuidados del menor, principalmente.
- Si bien se ha registrado una disminución en la desnutrición crónica (baja talla), el nivel actual de 12.7% es aún alto y lejano a un nivel meta de 2.5% para erradicar la desnutrición. De seguir con una reducción anual como la observada de 1999 a 2006 (0.73 puntos porcentuales por año), tardaríamos aún 22 años en lograr esta meta (países con niveles de ingreso similares al nuestro como Chile ya lograron la erradicación).
- De igual manera, aun cuando se han registrado disminuciones mayores en las regiones sur y centro, así como entre los hogares de los deciles de ingreso más bajos, los niveles absolutos siguen siendo altos y la varianza entre la región norte y sur es aún importante (2.5 veces mayor en el sur comparado con el norte).

- Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) representan la principal causa de morbilidad en el mundo y la causa más frecuente de utilización de los servicios de salud en todos los países. En México se encuentran dentro de las diez principales causas de defunción en los distintos grupos de edad. Anualmente, la población afectada puede estar entre un rango de 5 a 20% (SINAVE, 2012).
- Desde 1994, la influenza está sujeta a vigilancia epidemiológica de acuerdo a la NOM-017-SSA2. Las unidades de vigilancia del Sistema Nacional de Salud deben notificar la ocurrencia de casos nuevos de influenza al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).
- En el país hay 737 Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI), distribuidas en las 32 entidades federativas.
- Desde 1955 en el país se realiza aislamientos de virus de influenza en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) y a partir del 2000, es parte de la red mundial de vigilancia de virus de influenza de la OMS (FluNet) (SINAVE, 2012).

- En 2009, comenzó a circular un nuevo virus de influenza identificado como A(H1N1) y México fue el primer país en reportar casos de este virus en el mundo. El primer brote se identificó en la región sureste para luego continuar por el centro y norte del país (SINAVE, 2012). El número de casos en 2009 ascendió a 70,240. En ese año se autorizaron 1,158.3 millones de pesos para la compra de 12,870,283 dosis de Vacuna Antiinfluenza A(H1N1).
- En la temporada 2011-2012, se registraron 26,785 casos de enfermedad tipo influenza/infecciones respiratorias agudas graves (ETI/IRAG).
- A mayo de 2012, se han registrado un total de 6,567 casos de ETI/IRAG y 258 defunciones por esta causa. Se confirmaron 5,876 casos por influenza A(H1N1) en la temporada invernal; esto significa una caída de cerca del 92% en el número de casos de 2009 a la fecha (casos 2009: 70,240).

Número de casos de influenza por tipo, 2006-2011

| Año | Influenza J10-J11 | Influenza J09 A(H1N1) 2009 | Total |
|-------|-------------------|----------------------------|---------|
| 2006 | 97 | - | 97 |
| 2007 | 390 | - | 390 |
| 2008 | 166 | - | 166 |
| 2009 | 171.605 | 70.240 | 241.845 |
| 2010 | 38.346 | 2.698 | 41.044 |
| 2011* | - | - | 41.078 |

*Estimación basada en regresión lineal del comportamiento anual 2006-2010. Fuente: SINAVE/DGE/SS/Anuarios de Morbilidad.

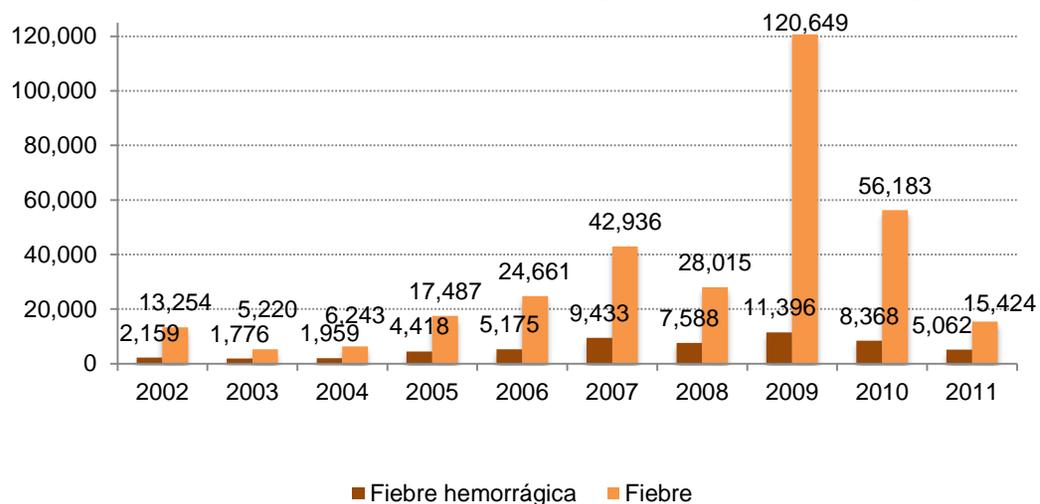
- Desde 2005 el gobierno de México ha trabajado en el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una posible Pandemia de Influenza con: vigilancia epidemiológica y laboratorio, vinculación social y atención ciudadana, atención médica ambulatoria y hospitalaria, vacunación, reserva estratégica y logística, promoción de la salud y comunicación de riesgos e intersectorialidad. El plan sirvió como punto de partida para las acciones emprendidas para la mitigación de la pandemia de influenza A(H1N1).
- También se han realizado las siguientes acciones relevantes:
 - Activación del Comité Nacional para la Seguridad en Salud y los Comités Estatales en todo el país.
 - Escalamiento de la Reserva Estratégica de medicamentos e insumos para la atención de casos ambulatorios y pacientes hospitalizados.
 - Distribución y monitoreo de antivirales a las entidades federativas.
 - Elaboración y distribución de guías de atención médica y material de comunicación social para el autocuidado de la salud y medidas preventivas.
 - Capacitación de médicos de primer contacto y hospitales.
 - Coordinación con instancias intergubernamentales para el intercambio de información y fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia epidemiológica, así como la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.
 - El Sistema Nacional de Salud identificó con oportunidad la presencia de casos nuevos de influenza A H1N1 en la temporada invernal 2011-2012
- La SS en conjunto con la DGE pusieron en marcha la plataforma única de notificación de casos sospechosos de influenza, el cual sienta las bases para el desarrollo informático para la red de inteligencia epidemiológica mexicana (RIEM).
- El laboratorio de Referencia Nacional (InDRE) realiza RT-PCR en Tiempo Real (identificación virus de influenza cepa pandémica A S-OIV y cepas estacionales H1, H3 y B, aislamiento viral en células MDCK y huevos embrionados).

- Mantener en funcionamiento la vigilancia epidemiológica de influenza estacional en las unidades médicas públicas y privadas monitoras de influenza.
- Disponer de reserva estratégica federal y en las entidades federativas, como medida precautoria ante un posible incremento de casos de influenza fuera de lo esperado.

- El dengue representa un problema de salud pública en las partes tropicales y subtropicales de la región de las Américas. Durante el 2011, conforme a los datos de la OPS/OMS los Estados Miembros notificaron 979,774 casos de dengue, de los cuales 15,860 presentaron formas graves que requirieron hospitalización y 692 fallecieron. También se observó la introducción del virus del dengue 4 en Panamá y en algunos estados del Brasil donde no había circulado anteriormente.
- En México se estima que cerca de 60% del territorio presenta condiciones que favorecen la transmisión de las Enfermedades Transmitidas por Vector (ETV), en donde residen más de 50 millones de personas y se localiza la mayor parte de los centros agrícolas, ganaderos, industriales, pesqueros, petroleros y turísticos, de importancia para el país. Dentro de las ETVs, la más importante en México es el dengue. (Programa de Acción Específico 2007-2012. Dengue, SS).
- La letalidad por dengue grave se ha mantenido por debajo de 1% en los últimos años, gracias a la intensificación de las actividades de capacitación de personal en hospitales públicos y privados y la difusión de guías de atención médica, así como una mayor participación de los municipios en las acciones de prevención y control oportuno de brotes.

- De 2002 a 2011 el número de casos de fiebre por dengue aumentó 16.4%, mientras que los casos de fiebre hemorrágica se incrementaron en 134.5%. Es notorio que durante 2009 y 2010 el número de casos de ambos tipos de dengue se incrementó de manera importante (SUIVE, SSA).

Número de casos atendidos de fiebre hemorrágica y fiebre por dengue, 2002-2011



Fuente: SUIVE, SS.

- A mayo de 2012, se contabilizaron 4,726 casos de dengue, de los cuales 3,222 fueron casos de fiebre por dengue y 1,504 fueron casos de fiebre hemorrágica. Se reportaron 12 muertes por dengue hemorrágico. Al cierre de 2011 se tuvieron 20,486 casos de dengue: 15,424 de fiebre por dengue y 5,062 de dengue hemorrágico; de estos últimos se tuvieron 50 defunciones (SUIVE, SS). Lo anterior significa una incidencia de 5.1 en el caso de fiebre hemorrágica y 15.5 de fiebre por dengue en 2011.

1. SALUD PÚBLICA

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: DENGUE Evolución (2/2)

- En 2012, Yucatán es el estado con el mayor número de casos de dengue con 1,230 casos confirmados. Le siguen Veracruz (568), Campeche (532) y Chiapas (346). Por su parte, Tlaxcala, el Distrito Federal, Chihuahua, Zacatecas, Aguascalientes, Durango, Querétaro, Coahuila y Guanajuato, no han presentado ningún caso de dengue (SINAVE, SS).

Número de casos de dengue por entidad federativa, 2012

| Entidad federativa | Casos de dengue | Entidad federativa | Casos de dengue |
|--------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| Yucatán | 1,230 | Sinaloa | 22 |
| Veracruz | 568 | Sonora | 17 |
| Campeche | 532 | Hidalgo | 14 |
| Chiapas | 346 | Baja California Sur | 5 |
| Tabasco | 339 | Nayarit | 4 |
| Quintana Roo | 280 | México | 1 |
| Michoacán | 271 | Baja California | 1 |
| Nuevo León | 267 | Guanajuato | 0 |
| Guerrero | 267 | Coahuila | 0 |
| Oaxaca | 211 | Querétaro | 0 |
| Morelos | 103 | Durango | 0 |
| Puebla | 65 | Aguascalientes | 0 |
| Jalisco | 52 | Zacatecas | 0 |
| Tamaulipas | 52 | Chihuahua | 0 |
| Colima | 50 | Distrito Federal | 0 |
| San Luis Potosí | 29 | Tlaxcala | 0 |
| Total | | 4,726 | |

Fuente: SINAVE, SS.

- Las defunciones por dengue hemorrágico en 2011 descendieron 20% respecto a 2010.

- Mediante la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública se ha incrementado la calidad del diagnóstico y la confirmación de casos con una cobertura de muestreo de 80%, lo que ha permitido una mayor eficacia en las acciones de prevención y control.
- El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica cuenta con una serie de programas específicos para prevenir y controlar el dengue y sus complicaciones mediante estrategias de manejo integrado con participación social y multisectorial.
- Desarrollo de competencias técnicas y prevención y control mediante reuniones regionales y supervisiones intensivas en los estados con mayor riesgo de transmisión.
- Evolución presupuestal:
 - Hasta 2008, el presupuesto para la prevención y control de todas las enfermedades transmitidas por vector era de 228 millones de pesos (Ramo 33).
 - Se publicó la actualización de la Norma Oficial Mexicana 032 y se consiguieron fondos especiales por ramo 12 y aportaciones complementarias que sumaron más de 357 millones de pesos en 2009.
 - A partir de 2009, SEDESOL aporta 48.7 millones en promedio anual del Programa de Empleo Temporal en apoyo al control del dengue.
 - De 2008 a 2011 se han distribuido 1,375 millones por Ramo 12 para dengue.
 - Cerca del 42% del presupuesto por Ramo 12 para dengue se destinó a la región Sur-Sureste y la zona Centro tuvo el menor porcentaje de ese presupuesto con el 6.6%.

- Existe circulación simultánea de 4 serotipos de dengue lo que exacerba el riesgo de casos graves, por lo que será importante mantener acciones de vigilancia y prevención
- El control del dengue requiere mayor focalización de acciones dado el incremento importante del número de casos que se seguirá presentando.
- Será necesario incentivar una mayor participación municipal y ciudadana. Es importante continuar con mejoras en la capacidad de comunicación hacia la población para la generación de comportamientos que no favorezcan la transmisión del dengue (por ejemplo, la descacharrización).
- Fortalecer la capacitación del personal clínico en el manejo del paciente y la aplicación de Guía Práctica Clínica de Dengue en todas las unidades médicas del país.

- Desde hace más de 40 años se cuenta con una vacuna segura, eficaz y relativamente de bajo costo contra el sarampión, sin embargo, éste sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en la niñez a nivel mundial.
- Un elemento muy importante en la disminución de la mortalidad por sarampión que se ha observado en los últimos años es la implementación y fortalecimiento de programas de inmunización a nivel mundial (Rendición de Cuentas en Salud 2010, SS).
- En 2008, aproximadamente un 83% de la población infantil mundial recibió a través de los servicios de salud habituales una dosis de vacuna contra el sarampión antes de cumplir un año de vida. En 2000, ese porcentaje fue del 72%.
- En 2008 hubo 164 mil muertes por sarampión en todo el mundo, cerca de 450 por día y 18 por hora. Más del 95% de las muertes por sarampión se registran en países de bajos ingresos con infraestructura sanitaria deficiente.
- En México, como parte de los compromisos con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se estableció que para 2015 la proporción de niños de un año de edad vacunados contra el sarampión debería ascender a 95 por ciento, En 2010 la cobertura ascendió a 99.6 por ciento, con lo que se superó la meta (Rendición de Cuentas en Salud 2010, SS).

- Desde el año 2000 hasta junio de 2011 se notificaron 50,462 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE), de los cuales 2,239 (4.4%) fueron clasificados como sarampión.
- Desde 1996 no se han registrado casos nativos de sarampión.
- Se han confirmado algunas importaciones del virus del sarampión. Se presentaron 30, 44, 64, 6 y 23 casos importados en el 2000, 2003, 2004, 2005 y 2006, respectivamente. De 2007 a 2010 no se registraron casos nuevos de sarampión, pero en 2011 se confirmaron 3 casos importados sin casos secundarios.
- Gracias a las intervenciones realizadas, en 1995 se documentó la última defunción y en 1996 el último caso endémico de sarampión en nuestro país.

- En 2008, se realizó una Campaña Nacional de Vacunación indiscriminada en hombres y mujeres de 19 a 29 años con la aplicación de 22 millones de vacunas de Sarampión-Rubéola con un logro del 100% con respecto a la población objetivo.
- Fortalecimiento de la participación social en la prevención, detección y tratamiento oportuno de casos de enfermedad febril exantemática (EFE) con sospecha de sarampión.
- Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y mecanismos de seguimiento y supervisión en los estados para garantizar la prevención y la atención oportuna.
- Derivado de las alertas epidemiológicas, se tomaron las siguientes acciones:
 - Verificar que el esquema de vacunación esté completo para la edad: SRP al año y un refuerzo a los seis años de edad.
 - Vacunación contra sarampión en la población de 6 a 39 años de edad.
 - Verificar que todas las personas desde los 6 y hasta los 39 años tengan una segunda dosis de vacuna contra sarampión.
 - Aplicar una dosis de SR a los trabajadores del Sector Salud, turismo y transporte, que no comprueben la segunda dosis de vacuna contra sarampión.

- Actualmente se observa a nivel global una re-emergencia del sarampión, principalmente en países europeos, que ha generado casos importados y relacionados con importación en 2010 y 2011 en Canadá, Estados Unidos, República Dominicana, países francófonos del Caribe, Panamá, Brasil, Argentina y Chile. Al tener México, en los últimos años, exclusivamente casos importados, será importante intensificar la vigilancia epidemiológica de enfermedad febril exantemática y la vigilancia internacional ante el riesgo de importación de casos.
- Mantener las coberturas de vacunación en poblaciones objetivo por encima del 95%.
- Consolidar las acciones de capacitación, supervisión y mantenimiento de la red de frío con enfoque sectorial y garantizar la aplicación de la normatividad vigente.

- El impacto de la malaria en la salud y en el desarrollo económico de las poblaciones humanas es mayor en las regiones tropicales y subtropicales. El paludismo es una enfermedad parasitaria causada por protozoarios del género *Plasmodium* que se transmite a los humanos por la picadura de las hembras infectadas de los mosquitos del género *Anopheles*. En México, las dos especies más comunes son el *P. vivax*; y el *P. falciparum*
- En América Latina la transmisión continúa como un serio problema para países del cono Sur y en América Central y el Caribe.
- Existe un Objetivo de Desarrollo del Milenio asociado a combatir el paludismo (Objetivo 6). La meta de México para 2015 es una tasa de incidencia de 3.0 por cada 100 mil habitantes.
- En México, actualmente el paludismo registra las cifras más bajas en la historia; la cobertura de tratamiento de casos y convivientes es de 100 por ciento (CENAVECE, SS). La prevención y el control del padecimiento se realiza mediante la aplicación del esquema del tratamiento focalizado que incluye además de la eliminación y modificación de hábitats y criaderos de anofelinos con participación comunitaria, la administración de tratamientos individuales más eficaces que han permitido interrumpir la transmisión en la mayor parte del territorio nacional, así como la reducción de los costos mediante la racionalización de los insecticidas y, sobre todo, la participación social.

- En 2007 se registraron 2,309 casos de paludismo, lo que refleja una disminución de 68.8% con respecto a lo registrado en 2000, año en que se identificaron 7,391 casos.
- El paludismo registra las cifras más bajas en la historia; la cobertura de tratamiento de casos y convivientes es de 100 por ciento. Para 2011, 22 estados se encuentran libres de la enfermedad. Respecto a 2007, los casos disminuyeron 57.7 por ciento.
- De enero a junio de 2012 se reportaron 457 casos de *Plasmodium vivax* que representan 25.6 por ciento menos comparado con la misma semana del año anterior y no hubo casos registrados por *P. falciparum*. En 2012 las localidades con casos de malaria disminuyeron la prevalencia en 18.3%, en comparación con 2011.

Casos de paludismo por tipo (por 100,000 habitantes) 2000 y 2011

| | 2000 | 2011 |
|--------------------------------------------|--------------|------------|
| Enfermedad | Casos | Casos |
| Paludismo por <i>Plasmodium falciparum</i> | 132 | 0 |
| Paludismo por <i>Plasmodium vivax</i> | 7,259 | 714 |
| Total | 7,391 | 714 |

Fuente: SINAVE, SS.

Entre las principales acciones destacan:

- Consolidación del modelo de Tratamiento Focalizado, con cobertura, oportunidad y calidad de las acciones, con base en esquemas de estratificación de riesgos, en los estados con transmisión.
- Desarrollo de las competencias técnicas y gerenciales del personal de salud responsable de las acciones de vigilancia, promoción de la salud, laboratorio, control de vectores y atención médica de las entidades federativas.
- Incorporación de nuevas técnicas y metodologías para la utilización eficiente, racional y segura de plaguicidas y medicamentos.
- Fomento de la investigación operativa e incorporación de los avances científicos y tecnológicos para la modernización del programa.
- Fortalecimiento de vigilancia epidemiológica, entomológica y de laboratorio para el control del padecimiento, mediante la notificación oportuna, aunado a la sistematización de mecanismos, procedimientos e indicadores de monitoreo y evaluación permanente del programa en sus distintos componentes.

- Continuar con actividades de prevención y control específicas para cada una de las regiones de riesgo de malaria en el país, definidas de acuerdo a las características propias. Un ejemplo de esto es el foco de transmisión persistente en la zona pacífico norte por dificultades para el control en zonas de difícil acceso y con presencia de narcotráfico.
- La participación social resulta crucial en la prevención de la malaria, por lo que será necesario impulsar medidas que inviten a la cooperación y prevención.
- Vigilancia y tratamiento de los casos confirmados y sus convivientes por un periodo mínimo de tres años, lapso en el que se protege a las personas de reinfecciones y recaídas por *P. vivax* y eliminación de criaderos con participación comunitaria.
- Es importante continuar con el Programa de Prevención y Control del Paludismo creado para eliminar el uso de plaguicidas e implementar acciones para la reducción de las poblaciones de los mosquitos vectores de la enfermedad.

- De acuerdo con la OMS, cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales, y en todas las culturas se observan tipos de trastornos similares.
- Los países de ingresos bajos cuentan con 0.05 psiquiatras y 0.42 enfermeras psiquiátricas por cada 100,000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos la tasa de los psiquiatras es 170 veces mayor y la de las enfermeras es 70 veces mayor.
- En México se vive una transición epidemiológica “polarizada”, cuyos rasgos más notorios son la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de los padecimientos crónico-degenerativos, categoría en la que se encuentran los accidentes, las lesiones y los trastornos mentales.

De acuerdo al Informe sobre el sistema de salud mental en México (OMS, SS, 2011):

- El número total de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental asciende a 10,000 y la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuye de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud. Estos recursos son insuficientes, mal distribuidos y la mayoría de ellos están concentrados en los hospitales psiquiátricos.
- Se cuenta con 544 establecimientos de salud mental ambulatorios que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes en contraste con los hospitales psiquiátricos que atienden a 47 usuarios por cada 100,000. La mayoría de los pacientes son adultos; la población de niños y adolescentes asciende a 27% en unidades ambulatorias y a 6% en hospitales psiquiátricos.
- Entre los adolescentes, el 24.7% se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental. Los trastornos más recurrentes entre adolescentes son problemas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de ansiedad y por déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intentos de suicidio.
- Del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es orientado a la salud mental; de este monto, se destina el 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos.
- El eje de la atención de la salud mental es el tercer nivel: existen 46 hospitales psiquiátricos contra 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y 8 establecimientos residenciales. Aunado a lo anterior, el acceso se ve limitado por barreras geográficas, ya que la mayoría de estos servicios se ubican en las grandes zonas urbanas o cercanas a ellas.

- Se elaboró el Programa de Acción Específico de Atención en Salud Mental 2007-2012 con el propósito de disminuir las brechas de atención y combatir el estigma y la discriminación. También se busca cambiar el paradigma hacia la atención en salud mental comunitaria. Entre sus principales fortalezas se encuentran los planteamientos para integrar la salud mental a la red de servicios de salud en general y la propuesta de revisar y actualizar la legislación en materia de salud mental, la protección de los derechos humanos de los pacientes y la protección social de los trastornos mentales prioritarios.
- Si bien es cierto que no existe una ley nacional específica para la salud mental, en la Ley General de Salud, se incluye un capítulo de salud mental.
- En 23 entidades federativas se están llevando a cabo acciones de promoción, prevención y atención de los trastornos mentales a través de Unidades de Especialidades Médicas y Centros Integrales de Salud Mental (UNEME-CISAME). Las UNEME-CISAME, así como unidades de salud que cuentan con módulos de atención en Salud Mental, trabajan en el área de diagnóstico y referencia bajo el modelo de las 12 Guías Clínicas enfocadas en el manejo de los trastornos mentales. De dichas guías, 11 son dirigidas a problemas en niños y adolescentes: depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos afectivos, violencia y déficit de atención.
- En 2010 se agregaron siete nuevas intervenciones de Salud Mental en el CAUSES del SPSS:
 - Diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
 - Diagnóstico y tratamiento de los trastornos generalizados del desarrollo.
 - Otras atenciones de medicina general.
 - Diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos (Distimia, depresión y trastorno bipolar).
 - Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad (Ansiedad generalizada, crisis de angustia y pánico, trastornos de adaptación, trastornos por estrés postraumático).
 - Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos (Esquizofrenia, ideas delirantes, psicóticos y esquizotípicos).
 - Diagnóstico y tratamiento de epilepsia.

- De acuerdo a la OMS, la atención primaria debe ser el punto donde se articule la atención de la salud mental comunitaria. México debe fortalecer las acciones en este sentido pues solamente el 30% de estos establecimientos cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones claves de salud mental y realizan al mes por lo menos una referencia a un especialista en salud mental. Del mismo modo, el porcentaje de cursos de actualización y/o de educación, relacionado con temas de salud mental dirigidos a los profesionales que trabajan en este nivel, es menor al 15%.
- Garantizar la capacidad de atención con calidad a través de la prestación de servicios de manera integral en redes de servicios de salud: desde su prevención y detección en el primer nivel de atención hasta su referencia y contrareferencia efectiva con unidades especializadas en esta atención.
- Mayor orientación y transmisión de información efectiva a la población sobre estos trastornos, sus síntomas y las opciones de búsqueda de atención.

- De acuerdo con la OMS, cada año mueren cerca de 1.3 millones de personas en las carreteras del mundo y entre 20 y 50 millones padecen traumatismos no mortales. Los traumatismos causados por los accidentes de tránsito constituyen la principal causa de defunción entre los jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años.
- En el mundo, el 90% de las muertes en carretera se producen en los países de ingresos bajos y medianos, a los que sólo corresponde un 48% del parque mundial de vehículos matriculados (OMS, 2011).
- Los accidentes de tránsito son la primera causa de muerte en la población de entre 15 y 29 años de edad y la segunda de orfandad en México (Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, SS).
- En México, las lesiones, discapacidad y muerte por causa de tránsito cuestan más de 120 mil millones de pesos (Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, SS).

- El 94% de los accidentes ocurren en zonas urbanas; 6% de éstos en carreteras.
- 61% de los muertos in situ ocurren en carreteras; 39% de ellos en zonas urbanas.
- El 41% de los accidentes mortales ocurren en 10 estados: México, Jalisco, Guanajuato, Distrito Federal, Michoacán, Puebla, Chihuahua, Sonora, Oaxaca y Veracruz (CENAPRA, 2008).
- Aproximadamente el 60% de los accidentes mortales están relacionados con el alcohol y el 28% con el exceso de velocidad (CENAPRA).
- Del 2006 al 2010 se observa una disminución del 11% en las defunciones por Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor (ATVM).

- Programa Nacional de Alcoholimetría
 - Entre 2009 y 2010, se adquirieron 280 equipos de alcoholimetría, para ser utilizados por las Direcciones de Tránsito y Vialidad de 129 municipios.
 - Se capacitó a 650 personas de Tránsito, Vialidad, Seguridad Pública, y de los Servicios de Salud de 22 entidades federativas en: “Alcohol y cuerpo humano” y en “Uso y calibración de equipo”.
- Publicación de la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011 – 2020 (DOF 6 de junio 2011).
- Adhesión de la CONAGO a la Estrategia.
- Declaratoria del Congreso de la Unión de la Década por la Seguridad Vial en México 2011 – 2020 (Marzo de 2011).
- Se creó la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial (IMESEVI), un programa multisectorial, donde se conjugan los esfuerzos del Centro Nacional para la Prevención de Accidentes (CENAPRA), de la Secretaría de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Gobiernos de los Estados con la Sociedad Civil, para abatir las lesiones, discapacidad y muertes por causa de tránsito.

- Es preciso contar con un sistema de recolección de información eficaz que permita conocer la magnitud y características del problema de la seguridad vial para diseñar políticas, programas e intervenciones efectivas además de dimensionar con mayor precisión y confiabilidad la magnitud real del problema en nuestro país.
- Debido a la naturaleza del tema, es crucial prestar especial atención a la prevención y promoción.

2. GASTO EN SALUD

PRESUPUESTO Antecedentes (1/1)

- En 2010, el gasto sanitario (público y privado) como proporción del PIB alcanzó 6.2% en México, un gasto inferior al promedio de 9.5% en los países de la OCDE. Junto con Turquía (6.1%) y Estonia (6.3%), México tiene el porcentaje más bajo de todos los países miembros. En términos exclusivamente del gasto público, el de México es el más bajo de todos los países de la Organización, que tienen en promedio un gasto público de 6.4% del PIB.
- En 2012, más del 90% de las ampliaciones en el PEF se destinaron a servicios de salud en los estados. Esto ha fortalecido la descentralización de los servicios de salud.
- De 1990 a la fecha, se observa un crecimiento sostenido en el gasto federal destinado a la población abierta. El mayor porcentaje del presupuesto se ejerce en la población que cuenta con seguridad social, no obstante, **de 2006 a 2011 se ha disminuido la diferencia entre el gasto destinado a esta población y la abierta.**

2. GASTO EN SALUD

PRESUPUESTO Evolución (1/3)

El **presupuesto** autorizado a las instituciones públicas de salud en 2012 alcanzó un nivel histórico de **435,490.5 millones de pesos**. Esto significa un **crecimiento de 84.3% con respecto al presupuesto autorizado en 2006**.

- El IMSS es la institución con el mayor porcentaje del presupuesto autorizado (43.1%) y le sigue la SS con el 40.3%; la SEMAR y SEDENA son, por su parte, las instituciones con el menor porcentaje del presupuesto autorizado en 2012 (0.3% y 1.1%, respectivamente). Sin embargo, estas últimas tuvieron el mayor incremento porcentual de 2006 a 2012.
- Las aportaciones federales para entidades federativas y municipios que se otorgan a través del Ramo 33 tuvieron el mayor crecimiento del presupuesto autorizado de 2006 a 2012 (58.9%). En 2011, el total de transferencias a los estados fue de 133.2 miles de millones de pesos y creció 11.4% en 2012 para llegar a 148.4 miles de millones de pesos.

Presupuesto autorizado a las instituciones públicas de salud (millones de pesos), 2006-2012

| Institución | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Variación 2006-2012 | |
|-----------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------|-------------|
| | | | | | | | | Absoluto | Relativo |
| Nacional | 236,286.4 | 268,861.1 | 305,091.0 | 349,321.6 | 368,380.5 | 406,492.6 | 435,490.5 | 199,204.1 | 84.3 |
| Secretaría de Salud ^{1/} | 81,336.0 | 97,156.0 | 113,421.5 | 133,654.3 | 142,993.0 | 161,012.6 | 175,430.7 | 94,094.7 | 115.7 |
| Ramo 12 "salud" ^{2/} | 42,355.5 | 55,583.2 | 69,426.1 | 85,036.5 | 89,892.9 | 105,313.9 | 113,479.7 | 71,124.2 | 167.9 |
| Ramo "33" FASSA | 38,980.5 | 41,572.8 | 43,995.4 | 48,617.8 | 53,100.1 | 55,698.7 | 61,951.0 | 22,970.5 | 58.9 |
| IMSS-Oportunidades ^{3/} | 5,512.9 | 5,512.9 | 6,000.0 | 7,500.0 | 7,300.0 | 8,000.0 | 8,500.0 | 2,987.1 | 54.2 |
| IMSS | 113,193.2 | 127,609.6 | 142,792.7 | 159,790.8 | 162,844.7 | 176,364.8 | 187,526.8 | 74,333.6 | 65.7 |
| ISSSTE | 25,121.4 | 26,426.0 | 29,104.7 | 33,674.4 | 38,621.8 | 43,251.2 | 44,498.0 | 19,376.6 | 77.1 |
| PEMEX | 8,321.8 | 9,133.8 | 9,825.2 | 10,568.8 | 11,368.8 | 12,229.3 | 13,158.0 | 4,836.2 | 58.1 |
| SEDENA | 2,279.9 | 2,305.1 | 3,123.9 | 3,632.1 | 4,218.6 | 4,418.3 | 4,982.4 | 2,702.5 | 118.5 |
| SEMAR | 521.3 | 717.7 | 823.0 | 501.2 | 1,033.5 | 1,216.5 | 1,394.7 | 873.4 | 167.5 |

1/ Incluye el presupuesto de Ramo 12 y de FASSA del Ramo 33.

2/ Incluye el presupuesto del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Nota: En las instituciones de seguridad social se incluye el presupuesto autorizado para la función salud (No incluye seguridad social).

Fuente: SS, DGPOP, Presupuestos de Egresos de la Federación para los años que se indican.

2. GASTO EN SALUD

PRESUPUESTO Evolución (2/3)

- El gasto total en salud pasó de 5.7% del PIB en 2006 a 6.6% en 2011 (estimado).
- El **presupuesto ejercido** por las instituciones públicas de salud en **2011** fue de poco más de 448,000 millones de pesos, que representa el **3.4% del PIB** y el 48.9% (estimado) del gasto total en salud. Estos porcentajes se incrementaron 0.73 y 3.7 puntos porcentuales, respectivamente, de 2006 a 2011.
- El mayor porcentaje del presupuesto se ejerce en la población que cuenta con seguridad social, no obstante, **de 2006 a 2011 se ha disminuido la diferencia entre esta población y la abierta**. En 2006, el 39.8% del presupuesto se ejercía en la población abierta, mientras que en 2011 aumentó a 45.6%.

Presupuesto ejercido por las instituciones públicas de salud total, como porcentaje del PIB y por derechohabencia, 2006-2011

| Año | Gasto en Salud como porcentaje del PIB | Total ^{1/} | Seguridad Social (% del total) | Población abierta (% del total) |
|------|----------------------------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 2006 | 2.67 | 265,876.7 | 60.2 | 39.8 |
| 2007 | 2.73 | 296,165.6 | 58.9 | 41.1 |
| 2008 | 2.82 | 333,417.3 | 55.2 | 44.8 |
| 2009 | 3.24 | 367,898.3 | 54.6 | 45.4 |
| 2010 | 3.24 | 404,404.3 | 55.4 | 44.6 |
| 2011 | 3.40 | 448,098.7 | 54.4 | 45.6 |

1/ El Gasto Público Total en Salud = Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social + Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social.

Fuente: SS, DGPOP, Cuenta de la Hacienda Pública Federal para los años 2006-2011 y para 2012 Presupuesto de Egresos de la Federación.

- La aportación federal al gasto en salud para la población no asegurada fue de 81.2% (estimado) en 2011, cifra 2.9 puntos porcentuales menor a la de 2006 (84.1%). Esto significa un incremento de la aportación estatal al gasto en salud de la población no asegurada de 15.9% en 2006 a 18.8% en 2011.

2. GASTO EN SALUD

PRESUPUESTO Evolución (3/3)

- El gasto en salud per cápita se ha incrementado desde 2006 hasta 2011. El gasto público en salud per cápita pasó de 2,535 pesos en 2006 a 3,935 en 2011, es decir, un aumento de 55.2%

Gasto en salud per cápita (pesos), 2006-2011

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 e/ |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| Gasto Total en Salud Per Cápita | 5,607 | 6,167 | 6,660 | 7,082 | 7,655 | 8,049 |
| Gasto Público en Salud Per Cápita | 2,535 | 2,800 | 3,125 | 3,421 | 3,731 | 3,935 |
| Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social Per Cápita | 1,836 | 2,095 | 2,560 | 2,827 | 3,050 | 3,422 |
| Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social Per Cápita | 3,390 | 3,660 | 3,806 | 4,143 | 4,548 | 4,586 |
| Gasto Federal Per Cápita | 1,543 | 1,762 | 2,137 | 2,353 | 2,480 | 2,778 |
| Gasto Estatal Per Cápita | 293 | 333 | 424 | 474 | 570 | 644 |

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). e/ Cifras estimadas al mes de diciembre.

- El mayor porcentaje del presupuesto autorizado se otorga a gastos de operación, seguido de servicios personales. El gasto de operación vio el mayor incremento porcentual de 2011 a 2012 con 10.4%, seguido de servicios personales (7.5%); el gasto de inversión disminuyó (18.1%).

Presupuesto autorizado para salud por tipo de gasto (miles de millones de pesos), 2011-2012

| Tipo de Gasto | 2011 | 2012 | Variaciones | |
|----------------------|--------------|--------------|-------------|------------|
| | | | Absoluta | Porcentual |
| Servicios Personales | 64.2 | 69.0 | 4.8 | 7.5 |
| Gasto de Operación | 95.2 | 105.1 | 9.9 | 10.4 |
| Gasto de Inversión | 1.6 | 1.3 | -0.3 | -18.8 |
| Total | 161.0 | 175.4 | 14.4 | 8.9 |

Fuente: Subsecretaría de Administración y Finanzas – DGPOP, SSA.

2. GASTO EN SALUD

PRESUPUESTO Líneas de acción (1/1)

- En la pasada administración se logró un crecimiento sostenido en el gasto público en salud. Destaca el nivel histórico alcanzado del presupuesto autorizado en 2012.
- Se observa un importante crecimiento en las aportaciones otorgadas a las entidades federativas y municipios.
- El crecimiento del porcentaje del gasto que se otorga a la población abierta habla de la importancia que se le ha dado a la cobertura universal, independientemente de la condición laboral.

2. GASTO EN SALUD

PRESUPUESTO Asuntos prioritarios (1/1)

- Garantizar los recursos necesarios para mantener la cobertura universal de los servicios de salud.
- Avanzar en la integración funcional de todo el sector salud.
- Reorientar los esfuerzos y recursos hacia las acciones de prevención de enfermedades, promoción de la salud y protección contra riesgos sanitarios, con el fin de reducir la carga financiera futura sobre el gasto público en salud dada la transición epidemiológica y demográfica observada y esperada.
- A pesar del crecimiento en gasto de operación y de servicios personales, destaca la caída en el gasto de inversión de 2011 a 2012. Por lo tanto, será importante fortalecer este rubro de gasto.

2. GASTO EN SALUD

GASTO DE BOLSILLO Antecedentes (1/1)

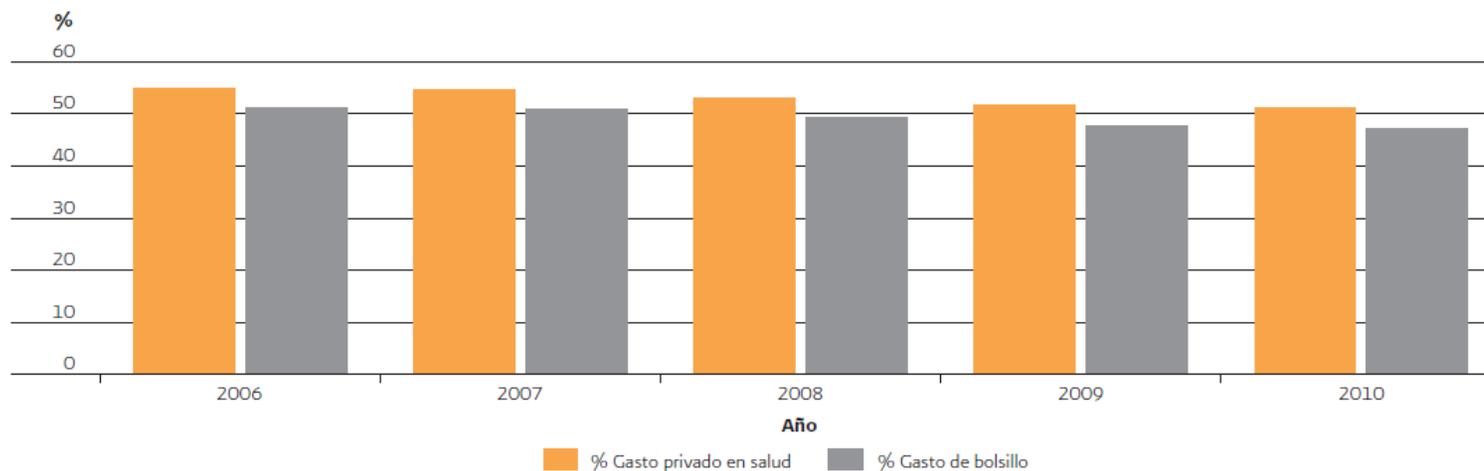
- El gasto de bolsillo en salud se refiere a todos los gastos sanitarios realizados en el momento en el que el hogar recibe el servicio de salud y que no están cubiertos por un seguro.
- La importancia del tema de gasto de bolsillo en salud es mayor para la población sin seguridad social.
- En 2009, México era el tercer país del grupo de la OCDE con mayor gasto de bolsillo; siendo éste de 4.7% del consumo final de los hogares (1.5 puntos porcentuales mayor al promedio de los países de la organización).
- En el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 se fija como meta para evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, la disminución en 2012 del gasto de bolsillo de 51.3% que se tenía en 2006 a 44% del gasto total en salud; meta que implica reducir un 14.2% el porcentaje reportado para 2006.

2. GASTO EN SALUD

GASTO DE BOLSILLO Evolución (1/1)

- En 2010 del total de gasto en salud el 47.2% provino del pago de bolsillo, cifra que respecto a la meta 2012 corresponde a un cumplimiento del 56%. De 2006 a 2010 se ha logrado reducir en 8% el porcentaje que representa el gasto de bolsillo respecto del gasto total en salud.
- Para 2010, el gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud en México ascendió a 51.2%, y el gasto público en salud se ubicó en 48.8% del gasto total en salud; de este gasto, el pago de bolsillo representó el 92.1% y el restante 7.9% corresponde al pago de seguros médicos privados.
- En el periodo de 2006 a 2010, la proporción que representó el gasto privado en salud respecto del gasto total en salud descendió 6.5% (1.3% de reducción anual promedio); mientras que la proporción que corresponde al pago de bolsillo, durante el mismo periodo, se redujo 8% (1.6% de reducción anual promedio).

Gasto privado en salud y gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, 2006-2010



Nota: El gasto privado en salud se integra por el pago de bolsillo, el pago de primas y cuotas de recuperación. El dato para 2010 corresponde a una estimación.
Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), DGIS-SS.

2. GASTO EN SALUD

GASTO DE BOLSILLO Líneas de acción (1/1)

- Desde 2003, se ha impulsado la afiliación voluntaria de la población que no dispone de seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual se sustenta en un esquema tripartito de financiamiento. Ello permite distribuir los riesgos en salud y financieros, además fomenta la solidaridad en salud.
- La afiliación implica la cobertura de un paquete de servicios y medicamentos asociados (CAUSES), las intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), así como la cobertura del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) el cual implica la cobertura integral de todos los padecimientos de los menores de 5 años; la prestación de dicha cobertura es gratuita, por ende, se logra otorgar protección financiera a todos los afiliados. En este sentido, diversos estudios de impacto del SPSS demuestran que el gasto de bolsillo ha disminuido para los hogares beneficiarios (Universidad de Chicago, 2010; CIDE, 2010; Universidad de Harvard, 2006).
- La provisión de medicamentos asociados a intervenciones cubiertas por el Seguro Popular como parte del paquete de servicios ha repercutido en una disminución significativa en el gasto de bolsillo de los hogares mexicanos y por ende en la disminución del gasto privado en salud.
- El SPSS ha dado prioridad a la afiliación de personas en condiciones de vulnerabilidad y grupos prioritarios, como los niños recién nacidos, las mujeres embarazadas, la población indígena, las personas atendidas por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y los beneficiarios de otros programas tendientes a combatir la pobreza en el país. Esto permite proteger financieramente a la población más susceptible de realizar gastos de bolsillo en salud.

2. GASTO EN SALUD

GASTO DE BOLSILLO Asuntos prioritarios (1/1)

- A pesar de los avances en la reducción del gasto de bolsillo en salud, aún se necesitan esfuerzos para cumplir con la meta fijada para el 2012.

- Se deberán:
 - Generar mecanismos para fomentar el prepago con mancomunación de los riesgos a fin de reducir el gasto privado en salud, y dentro de éste, el peso que tiene el pago de bolsillo.

 - Hacer más eficiente el uso de los recursos destinados a la salud y la implantación de mecanismos innovadores de financiación, uso de la tecnología, etc.

 - Ampliar el acceso a los servicios de atención y lograr solidaridad social en salud.

2. GASTO EN SALUD

GASTO CATASTRÓFICO Antecedentes (1/1)

- El gasto catastrófico se define como el gasto en salud del hogar que representa una proporción igual o superior al 30% de su ingreso disponible (ingreso total monetario menos el gasto monetario en alimentos). Por su parte, el gasto empobrecedor se refiere al gasto en salud que realizan los hogares y que los ubican por debajo de la línea de pobreza alimentaria, de acuerdo con la definición que realiza el CONEVAL¹.
- El cálculo de la proporción de hogares que enfrentan ambas situaciones permite valorar el nivel de protección financiera que ofrecen el sistema de salud a la población y para su seguimiento en el PROSESA 2007-2012 se definió la meta de reducir en 10% la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos por motivos de salud.
- De 2002 a 2010 se registró una disminución importante en el porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud; la reducción más importante se presentó de 2006 a 2010.

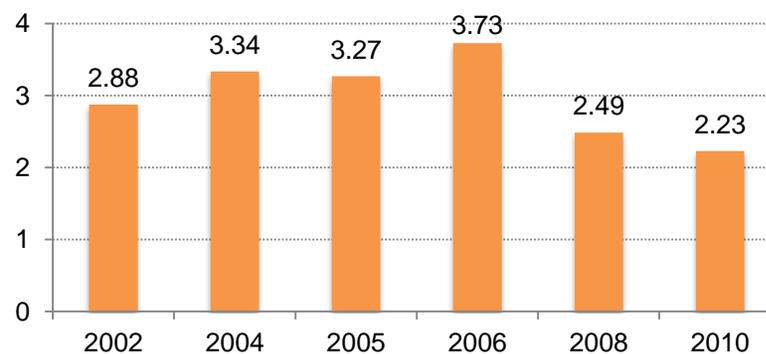
¹La estimación del porcentaje de hogares que incurrieron en gastos catastróficos y empobrecedores en México se basa en la metodología propuesta por la OMS en 2005, misma que se ajustó para el país por diversas instituciones públicas. Para el cálculo de ambos indicadores se empleó la base de datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), la definición de ingresos y gastos corrientes totales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la línea de pobreza alimentaria estimada por el CONEVAL para los años de análisis. A partir de estas fuentes de información se dispuso de datos del periodo de 2002 a 2010.

2. GASTO EN SALUD

GASTO CATASTRÓFICO Evolución (1/2)

- En 2010 el porcentaje de hogares que incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud fue de 2.23%, lo que implica que se presentó una reducción porcentual mayor al 3.4% definido como meta para el 2012. Además, respecto del valor reportado como línea base (3.7%) se registró una reducción de 39.7%.
- En el periodo de 2002 a 2010, el indicador registra dos cortes importantes. El primero muestra un incremento del porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud, al pasar de 2.88% en 2002 a 3.73% en 2006 (aumento porcentual de 29.5%), año en el que se presentó el valor más alto de todo el periodo de análisis. El segundo momento muestra un decremento importante a partir de 2006 y hasta 2010, que equivale a una reducción porcentual de 40.2%.
- **La reducción reportada en 2010 permitió evitar que un poco más de 341 mil hogares enfrentaran gastos catastróficos por atender su salud.** La disminución en los gastos catastróficos a partir de 2006 puede estar vinculada, entre otras razones, con el incremento en la afiliación de la población a través del Seguro Popular.

Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud, 2002-2010



Fuente: Rendición de Cuentas en Salud 2010, SS.

2. GASTO EN SALUD

GASTO CATASTRÓFICO Evolución (2/2)

- El porcentaje de hogares que se empobrecen por gastos en salud ha experimentado una tendencia decreciente a partir del 2002, independientemente del crecimiento poblacional y de las condiciones macroeconómicas del país. Este indicador ha decrecido de 1.57% en 2002 a 0.98% en 2010. Si bien la reducción en el número de hogares que presentan esta condición es modesta (98,980 hogares), el resultado es significativo debido al incremento de 18.5% en el número de hogares durante el periodo y por el deterioro significativo en las condiciones macroeconómicas del país.
- En términos de los hogares que experimentan a la vez un gasto catastrófico y empobrecedor en salud, se observa una tendencia decreciente a partir de 2005, al pasar de 0.66% de hogares con esta doble condición en ese año a 0.34% en 2010, lo que equivale a haber pasado de 169,271 hogares en 2005 a 99,499 hogares con esta doble condición en 2010 (reducción porcentual de 41.2%).

Hogares que incurren en gasto catastrófico y empobrecedor en salud, 2002-2010

| Tipo de gasto | 2002 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2008 | | 2010 | |
|-----------------------------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | Hogares | % |
| Catastrófico | 707,022 | 2.88 | 854,334 | 3.34 | 840,870 | 3.27 | 991,055 | 3.73 | 682,117 | 2.49 | 649,582 | 2.23 |
| Empobrecedor | 384,145 | 1.57 | 391,220 | 1.53 | 391,264 | 1.52 | 335,142 | 1.26 | 325,626 | 1.19 | 285,165 | 0.98 |
| Catastrófico y empobrecedor | 137,765 | 0.56 | 149,177 | 0.58 | 169,271 | 0.66 | 168,881 | 0.64 | 115,065 | 0.42 | 99,499 | 0.34 |
| Total de hogares | 24,531,631 | 100.00 | 25,561,447 | 100.00 | 25,710,321 | 100.00 | 26,541,327 | 100.00 | 27,356,452 | 100.00 | 29,074,332 | 100.00 |

Fuente: Rendición de Cuentas en Salud 2010, SSA.

2. GASTO EN SALUD

GASTO CATASTRÓFICO Líneas de acción (1/1)

- La ampliación de la cobertura del Seguro Popular, incluyendo el Seguro Médico para una Nueva Generación y la Estrategia Embarazo Saludable, así como el Programa Oportunidades en su componente de salud han sido prioritarios para la reducción del gasto catastrófico.
- El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos ha traído beneficios en términos de la disminución del gasto catastrófico de los hogares ya que dicho Fondo cubre intervenciones de alta especialidad y costo.

2. GASTO EN SALUD

GASTO CATASTRÓFICO Asuntos prioritarios (1/1)

- Es importante continuar con el fortalecimiento del SPSS, en la inclusión de intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, en la continuidad del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación y la Estrategia de Embarazo Saludable, así como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en su componente de salud, para disminuir la carga financiera de los hogares.
- Se debe continuar con la ampliación de los padecimientos y medicamentos cubiertos por el SPSS, en particular aquellos de naturaleza catastrófica para garantizar la protección financiera a los hogares más vulnerables. Para ello, se requiere asegurar la sustentabilidad financiera del sistema.
- Se deberán generar mecanismos que incentiven los comportamientos preventivos y el uso de servicios preventivos de manera efectiva para evitar que deriven en enfermedades que implican gastos catastróficos.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DEL SECTOR

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DEL SECTOR Antecedentes (1/1)

- El panorama epidemiológico en México presenta un número cada vez mayor de enfermedades crónicas no transmisibles, aunque persiste una alta carga de morbilidad por enfermedades del rezago que incluyen principalmente las infecciones respiratorias agudas, diarreas, amibiasis, enfermedades transmitidas por vectores y las parasitarias, principalmente.
- En la actualidad, la mayor parte de la carga de enfermedad en México (medida que considera tanto la muerte como la discapacidad que genera vivir con un padecimiento), es causada por enfermedades crónicas, seguida por las enfermedades transmisibles, los accidentes y otras enfermedades (OMS, 2004).
- El incremento en la incidencia de las enfermedades no transmisibles está asociado a comportamientos o estilos de vida no saludables ligados a factores de riesgo (como son el sobrepeso y la obesidad, el tabaco, las drogas, etc.) que pueden y deben prevenirse para revertir esta tendencia, en particular, dado el proceso de transición demográfica que está enfrentando el país.
- La prestación de servicios preventivos, aunado a estrategias preventivas que modifiquen estos comportamientos, permitirán reducir la carga de enfermedad y financiera presente y futura para el sistema de salud asociada al tratamiento de estos padecimientos crónicos.
- En la actualidad el sector salud cuenta con diversas estrategias de prevención. El Consejo de Salubridad General ha impulsado diversos decretos en materia preventiva. La Secretaría de Salud ha impulsado cuatro estrategias en particular: 5 pasos por tu salud, Consulta Segura, Salud por mí y Desarrollo de habilidades para la vida. Por su parte las instituciones de Seguridad Social cuentan con las estrategias preventivas PrevenIMSS y PrevenISSSTE.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DEL SECTOR

ACCIONES DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL Evolución y Líneas de Acción (1/1)

DECRETOS DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL EN MATERIA PREVENTIVA

- A través del Consejo de Salubridad General se emiten disposiciones de carácter obligatorio en todo el país en materia de Salubridad General mediante la definición de prioridades, la expedición de acuerdos, y la formulación de opiniones del Poder Ejecutivo Federal, su objetivo es fortalecer la rectoría y la articulación del Sistema Nacional de Salud para el cumplimiento del Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- En 2008 se lograron los acuerdos y reglamentos sobre el Catálogo de Medicamentos Genéricos, del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica y, sobre medidas para prevenir el uso y consumo de drogas.
- En 2009 se establecieron los acuerdos para la prevención contra riesgos que ocasionan accidentes de tránsito.
- En 2011 se tuvieron los acuerdos sobre certificación del Consejo de Salubridad a servicios médicos hospitalarios, ambulatorios, de rehabilitación y hemodiálisis.

5 PASOS POR TU SALUD

- Es una estrategia que promueve el cambio de hábitos a través del empoderamiento de las personas.
- Consiste en 5 acciones: actíivate, toma agua, come verduras y frutas, mídete, y comparte con familia y amigos.
- Inició en 2008 y forma parte de las estrategias de los programas de acción de Diabetes y Riesgo Cardiovascular.
- Se suma a las actividades a realizar por el Sector Salud en el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria.
- Su aplicación contribuye a evitar que se mantenga el acelerado ritmo en el incremento de las enfermedades no transmisibles a través de la construcción de los estilos de vida saludables.
- En 2008 se logró implementar en 21 ciudades del país. Para el periodo 2009-2010 se contaba con 200 proyectos en 22 entidades federativas y en el 2011, se sumaron 5 estados más. Con ello, se logró llegar a más de 250 mil personas con proyectos en 27 estados.
- A la fecha, seis Secretarías de Gobierno implementaron 5 Pasos en sus oficinas: SHCP, SE, STPS, SSA, SEDESOL, SEP, llegando a más de 14,025 personas. En tres de ellas se han formado cerca de 16,000 coordinadores locales.
- Para fortalecimiento de la estrategia, desde el inicio se han llevado a cabo acciones de capacitación, en Secretarías de Estado, a responsables estatales y jurisdiccionales de “5 pasos” en las entidades federativas, a personal del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA), a enlaces “5 pasos” en las Secretarías de Educación de las entidades federativas, así como a representantes de la Asociación de padres de familia.
- Entre las acciones dentro de este marco, destaca la Campaña Nacional “Fútbol contra Obesidad”, con el objetivo de sensibilizar a la población en temas de salud por medio de un ambiente futbolístico.

PREVENIMSS

- El PREVENIMSS es la estrategia de Programas Integrados de Salud diseñada e implantada por el IMSS, que hace referencia a las acciones de carácter preventivo para mejorar la salud de sus derechohabientes.
- Tiene como objetivos:
 - Otorgar acciones preventivas y educativas para la protección de la salud.
 - Incrementar la satisfacción de los usuarios e incentivar la participación corresponsable en el cuidado de la salud.
 - Elevar la cobertura e impacto de los programas de salud.
- La atención se centra en 5 grupos poblacionales:
 - Niños (menores de 10 años)
 - Adolescentes (10-19 años de edad)
 - Mujeres (20-59 años)
 - Hombres (20-59 años)
 - Adultos mayores (60 y más años de edad)

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DEL SECTOR

PREVENIMSS Evolución y Líneas de Acción (2/2)

- De 2006 a 2011, se ha incrementado de manera importante el número de derechohabientes del IMSS con atenciones preventivas integradas. La variación para todos los grupos de edad ha sido mayor al 100%. El grupo con el mayor incremento en el periodo es el de los hombres de 20 a 59 años de edad.

Número de derechohabientes con atenciones preventivas integradas (PREVENIMSS), 2006-2011

| Grupo de edad | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Variación 2006-2011 (%) |
|-----------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------------------|
| Niños | 1,884,037 | 2,456,324 | 3,768,209 | 4,818,433 | 5,293,659 | 5,253,686 | 178.9 |
| Adolescentes | 909,999 | 1,186,724 | 1,382,159 | 1,938,781 | 2,451,824 | 2,802,850 | 208 |
| Mujeres | 3,062,329 | 3,994,117 | 5,554,114 | 6,328,163 | 6,780,461 | 7,417,499 | 142.2 |
| Hombres | 1,590,719 | 2,074,718 | 3,052,397 | 3,654,372 | 4,046,711 | 4,718,756 | 196.6 |
| Adultos mayores | 1,379,353 | 1,799,080 | 2,145,535 | 2,464,771 | 2,706,194 | 2,997,130 | 117.3 |
| Total | 8,826,437 | 11,510,423 | 15,902,414 | 19,204,520 | 21,278,849 | 23,189,921 | 162.7 |

Fuente: PREVENIMSS.

- Se destaca la atención a las mujeres en cuanto a detección oportuna de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 a 64 años de edad. La cobertura de detección incrementó 11.1 puntos porcentuales de 2006 a 2011, pasando de 22.7% en 2006 a 33.8% en 2011. Esto ha impactado en la caída de la mortalidad por esta causa: de 2006 a 2011, la tasa de mortalidad de mujeres mayores de 24 años por este tipo de cáncer disminuyó 27.2%.
- Para todos los grupos de edad se realizan acciones de promoción y protección de la salud, nutrición, prevención, control e identificación oportuna de enfermedades. Adicionalmente, se realizan acciones específicas sobre diversos aspectos específicos de acuerdo a los grupos de edad. Por ejemplo, se capacitó a 114,270 promotores adolescentes, en temas de prevención de adicciones.

PREVENISSSTE

- En el marco del planteamiento estratégico de fortalecer la prevención y detección oportuna de enfermedades y lograr el empoderamiento del paciente y su familia, a partir del mes de febrero del 2010, se implementó PrevenISSSTE cerca de ti, a través de una plataforma electrónica con herramientas de evaluación, educación y cambio conductual que brinda información relacionada con la preservación de la salud, además de aportar recomendaciones que contribuyan a promover estilos de vida saludables, fomentar el auto cuidado de la salud, así como prevenir y retrasar los daños por las enfermedades crónico degenerativas.
- Cuenta también con un Centro de Atención Telefónica en el que los derechohabientes pueden interactuar con los profesionales de la salud, médicos, psicólogos, y nutriólogos que los apoyan y orientan en el proceso del autocuidado de su salud.
- Esta estrategia se complementa con el Consultorio Médico PrevenISSSTE, en el primer nivel de atención que permite el seguimiento de los resultados de Evaluación de Riesgos en Salud (ERES) que permite obtener de manera oportuna, tendencias e información de carácter predictivo para orientar las acciones estratégicas en materia de prevención de enfermedades.
- Las seis áreas prioritarias que se evalúan a través de la Encuesta de Riesgos en Salud ERES son: Evaluación de Riesgo de Cáncer, Evaluación de Riesgo de Diabetes, Evaluación de Riesgo de Enfermedades Cardíacas, Evaluación de Conducta Alimentaria, Actividad Física y Obesidad, Evaluación de Abuso de Sustancias (Drogas, Alcohol y Tabaco) y Evaluación de Riesgo de Hipertensión.
- El programa está dirigido a los derechohabientes mayores de 18 años aparentemente sanos.
- Desde su inicio a la fecha, se cuenta con 300,970 derechohabientes registrados (60% son mujeres y 40% hombres).
- De estos 17.3% se clasifican en alto riesgo, 74.6% en medio y 17.3% en bajo riesgo.
- El principal factor de riesgo identificado está relacionado con sobrepeso y obesidad, ocupando un 77% de los resultados en ERES.

CONSULTA SEGURA

- El objetivo de esta estrategia es promover, prevenir y detectar oportunamente enfermedades a partir de la obtención del perfil inicial de riesgo en salud de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y los beneficiarios del Programa Oportunidades, en función de su edad, sexo y evento de vida.
- Se inició su desarrollo e implementación en 2010 y consiste en la realización de un tamizaje básico de riesgos de salud a través de la aplicación de pruebas indicativas de riesgo tales como: peso, talla, glucosa en sangre, hemoglobina en sangre, tensión arterial y perímetro abdominal.
- Consta de cuatro componentes: 1) un registro protegido de las huellas dactilares de los beneficiarios a partir de los diez años de edad; 2) un tamizaje básico de los riesgos de salud de los beneficiarios (Consulta Segura); 3) módulo de atención en salud que forma parte de un control y seguimiento médico y 4) un sistema integrado de información en salud de los afiliados (Sistema Nominal de Salud, SINOS).
- Se concibió también como una nueva modalidad para incentivar la corresponsabilidad de los afiliados, por lo que es obligatorio para cualquier nuevo afiliado o re-afiliado acudir a la Consulta Segura.
- Los resultados y recomendaciones médicas se dan a conocer a los afiliados con la finalidad de incentivar la cultura de inversión en el mantenimiento de su propia salud. Al identificar algún padecimiento que no se esté tratando, se hace la referencia correspondiente, desde su implementación, las referencias más frecuentes en niños han sido por secuelas de quemaduras, labio hendido y cataratas, mientras que en adultos por hipertensión, diabetes y cánceres de la mujer.
- La estrategia ya está operando en las 32 entidades federativas, con un avance de 39% en el registro biométrico (16.12 millones) y 16% de consulta segura (8.47 millones de tamizajes).
- La meta propuesta es que en tres años, todos los afiliados al Seguro Popular y los beneficiarios del programa Oportunidades, cuenten con su registro y su consulta.

SALUD POR MÍ, ACCIONES Y ALTERNATIVAS PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

- El proyecto está dirigido a la población de entre 13 y 21 años, ofreciendo a través de una plataforma de internet recursos de información, aprendizaje y autoayuda en los temas de violencia, estrés, adicciones, salud sexual y reproductiva.
- El propósito de la estrategia es contribuir al desarrollo de habilidades en los jóvenes que faciliten la adquisición de conductas saludables a través de la reflexión y la creación de un plan de vida, en el marco del respeto a los derechos humanos.
- La plataforma incluye Talleres para el Autocuidado de la Salud, dirigidos a los beneficiarios del Programa Oportunidades de las unidades de salud que participan en el Modelo Alternativo de Salud (MAS), con los cuales pueden cumplir su corresponsabilidad. Estos talleres contemplan la participación de tutores (estudiantes de servicio social que asesoran a los beneficiarios para que cursen sus talleres), quienes cuentan con el apoyo de un supervisor.
- A junio de 2012 se implementó la estrategia en 29 entidades federativas, con la participación de más de 11 mil beneficiarios, 250 tutores y 76 supervisores.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DEL SECTOR

MODELO HABILIDADES PARA LA VIDA Evolución y Líneas de Acción (1/1)

MODELO DE HABILIDADES PARA LA VIDA

- En 2010, el SPSS diseñó e implementó una prueba piloto de un modelo de formación basado en la metodología de desarrollo de habilidades para la vida.
- El modelo tiene como propósito lograr cambios de actitudes y conductas que generen empoderamiento en las personas y los convierta en agentes de cambio para alcanzar tres objetivos concretos: incrementar el periodo de lactancia materna exclusiva a los primeros seis meses de vida del recién nacido; disminuir el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) ; y fomentar la estimulación temprana adecuada para lograr un impacto positivo en el desarrollo del niño durante los primeros 2 años de vida y prevenir discapacidades.
- En 2010 se implementó una prueba piloto aplicada al personal de salud de primer nivel de atención y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia de tres estados: San Luis Potosí, Campeche y Sonora.
- A partir de los resultados positivos del piloto, en 2011 se expandió el modelo a 23 entidades federativas, y se incorporó a éste un taller de formación de facilitadores en cada entidad federativa, con el fin de hacer sustentable el modelo.
- Esta etapa de implementación cubrió un total de 113 jurisdicciones; se capacitaron a más de 14,000 miembros del personal de salud, entre médicos, enfermeras, promotores de la salud, auxiliares de salud y parteras; alrededor de 120,000 mujeres embarazadas, en lactancia y en edad reproductiva recibieron réplica del taller; así mismo, 3,450 miembros del personal de salud de 23 estados se formaron como facilitadores.
- En 2012, la estrategia se extendió a 9 estados que no participaron en la expansión del 2011 y se continuó con la consolidación del modelo en las 23 entidades ya intervenidas. Al mes de noviembre de 2012 se tienen 23,062 miembros del personal de salud capacitados, 219,385 mujeres que recibieron réplica del taller, y 3,249 miembros del personal de salud formados como facilitadores.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DEL SECTOR

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DEL SECTOR Asuntos Prioritarios (1/1)

- Para poder cumplir con las metas de las estrategias planteadas, difundirlas entre la población y promover su empoderamiento, es necesario mantenerlas como proyectos de largo plazo y reforzar la participación de la población y los esfuerzos coordinados de las instituciones participantes, de manera que pueda incidir efectivamente sobre los hábitos de la población.
- La información derivada del sistema de información (SINOS) de la Consulta Segura deberá aprovecharse para entender la problemática de factores de riesgo y perspectivas de enfermedades crónicas de los beneficiarios del SPSS, y en consecuencia, continuar hacia el establecimiento de una política integrada de prevención efectiva para todo el sector salud.
- Se requiere de esquemas o mecanismos de corresponsabilidad entre las instituciones y la población que sean viables en su implementación para que puedan ser utilizados como herramientas que incentiven comportamientos saludables y en particular, que fomenten el auto-cuidado y la demanda de servicios preventivos.
- Por el lado de la oferta, además de las estrategias propuestas, es necesario garantizar la capacidad resolutive de los servicios a través de la formación del personal de salud y el abasto de insumos e infraestructura necesaria, que garanticen la prestación de servicios preventivos con calidad.
- Es fundamental unir los esquemas de prevención del IMSS, ISSSTE y Consulta Segura, con el fin de sumar esfuerzos y compartir información.

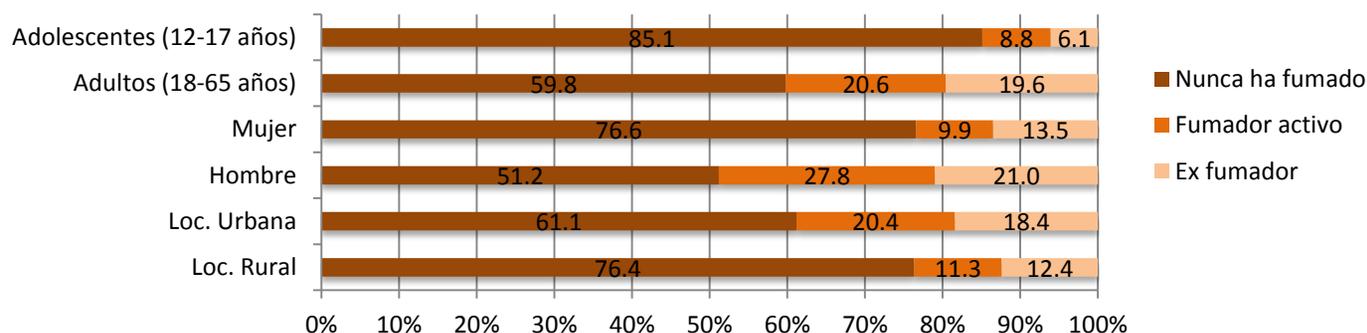
- El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar.
- La prevalencia mundial del consumo de tabaco es de 25% de la población mayor de 15 años.
- De acuerdo a la OPS:
 - El tabaco mata a 5 millones de personas cada año, incluyendo un millón en las Américas.
 - El tabaco es el único producto de consumo legal que mata cuando se utiliza exactamente de acuerdo a las indicaciones del fabricante.
 - La mitad de los fumadores morirán por una enfermedad causada por el tabaco y lo harán perdiendo en promedio 10 años de vida.
 - El tabaco no sólo afecta al fumador sino al no fumador expuesto.
 - El tabaco le cuesta a la economía mundial 200 mil millones de dólares al año.

4. ADICCIONES

TABACO Evolución (1/1)

- De acuerdo a la 5ª Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), publicada en 2008:
 - Entre la población de 12 a 65 años de edad, cerca de 14 millones de mexicanos habían fumado tabaco en el último año y poco más de 4 millones eran dependientes; es decir, ya presentaban problemas físicos y psicosociales relacionados con el consumo de tabaco.
 - El 85.1% de los adolescentes y el 59.8% de los adultos nunca ha fumado.
 - Existen más fumadores hombres que mujeres: el 76.6% de las mujeres nunca ha fumado, mientras que el 51.2% de los hombres nunca lo ha hecho.
 - Hay más fumadores en localidades urbanas que en las rurales: el 76.4% y 61.1% de las personas en localidades rurales y urbanas, respectivamente, nunca ha fumando.
 - Sobre los fumadores activos, a nivel nacional, la edad promedio a la que se inicia el consumo diario de cigarrillos es de 16.7 años y fuman, en promedio, 7 cigarrillos por día.

Prevalencia de fumador activo, ex fumador y personas que nunca han fumado por grupo de edad, sexo y tamaño de localidad, 2008



Fuente: ENA 2008, SS.

- **Comparativo con ENA-98 y ENA-2002:** la proporción de fumadores –entre 12 y 65 años de edad- ha ido disminuyendo de 27.7% (ENA-98) a 23.5% (ENA-2002) y a 17.2% (ENA-2008).

En la última administración se realizó un importante fortalecimiento tanto de la infraestructura, como de los programas de atención a las adicciones, destinando más de 6 mil millones de pesos (cifra casi 3 veces mayor a las del sexenio anterior) para impulsar su prevención y tratamiento.

- De 2007 a 2012, se establecieron 335 Centros Nueva Vida (UNEME-CAPA Nueva Vida), unidades para la prevención, tratamiento y formación de personal para el control de las adicciones, con los cuales se incrementó la capacidad operativa para la atención de las adicciones.
- Uno de los logros más relevantes lo constituye la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida, que se enfoca a la sensibilización e información sobre las consecuencias del consumo, así como a la prevención selectiva para informar sobre factores de riesgo y protección; impactando desde su inicio, en 2008, a más de 17 millones de personas.
- Entre 2009 y 2011, se atendieron a más de nueve y medio millones de personas en acciones de prevención y tratamiento, y se han aplicado más de un millón y medio de pruebas de tamizaje entre estudiantes, para la detección temprana de jóvenes con riesgos psicosociales.
- En el 2010 se incorporó la atención de las adicciones al CAUSES del SPSS.
- En 2011, se creó la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), así como el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC).
- Se puso en marcha el Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol, y Drogas (OMEXTAD), para dar seguimiento a la prevención y tratamiento de las adicciones, así como a los programas contra la farmacodependencia y el abuso de bebidas alcohólicas.
- Se ha fortalecido el papel de las entidades federativas, a través de la acción de los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA) y la promoción para la creación de Comisiones Estatales contra las Adicciones, estableciendo en el último año, 7 nuevas comisiones; también se llevaron a cabo jornadas preventivas como la Semana Nacional contra el Alcoholismo “Compartiendo Esfuerzos”. Con esto se han beneficiado con acciones de prevención a 6 millones de adolescentes.

- A través de PREVENIMSS, se capacitaron a 114,270 promotores adolescentes, en temas de prevención de adicciones.
- Particularmente en el tema de tabaco, en junio de 2009, entró el vigor el Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), que concreta las disposiciones de la LGCT, entre las que se encuentra: la protección contra la exposición al humo de tabaco a través de la promoción de espacios 100% libres de humo de tabaco; incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información en todos los paquetes de productos del tabaco y aplicación de Impuesto Específico a los Productos del Tabaco (IEPS). El incremento del 26% en el precio final de las cajetillas derivado del IEPS, ubica la carga fiscal de los productos de tabaco para México en 69.2%, entre las más altas de América.
- También se lograron mejoras en las legislaciones estatales para generar espacios libres de humo y promocionar los daños del tabaco de manera más efectiva. En este sentido, a septiembre de 2011, se realizaron 414 verificaciones sanitarias, 11% más que en 2009.

4. ADICCIONES

TABACO Asuntos Prioritarios (1/1)

- Dar seguimiento al Observatorio mexicano de Tabaco, Alcohol, y Drogas (OMEXTAD) para consolidar un sistema de información integral en el tema de adicciones, que alimentará a su vez al Observatorio Latinoamericano, administrado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA.
- Fortalecer la estructura de atención de adicciones en los estados y contribuir a la consolidación de las capacidades nacionales para la prevención y el tratamiento de las adicciones.

- Por su parte, la prevalencia anual del consumo de alcohol es del 42%. La prevalencia del consumo semanal episódico intenso de alcohol es ocho veces superior al consumo problemático de drogas.
- En Mayo de 2010, la 63^a. Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol con el objetivo de apoyar y complementar las políticas de control de alcohol. México fue uno de los países que firmó este convenio.
- Atendiendo la solicitud de la Organización Mundial de la Salud, en febrero de 2011, la Comisión Nacional contra las Adicciones asiste a la Primera Reunión de la Red Global para la Implementación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol. Derivado de esa reunión, se estableció que México y Brasil copresidirían el Grupo de la Región de las Américas para la reducción del uso nocivo de alcohol.

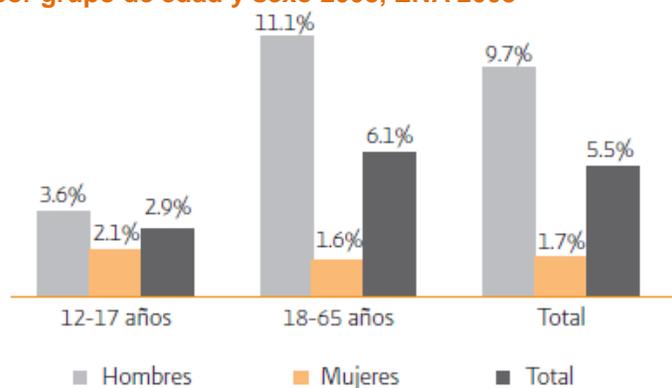
4. ADICCIONES

ALCOHOL Evolución (1/1)

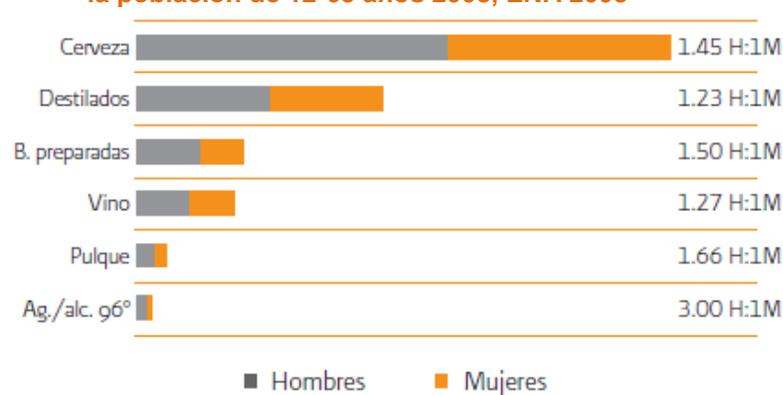
De acuerdo a la ENA 2008:

- El consumo de alcohol diario es una práctica poco frecuente en el país. Solo el 5.5% de la población reportó abuso o dependencia del alcohol, sin embargo, los resultados revelan que una importante proporción de adolescentes presenta problemas con su manera de beber y se destaca el aumento en el consumo entre mujeres adolescentes.
- Cerca de 27 millones de mexicanos reportaron haber bebido con poca frecuencia, pero en grandes cantidades, cada vez que tomaban alcohol. Casi 4 millones de personas, beben grandes cantidades de alcohol una vez a la semana o con mayor frecuencia, por lo que se consideran bebedores consuetudinarios.
- La cerveza es la bebida de preferencia de la población mexicana. El orden de preferencia por tipo de bebida es similar entre hombres y mujeres. La mayor diferencia entre sexos se observa en el consumo de aguardiente y de alcohol de 96°.

Porcentaje de personas con abuso o dependencia al alcohol por grupo de edad y sexo 2008, ENA 2008



Proporción hombre-mujer de bebida de preferencia de la población de 12-65 años 2008, ENA 2008



- **Comparativo con ENA-98 y ENA-2002:**

- Los índices de consumo y dependencia de la población adulta entre 18 y 65 años muestran pocas diferencias respecto a las encuestas de 1998 y 2002, aunque entre las mujeres aumentaron los índices de consumo alto.
- Los índices de crecimiento en el consumo y en el abuso entre los adolescentes menores de edad ha tenido incremento significativo: hombres de 0.6% a 2.7% y a 3.6%, en las 1998, 2002 y 2008 respectivamente; mujeres de 0.2% a 0.8% y 2.1 mismo período.

- Se realizó un importante fortalecimiento tanto de la infraestructura, como de los programas de atención a las adicciones, destinando más de 6 mil millones de pesos (cifra casi 3 veces mayor a las del sexenio anterior) para impulsar su prevención y tratamiento.
- De 2007 a 2012, se establecieron 335 Centros Nueva Vida (UNEME-CAPA Nueva Vida), unidades para la prevención, tratamiento y formación de personal para el control de las adicciones, con los cuales se incrementó la capacidad operativa para la atención de las adicciones.
- Uno de los logros más relevantes lo constituye la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida, que se enfoca a la sensibilización e información sobre las consecuencias del consumo, así como a la prevención selectiva para informar sobre factores de riesgo y protección; impactando desde su inicio, en 2008, a más de 17 millones de personas.
- Entre 2009 y 2011, se atendieron a más de nueve y medio millones de personas en acciones de prevención y tratamiento, y se han aplicado más de un millón y medio de pruebas de tamizaje entre estudiantes, para la detección temprana de jóvenes con riesgos psicosociales.
- En el 2010 se incorporó la atención de las adicciones al CAUSES del SPSS.
- En 2011, se creó la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), así como el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC).
- Se puso en marcha el Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol, y Drogas (OMEXTAD), para dar seguimiento a la prevención y tratamiento de las adicciones, así como a los programas contra la farmacodependencia y el abuso de bebidas alcohólicas.
- Se ha fortalecido el papel de las entidades federativas, a través de la acción de los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA) y la promoción para la creación de Comisiones Estatales contra las Adicciones, estableciendo en el último año, 7 nuevas comisiones; también se llevaron a cabo jornadas preventivas como la Semana Nacional contra el Alcoholismo “Compartiendo Esfuerzos”. Con esto se han beneficiado con acciones de prevención a 6 millones de adolescentes.

- A través de PREVENIMSS, se capacitaron a 114,270 promotores adolescentes, en temas de prevención de adicciones.
- Particularmente, en el tema del alcoholismo, se elaboró la propuesta de Ley General Para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol (LGPRUNA), de acuerdo a las recomendaciones de la OPS y la OMS.
- Se planteó un proyecto de iniciativa de modificación de la Ley General de Salud, con la que se amplía el alcance de acción al uso nocivo de alcohol y no solo hacia el alcoholismo, misma que ya fue aprobada por la H. Cámara de Diputados y se encuentra en revisión en la H. Cámara de Senadores.

- Se requiere evaluar el alcance de las estrategias puestas en marcha en materia de alcohol.
- Se debe garantizar la sustentabilidad financiera y la efectividad de las estrategias puestas en marcha.
- Dada la naturaleza multidimensional del problema se requiere coordinación dentro del sector, con otros sectores y entre los diferentes niveles de gobierno para garantizar la integralidad de las políticas.

4. ADICCIONES

DROGAS ILEGALES Antecedentes (1/1)

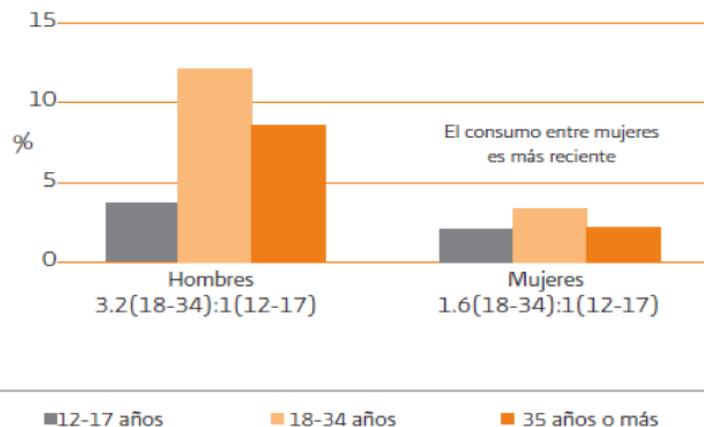
- Según el Reporte Mundial de Drogas 2012, la prevalencia de consumo mundial de drogas ilícitas se mantuvo estable desde 2005 hasta 2010 entre el 3.4% y el 6.6% de la población adulta (personas de 15 a 64 años). Sin embargo, entre un 10% y un 13% de los usuarios de drogas siguen siendo consumidores problemáticos con drogodependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas. Aproximadamente 1 de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas.
- A nivel mundial, las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2.6% y el 5.0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el “éxtasis” (0.3% a 1.2%), aunque los datos relativos a su producción son escasos.
- La prevalencia anual mundial correspondiente a la cocaína y a los opiáceos (opio y heroína) se ha mantenido estable, entre el 0.3% y el 0.4% y entre el 0.3% y el 0.5%, respectivamente, de la población adulta de 15 a 64 años de edad.

4. ADICCIONES

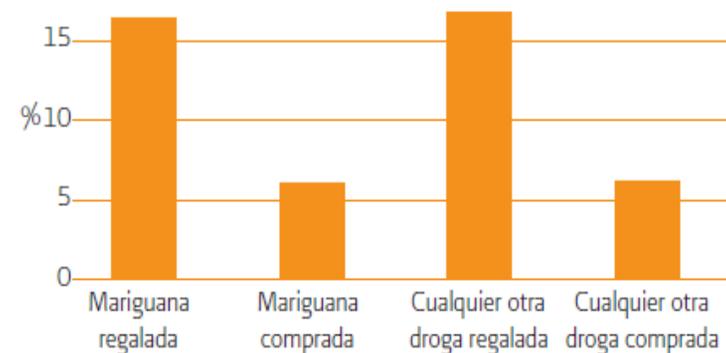
DROGAS ILEGALES Evolución (1/2)

- De acuerdo con la ENA 2008, el consumo de drogas ilegales y médicas sin prescripción en el último año, , mostró que la prevalencia nacional era de 1.63%, lo que equivale a 1,221,557 personas de entre 12 y 65 años. Entre la población de 12 a 17 años, la prevalencia resultó muy similar a la nacional, con un 1.71%, lo que representó a 234,323 menores de edad que han probado drogas.
- El consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), pero la tasa de crecimiento es mayor en las mujeres (el consumo de drogas ilegales se duplicó).
- Entre los hombres, el consumo más alto se presentó entre aquellos de 18 a 34 años (3.4%), seguidos por los adolescentes (2.1%) y finalmente por aquellos de más de 35 años (1.7%). Entre las mujeres, el mayor índice se presentó entre las adolescentes (1.3%) y disminuye conforme aumenta la edad.
- A 1 de cada 5 personas le han ofrecido drogas; la droga a la que estuvieron más expuestos fue la mariguana.
- Comparativo ENA-2002: el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad aumentó de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en el 2008.

Prevalencia anual de consumo de drogas por grupos de edad y sexo (%), 2008



Porcentaje de personas expuestas a las drogas, 2008



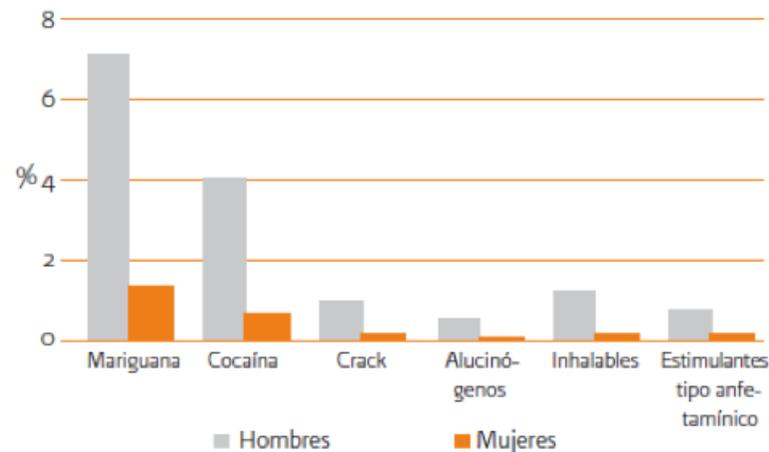
Fuente: ENA 2008, SS.

4. ADICCIONES

DROGAS ILEGALES Evolución (2/2)

- La edad de inicio para el consumo de drogas es típicamente temprana: la mitad de los usuarios de mariguana (55.7%) se inicia antes de la mayoría de edad. La edad de inicio de la cocaína es más tardía, en promedio, entre los 18 y 25 años de edad.
- De 2002 a 2008, el consumo de drogas ilícitas (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables) “alguna vez en la vida” aumentó de 4.6% a 5.2%, mientras que el consumo de drogas médicas fuera de prescripción (antidepresivos, ansiolíticos) se mantuvo estable en este mismo período.
- En 2008 las drogas ilegales más consumidas son la mariguana (4.2%) y la cocaína/crack (2.4%); sin embargo, el consumo de las demás drogas creció en mayor proporción de 2002 a 2008. El grupo de edad que más utiliza la mariguana y la cocaína es el de 26 a 34 años, en proporciones de 5.8% y 3.8% respectivamente. Tomando en cuenta el sexo, son los hombres quienes siguen siendo los principales consumidores de mariguana (7.2%) y cocaína/crack (4.1%).

Porcentaje de personas entre 12 y 65 años que consume drogas ilegales, por sexo y tipo de droga, 2002-2008



Fuente: ENA 2008, SS.

4. ADICCIONES

DROGAS ILEGALES Líneas de Acción (1/1)

- Se realizó un importante fortalecimiento tanto de la infraestructura, como de los programas de atención a las adicciones, destinando más de 6 mil millones de pesos (cifra casi 3 veces mayor a las del sexenio anterior) para impulsar su prevención y tratamiento.
- De 2007 a 2012, se establecieron 335 Centros Nueva Vida (UNEME-CAPA Nueva Vida), unidades para la prevención, tratamiento y formación de personal para el control de las adicciones, con los cuales se incrementó la capacidad operativa para la atención de las adicciones.
- Uno de los logros más relevantes lo constituye la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida, que se enfoca a la sensibilización e información sobre las consecuencias del consumo, así como a la prevención selectiva para informar sobre factores de riesgo y protección; impactando desde su inicio, en 2008, a más de 17 millones de personas.
- Entre 2009 y 2011, se atendieron a más de nueve y medio millones de personas en acciones de prevención y tratamiento, y se han aplicado más de un millón y medio de pruebas de tamizaje entre estudiantes, para la detección temprana de jóvenes con riesgos psicosociales.
- En el 2010 se incorporó la atención de las adicciones al CAUSES del SPSS.
- En 2011, se creó la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), así como el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC).
- Se puso en marcha el Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol, y Drogas (OMEXTAD), para dar seguimiento a la prevención y tratamiento de las adicciones, así como a los programas contra la farmacodependencia y el abuso de bebidas alcohólicas.
- Se ha fortalecido el papel de las entidades federativas, a través de la acción de los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA) y la promoción para la creación de Comisiones Estatales contra las Adicciones, estableciendo en el último año, 7 nuevas comisiones; también se llevaron a cabo jornadas preventivas como la Semana Nacional contra el Alcoholismo “Compartiendo Esfuerzos”. Con esto se han beneficiado con acciones de prevención a 6 millones de adolescentes.
- A través de PREVENIMSS, se capacitaron a 114,270 promotores adolescentes, en temas de prevención de adicciones.

4. ADICCIONES

DROGAS ILEGALES Asuntos Prioritarios (1/1)

- De acuerdo a los resultados de la ENA 2008, se espera que el consumo de drogas aumente, por lo que la necesidad de intervenciones tanto preventivas como breves y de tratamiento es importante.
- Se espera que el consumo entre las mujeres crezca en mayor proporción que entre los hombres y que el consumo se dé a una menor edad y en mayor proporción. Por lo tanto, se deberá focalizar la atención a este grupo vulnerable.
- Respecto a las drogas ilegales, aunque la marihuana es la droga de preferencia, se observa una importante tendencia de crecimiento en el consumo de otras drogas (cocaína, metanfetaminas, *crack* y heroína). Se deben crear los mecanismos de prevención y tratamiento adecuados para disminuir la demanda.

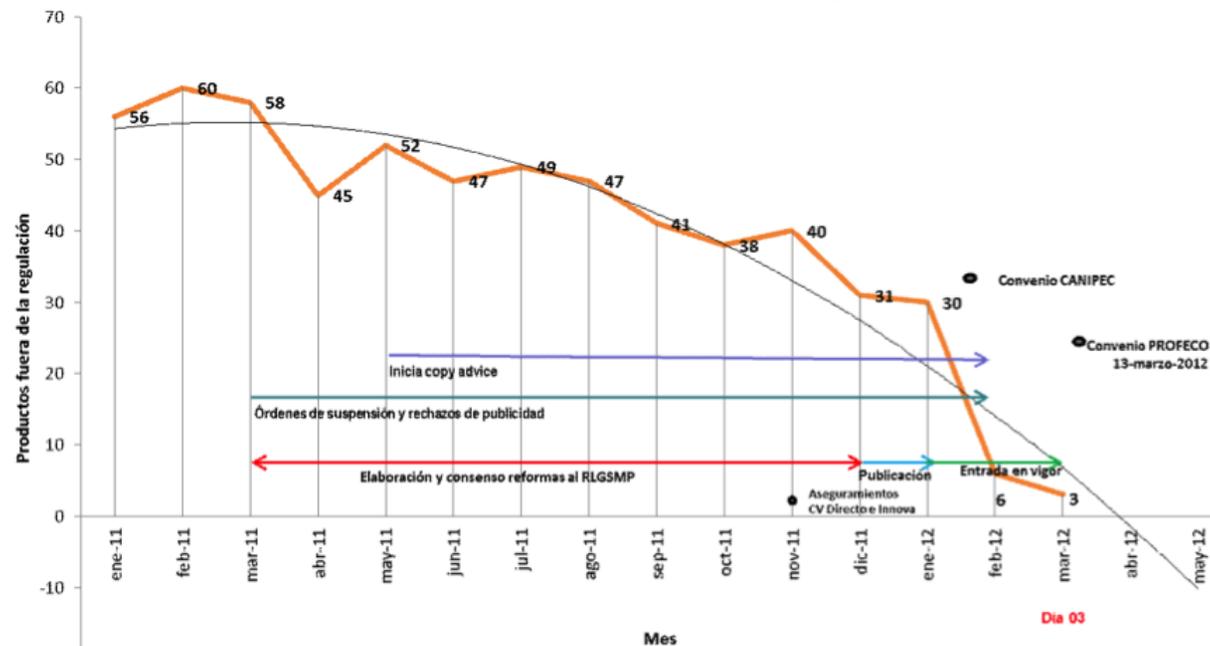
- La Reforma al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de publicidad fue fruto del consejo entre medios, anunciantes y Gobierno para atacar la informalidad en la publicidad sanitaria que pone en riesgo la salud. Su objetivo fue eliminar los productos que anuncian facultades curativas sin ser medicamentos.
- La vigilancia sanitaria corresponde a una de las actividades sustantivas de la COFEPRIS; se refiere al conjunto de acciones para llevar a cabo la constatación física o inspección de productos, procesos o servicios a lo largo de la cadena de producción y comercialización, y su comparación contra los requisitos establecidos en la normatividad correspondiente para evaluar su cumplimiento.

5. REGULACIÓN SANITARIA

REGULACIÓN DE PRODUCTOS MILAGRO Evolución (1/2)

De enero de 2011 a marzo de 2012, la estrategia integral de la COFEPRIS logró una reducción de 100% en la publicidad de productos milagro al pasar de 58 a cero los productos pautados.

Comportamiento de Pautas Productos Milagro, 2011-2012



Fuente: COFEPRIS, SS.

- En los aseguramientos realizados entre enero de 2011 y junio de 2012, se verificaron un total de 1,595 establecimientos y se decomisaron un total de 138,248 unidades de productos milagro.
- Durante el primer semestre de 2011 se aseguraron 13,114 unidades, mientras que entre noviembre de 2011 y el primer semestre de 2012 se aseguraron un total de 125,134 unidades, lo que representó una tasa de crecimiento de aseguramientos del 854.2%.

5. REGULACIÓN SANITARIA

REGULACIÓN DE PRODUCTOS MILAGRO Evolución (2/2)

| Aseguramiento de Productos Frontera o Milagro 2011-2012* | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|
| Tipo de establecimiento | Establecimientos verificados | Fecha |
| Puntos de venta (nivel nacional) | 13,114 | Enero-Junio 2011 |
| Almacén y Laboratorio CAPSLIM, Bodegas CV Directo**, Marcas de Renombre, S. A. de C. V., Gala Crom Tabletas, Nutrisa***, Farmacias y Tiendas Departamentales**** | 125,134 | Noviembre-Diciembre de 2011. Enero-Junio de 2012. |
| Total | | 138,248 |
| Tasa de crecimiento de aseguramientos | | 854.2% |

* Datos generados de enero de 2011 a junio de 2012.

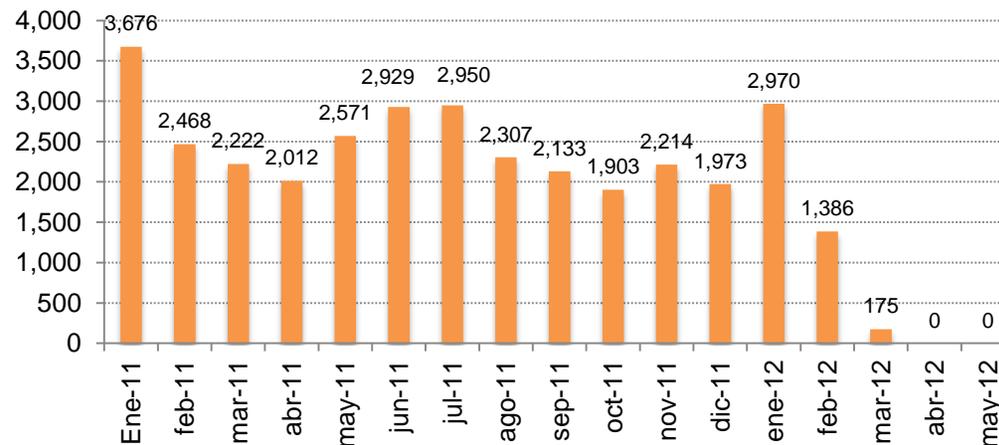
** Productos asegurados: CELUNUVEL, ONE WEEK ULTRA, COLD HEAT EXTREME, COLD HEAT, MALUNGAY, SKINY SHOT y otras marcas.

*** Se aseguraron 26 cajas de 30 piezas (120 caps c/u) más 11 piezas sueltas de 120 cajas c/u.

**** Productos asegurados: Rejuvital, Xiomega 3, Nopaesbelt, Xenadrine, Demogress, FatBlok, Redu-C2, Lipozene, New Body Slim, Jugo de Aloe Vera, Bonfibra, Emergen-C, Alcachofa, Vital Zen, Ajovit, Broncolin, Gastrisin, Diabetal, Pulmosin, Vari-C, Artri-R, Fortex y Prostatin, Chaparro Amargo, Ginkgo Biloba, Cardiocare, Force-C, Bronkitose, Relaxil, Hierbas Suecas, Alcachofa Diet, Stress Care, Zinestress, Gastrinat, Colesstin, Colesterol 7 días pronat pack, Canecroplan, Dieters Drink, Siluet Control, Body Slim, Redu Si, Wereke, Uña de Gato y Hierba de San Juan. Además, se aseguraron 8 carteles publicitarios durante junio de 2012.

- Entre enero de 2011 y marzo de 2012, la caída en el pautaado fue de 87.4%. Desde mayo de 2012 no ha habido ninguna pauta publicitaria.

Evolución del número de pautas, enero 2011-mayo 2012



Fuente: COFEPRIS, SS.

- La SS, combatiendo la informalidad que representan los productos milagro, propuso las siguientes reformas al Reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en materia de publicidad:
 - Requerir registro sanitario y/o permiso de publicidad a los anunciantes para el pauteo de spots publicitarios.
 - Requerir al medio de difusión el cese de la transmisión o publicación de la publicidad de un producto o servicio que no cumpla con las disposiciones legales en materia sanitaria en un periodo de 24 horas.
 - Incrementar hasta en un 400% el monto de las sanciones que se impongan por incumplimiento a las disposiciones del Reglamento.
- La reforma fue publicada en el DOF el 19 de enero de 2012 y entró en vigor el 2 de marzo de 2012, en ella se establecen los criterios específicos para publicitar medicamentos, remedios herbolarios, suplementos alimenticios y cosméticos.
- De enero a agosto de 2011 se realizó la verificación sanitaria a 7,119 materiales publicitarios, entre ellos, spots de televisión y de radio (nuevas versiones), ejemplares de periódicos, ejemplares de revistas, guías de coadyuvancia enviadas por las entidades federativas y páginas de internet. En 2010 se suspendieron un total de 613 publicidades irregulares y 755 durante 2011.
- Con la finalidad de disminuir la incidencia de pautas publicitarias de diversos productos conocidos como “Productos Milagro”, actualmente se realizan acciones de evaluación y análisis para determinar las opciones de modificación de las disposiciones legales y/o normativas aplicables en la materia.

- Continuar en el corto plazo con la estrategia de operativos de verificación en conjunto con otras dependencias del gobierno federal y gobiernos locales para evitar que un mayor número de piezas aparezcan en el mercado.
- Se debe continuar con el monitoreo y fortalecimiento de las acciones estipuladas en la reforma al Reglamento de la LGS en materia de publicidad.

- El avance tecnológico llevó a que la innovación mundial en materia de medicamentos migrara hacia técnicas cada vez más complejas, involucrando la manipulación tecnológica de agentes biológicos, y por tanto, desarrollando medicamentos biotecnológicos.
- Estados Unidos y la Unión Europea son ejemplos de países que han modificado sus leyes en materia de biotecnológicos.
- En México, antes del 18 de octubre 2011 no existía un marco regulatorio adecuado para los medicamentos biotecnológicos y biocomparables.
- En nuestro país, el 35% de las solicitudes de nuevos registros de sustancias innovadoras se relacionan con moléculas derivadas de procesos biotecnológicos, especialmente en atención al cáncer y enfermedades reumatológicas y neurológicas.
- La entrada al mercado de medicamentos biocomparables permitirá contar con más opciones a mejores precios para el tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas.

5. REGULACIÓN SANITARIA

MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS Y BIOCMPARABLES Evolución (1/1)

- Los medicamentos biotecnológicos en México no han tenido la penetración de mercado deseada. Las ventas de dichos productos están por debajo de otros países como Estados Unidos, Francia y Japón.

Ventas de medicamentos biotecnológicos en Estados Unidos, Francia, Japón y México

| Ventas de Farmacéuticos | EUA | Francia | Japón | México |
|--------------------------------------|----------|---------|---------|--------|
| Ventas de biotecnológicos (US\$ mil) | \$34,957 | \$3,828 | \$5,051 | \$65 |
| Ventas de Farmacéuticos per cápita | \$921 | \$658 | \$734 | \$123 |
| Ventas de Biotecnológicos per cápita | \$119 | \$63 | \$40 | \$0.62 |

Fuente: SS.

- A partir del 16 de abril de 2012 entró en vigor el reglamento que permite establecer los procedimientos, requisitos y estudios que la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), requerirá a las empresas farmacéuticas para colocar en el mercado medicamentos biotecnológicos. De esta forma, se anticipa la transición hacia enfermedades crónico-degenerativas de la población.
- Principales disposiciones reglamentarias:
 - Se establece la clasificación de los medicamentos biotecnológicos en innovadores y biocomparables.
 - Se establecen los requisitos para la obtención del registro sanitario de medicamentos biotecnológicos innovadores y biocomparables.
 - Se tipifican los estudios que deberán realizar los laboratorios para demostrar la eficacia y seguridad del producto, así como el lugar en donde deberán realizarse.
 - Se determina el tipo de fármaco-vigilancia que deberán realizar los titulares de registro sanitario.
- Con el fin de regular dichos medicamentos se realizó una adición al Artículo 222 Bis de la Ley General de Salud y una reforma al Reglamento de Insumos para la Salud. Con ello se incrementará el acceso y generará una disminución en los precios de este tipo de medicamentos, con lo que se crearán ahorros públicos en la compra de medicamentos y se beneficia al paciente disminuyendo el gasto de bolsillo.

- Se deberá garantizar el acceso de la población mexicana a medicamentos biotecnológicos modernos, seguros y eficaces, por lo que el monitoreo de su calidad es fundamental.
- Será importante promover la inversión en la investigación relacionada con este tipo de medicamentos, generando una ventaja competitiva para la industria farmacéutica nacional.

- La premisa principal de la política farmacéutica es la de protección del paciente al permitirle contar con un mercado sólidamente abastecido con las mejores alternativas de precio, innovación y calidad, todas ellas seguras y eficaces.
- En cumplimiento del compromiso de mantener a la población con un mercado de medicamentos sólidamente abastecido con mejores alternativas de precio, innovación y calidad, se identificaron las patentes vencidas y registros pendientes entre 2007-2011, con el propósito de incorporar opciones genéricas al mercado.
- Adicionalmente, para garantizar eficacia, seguridad y calidad, los medicamentos genéricos que soliciten un registro sanitario a COFEPRIS deberán cumplir con los criterios de bioequivalencia y biodisponibilidad.
- 20 sustancias activas con patente vencida se consideran prioritarias cuando cumplen con los siguientes requisitos:
 - Que sean equivalentes, seguros, eficaces y de calidad.
 - Que la patente haya expirado para no violar ningún derecho de propiedad, realizando la correspondiente consulta al IMPI.
 - Que su monto de compra pública y privada represente ahorros significativos en las finanzas públicas y personales.

- Actualmente, las sustancias liberadas se utilizan para los siguientes de padecimientos:
 - Diabetes tipo II
 - Colesterol alto
 - Tumores cancerosos
 - Hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca
 - Esquizofrenia
 - Cáncer de próstata
 - Disfunción eréctil
 - Cáncer de ovarios y cáncer de pulmón
 - Problemas respiratorios como el asma
 - Problemas arteriales coronarios, ataques cardíacos o de angina de pecho
 - Anestesia durante procedimientos quirúrgicos
 - Osteoporosis y enfermedades degenerativas del tejido óseo
 - Cáncer de mama
 - Herpes Zóster y herpes simple
 - Alzheimer
- De 2007 a 2012 se liberaron 20 sustancias activas con 157 registros, atendiendo el 59% de la mortalidad en los mexicanos.
 - Se estima que los ahorros acumulados en 4 años debidos a la liberación de esas sustancias fue de 13,027 millones de pesos.

5. REGULACIÓN SANITARIA

PRODUCCIÓN DE NUEVOS PRODUCTOS GENÉRICOS Evolución (2/3)

Sustancias activas liberadas y sus características

| Sustancia activa | Marca del Innovador | Fecha de liberación | Uso terapéutico | Ahorro acumulado en 4 años (millones de pesos) | Número registros |
|--------------------------|----------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| Atorvastatina | Lipitor | 05-oct | Disminuir niveles de colesterol en sangre y en la prevención de enfermedades cardiovasculares. | \$1,655 | 6 |
| Gemcitabina | Gemzar | 05-oct | Tratamiento de cáncer de páncreas | \$249 | 12 |
| Pioglitazona | Zactos | 05-oct | Tratamiento de diabetes mellitus | \$760 | 12 |
| Bicalutamida | Casodex | 16-nov | Tratamiento de cáncer de próstata | \$157 | 3 |
| Olanzapina | Zyprexa | 16-nov | Tratamiento de la esquizofrenia | \$1,091 | 9 |
| Sildenafil | Viagra | 16-nov | Tratamiento para la disfunción eréctil | \$1,512 | 20 |
| Valsartán | Diovan | 16-nov | Tratamiento para presión arterial alta y la insuficiencia cardiaca congestiva | \$628 | 3 |
| Docetaxel | Taxotere | 13-dic | Tratamiento de diversos tipos de cáncer | \$570 | 13 |
| Montelukast | Singulair | 13-dic | Tratamiento para enfermedades respiratorias como el asma | \$1,479 | 31 |
| Clopidogrel | Iscover, Plavix | 13-dic | Antiplaquetario para evitar coágulos o trombos | \$1,692 | 17 |
| Cisatracurio | Nimbex | 13-dic | Anestésico | \$301 | 2 |
| Ácido Zoledrónico | Zometa | 16-feb | Tratamiento de la osteoporosis y la enfermedad ósea de Piaget | \$200 | 3 |
| Anastrozol | Arimidex | 16-feb | Tratamiento para el cáncer de mama. | \$202 | 6 |
| Valaciclovir | Rapivir | 16-feb | Tratamiento del Herpes Zoster y Herpes Simple | \$95 | 2 |
| Quetiapina | Seroquel | mayo | Tratamiento de la esquizofrenia y trastorno bipolar | \$89 | 3 |
| Losartán | Cozaar | mayo | Antihipertensivo | \$840 | 2 |
| Donepezilo | Donepezil | mayo | Tratamiento del Alzheimer | \$171 | 2 |
| Cefepima | Maxipime | 30-jul | Tratamiento para infecciones respiratorias | \$139 | 2 |
| Escitalopram | Lexapro | 30-jul | Tratamiento para la depresión y ansiedad | \$618 | 5 |
| Micofenolato de Mofetilo | Cellcept | 30-jul | Tratamiento para trasplantes de órganos | \$579 | 4 |
| Total | 20 sustancias | 6 Paquetes | | \$13,027 | 157 |

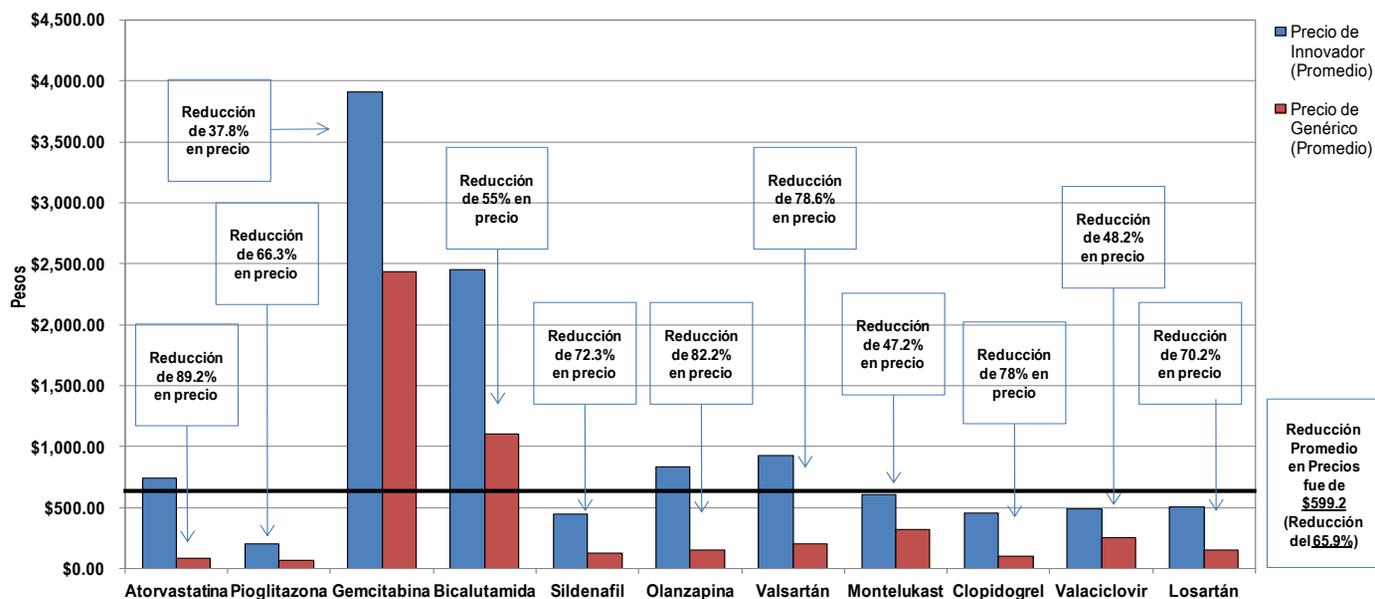
Fuente: Cofepris

5. REGULACIÓN SANITARIA

PRODUCCIÓN DE NUEVOS PRODUCTOS GENÉRICOS Evolución (3/3)

- Del seguimiento de mercado a las sustancias activas liberadas ya circulando, se encontró que la reducción promedio en precios de los genéricos fue de 66%, lo que representa \$600 pesos de ahorro (promedio) al particular.

Seguimiento de mercado a las sustancias activas liberadas



Fuente: Cofepris.

- Analizando las licitaciones públicas del IMSS referentes a las sustancias activas ya liberadas, se encontró que la reducción promedio en los precios de los medicamentos fue de \$428, lo que significó una disminución promedio del 67.8%.
- Con los ahorros derivados de la estrategia de liberación de genéricos de las 20 sustancias se podrán atender a más de 750 mil pacientes adicionales en 4 años.
- El costo promedio por tratamiento de los grupos terapéuticos relacionados con las 20 sustancias liberadas se estima en aproximadamente 54 mil pesos anuales.

- La estrategia de liberación está compuesta de varias etapas:
 - I. El 1er. paquete de **30** registros liberado el 5 de octubre, 2011.
 - II. El 2do. paquete de **35** registros liberado el 16 de noviembre, 2011.
 - III. El 3er. paquete de **63** registros liberados el 13 de diciembre, 2011.
 - IV. El 4to. paquete de **11** registros liberados el 16 de febrero, 2012.
 - V. El 5to. paquete de **7** registros liberados en mayo, 2012.
 - VI. El 6º. Paquete de 11 registros liberados en el 30 de julio, 2012.

- A partir de un análisis de las patentes vencidas en el periodo de 2007 a 2011, se identificaron 63 sustancias activas que ya no se encuentran protegidas por patente y tampoco cuentan con una extensión de vigencia, 30 de éstas, ya cuentan con solicitudes de registro.

- Como resultado de la vigilancia sanitaria se ha determinado que la exposición a riesgos sanitarios en establecimientos de atención médica se debe por falta de mantenimiento preventivo y/o correctivo de instrumental, equipo e infraestructura, incumplimiento de programas de desinfección de las áreas, la mala praxis médica, mal manejo de RPBI's y ausencia de referencia y contrarreferencia en los servicios de admisión y urgencias.

- La vigilancia sanitaria en los servicios de atención médica la realizan las entidades federativas.

- Se debe continuar con los paquetes de liberaciones de sustancias activas para el ingreso de medicamentos genéricos al mercado y así continuar con ahorros que se traduzcan en la atención a un mayor número de pacientes.
- Lo anterior debe ir de la mano de monitoreo y regulación de las sustancias liberadas.

- El clenbuterol es un agente agonista que tiene la capacidad de disminuir la tasa de reducción protéica en la célula muscular, provocando así un mayor desarrollo de la misma. Éste es comúnmente utilizado en la alimentación de animales para aumentar su masa muscular y disminuir el tejido graso.
- Es un fármaco comúnmente empleado en enfermedades respiratorias como descongestionante y broncodilatador.
- El clenbuterol es una sustancia prohibida en diversos países debido a los posibles efectos negativos sobre la salud como problemas cardíacos. Diversos organismos deportivos la consideran una sustancia dopante. Sin embargo, en otros países su uso es permitido para tratar el asma y problemas respiratorios.

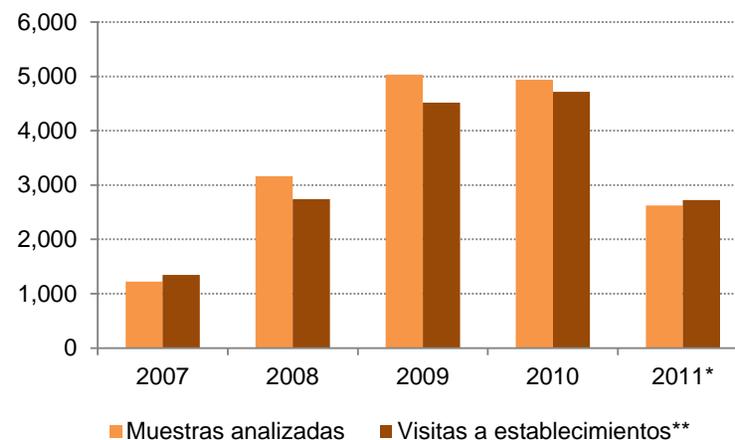
5. REGULACIÓN SANITARIA

CONTROL DE CLEMBUTEROL Evolución y líneas de acción (1/2)

De acuerdo al Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, la tendencia de presentación de los casos ha tenido un importante descenso, pasando de 445 casos en 2006 a 89 en 2010.

- De 2007 a octubre de 2011, el número de visitas a establecimientos (rastros, mataderos y puntos de venta) para identificar posible carne contaminada de clenbuterol se ha incrementado 102% al pasar de 1,348 a 2,726 (Sistema Federal Sanitario).
- Entre junio de 2011 y agosto de 2012 se realizaron 110 operativos, visitando 101 rastros y suspendiendo 34. Anteriormente, no se había cerrado ningún rastro.
- En 2011, la COFEPRIS comenzó a suspender por primera vez los rastros que representaban riesgo a la salud pública por el uso ilícito de Clenbuterol o prácticas inadecuadas de higiene.

Muestras analizadas y visitas de verificación realizadas para la detección de clenbuterol, 2007-2011



Fuente: COFEPRIS

5. REGULACIÓN SANITARIA

CONTROL DE CLEMBUTEROL Evolución y líneas de acción (2/2)

- Del total de muestras analizadas durante 2011, 5.8% fueron positivas a clenbuterol, cifra inferior a la reportada en 2007 (18.2%). Esto es resultado del incremento de la vigilancia sanitaria que se ha realizado en los últimos años por el Sistema Federal Sanitario.

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011* |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Muestras analizadas | 1,220 | 3,163 | 5,035 | 4,939 | 2,626 |
| Muestras positivas a clenbuterol | 222 | 135 | 245 | 302 | 152 |
| Muestras positivas a clenbuterol (%) | 18.2 | 4.3 | 4.9 | 6.1 | 5.8 |
| Visitas a establecimientos** | 1,348 | 2,742 | 4,519 | 4,716 | 2,726 |
| Aseguramientos (kg) | 1,466 | 2,273 | 7,021 | 9,207 | 1,930 |
| Destrucciones (kg) | 1,190 | 1,947 | 1,962 | 4,114 | 1,300 |
| Número de entidades que reportaron | 9 | 27 | 27 | 29 | 24 |

*Acciones de control sanitario reportadas por las Autoridades Sanitarias Estatales hasta septiembre de 2011

** Incluye rastros, mataderos y puntos de venta

Nota: Los datos reportados por las Autoridades Sanitarias Estatales son obtenidos de la toma de muestra en músculo e hígado del ganado.

- COFEPRIS ha analizado 947 muestras de orina y/o sangre del ganado introducido por 396 productores, de las cuales, 128 (13.5%) han resultado positivas a clenbuterol.
- Para interrumpir el proceso de comercialización de carne contaminada, se han aplicado medidas de seguridad correspondientes a la suspensión de actividades de 9 rastros y la destrucción de la carne contaminada.
- Para garantizar las prácticas de higiene y sanidad en los procesos llevados a cabo en los rastros, de los 43 verificados, 4 han sido suspendidos por no contar con las condiciones higiénicas y sanitarias previstas en la legislación.

- Será importante continuar fortaleciendo las acciones de supervisión para garantizar que se cumpla con los procesos de higiene y sanidad.
- Se deberá contar con los recursos humanos y financieros para llevar a cabo medidas de prevención y control.
- Las campañas de información tanto a consumidores como productores son prioritarias.

- El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer en el ámbito mundial.
- En México se observa una tendencia ascendente, al grado que en 2006 desplazó al cáncer cérvico-uterino como principal causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres de 25 años y más.
- Para las mujeres que lo padecen y sus familias, así como para los servicios de salud tiene un impacto significativo dado el costo emocional, social y económico elevado que implica su atención, ya que a menudo se detecta en estados avanzados.
- El tamizaje por mastografía ha demostrado ser una intervención efectiva para disminuir la mortalidad por cáncer de mama. Actualmente los recursos humanos y materiales en salud requeridos para el tamizaje de éste cáncer no son acordes a las necesidades en nuestro país.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

CÁNCER DE MAMA Evolución (1/1)

- En 2011 se registraron 15,620 casos de cáncer de mama. Esto representa un incremento de 2.4 veces con respecto al número de casos en 2006 (4,646) y 7.3 veces respecto a 2000 (1,874).
- La principal causa de muerte por neoplasias malignas en mujeres mayores de 25 años de edad es el cáncer de mama.
- Se estimó un incremento del 13% en la mortalidad por cáncer de mama al pasar de 16.2 en 2004 a 16.7 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años o más en 2010, y un incremento de 14% respecto a la tasa de mortalidad registrada en el año 2000 (14.6).
- La edad promedio al morir es de 58.4 años.
- 59% de las defunciones corresponden a mujeres con Seguridad Social.
- Los estados con mayor mortalidad por cáncer de mama: Sonora, D.F., Colima, Nuevo León, Baja California y Jalisco.
- En 2011 se realizaron poco más de 1.3 millones de mastografías a mujeres de 50 a 69 años en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, lo cual equivale a una cobertura del 16.9%. La meta en 2012 es lograr una cobertura del 21.6%; al mes de junio de 2012 se ha logrado el 13.4%, valor 1.7 puntos porcentuales por arriba de lo encontrado en el mismo periodo en 2011.

Cobertura de detección sectorial de cáncer de mama con mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad, 2010-2012 (Variación porcentual acumulada)

| Concepto | Datos anuales | | | Enero-Agosto | | |
|-------------------------|---------------|-----------|-----------|--------------|-----------|-------------------|
| | Observado | | Meta 2012 | 2011 | 2012 | Variación % anual |
| | 2010 | 2011 | | | | |
| Mastografías realizadas | 1,270,615 | 1,318,330 | 1,757,881 | 878,887 | 1,087,641 | 23.8% |
| Cobertura | 17.4% | 16.9% | 21.6% | 11.7% | 13.4% | 14.5% |

Fuente: SS/SICAM-PROMAMA consulta al 18 de junio de 2012 e informes institucionales

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

CÁNCER DE MAMA

Líneas de acción (1/2)

- Para atender y brindar una respuesta adecuada a la situación actual del cáncer de mama se establecieron tres niveles de prevención: 1) universales: dirigidas al total de la población; 2) focalizadas o selectivas: específicas para un grupo poblacional, en este caso mujeres según el grupo de edad, y 3) dirigidas o indicadas: para mujeres con factores de alto riesgo o mujeres con resultado anormal a la detección o con sospecha clínica.
- Se cuenta con el Programa de Acción Específico de Cáncer de Mama que se enfoca en el desarrollo de la infraestructura, formación y capacitación continua del personal, en la elaboración de protocolos homogéneos para el diagnóstico y el tratamiento.
- Se diseñaron e implementaron las estrategias UNEMES de detección y diagnóstico de cáncer de mama y la de unidades itinerantes de mastografía. Se desarrollaron proyectos de telemastografía: dos regionales y 11 estatales. Se actualizó y difundió la NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
- El cáncer de mama se incluyó en el FPGC del SPSS en el 2007 y el tratamiento con trastuzumab a partir del 2008. Con el Fondo desde el 2007 a mayo 2012 se han financiado más de 30 mil casos de cáncer de mama por un costo de 4.5 millones de pesos.
- El financiamiento del cáncer de mama representa el 55% de recursos destinado por el FPGC para la atención de los cánceres.
- A nivel nacional se cuenta con 136 prestadores de servicios acreditados para la atención de diferentes tipos de cáncer: 43 para la atención del cáncer de mama.

- Dentro de las acciones realizadas para el fortalecimiento y ampliación de la capacidad instalada para la detección y diagnóstico de cáncer de mama, destacan:
 - Implementación de los modelos de unidades móviles de mastografía y adquisición de 31 unidades de este tipo con recurso federal y, UNEME-DEDICAM, así como la construcción de once unidades distribuidas en diez estados.
 - Reorganización de los servicios favoreciendo la implementación de servicios exclusivos en mastógrafos en unidades de primer y segundo nivel, alcanzando un total de 547 mastógrafos para detección y diagnóstico.
 - Entre 2011 y 2012 se inició la operación de cuatro Unidades de Especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama (UNEME-DEDICAM). Se continúa con la construcción de nueve más en los Estados de Chihuahua, México, Michoacán, Quintana Roo (Chetumal), Hidalgo, Durango, San Luis Potosí, Tlaxcala y Tamaulipas.
 - Se consolidó la operación del Centro Regional de Lectura de Mastografías en Hermosillo, Sonora, el cual recibe estudios de mastografía por una red de fibra óptica, de cuatro hospitales remotos y está en proceso la conexión a hospitales con mastógrafo de Sinaloa.
- De 2006 a 2011:
 - Se incrementó el número de mastógrafos de 424 mastógrafos en el SNS a 547 y de 125 en la SSA a 244.
 - Aumentaron las mastografías en mujeres sintomáticas de 30% a 93%.
 - Se realizaron 118 mastografías diarias en lugar de 4.
 - Se pasó de una unidad móvil adquirida con recursos federales a 27.
- El presupuesto asignado para el cáncer de mama, de 2006 a 2011, aumentó 194.3% al pasar de 255.5 a 752 millones de pesos.
- En particular, los resultados de impacto del Seguro Popular en este indicador muestran que el porcentaje de sobrevida reportado en mujeres es de 80% a 30 meses de seguimiento. Asimismo, la adherencia al tratamiento incrementó de 79% a 98%.

- Aplicación y seguimiento de la normatividad vigente debe ser base para la mejora continua y el desempeño de los programas.
- Incrementar la capacidad instalada y la productividad de los equipos, ya que actualmente es insuficiente para cubrir a la población a niveles óptimos para la reducción de la mortalidad. Asimismo, es prioritario el desarrollo del personal para lectura de mastografías y la creación de plazas para su contratación, ya que anualmente crece la demanda, la infraestructura y las metas, pero no se amplía la plantilla de personal.

- El cáncer cérvico-uterino sigue siendo un problema importante de salud pública. De acuerdo con datos de la OMS, constituye el segundo cáncer en frecuencia en las mujeres de América Latina y el Caribe.
- El cáncer de cuello uterino es la causa de muerte de 33,000 mujeres en América Latina y el Caribe. Aunque esta enfermedad puede evitarse, aún no se ha logrado disminuir su carga.
- El cáncer cervical tiene un impacto desproporcionado en los países más pobres y en ciertos grupos poblacionales, con tasas de mortalidad siete veces más altas en América del Sur y Centroamérica que en América del Norte.
- Esta enfermedad es altamente prevenible a través de intervenciones costo-efectivas ya probadas que incluyen la vacuna contra el VPH, el tamizaje y el tratamiento temprano para cáncer.
- En México, el cáncer cérvico-uterino es la segunda causa de mortalidad por neoplasias malignas en la mujer. Es considerado un problema que se presenta principalmente en la población con un nivel socioeconómico bajo y que frecuentemente se encuentra en estados avanzados al momento del diagnóstico.

- En 2011 se registraron 7,024 casos de cáncer cérvico-uterino, lo cual representa un incremento del 37% en el número de casos registrados respecto a 2006 (5,116), 1.2 veces más que los casos registrados en 2000 (3,171). Se ha observado un incremento en la cobertura de detección en mujeres de 25 a 64 años de edad. En 2011 se tuvo una cobertura de 79.8%, cifra cerca de 5 puntos porcentuales a la observada en 2010. En lo que va de 2012, se ha tenido una cobertura del 75% (5.4 puntos porcentuales por arriba de la cobertura del mismo periodo en 2011).
- La tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino por cada 100 mil mujeres de 25 años o más, ha disminuido en los últimos años. Paso de 15.0 en 2006 a 13.1 en 2010 disminuyendo 13%, de 2000 a 2010 disminuyó en 33%, al pasar de 19.6 a 13.1. De enero a junio de 2012 se ha tenido una tasa de 8.8 por cada 100 mil mujeres. En 2010 los estados con mayor tasa de mortalidad por cada 100 mil mujeres de 25 años o más fueron Oaxaca, Chiapas, Colima, Morelos, Nayarit, Guerrero, Yucatán y Veracruz. En lo que va del año se han aplicado 70,438 vacunas contra el VPH, esto significa un incremento del 17% en el número de vacunas aplicadas en el mismo periodo en 2011.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Evolución (2/2)

Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino* en mujeres de 25 a 64 años de edad, 2007-2012

| Concepto | Periodos | | | Datos anuales | | | Enero-Junio | | |
|---------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------|--------|-----------|-------------|--------|----------------------|
| | 1º de enero 1995 a 31 de diciembre de 2000 | 1º de enero 2001 a 31 de diciembre de 2006 | 1º de enero 2007 a 31 de agosto de 2008 | Observado | | Meta 2012 | 2011 | 2012 | Variación % anual |
| | | | | 2010 | 2011 | | | | |
| Cobertura de detección | 26.7%** | 66% | 67.7% | 75% | 79.8% | 85% | 69.6% | 75% | 7.7% |
| Mortalidad | 19.23 | 15.0 | 14.4 | 13.8 | 13.3 | 10.9 | 8.9 | 8.8 | -1.1% |
| Vacunas contra VPH | 0 | 0 | 74,359 | 119,007 | 90,263 | 90,950 | 60,175 | 70,438 | 17% |

Fuente: SSA/SICAM-PROCACU, consulta al 18 de junio de 2012

* Cifras de la Secretaría de Salud

** Cifras estimadas, según informes anuales.

- Se implementó la vacunación contra VPH, iniciando en los 125 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), para posteriormente conseguir la universalización en niñas de 9 años de edad en 2011, en colaboración con el CENSIA.
- Se implementó la prueba de detección de VPH con la técnica de biología molecular para la captura de híbridos (Ch2 VPH), para lo cual se instalaron 13 laboratorios de biología molecular en Campeche, Guerrero, Michoacán, Puebla, Veracruz, Distrito Federal, Guanajuato, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Oaxaca y Sinaloa. Se capacitó al personal operativo para procesar hasta 1,885,000 muestras anuales de la prueba del VPH.
- El presupuesto destinado al cáncer cérvico-uterino pasó de 324.7 millones de pesos en 2009 a 569 millones en 2011, esto es, un incremento de 75.2%.
- A través del programa de detección en la SS se identifican al año: 1,190 casos de cáncer.
- En el periodo de septiembre de 2010 al 31 de agosto de 2011 se tamizaron con la prueba de papiloma virus a 1,435,500 mujeres de 25 a 64 años de edad, de las cuales el 9% fueron casos positivos.
- Se capacitaron 1,085 profesionales de la salud mediante educación continua, entre el periodo de septiembre de 2010 y agosto de 2011, en la operación y gerencia del programa.
- Se incrementó el grado de cobertura, garantizando la protección financiera de los hogares, de los cánceres, a través del FPGC del SPSS.
- El tratamiento se encuentra financiado desde el 2004 a través del FPGC.
- En 2011, se pagaron con el FPGC 3,354 casos por un monto de 39.2 millones de pesos, desde el 2004 a mayo del 2012 se han financiado la atención de 27,493 casos de cáncer cérvico uterino por un monto de 934.7 millones de pesos.
- En 2012:
 - Se han realizado 885,716 citologías en el grupo de 25 a 64 años de edad, que sumados a los estudios realizados de 2007 a 2011, acumulan un total de 12,032,062 estudios.
 - Se han realizado 746,283 detecciones con la prueba del VPH en el grupo de 25 a 64 años de edad, que sumados a los estudios realizados de 2007 a 2011, acumulan un total de 2,894,328 detecciones.

- Es indispensable asegurar que las mujeres detectadas con infección por VPH o alteraciones citológicas continúen con el proceso de atención hasta obtener el diagnóstico y tratamiento.
- Se deben concentrar los esfuerzos en la prestación de servicios preventivos y la creación de esquemas de incentivos y corresponsabilidad por parte de la población, que entendiendo la dinámica multidimensional del tema, permitan maximizar la detección temprana.
- Desarrollar un Registro de Casos de Cáncer, que permita tener información epidemiológica de calidad para la toma de decisiones en el programa.
- Se debe garantizar la sustentabilidad financiera, cobertura y capacidad de atención de este padecimiento desde la prevención, detección, tratamiento y seguimiento.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

CÁNCER EN NIÑOS Antecedentes (1/1)

- Cada año más de 160,000 menores de 20 años son diagnosticados con cáncer en países desarrollados. 3 de cada 4 niños sobreviven al menos 5 años después de iniciar su tratamiento, a diferencia de los países en vías de desarrollo en los cuales más de la mitad (60%) mueren.
- Antes del Seguro Popular, del 65% al 90% de las familias mexicanas sin seguridad social con casos de cáncer en niños y adolescentes, no contaban con recursos económicos suficientes para su atención por lo que se enfrentaban a gastos catastróficos o al abandono del tratamiento.
- De acuerdo a la información de las Unidades Médicas Acreditadas en México, se observa que los cánceres más frecuentes son las Leucemia, seguida por los Linfomas, Tumores del Sistema Nervioso Central (SNC), y los Sarcomas de Partes Blandas.
- Dentro de las Leucemias el diagnóstico más frecuente es la Leucemia Linfoblástica Aguda, le sigue la Leucemia Mieloide Aguda, y la Leucemia Granulocítica; de los Linfomas, el más frecuente es el Linfoma Hodgkin, en segundo lugar el Linfoma No Hodgkin; respecto a los Tumores de SNC el más frecuente es el Astrocitoma, el Meduloblastoma, el Glioma, el Ependimoma, y el Tumor Neuroectodérmico Primitivo; de los Sarcomas de partes blandas el más frecuente es el Rabdomiosarcoma.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

CÁNCER EN NIÑOS Evolución (1/2)

- En México cada año, entre 2008 y 2010, se diagnostican entre 5 mil y 6 mil casos nuevos de cáncer en los niños y adolescentes.
- De 2008 a 2010, la tasa de incidencia de cáncer en esta población se ha estimado en 8.9 casos nuevos por 100 mil menores de 18 años.
- De 2005 a 2010, en cuanto a la distribución por edad, la mayor concentración de los casos inscritos se ubica en el grupo de 10 a 14 años (53.4%), seguido del grupo de 5 a 9 años (30.7%).
- Un mayor porcentaje de niños que de niñas padece cáncer (2005-2010).

Casos de cáncer en menores de 18 años financiados por el FPGC, 2006-2011

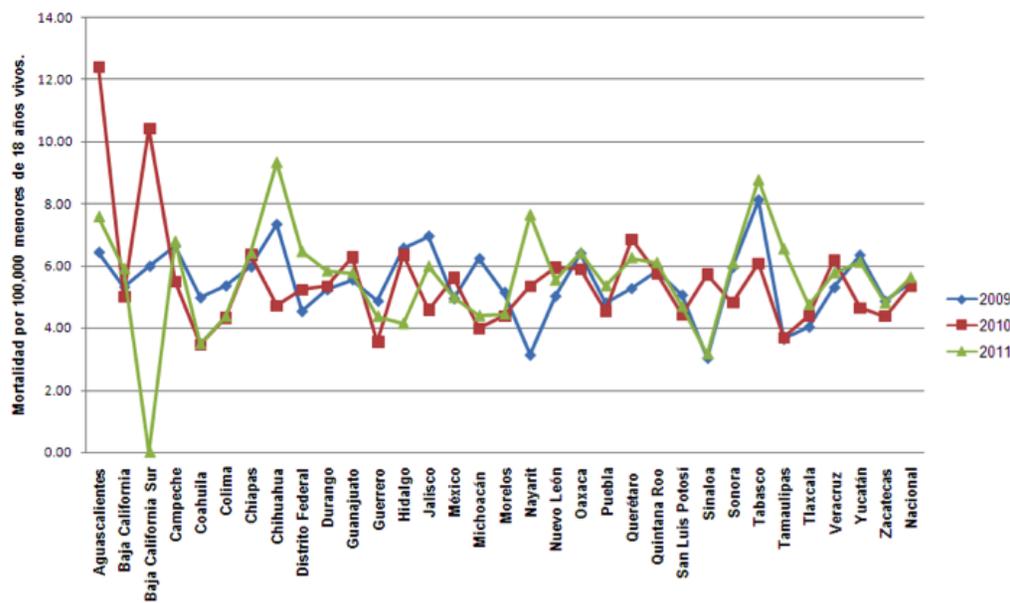
| | 2006 | | 2011 | | Total 2006-2011 | |
|----------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|--------------|
| | Casos | Monto | Casos | Monto | Casos | Monto |
| Trasplante de Médula Ósea | 40 | 18.9 | 55 | 31.5 | 248 | 180 |
| Cáncer en Niños | 1,438 | 270 | 4,559 | 330 | 15,540 | 2,245 |
| Total | 1,478 | 288.9 | 4,614 | 361.5 | 15,788 | 2,425 |
| Montos en millones de pesos Fuente: CNPSS | | | | | | |

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

CÁNCER EN NIÑOS Evolución (2/2)

- En el periodo de 2005 a 2009, la mayor incidencia relativa por millón de habitantes se encuentra en Baja California Sur (147), seguida por Colima (93), Durango (88) Sonora (87), Sinaloa (82) y Tamaulipas (59). Por su parte, las de menor incidencia fueron: Coahuila (5.0), Hidalgo (6.2) y Nuevo León (6.6).
- De acuerdo con el tipo histológico del tumor, los primeros tres lugares los ocupan: leucemias (30%), linfomas y neoplasias reticuloendoteliales (17.1%) y tumores del sistema nervioso central (11.9%). Cabe destacar que existe un 35.5% de tumores que aparecen en el sistema sin dato alguno.
- En 2011, todos los tipos de cáncer en su conjunto, constituyeron la primera causa de muerte en niños de 5 a 14 años y la segunda causa de muerte en los menores de 1 a 4 años. La tasa de mortalidad por esta causa en este grupo de edad en 2011 fue de 5.63 defunciones por 100 mil menores de 18 años. La supervivencia global a dos años para todos los tipos de cáncer a nivel nacional oscila entre 60% y 70%.

Mortalidad por cáncer en menores de 18 años por entidad federativa, 2009-2011



Fuente: CENSA, SS.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

CÁNCER EN NIÑOS Líneas de acción (1/1)

- Actualmente existen en el país 55 Unidades Médicas en 31 entidades federativas, pertenecientes a la Secretaría de Salud, acreditadas para la atención de los niños, niñas y adolescentes con cáncer.
- A través del Seguro Popular, se logró garantizar la cobertura de los tratamientos de cáncer para menores de 18 años en todo el país, incluyendo el trasplante de médula ósea con recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del SPSS.
- Con el Seguro Popular el abandono del tratamiento del cáncer de niños disminuyó del 30% al 5% y la tasa de supervivencia en niños con cáncer se ha incrementado, actualmente 7 de cada 10 niños sobreviven a la enfermedad a 30 meses de seguimiento.
- De 2007 a 2011 se han financiado 12,283 casos de cánceres infantiles por un monto de 2,122 millones de pesos. El FPGC atiende también Linfoma No Hodking para mayores de 18 años, que no cuentan con seguridad social en salud.
- De 2007 a 2010, el FPGC, ha invertido poco más de 1,641 millones en el diagnóstico y tratamiento de 8,094 casos nuevos de cáncer diagnosticados en ese periodo.
- Dado que el Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia no cuenta con una partida presupuestaria propia para llevar a cabo las actividades de capacitación, supervisión y difusión, en 2010 el CeNSIA transfirió 27.5 millones de pesos a 31 entidades federativas, para el fortalecimiento del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, y en 2012, el CeNSIA transferirá 12 millones 438 mil 588 pesos a las 32 entidades federativas. En 2011, las entidades federativas asignaron a través del Anexo IV y del Ramo 33, 25 millones 074 mil 986 pesos. Se ha estimado que el costo de estas actividades a nivel nacional para poder cumplir con las metas y objetivos establecidos en el Plan Anual de Trabajo es de 90 millones de pesos.

- Identificar y dar seguimiento estrecho a los pacientes con alto riesgo de abandonar el tratamiento, mediante acciones conjuntas entre la Unidad Médica tratante, los Servicios Estatales de Salud y la Sociedad Civil.
- Garantizar la operación permanente de los Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, como los órganos consultivos que coordinen las acciones entre los diferentes actores que participan en la atención de los menores de 18 años con cáncer, y que den solución a las problemáticas existentes en cada entidad federativa y en cada UMA en materia de cáncer en este grupo de edad.

- La pandemia del VIH sigue constituyendo uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública. Sin embargo, se ha mantenido estable a nivel mundial, por primera vez en 30 años: las estimaciones del ONUSIDA para el 2010 indicaban una tendencia a la baja en prevalencia y otros indicadores.
- Según el ONUSIDA para finales del año 2010 existían en el mundo cerca de 34 millones (rango de 31.6 millones–35.2 millones) de personas que vivían con VIH,
- Desde 1995 se han evitado cerca de 2.5 millones de muertes en países de ingreso mediano y de ingreso bajo. Lo anterior, debido en gran medida a la ampliación del acceso a tratamiento antirretroviral.
- Para América Latina (incluido México), la prevalencia regional de VIH en población adulta ha permanecido sin cambios entre 2001 y el 2010, siendo cercana al 0.4%.
- Las metas e indicadores relacionados a la meta 6 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para México a 2015 son:
 - Prevalencia menor que el promedio latinoamericano (0.6%): actualmente estamos en 0.24%
 - Cobertura de tratamiento antirretroviral 80% (brindar tratamiento antirretroviral a todos los que tengan indicación médica): actualmente estamos en 85%
 - Mortalidad por SIDA en 3.5/100,000: al cierre 2010 tenemos 4.5/100,000
 - Uso de condón en última relación sexual en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) 70%: actualmente estamos en 73%.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

VIH-SIDA Evolución (1/4)

- El porcentaje de adultos y niños elegibles que recibieron terapia antirretroviral (cobertura de tratamiento antirretroviral) en el país a finales del 2011 fue de 85.1%; la meta comprometida para los Objetivos del Milenio era del 80%.
- El de 87.9% de las personas que reciben tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia.
- Según el Registro nacional de casos SIDA, al 31 de marzo de 2012 existían un total histórico de 155,625 casos diagnosticados de SIDA (82% hombres) y 39,924 casos de VIH (73% hombres).
- A marzo de 2012 se identificaron 999 casos nuevos de VIH y en 2011 se tuvo un total de 4,896. De 2007 a 2011 ha habido un incremento de cerca de 36% en el número de casos a nivel nacional.
- En 2012, el Distrito Federal es la entidad federativa con el mayor número de casos de VIH (304), seguido de Veracruz 162) y Quintana Roo (65). Por su parte, Colima, Guanajuato y Tamaulipas no han reportado ningún caso nuevo.
- De 2007 a 2011, Guerrero, Tlaxcala, Campeche y San Luis Potosí son los estados con mayor incremento porcentual en el número de casos nuevos de VIH, siendo éstos mayores al 200%. Coahuila, Baja California, Baja California Sur y Nuevo León mostraron un descenso en el número de casos nuevos de VIH de 2007 a 2011.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

VIH-SIDA Evolución (2/4)

Casos nuevos de VIH por año de diagnóstico y entidad federativa, 2007-2012

| Entidad federativa | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Cambio % 2007-2011 |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------------|
| Aguascalientes | 18 | 13 | 18 | 25 | 34 | 6 | 88.9 |
| Baja California | 149 | 123 | 141 | 162 | 83 | 39 | -44.3 |
| Baja California Sur | 23 | 16 | 36 | 22 | 19 | 1 | -17.4 |
| Campeche | 21 | 16 | 20 | 52 | 77 | 14 | 266.7 |
| Chiapas | 166 | 220 | 147 | 204 | 245 | 31 | 47.6 |
| Chihuahua | 107 | 132 | 150 | 141 | 119 | 38 | 11.2 |
| Coahuila | 31 | 41 | 20 | 13 | 15 | 1 | -51.6 |
| Colima | 18 | 35 | 24 | 11 | 18 | 0 | 0.0 |
| Distrito Federal | 544 | 555 | 662 | 926 | 1176 | 304 | 116.2 |
| Durango | 29 | 19 | 21 | 28 | 30 | 7 | 3.4 |
| Guanajuato | 64 | 91 | 62 | 147 | 134 | 0 | 109.4 |
| Guerrero | 20 | 45 | 63 | 62 | 99 | 50 | 395.0 |
| Hidalgo | 18 | 29 | 25 | 30 | 56 | 6 | 211.1 |
| Jalisco | 121 | 101 | 132 | 168 | 122 | 23 | 0.8 |
| México | 159 | 194 | 255 | 295 | 250 | 33 | 57.2 |
| Michoacán | 56 | 58 | 49 | 64 | 107 | 23 | 91.1 |
| Morelos | 44 | 42 | 65 | 66 | 56 | 5 | 27.3 |
| Nayarit | 18 | 12 | 10 | 28 | 36 | 11 | 100.0 |
| Nuevo León | 137 | 135 | 112 | 166 | 133 | 14 | -2.9 |
| Oaxaca | 101 | 101 | 141 | 148 | 144 | 17 | 42.6 |
| Puebla | 131 | 134 | 147 | 135 | 187 | 33 | 42.7 |
| Querétaro | 27 | 68 | 50 | 80 | 73 | 20 | 170.4 |
| Quintana Roo | 96 | 129 | 148 | 145 | 152 | 65 | 58.3 |
| San Luis Potosí | 25 | 39 | 33 | 53 | 79 | 9 | 216.0 |
| Sinaloa | 47 | 19 | 21 | 46 | 57 | 9 | 21.3 |
| Sonora | 51 | 57 | 62 | 83 | 88 | 17 | 72.5 |
| Tabasco | 121 | 167 | 126 | 164 | 197 | 14 | 62.8 |
| Tamaulipas | 166 | 211 | 215 | 98 | 185 | 0 | 11.4 |
| Tlaxcala | 8 | 3 | 9 | 17 | 33 | 15 | 312.5 |
| Veracruz | 511 | 559 | 621 | 502 | 646 | 162 | 26.4 |
| Yucatán | 80 | 126 | 148 | 151 | 205 | 27 | 156.3 |
| Zacatecas | 26 | 24 | 14 | 31 | 36 | 5 | 38.5 |
| Extranjero | 6 | 6 | 1 | 3 | 5 | 0 | -16.7 |
| Total | 3,139 | 3,520 | 3,748 | 4,266 | 4,896 | 999 | 56.0 |

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de Marzo del 2012. SS/CENSIDA

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

VIH-SIDA Evolución (3/4)

- Desde 1983 hasta el 31 de marzo del 2012, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 155,625 casos acumulados de SIDA, de los cuales 92,597 corresponden a la Secretaría de Salud, 43,108 al IMSS y 6,848 al ISSSTE; el 82% son hombres y el 18% son mujeres.
- La epidemia de SIDA se concentra en las poblaciones clave: trabajadores sexuales (hombres) con una prevalencia ajustada de 16.6%; hombres que tienen sexo con hombres (17.2%); y usuarios de drogas inyectadas (7.06%).
- Al 9 de diciembre de 2011, la Secretaría de Salud contaba con un registro de 44,195 pacientes con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral, el IMSS con 25,454 casos y el ISSSTE con 4,499 casos activos. Por su parte, en 2011 el FPGC ha financiado 4,898 casos.
- Se estima que el número de pacientes nuevos que se incorporarán a tratamiento por año son: 8,016 para la Secretaría de Salud, 2,532 al IMSS y 419 para el ISSSTE.
- En 2011 se tuvieron 4,840 casos nuevos de SIDA, lo que representa una caída del 37.4% con respecto al 2007. A marzo de 2012 se han registrado 763 casos nuevos de SIDA.
- Todas las entidades federativas, excepto Tabasco, Sonora, Campeche, Tlaxcala y Aguascalientes, presentaron una caída en el número de casos nuevos de SIDA de 2007 a 2011. Aguascalientes fue el estado con el mayor crecimiento en el número de casos nuevos de SIDA (60%)
- El grupo de 25-34 años de edad es el que cuenta con mayor porcentaje de casos de SIDA, seguido del grupo de 35-49 años de edad. En tercer lugar aparecen los jóvenes de 15 a 24 años de edad.
- El 59.5% de los casos de SIDA diagnosticados históricamente (acumulados), se han notificado por la SSA; así como el 68.1% de los casos de VIH.
- La meta de los ODM a 2015 es mantener la prevalencia por debajo de 0.6% que era el promedio Latinoamericano. La tendencia de este indicador muestra que continuaremos por debajo del 0.6%, cumpliendo con el compromiso establecido.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

VIH-SIDA Evolución (4/4)

Casos nuevos de SIDA por año de diagnóstico y por Estado, México, 2007-2012

| Entidad federativa | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Cambio % 2007-2011 |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------------|
| Aguascalientes | 25 | 33 | 30 | 39 | 40 | 1 | 60.0 |
| Baja California | 381 | 277 | 257 | 163 | 99 | 41 | -74.0 |
| Baja California Sur | 58 | 48 | 75 | 49 | 18 | 0 | -69.0 |
| Campeche | 127 | 127 | 127 | 133 | 134 | 20 | 5.5 |
| Chihuahua | 167 | 224 | 226 | 210 | 131 | 18 | -21.6 |
| Chiapas | 555 | 468 | 506 | 452 | 450 | 70 | -18.9 |
| Coahuila | 59 | 43 | 54 | 15 | 20 | 1 | -66.1 |
| Colima | 64 | 36 | 36 | 36 | 36 | 0 | -43.8 |
| Distrito Federal | 676 | 496 | 403 | 562 | 205 | 60 | -69.7 |
| Durango | 56 | 37 | 30 | 37 | 33 | 4 | -41.1 |
| Guerrero | 441 | 388 | 350 | 456 | 300 | 104 | -32.0 |
| Guanajuato | 78 | 69 | 91 | 83 | 55 | 0 | -29.5 |
| Hidalgo | 134 | 104 | 103 | 61 | 84 | 12 | -37.3 |
| Jalisco | 450 | 328 | 274 | 342 | 333 | 21 | -26.0 |
| México | 941 | 1036 | 739 | 652 | 437 | 45 | -53.6 |
| Michoacán | 214 | 202 | 179 | 186 | 197 | 30 | -7.9 |
| Morelos | 144 | 130 | 127 | 122 | 109 | 8 | -24.3 |
| Navarrit | 110 | 105 | 75 | 59 | 59 | 8 | -46.4 |
| Nuevo León | 207 | 181 | 234 | 142 | 174 | 26 | -15.9 |
| Oaxaca | 368 | 404 | 334 | 265 | 239 | 22 | -35.1 |
| Puebla | 307 | 287 | 306 | 180 | 143 | 22 | -53.4 |
| Quintana Roo | 125 | 172 | 180 | 107 | 91 | 12 | -27.2 |
| Querétaro | 91 | 63 | 35 | 28 | 47 | 19 | -48.4 |
| Sinaloa | 209 | 201 | 193 | 145 | 108 | 9 | -48.3 |
| San Luis Potosí | 150 | 98 | 98 | 191 | 90 | 13 | -40.0 |
| Sonora | 183 | 210 | 226 | 178 | 190 | 23 | 3.8 |
| Tabasco | 190 | 222 | 176 | 167 | 192 | 13 | 1.1 |
| Tamaulipas | 226 | 212 | 170 | 125 | 98 | 0 | -56.6 |
| Tlaxcala | 71 | 71 | 75 | 75 | 77 | 18 | 8.5 |
| Veracruz | 690 | 655 | 647 | 560 | 552 | 124 | -20.0 |
| Yucatán | 187 | 157 | 216 | 162 | 66 | 15 | -64.7 |
| Zacatecas | 51 | 53 | 38 | 35 | 27 | 3 | -47.1 |
| Extranjeros | 2 | 6 | 7 | 6 | 6 | 1 | 200.0 |
| Total | 7.737 | 7.143 | 6.617 | 6.023 | 4.840 | 763 | -37.4 |

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de marzo del 2012. SS/CENSIDA.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

VIH-SIDA Líneas de acción (1/2)

- Acceso universal a tratamiento antirretroviral (ARV) y de atención integral, combinados con estrategias preventivas y del combate al estigma, la discriminación y la homofobia.
- Universalización de detección y tratamiento de VIH y Sífilis en mujeres embarazadas: eliminación de la transmisión vertical del VIH y de sífilis congénita.
- Se ha asegurado el abasto de medicamentos antirretrovirales a la totalidad del país.
- Trabajo con adolescentes y jóvenes:
 - SSA: Promoción de la salud sexual y reproductiva; prevención VIH/SIDA, servicios amigables.
 - SEP: Educación Sexual integral.
- Reducción de precios unitarios de medicamentos ARV, condones y otros insumos de monitoreo clínico.
- Cobertura de detección y tratamiento: el VIH-SIDA se contempló como padecimiento cubierto por el FPGC del SPSS desde el inicio de la reforma y se materializó su cobertura en 2006, consistiendo en el financiamiento y provisión de tratamiento ambulatorio antirretroviral.
- A través del Centro Nacional para la prevención y el control del VIH-SIDA (CENSIDA) se realizan las siguientes acciones:
 - Monitoreo y vigilancia epidemiológica: registro y seguimiento nacional de los casos de VIH-SIDA.
 - Transmisión de información y medidas de prevención (Telsida).
 - Atención especializada a través de la creación de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (CAPASITS). A agosto de 2011 se contaba con 66 CAPASITS.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

VIH-SIDA Líneas de acción (2/2)

- Fortalecimiento del CONASIDA, instancia de discusión y coordinación de acciones entre el sector salud y la sociedad civil en general a través de sus cuatro comités: monitoreo y evaluación, atención integral, normatividad y derechos humanos, y prevención.
- Desde 1996 no se reporta transmisión transfusional, gracias al fortalecimiento del tamizaje obligatorio de la sangre a transfundir.
- Se tiene acceso al suministro de fórmula láctea para los hijos de mujeres VIH positivas a través del CAUSES.
- De 2006 a 2011, el presupuesto para compra de Antirretrovirales, Pruebas de Carga Viral, Conteo de CD4 y Genotipos, a través del FPGC del Seguro Popular pasó de 843 a 2,053 millones de pesos.
- En la Asamblea General de las Naciones Unidas (8 a 10 de junio de 2011, NY, EU) México y todos los países miembros adoptamos la Declaración Política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

VIH-SIDA Asuntos prioritarios (1/1)

- Lograr mayor uso de servicios preventivos e implementar estrategias innovadoras de incentivos, corresponsabilidad y transmisión de información para disminuir la transmisión de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual entre la población más vulnerable.
- Derivado de las negociaciones en bloque del sector salud de precios de medicamentos antirretrovirales los descuentos en precios logrados con representantes de los laboratorios, de 2009 a 2012 son los siguientes:

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------------------|--------|-------|-------|-------|
| Descuento promedio | 14.88% | 8.06% | 5.35% | 3.65% |

- Financiamiento de proyectos de prevención focalizada.
- Apoyo de CENSIDA/SSA al proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la malaria como socio estratégico y apoyo de las entidades federativas para acciones en CAPASITS.
- Aumentar la cobertura de pruebas de detección de VIH y sífilis en embarazadas: colaboración con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Fortalecimiento y continuidad de campañas de promoción de la salud en medios masivos social: uso del condón y pruebas de detección en embarazadas.
- Realizar campañas de respuesta al estigma, la discriminación, la homofobia y la transfobia.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

DIABETES Antecedentes (1/1)

- La epidemia de la diabetes mellitus (DM) es reconocida por la OMS como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor del 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios.
- Las estimaciones de la OMS revelan que el número de personas que sufren diabetes en América Latina podría llegar a 32.9 millones para el 2030. Las tasas más elevadas de prevalencia de diabetes corresponden a México (14.4%) y Belice (12.4%).
- En América Latina y el Caribe, el costo de la diabetes fue estimado en 65 mil millones de dólares en 2002. La mayoría de los costos se atribuyen a la mortalidad e invalidez prematura que ocasiona la enfermedad.
- La diabetes tipo 1* crece a un ritmo de 3% anual en niños y adolescentes, y de 5% anual entre los niños en edad preescolar. Se calcula que en el mundo, 70 mil niños de menos de 15 años desarrollan diabetes cada año (casi 200 niños al día). Se espera que la incidencia mundial de diabetes tipo 2 en niños aumente en un 50% durante los próximos 15 años. Esta forma de diabetes solía considerarse una enfermedad de adultos.
- La mayoría de los niños con diabetes tipo 2 (alrededor del 85%) sufre sobrepeso u obesidad en el momento del diagnóstico. Se calcula que uno de cada diez niños en el mundo tiene sobrepeso.
- La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y evitar del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición.
- Asimismo, derivado de la diabetes, se presentan otros padecimientos crónicos catastróficos como la enfermedad crónica renal que requieren atención.

* La diabetes tipo I puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. Se produce porque las células beta en el páncreas producen poca o ninguna insulina. La causa exacta de este tipo de diabetes se desconoce, pero la más probable es un trastorno autoinmunitario. La diabetes tipo II, es causada por un problema en la forma como el cuerpo produce o utiliza la insulina. Por lo general, se desarrolla lentamente con el tiempo. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico. El aumento de la grasa le dificulta al cuerpo el uso de la insulina de la manera correcta.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

DIABETES Evolución (1/1)

- Se estima que cada año en México se diagnostican 500 mil nuevos casos de diabetes y que esta enfermedad es responsable de la pérdida de 13% de los años de vida saludable.
- En 2011, el 94.4% de los casos de diabetes fueron de tipo II, el 4.2% de tipo I y el 1.3% originado en el embarazo.
- En 2011 se tuvo una tasa de incidencia de 17.6 casos por cada 100 mil habitantes de diabetes tipo I (19,222 casos), de 391.1 de diabetes tipo II (427,125 casos) y de 6.0 casos de diabetes originada con el embarazo (6,022 casos).
- En 2010 la tasa de mortalidad por diabetes mellitus fue de 76.5 por cada 100 mil habitantes 17% superior a lo observado en 2006 (65.2) y 62% respecto al año 2000 (47.3%).

Casos y tasa de incidencia de diabetes por tipo, 2000 y 2011

| Enfermedad | 2000 | | | 2011 | | |
|-----------------------------------------------------|----------------|---------------------|--------------|----------------|---------------------|--------------|
| | Casos | Tasa de incidencia* | % | Casos | Tasa de incidencia* | % |
| Diabetes mellitus insulino dependiente (Tipo I) | 3,955 | 4.0 | 1.4 | 19,222 | 17.6 | 4.2 |
| Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II) | 287,180 | 288.4 | 98.6 | 427,125 | 391.1 | 94.4 |
| Diabetes mellitus que se origina con el embarazo | n.d. | n.d. | n.d. | 6,022 | 6.0 | 1.3 |
| Total | 291,135 | 292.4 | 100.0 | 452,369 | 454.3 | 100.0 |

* Incidencia x 100,000 habitantes. Fuente: SINAVE

- De acuerdo a la ENSANUT 2006, la prevalencia de diabetes con diagnóstico previo fue de 7.34% y para nuevos casos de 7.07%. La prevalencia acumulada de ambas categorías fue 14.42%, representando 7.31 millones de casos a nivel nacional.
- En México, la diabetes es la primera causa de ceguera, amputaciones de miembros inferiores no traumáticas así como de la insuficiencia renal crónica.
- En 2011 se realizaron 9,997,146 detecciones de diabetes mellitus y en el Sistema de Información en Salud se registraron 264,339 casos en control de diabetes.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

DIABETES Líneas de acción (1/1)

- Desde la década de los 90 México cuenta con planes de prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas, sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus que se han reforzado en el periodo 2007-2012.
- México ha desarrollado e implementando un modelo de atención integral para personas con diabetes, obesidad y riesgo cardiovascular, brindándoles un manejo interdisciplinario (medicina, enfermería, nutrición y psicología), basado en la evidencia científica y las mejores prácticas clínicas.
- Se actualizaron y publicaron las Normas Oficiales Mexicanas para la prevención, tratamiento y control de diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias.
- Implementación y puesta en marcha de unidades de especialidades médicas para enfermedades no transmisibles (UNEMEsEC). Actualmente se encuentran funcionando 89 unidades en 29 entidades federativas.
- Se realizaron diversas acciones enfocadas a la prevención, entre las que destacan 8,843 talleres de educación para el cuidado de enfermedades crónicas, nutrición, actividad física y psicología, talleres regionales de capacitación del personal, “Recorridos por tu Salud”.
- Se ha consolidado la Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua de enfermedades crónicas.
- La insuficiencia renal crónica es una consecuencia de la diabetes. En este sentido, se realizaron acciones a través del Programa Institucional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células del IMSS, gracias al cual se realizaron el 57.3% de los trasplantes de riñón realizados en el país.
- Del 2006 al 2011 se han realizado 15,624 trasplantes de Riñón (Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes).
- Actualmente, se está retomando el proyecto iniciado en el año 2009, a fin de determinar la factibilidad de la incorporar la Insuficiencia Renal Crónica Terminal o al menos la cobertura del Trasplante de Riñón en el FPGC.

- Dada la transición demográfica y la prevalencia de fenómenos como la obesidad, se espera un incremento significativo en la prevalencia de este padecimiento. Por lo tanto, es importante incluir el tema de la obesidad en el desarrollo de iniciativas nacionales y de promoción de la salud y comunicación social.
- El sistema de salud deberá contar con la sustentabilidad financiera y la capacidad de atención requerida para garantizar la atención.
- Permanece como reto la cobertura efectiva de padecimientos derivados o asociados con esta enfermedad que aún no se incluyen en los paquetes de servicios.
- En términos de estrategias puntuales de atención, destacan:
 - La construcción y funcionamiento de Unidades Médicas de Especialidades para Enfermedades Crónicas.
 - La atención preventiva efectiva a través de las unidades de primer contacto.
 - La consolidación del Consejo Nacional de Enfermedades Crónicas (CONACRO) como base para impulsar políticas y programas de mayor impacto.

6.ENFERMEDADES CRÓNICAS

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Antecedentes (1/1)

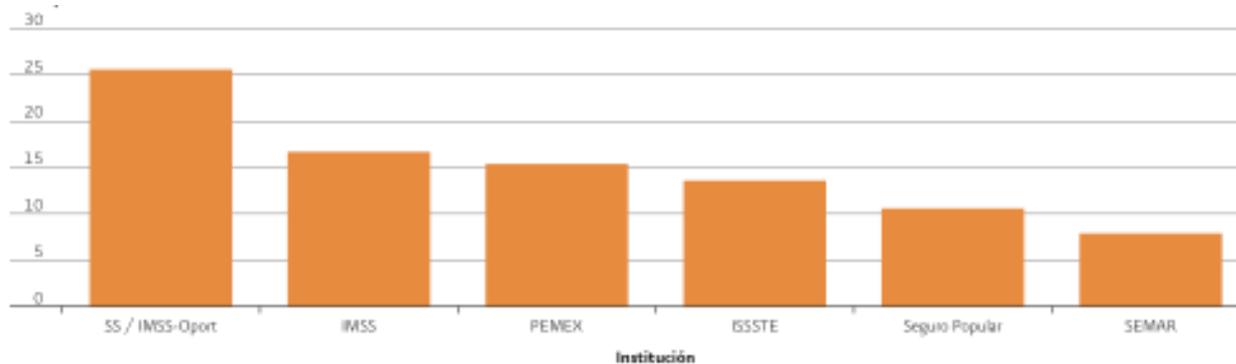
- Los cambios demográficos se han acompañado de profundos efectos en el perfil epidemiológico; las enfermedades infecciosas han disminuido y las enfermedades crónicas han aumentado, al grado de constituirse como las principales causas de muerte.
- La OMS indica que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la causa número uno de muertes a nivel mundial. En 2008, 17.3 millones de personas murieron a causa de enfermedades cardiovasculares, representando el 30% de las muertes a nivel global. El 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares ocurren en países de ingresos medios y bajos y afectan casi en la misma proporción a hombres y mujeres.
- De acuerdo a las estimaciones de la OMS, para 2030 cerca de 23.6 millones de personas morirán de enfermedades cardiovasculares en el mundo, principalmente de enfermedades del corazón y derrame cerebral, lo cual la mantendrá como la principal causa de muerte.
- Los factores de riesgo más importantes son de comportamiento: dietas poco sanas, inactividad física, el tabaquismo y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y sodio. Aunque también existen determinantes como: pobreza, estrés y factores hereditarios.
- En América Latina y el Caribe las enfermedades cardiovasculares representan una tercera parte de todas las defunciones asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles.
- Una de las enfermedades cardiovasculares con mayor prevalencia es la enfermedad isquémica del corazón. En México, la tendencia ascendente tanto de la incidencia como de la mortalidad provocada por la enfermedad isquémica del corazón fue determinante para establecer en el PROSESA 2007-2012 una meta estratégica vinculada con estos padecimientos. El propósito es que en 2012 se disminuya en 15% la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón entre la población menor de 65 años respecto de la mortalidad registrada en 2006; es decir, pasar de una mortalidad de 13.6 defunciones por 100 mil habitantes de ese grupo de edad de 2006 a una tasa de 11.5 defunciones en 2012.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Evolución (1/2)

- En 2010, la tasa de mortalidad general por enfermedad isquémica del corazón (EIC) ascendió a 65.2 por cada 100 mil habitantes, lo que implica un incremento del 28% respecto de la cifra de 2006 (51.1 por 100 mil habitantes) y 47% respecto a 2000 (44.4 por cada 100 mil habitantes). En 2011, se tuvieron 134,358 defunciones por enfermedades cardiovasculares.
- La mortalidad por EIC muestra una tendencia ascendente desde hace 1990, sobre todo la tasa global y la correspondiente al grupo de hombres. En 2010 la mortalidad masculina en población menor de 65 años se ubicó en 22.3 defunciones por 100 mil habitantes, reflejando un incremento de 17.2% respecto de la tasa de 2006; en la población femenina la tasa alcanzó un valor de 9.0 defunciones por 100 mil mujeres del grupo de edad, denotando un incremento de 10.6% con relación a la tasa de 2006. Estas cifras indican que el riesgo de fallecer por enfermedades isquémicas cardíacas en la población de 0 a 64 años de edad fue 2.5 veces más alto entre los hombres respecto del riesgo que tienen las mujeres del mismo grupo de edad.
- La SSA e IMSS-Oportunidades tienen la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón más alta entre las instituciones de salud del país. Le siguen el IMSS y PEMEX y la SEMAR presenta la menor tasa.

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población menor de 65 años por institución (%), 2010



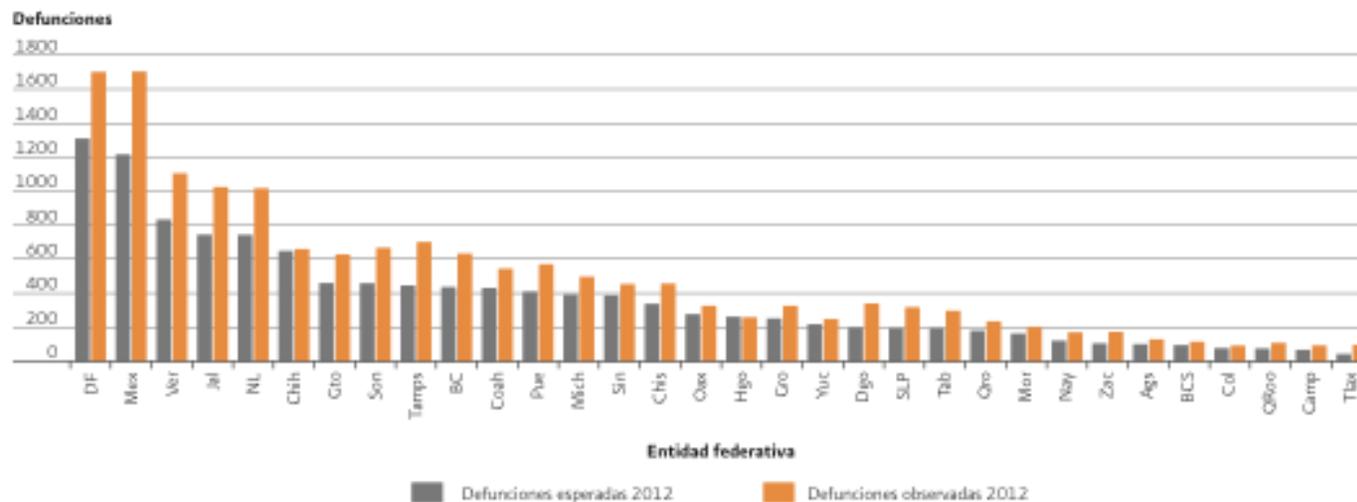
Fuente: Rendición de Cuentas en Salud 2010, SS.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Evolución (2/2)

- A fin de identificar el nivel en que las entidades federativas podrían coadyuvar al logro de la meta de 2012, se calculó la contribución de cada entidad federativa a la mortalidad nacional por enfermedades isquémicas cardíacas en la población menor de 65 años y se estimó el número de muertes que deberían registrarse en cada estado a fin de alcanzar la meta en 2012. En el Distrito Federal, que contribuye con el 10.71% de la mortalidad en el país por EIC, se requería que las defunciones por esta causa no superaran las 1,311 muertes; no obstante, la cifra preliminar de 2010 registró un total de 1,703 defunciones. En el extremo opuesto destaca el estado de Hidalgo, al haber registrado 3 muertes menos respecto de la cifra requerida para cumplir la meta nacional en 2012, con 259 muertes (Datos de 2010).

Número de defunciones por enfermedad isquémica del corazón observadas y requeridas en población menor de 65 años por entidad federativa, 2012 (esperada)



Fuente: Rendición de Cuentas en Salud 2010, SS.

- El Seguro Popular a través del FPGC a partir del 2011 financia el infarto agudo al miocardio en menores de 60 años, durante el 2011 se atendieron 137 casos por un monto de 5.4 millones de pesos.
- Se priorizan las acciones de prevención y promoción de la salud e integración de prácticas exitosas e innovaciones, sustentadas en las mejores evidencias científicas con el propósito de atenuar la carga de enfermedad en los distintos grupos de población.
- Se realizan acciones de fortalecimiento de la infraestructura para el manejo integral del riesgo cardiovascular en el ámbito federal y local.
- Se impulsan los planes estatales y municipales en apoyo a las acciones de prevención y control de riesgo cardiovascular.
- Fomento de estímulos fiscales y modificación de las políticas de la industria alimentaria para la adopción de estilos de vida saludables con la participación de los distintos sectores y órdenes de gobierno.
- Innovación en la prestación de servicios de salud y establecimiento de mecanismos para la detección y diagnóstico oportuno del riesgo cardiovascular en usuarios de servicios del Sistema Nacional de Salud, incluidas las Caravanas de la Salud.
- Fortalecimiento del componente educativo (alfabetizar en los componentes del riesgo cardiovascular) dirigido a la comunidad, las personas con riesgo cardiovascular, sus familias y la población en riesgo.
- Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia epidemiológica y seguimiento para la toma de decisiones.

6.ENFERMEDADES CRÓNICAS

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Asuntos prioritarios (1/1)

- Debido al mayor riesgo que presentan los hombres de fallecer por enfermedades isquémicas cardiacas, es importante poner énfasis en la atención a los hombres y las recomendaciones de conducta saludable.
- Es importante tener en cuenta que las ECV tienen su origen (en su mayoría) en conductas modificables, de forma que las acciones preventivas son primordiales.
- Se debe contar con la atención médica y equipamiento necesario para tratar los padecimientos.

- De acuerdo con el Observatorio Mundial de Donación y Trasplante, en 2010 México ocupaba el lugar número 9 en el mundo en cuanto al mayor número de trasplantes de riñón. En cuanto al trasplante de hígado, ocupó el lugar número 29.
- En América, México ocupó el tercer lugar en 2010, después de Estados Unidos y Brasil, en el mayor número de trasplantes de origen vivo y de personas fallecidas.

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

TRASPLANTES Evolución (1/1)

- A 2011, se cuenta con un acumulado histórico de 69,922 trasplantes a nivel nacional (trasplantes reportados de origen vivo relacionado, no relacionado o de personas fallecidas). Esto significa un incremento de 56.1% de 2006 (44,787 trasplantes) a 2011.

Número de trasplantes (acumulado) a nivel nacional, 2006-2011

| Año | Trasplantes |
|------|-------------|
| 2006 | 44,787 |
| 2007 | 49,773 |
| 2008 | 55,279 |
| 2009 | 60,971 |
| 2010 | 65,894 |
| 2011 | 69,922 |

Fuente: Centro Nacional de Trasplantes. Sistema Informático de Registro de Trasplantes, 2011.

- De 2006 a 2011 se han realizado 15,624 trasplantes de riñón y 15,561 de cornea, que son el tipo de trasplantes de mayor frecuencia.
- Al 30 de Septiembre del 2011 se encuentran registrados, en la base de datos del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes, 15,058 pacientes en espera de algún órgano o tejido, 45.5% de cornea y 51.9% de riñón.
- El FPGC del SPSS financia trasplantes de médula ósea para menores de 18 años, trasplante de cornea, trasplante de médula ósea para mayores de 18 años y trasplante de riñón para menores de 18 años.

- En 2012, se cuenta con 406 hospitales autorizados por la COFEPRIS, con algún tipo de licencia ya sea individual o mixta de procuración (345 hospitales), trasplante (327) o banco (64); predominan los de trasplante de cornea y riñón.
- Actualmente se cuenta con 341 hospitales autorizados para el Proceso de donación de personas fallecidas.
 - De 2006 a la fecha, se han reportado 5,497 donaciones concretadas a nivel nacional de las cuales en el año 2010 se notificaron 1,121 donaciones.

- Se deben fortalecer las acciones de información a la población sobre la opción de donación de órganos.
- Las acciones deben estar enfocadas a la calidad, de manera que contar con personal capacitado en el tema es prioritario.
- Es importante mantener actualizado el Registro Nacional de Trasplantes y contar con un sistema que ofrezca información actualizada disponible para todas las instituciones del sector salud.

- Desde sus inicios, la cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud se encuentra dividida en dos grupos:
 - La población asalariada que se encuentra cubierta por la Seguridad Social.
 - La población con trabajo no asalariado, nominada históricamente, Población Abierta, que no cuenta con seguridad social y que ha sido atendida por la Secretaría de Salud, el IMSS-Oportunidades o bien ha buscado servicios de salud en el sector privado.
- En el año 2004, surge el Sistema de Protección Social (SPSS) con el fin de garantizar la cobertura en salud y protección financiera a todos aquellos que por su condición laboral formaban parte de esta población abierta.
 - En el 2007 se crea además el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), en el contexto del SPSS, con el fin de otorgar cobertura en salud integral al grupo de niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006.
 - En el 2008, inicia la Estrategia de Embarazo Saludable (ES), con el fin de garantizar la afiliación prioritaria al SPSS y la atención inmediata integral de las mujeres embarazadas sin seguridad social.
- En la actualidad, México cuenta con un Sistema Nacional de Salud mixto: el financiamiento es contributivo en la Seguridad Social (empleado – empleador – federación) y subsidiario para el caso del Sistema de Protección Social en Salud (afiliado – federación – entidad federativa).

- Actualmente, más de 106 millones de personas cuentan con acceso a algún sistema de salud público. Esto representa una **cobertura de cerca de 95% de la población del país**, comparado con el año 2000 donde la cobertura ascendía apenas a 57% de la población.
- A septiembre de 2011, el Seguro Popular cubría al 49.1% de la población, el IMSS al 41.1%, el ISSSTE al 7.9%, las instituciones privadas al 0.9% y la población restante es cubierta por Pemex, Marina, Defensa y otras instituciones de seguridad social.*
- De acuerdo al INEGI, aproximadamente el 60% de la población se encuentra cubierta por la seguridad social y el 40% restante por el SPSS o instituciones privadas.
- Al cierre de **2011**, el número de afiliados del SPSS era de 51.8 millones de personas, con lo que se alcanza la **cobertura universal en afiliación**. Al mes de septiembre de 2012 el número de afiliados era de 52.9 millones.
- Sólo durante **2011**, se afiliaron a 8.3 millones de personas, lo cual significó el 101% de la proyección establecida **para llegar a la cobertura universal**(Informe de Resultados SPSS, CNPSS).

*Cabe destacar que para el Seguro Popular la cobertura de afiliación es por persona, mientras que en los casos del IMSS y del ISSSTE el cálculo se realiza con base en el número de derechohabientes, por lo que puede existir un tema de duplicidad en las estadísticas de cobertura.

7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

COBERTURA DE AFILIACIÓN Evolución (2/6)

Cobertura por institución y entidad a septiembre de 2011

| ENTIDAD FEDERATIVA | SEGURO POPULAR | IMSS | ISSSTE | SEDENA 1/ | PEMEX 1/ | SEMAR 1/ | TOTAL |
|------------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|----------------|----------------|--------------------|
| 01 AGUASCALIENTES | 493,224 | 604,246 | 108,256 | | | | 1,205,726 |
| 02 BAJA CALIFORNIA | 1,070,276 | 1,592,724 | 130,580 | | | | 2,793,580 |
| 03 BAJA CALIFORNIA SUR | 193,996 | 298,335 | 102,819 | | | | 595,150 |
| 04 CAMPECHE | 465,020 | 293,728 | 67,340 | | | | 826,088 |
| 05 COAHUILA | 682,499 | 1,737,096 | 243,347 | | | | 2,662,942 |
| 06 COLIMA | 296,562 | 329,573 | 181,632 | | | | 807,767 |
| 07 CHIAPAS | 3,353,506 | 678,038 | 231,011 | | | | 4,262,555 |
| 08 CHIHUAHUA | 1,204,720 | 1,733,660 | 53,491 | | | | 2,991,871 |
| 09 DISTRITO FEDERAL | 2,226,295 | 4,996,354 | 1,643,130 | | | | 8,865,779 |
| 10 DURANGO | 692,164 | 620,955 | 202,316 | | | | 1,515,435 |
| 11 GUANAJUATO | 2,930,832 | 1,946,731 | 326,831 | | | | 5,204,394 |
| 12 GUERRERO | 2,231,603 | 562,392 | 368,455 | | | | 3,162,450 |
| 13 HIDALGO | 1,581,068 | 661,187 | 227,237 | | | | 2,469,492 |
| 14 JALISCO | 2,682,559 | 3,664,329 | 268,962 | | | | 6,615,850 |
| 15 MÉXICO | 6,566,681 | 5,419,239 | 839,314 | | | | 12,825,234 |
| 16 MICHOACÁN | 2,161,258 | 1,103,487 | 321,839 | | | | 3,586,584 |
| 17 MORELOS | 949,475 | 581,213 | 164,037 | | | | 1,694,725 |
| 18 NAYARIT | 614,055 | 381,341 | 136,400 | | | | 1,131,796 |
| 19 NUEVO LEÓN | 1,128,417 | 2,904,667 | 168,539 | | | | 4,201,623 |
| 20 OAXACA | 2,510,455 | 570,224 | 302,060 | | | | 3,382,739 |
| 21 PUEBLA | 3,043,565 | 1,355,329 | 221,015 | | | | 4,619,909 |
| 22 QUERÉTARO | 825,073 | 910,956 | 95,313 | | | | 1,831,342 |
| 23 QUINTANA ROO | 586,775 | 612,539 | 113,327 | | | | 1,312,641 |
| 24 SAN LUIS POTOSÍ | 1,384,135 | 869,820 | 185,079 | | | | 2,439,034 |
| 25 SINALOA | 1,078,659 | 1,296,625 | 295,871 | | | | 2,671,155 |
| 26 SONORA | 843,618 | 1,281,398 | 162,714 | | | | 2,287,730 |
| 27 TABASCO | 1,523,903 | 575,734 | 110,947 | | | | 2,210,584 |
| 28 TAMAULIPAS | 1,370,338 | 1,566,497 | 269,709 | | | | 3,206,544 |
| 29 TLAXCALA | 803,999 | 309,767 | 87,768 | | | | 1,201,534 |
| 30 VERACRUZ | 4,001,694 | 2,195,396 | 392,575 | | | | 6,589,665 |
| 31 YUCATÁN | 897,173 | 802,050 | 113,693 | | | | 1,812,916 |
| 32 ZACATECAS | 833,638 | 485,472 | 124,902 | | | | 1,444,012 |
| NO DISPONIBLE | - | - | - | 1,000,000 | 800,000 | 200,000 | 2,000,000 |
| Total | 51,227,235 | 42,941,102 | 8,260,509 | 1,000,000 | 800,000 | 200,000 | 104,428,846 |

1/ NO DISPONIBLE

Fuentes: ISSSTE.- Jefatura de Servicios de Enlace con Dependencias y Entidades.-Subdirección de Afiliación y Vigencia de Derechos. IMSS.- Jefatura de Unidad de Incorporación al Seguro Social. CNPSS.- Dirección General de Afiliación y Operación.

Cobertura por institución

| SPSS | IMSS | ISSSTE | PEMEX | SEDENA | SEMAR |
|-------------------|-------------------|------------------|------------------|----------------|------------------|
| 52.9 ¹ | 55.9 ² | 8.1 ³ | 0.8 ⁴ | 1 ⁴ | 0.2 ⁴ |

Fuentes: CNPSS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR

1/ millones de afiliados a septiembre de 2012.

6.23 millones de niños afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación y 1.8 millones de beneficiarias de Embarazo Saludable a mayo de 2012.

2/ millones de derechohabientes a marzo de 2012.

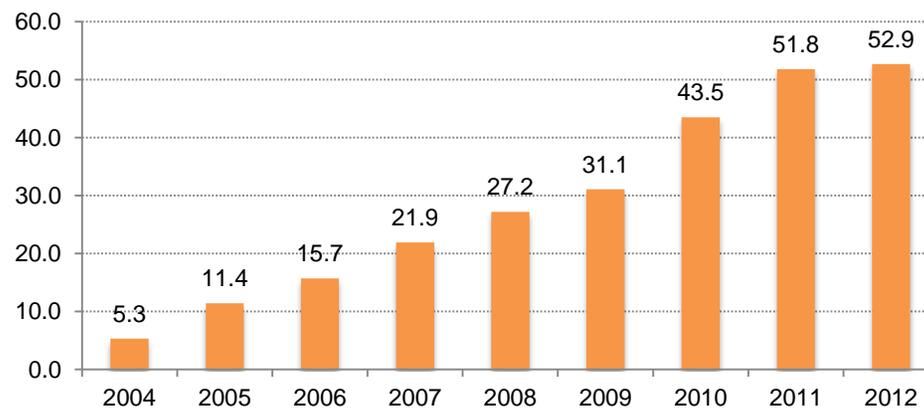
3/ millones de derechohabientes a marzo de 2012.

4/ millones de derechohabientes a septiembre de 2011.

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

- Al mes de septiembre de **2012**, el **número de afiliados del SPSS** ascendió a **52.9 millones de personas**. El 46% eran hombres y el resto mujeres.

Evolución de la cobertura del SPSS (millones de personas), 2004-2012

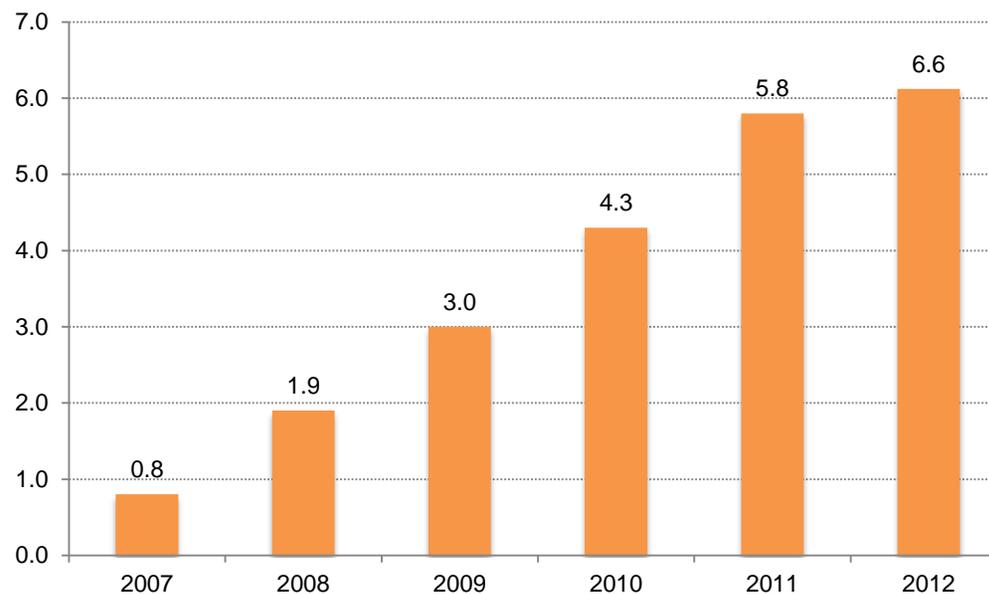


Fuente: Informe de Resultados (varios años), CNPSS, SSA.

Nota: El dato de 2012, corresponde al cierre del mes de mayo.

- El número de niños cubiertos con el SMNG en 2011 es 7 veces mayor al de 2007.
- Al mes de septiembre de 2012, el número de niños afiliados al SMNG ascendió a 6.6 millones, lo que implica que más de 6 millones de niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006, cuentan con la cobertura integral de atención de todas las enfermedades propias de este grupo etario por el SPSS.

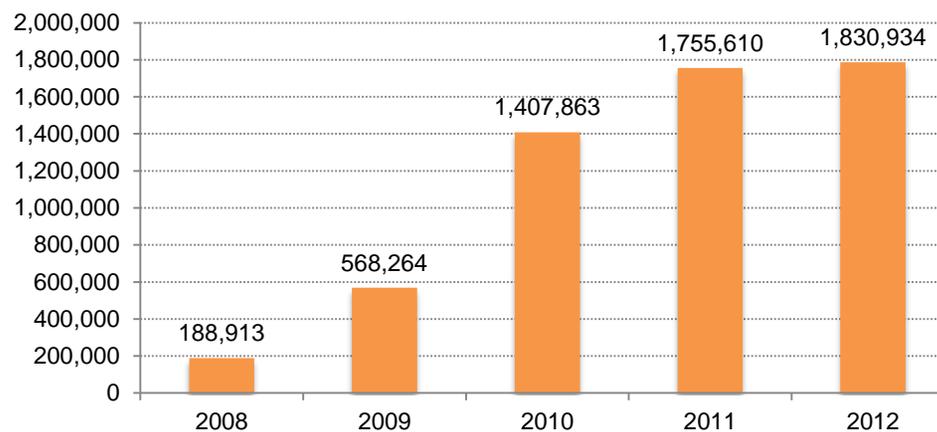
Niños afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación (millones), 2007-2012



Fuente: Informe de Resultados (varios años), CNPSS, SS.
Nota: El dato de 2012, corresponde al cierre del mes de septiembre.

- En 2011, el número de beneficiarias de la Estrategia de Embarazo Saludable es 9 veces mayor al de 2008.
- Al mes de septiembre de 2012, el número de beneficiarias de Embarazo Saludable ascendió a 1.8 millones.

Mujeres afiliadas a la Estrategia Embarazo Saludable (millones), 2008-2012



Fuente: Informe de Resultados (varios años), CNPSS, SS
Nota: El dato de 2012, corresponde al cierre del mes de mayo.

- Del total de afiliados en 2011, el 65.1% corresponde a **grupos vulnerables**.

Afiliados al SPSS por grupos vulnerables seleccionados, 2011

| | <i>Número</i> | <i>Porcentaje</i> |
|---------------|-------------------|-------------------|
| SPSS | 51,823,314 | 100.0 |
| Oportunidades | 14,590,816 | 28.2 |
| PDZP* | 14,495,073 | 28.0 |
| Indígenas** | 4,603,406 | 8.9 |

Fuente: Informe de Resultados, CNPSS, SS, 2011.

*Programa de Desarrollo de Zonas Prioritarias. **Afiliados en localidades con 40% o mas población de habla indígena.

- Del total de afiliados en **2011**, el **34.7%** se sitúan en **zonas rurales** y el **65.3%** en **zonas urbanas**.
- En 2011, el número de afiliados en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano (MIDH) fue de 1.3 millones de personas, esto es, 2.6% del total de afiliados.
- Por grupos de edad, la afiliación fue la siguiente (2011):
 - Mayores de 61 años: 7.8% del total de afiliados.
 - Menores de 5 años: 5.4 millones de niños, 10.6% del total de afiliados.
 - La mayor concentración de afiliados se tiene en las poblaciones de niños y jóvenes y en las personas en edad laboral.
 - La población en edades productivas, de 14 a 65 años (32,149,857), representa el 62.7% de la afiliación total.

SEGURIDAD SOCIAL

- Al mes de marzo de **2012**, el **número de derechohabientes del IMSS** era de **55.9 millones de personas**.
- A 2010, el **ISSSTE** contaba con **8.1 millones de derechohabientes**.

- Destaca el logro de la **cobertura universal en afiliación**, lo que implica que cerca del 95% de la población mexicana cuenta con acceso a servicios de salud públicos. Debido a que la afiliación es voluntaria, el resto de la población puede incorporarse en el momento en el que lo decidan.
- En particular se **garantiza la cobertura pública en salud para los niños menores de cinco años de edad y las mujeres embarazadas**, lo que representa un avance fundamental para la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, infantil y de los menores de 5 años.
- La importante concentración de la cobertura del SPSS para **grupos vulnerables** representa un avance sin precedentes para garantizar el derecho a la salud de toda la población por igual.

- Garantizar la inversión de **recursos** suficientes para mantener esta cobertura universal con **acceso efectivo** a los servicios cubiertos.
- Generar un **padrón único** de afiliados entre las diferentes instituciones. Existe un problema de duplicidad en los padrones que debe atenderse.
- Discusión y diseño de un esquema de **portabilidad** entre las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud, bajo distintos esquemas de financiamiento y operación.

- El Sistema Nacional de Salud se encuentra actualmente conformado por: las instituciones de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MARINA y otras) que ofrece servicios a la población asalariada con seguridad social; el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que ofrece servicios a la población abierta; y las instituciones privadas.
- Las instituciones públicas (Seguridad Social y SPSS) ofrecen la siguiente cobertura de servicios:
 - El **SPSS** ofrece cobertura médica a sus afiliados a través de los siguientes esquemas:
 - Catálogo Universal de Servicios de Salud (**CAUSES**) que cubre en la actualidad, para todos sus afiliados, 284 intervenciones agrupadas en 6 conglomerados: Salud Pública, Consulta de medicina general o familiar y de especialidad; Odontología; Urgencias; Hospitalización; y Cirugía General; con sus 522 medicamentos asociados incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos.
 - La Estrategia de Embarazo Saludable (ES) garantiza la atención de las intervenciones necesarias para las mujeres embarazadas. El CAUSES actualmente incluye 21 servicios que equivalen al 100% de la cobertura de las complicaciones que pueda tener una mujer antes, durante y después del parto.
 - Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC) que cubre en la actualidad, para todos sus afiliados, 58 intervenciones agrupadas en 17 grupos de enfermedades cubiertas: cáncer de mama, cáncer cérvico uterino, cáncer en niños y adolescentes, trasplante de médula ósea (menores de 18 años), cuidados intensivos neonatales, trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos, cataratas, VIH/SIDA, trasplante de córnea, tumor testicular, tumor de próstata, hemofilia, trasplante de médula ósea (mayores de 18 años), enfermedades lisosomales, linfoma No Hodgkin, infarto agudo al miocardio, trasplante de riñón.
 - Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) que cubre todos los padecimientos para los niños afiliados nacidos a partir del 1° de diciembre del 2006, adicionales a la cobertura que les ofrece el CAUSES y el FPGC.
 - Las instituciones de Seguridad Social, incluyen dentro de sus prestaciones las médicas (curativas y preventivas) para sus derechohabientes.

COBERTURA DE INTERVENCIONES

- El SPSS ha mostrado un incremento significativo en la cobertura de intervenciones:
 - El CAUSES se ha ampliado de 91 intervenciones y 142 medicamentos asociados en 2004 a 284 intervenciones y 522 medicamentos asociados en 2012.
 - El FPGC se ha ampliado de 4 intervenciones cubiertas en 2004 a 58 intervenciones en 2012.
 - El SMNG pasó de 110 intervenciones adicionales en 2006, a 131 intervenciones adicionales en 2012 (se cubre el 100% de las intervenciones para menores de seis años).

USO DE SERVICIOS

- La Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE registran incrementos en el uso de servicios de consultas generales, consultas de especialidad y en egresos hospitalarios de 2006 a 2010.

Uso de Servicios por Institución, 2006 y 2010

| Institución | Consultas Generales | | Consultas de Especialidad | | Egresos hospitalarios | |
|---------------------|---------------------|--------------------|---------------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| | 2006 | 2010 | 2006 | 2010 | 2006 | 2010 |
| Secretaría de Salud | 80,765,278 | 88,507,096 | 12,432,521 | 15,420,673 | 2,099,946 | 2,634,339 |
| IMSS* | 90,207,721 | 98,821,154 | 17,884,314 | 18,853,145 | 2,119,759 | 2,185,293 |
| ISSSTE | 14,347,399 | 16,035,791 | 6,335,494 | 7,618,460 | 348,641 | 389,469 |
| PEMEX | 1,926,892 | 1,501,600 | 2,152,920 | 2,078,033 | 72,953 | 79,923 |
| SEMAR | 835,941 | 330,494 | 442,825 | 408,022 | 17,006 | 25,110 |
| | | | | | | |
| TOTAL | 188,083,231 | 205,196,135 | 39,248,074 | 44,378,333 | 4,658,305 | 5,314,134 |

*Incluye IMSS-Oportunidades

Fuentes: Secretaría de Salud, DGIS - Servicios Otorgados y Egresos Hospitalarios, Instituciones Públicas del Sector Salud

- Para el caso particular del **SPSS**, las consultas generales se incrementaron de 24,293,868 en 2006 a 69,596,779 en 2011 (un incremento de 186%); mientras que los egresos hospitalarios crecieron de 267,013 a 1,270,278 (incremento de más de 300%).
- El Programa Oportunidades registró a su vez 43,959,774 consultas generales para sus beneficiarios en 2011.

- Atención de alta especialidad.
 - En 2011, se validaron **81,695 casos catastróficos del SPSS** a través del FPGC, comparado con 3,652 casos validados en 2006. El monto de recursos asociados a los casos 2011 es de 3,674.68 millones de pesos.

| Enfermedad | Casos validados | % del total de casos | Monto (millones de pesos) | % del total de recursos |
|------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|
| VIH-SIDA | 43898 | 53.73% | 2053.69 | 55.89% |
| Cancer de Mama | 4504 | 5.51% | 559.29 | 15.22% |
| Cuidados Intensivos Neonatales | 11601 | 14.20% | 528.37 | 14.38% |
| Cáncer de Niños | 1513 | 1.85% | 186.1 | 5.06% |
| Cataratas | 16264 | 19.91% | 158 | 4.30% |
| Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos | 2124 | 2.60% | 146.28 | 3.98% |
| Cáncer Cérvico Uterino | 1741 | 2.13% | 18.54 | 0.50% |
| Trasplante de Médula Ósea | 40 | 0.05% | 22.75 | 0.62% |
| Trasplante de Córnea | 9 | 0.01% | 0.1 | 0.00% |
| Enfermedades Lisosomales | 1 | 0.00% | 1.56 | 0.04% |
| TOTAL | 81695 | 100.00% | 3674.68 | 100.00% |

Fuente: Informe de Resultados SPSS, 2011.

- En 2011, se registraron 358,476 egresos hospitalarios en unidades de alta especialidad del IMSS.
- Atención en unidades médicas móviles (Caravanas de la Salud)
 - En 2011, se otorgaron 4,216,899 consultas médicas ligadas al CAUSES a través de 1,449 unidades médicas móviles (Caravanas de la Salud) comparadas con 2,061,747 registradas en 2008; además de realizar 11,030,737 acciones de prevención y promoción de la salud. Esto implica un incremento de 105% en el número de consultas.

- El SPSS ha logrado ampliar significativamente la cobertura médica para sus 52.7 millones de afiliados:
- El CAUSES cubre el **100% de la atención a la salud del primer nivel de atención y el 90% de los servicios del segundo nivel.**
- El **FPGC** cubre ya los principales padecimientos catastróficos como el VIH-SIDA y cánceres y ha logrado continuar ampliando su cobertura.
- El **SMNG** en 2011 atendió como padecimientos principales: taquipnea transitoria del recién nacido, asfixia del nacimiento y retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal;
 - Permitió adquirir las vacunas contra rotavirus y neumococo para todos los menores de 1 año del país;
 - Distribuyó 342 equipos de emisiones otoacústicas y 100 implantes cocleares;
 - Realizó pruebas de tamiz auditivo neonatal a 777,972 recién nacidos y se benefició a 62 niños con sordera neurosensorial severa y profunda;
 - Permitió adquirir reactivos para tamiz y diagnóstico de certeza de 3 enfermedades adicionales al hipotiroidismo para constituir el tamiz metabólico semiampliado (galactosemia, fenilcetonuria e hiperplasia suprarrenal congénita).
- Se registra un **mayor uso de servicios de salud** desde la consulta externa y de especialidad, hasta servicios hospitalarios y de alta especialidad, para las instituciones del sector salud.

- Garantizar los recursos para **mantener la cobertura de intervenciones** de las instituciones públicas de salud con **acceso efectivo** y **atención de calidad** a los servicios cubiertos e **incrementarla** (particularmente para padecimientos catastróficos) de acuerdo a las necesidades planteadas por la transición demográfica y epidemiológica.
- Garantizar la **prestación de servicios preventivos**, no sólo curativos, con el fin de reducir la carga de enfermedad y financiera asociada a futuras intervenciones curativas.
- Generar **esquemas de incentivos y de corresponsabilidad** por parte de la población efectivos para optimizar la utilización de servicios preventivos y curativos.

- Anterior a la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), se registran momentos relevantes en la ampliación de la infraestructura física del sector salud, en particular para atender a la población abierta.
 - En 1979 surge el IMSS-Coplamar, que en 1989 toma el nombre de IMSS-Solidaridad y posteriormente el de IMSS-Oportunidades, con el cual el IMSS amplía su cobertura para abarcar también a población abierta en estados con marginación.
 - En 1991, el Gobierno Federal creó un programa piloto de ampliación de cobertura de servicios de salud conocido como Programa de Atención de Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA), posteriormente (en 1996) llamado Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) que permitió ampliar sustantivamente la infraestructura en salud.
- Con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), se generó un impulso importante para la construcción de infraestructura con el fin de garantizar el acceso y cobertura ofrecidas por el Sistema a la población abierta y se canalizan recursos federales y estatales para este fin.
 - El propio SPSS diseña un Fondo de Previsión Presupuestal (equivalente al 3% de la bolsa de recursos generados con el Sistema de Aportaciones del SPSS con coparticipación federal y estatal) de los cuales dos terceras partes deben destinarse para el desarrollo de infraestructura médica de atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social.
 - A raíz del SPSS, se observa un proceso de fortalecimiento de la infraestructura del primer nivel de atención y de generación de obra y sustitución de la infraestructura hospitalaria y de especialidades (con la creación de unidades de especialidades médicas), con especial énfasis en entidades federativas con rezagos importantes y altos niveles de marginación como son Chiapas, Oaxaca y Guerrero.
- A nivel nacional, se cuenta con el **Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMI)** cuya base legal es la Ley General de Salud y que constituye el instrumento primordial de planeación y desarrollo de la infraestructura en salud para el sector.

Evolución de unidades de consulta externa y hospitalización del sector salud

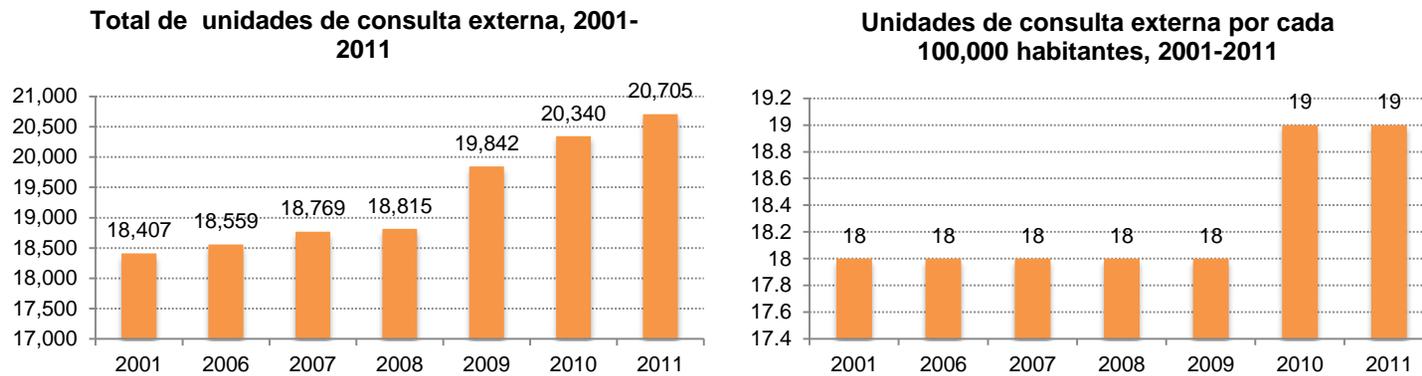
Al mes de agosto de 2012, todo el sector salud contaba con **21,437 unidades de consulta externa** y con 4,189 unidades de hospitalización (públicas y privadas).

- De 2006 a 2010 se registra un **incremento del 10.4% en las unidades de consulta externa (primer nivel) y 12.8% en unidades hospitalarias públicas (de 2001 a 2011 no ha habido cambio en el número de unidades de hospitalización privadas por 100 mil habitantes)**.
- Prácticamente **todas las entidades federativas presentan avances en infraestructura en este periodo**. Baja California, Hidalgo y Tamaulipas fueron los estados con un mayor crecimiento en el número de unidades de consulta externa de 2001 a 2010; Zacatecas, Nayarit y Durango tuvieron el mayor crecimiento, durante el mismo periodo, de unidades de hospitalización.
- Destaca la ampliación de infraestructura (particularmente hospitalaria) en entidades con alto índice de marginación como son Chiapas, Oaxaca y Guerrero.
- En 2011, todo el sector salud contaba con 83,037 **camas censables** lo que corresponde a 76.03 camas censables por cada 100,000 habitantes. Esto representa un incremento de 10.2% respecto al número de camas censables en 2006 (75,364).

7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

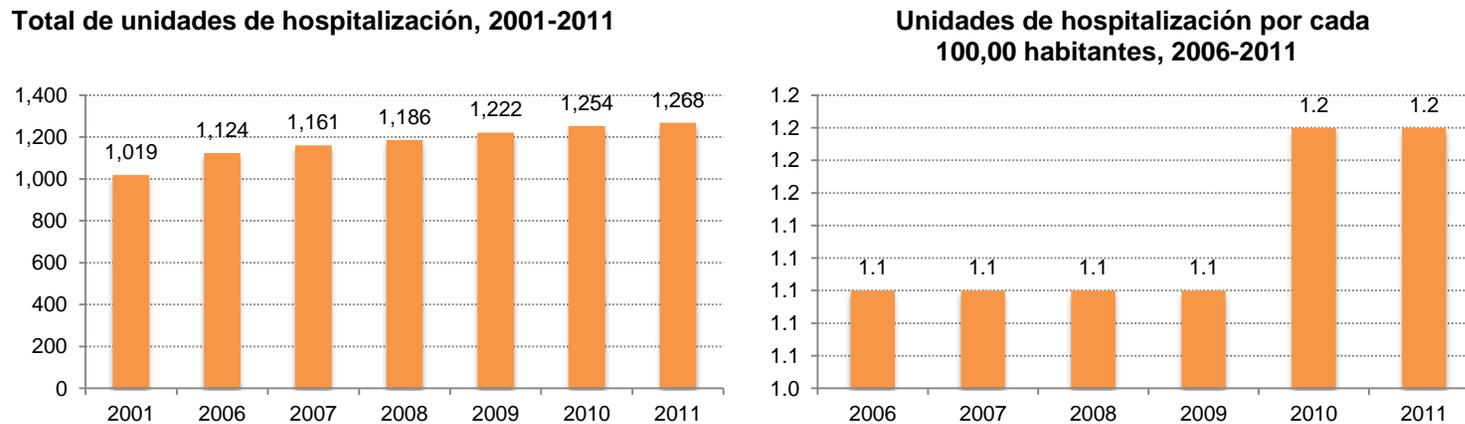
FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN: INFRAESTRUCTURA Evolución (2/3)

Unidades de consulta externa total y por cada 100,000 habitantes, 2001-2011



Fuente: Dirección General de Información en Salud. SINAIS.

Unidades de hospitalización total y por cada 100,000 habitantes, 2001-2011



Fuente: Dirección General de Información en Salud. SINAIS.

Crecimiento de infraestructura física del sector público, 2001-2010

Crecimiento de infraestructura física de 2001 a 2010

| Entidad federativa | Unidades de consulta externa | | | Unidades de hospitalización | | |
|-----------------------|------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------------|------------|----------------------|
| | 2001 | 2010 | Cambio 2001-2010 (%) | 2001 | 2010 | Cambio 2001-2010 (%) |
| Aguascalientes | 80 | 101 | 26.3 | 6 | 7 | 16.7 |
| Baja California | 127 | 189 | 48.8 | 3 | 5 | 66.7 |
| Baja California Sur | 73 | 83 | 13.7 | 5 | 6 | 20.0 |
| Campeche | 139 | 148 | 6.5 | 11 | 13 | 18.2 |
| Coahuila | 169 | 233 | 37.9 | 13 | 15 | 15.4 |
| Colima | 124 | 168 | 35.5 | 4 | 4 | 0.0 |
| Chiapas | 835 | 989 | 18.4 | 16 | 30 | 87.5 |
| Chihuahua | 263 | 294 | 11.8 | 20 | 21 | 5.0 |
| Distrito Federal | 364 | 348 | -4.4 | 52 | 54 | 3.8 |
| Durango | 210 | 245 | 16.7 | 8 | 24 | 200.0 |
| Guanajuato | 505 | 560 | 10.9 | 13 | 38 | 192.3 |
| Guerrero | 928 | 1,004 | 8.2 | 14 | 37 | 164.3 |
| Hidalgo | 440 | 652 | 48.2 | 11 | 16 | 45.5 |
| Jalisco | 739 | 797 | 7.8 | 18 | 37 | 105.6 |
| México | 957 | 1,138 | 18.9 | 34 | 56 | 64.7 |
| Michoacán | 394 | 522 | 32.5 | 18 | 24 | 33.3 |
| Morales | 209 | 229 | 9.6 | 6 | 10 | 66.7 |
| Nayarit | 199 | 258 | 29.6 | 4 | 12 | 200.0 |
| Nuevo León | 440 | 496 | 12.7 | 9 | 9 | 0.0 |
| Oaxaca | 639 | 888 | 39.0 | 17 | 32 | 88.2 |
| Puebla | 484 | 630 | 30.2 | 28 | 45 | 60.7 |
| Querétaro | 245 | 248 | 1.2 | 5 | 5 | 0.0 |
| Quintana Roo | 169 | 198 | 17.2 | 5 | 9 | 80.0 |
| San Luis Potosi | 265 | 309 | 16.6 | 6 | 16 | 166.7 |
| Sinaloa | 215 | 279 | 29.8 | 14 | 21 | 50.0 |
| Sonora | 214 | 277 | 29.4 | 18 | 19 | 5.6 |
| Tabasco | 495 | 587 | 18.6 | 15 | 23 | 53.3 |
| Tamaulipas | 260 | 367 | 41.2 | 14 | 19 | 35.7 |
| Tlaxcala | 167 | 189 | 13.2 | 5 | 12 | 140.0 |
| Veracruz | 709 | 832 | 17.3 | 32 | 53 | 65.6 |
| Yucatán | 164 | 185 | 12.8 | 5 | 8 | 60.0 |
| Zacatecas | 179 | 234 | 30.7 | 4 | 17 | 325.0 |
| Total Nacional | 11,400 | 13,677 | 20.0 | 433 | 697 | 61.0 |

Nota: Incluye información de: SSA, IMSS-Oportunidades, Universitarios, Estatales, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR.

Fuente: SINAIS, SS

7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN: INFRAESTRUCTURA Líneas de Acción (1/4)

Inversión en Infraestructura de 2007 a 2011 del Sector Salud

- De 2007 a 2011 se registraron un total de 1,100 obras nuevas, 250 sustituciones por obras nuevas y 2,846 acciones de fortalecimiento de infraestructura para un total de 4,196 acciones de infraestructura por parte de todas las instituciones públicas de salud.
- Destaca en particular la obra nueva y acciones de fortalecimiento de la **Secretaría de Salud** ligadas al SPSS.
- La inversión total para estas acciones ascendió a **70,680 millones de pesos**.

Acciones de infraestructura por institución, 2007 a 2011

| 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 | 627 | 34 | 55 | 22 | 237 | 43 | 919 | 99 | 1,018 | 19,963 | 8,657 | 28,620 |
| DGPLADES | 88 | 7 | 21 | 5 | 160 | 10 | 269 | 22 | 291 | 4,121 | 1,677 | 5,798 |
| CNPSS | 87 | 110 | 26 | 64 | 1,046 | 499 | 1,159 | 673 | 1,832 | 2,055 | 2,132 | 4,186 |
| CNEGySR | 3 | 3 | | | | | 3 | 3 | 6 | 66 | 51 | 117 |
| Secretaría de Salud | 805 | 154 | 102 | 91 | 1,443 | 552 | 2,350 | 797 | 3,147 | 26,204 | 12,517 | 38,721 |
| Gobiernos Estatales | 2 | | 1 | | 11 | | 14 | 0 | 14 | 703 | | 703 |
| Regimen Ordinario | 61 | 9 | 5 | | 150 | 53 | 216 | 62 | 278 | 13,803 | 3,073 | 16,877 |
| IMSS Oportunidades | 52 | | 20 | 3 | 481 | 16 | 553 | 19 | 572 | 2,065 | 113 | 2,177 |
| IMSS | 113 | 9 | 25 | 3 | 631 | 69 | 769 | 81 | 850 | 15,868 | 3,186 | 19,054 |
| ISSSTE | 17 | | 27 | 1 | 139 | 1 | 183 | 2 | 185 | 11,192 | 1,011 | 12,203 |
| Total | 937 | 163 | 155 | 95 | 2,224 | 622 | 3,316 | 880 | 4,196 | 53,967 | 16,714 | 70,680 |
| | 1,100 | | 250 | | 2,846 | | | | | | | |

T= TERMINADAS
PROCESO P=

Fuente: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, datos al 31 de diciembre de 2011.*DGDIF: Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física; DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud; CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud; CNEGySR: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN: INFRAESTRUCTURA Líneas de Acción (2/4)

Por nivel de atención, las acciones de infraestructura de 2007 a 2011 corresponden a 2,728 acciones para el primer nivel de atención, 552 para unidades de especialidades médicas, 793 de hospitalización y 65 de alta especialidad.

- La mayor inversión se registra para los hospitales (46,395 millones de pesos) seguido de las unidades de primer nivel de atención (10,894 millones de pesos) y los hospitales de alta especialidad (10,314 millones de pesos).

Acciones de infraestructura por nivel de atención, 2007 a 2011

| Tipo de Unidad | Estados | | | SALUD | | | I/ 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 | 12 | 0 | 12 | 1,487 | 625 | 2,112 | 509 | 18 | 527 | 77 | 0 | 77 | 2,085 | 643 | 2,728 | 10,148 | 497 | 248 | 1 | 10,894 |
| <i>Centros de Salud (Casas, AME, CAAPS y MMT)</i> | 12 | | 12 | 1,455 | 590 | 2,045 | | | 0 | | | 0 | 1,467 | 590 | 2,057 | 1,758 | 43 | 238 | 1 | 2,041 |
| CESSA | | | 0 | 28 | 35 | 63 | | | 0 | | | 0 | 28 | 35 | 63 | 1,052 | 87 | 10 | | 1,149 |
| UMAES | | | 0 | 4 | | 4 | | | 0 | | | 0 | 4 | 0 | 4 | 94 | 154 | | | 248 |
| <i>Unidades Médicas (IMSS e ISSSTE)</i> | | | 0 | | | 0 | 509 | 18 | 527 | 77 | | 77 | 586 | 18 | 604 | 7,244 | 213 | | | 7,457 |
| Establecimientos: <i>CETS, CON, CV, LESP, OF, UM</i> | | | 0 | 47 | 11 | 58 | | | 0 | | | 0 | 47 | 11 | 58 | 881 | 116 | | | 997 |
| Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) | | | 0 | 541 | 11 | 552 | | | 0 | | | 0 | 541 | 11 | 552 | 1,706 | 368 | 4 | 3 | 2,080 |
| Unidades Hospitalarias | 2 | | 2 | 271 | 149 | 420 | 232 | 58 | 290 | 80 | 1 | 81 | 585 | 208 | 793 | 39,982 | 5,925 | 350 | 137 | 46,395 |
| <i>Hospitales de Alta Especialidad</i> | | | 0 | 4 | 1 | 5 | 28 | 5 | 33 | 26 | 1 | 27 | 58 | 7 | 65 | 10,314 | | | | 10,314 |
| Total | 14 | 0 | 14 | 2,350 | 797 | 3,147 | 769 | 81 | 850 | 183 | 2 | 185 | 3,316 | 880 | 4,196 | 63,032 | 6,905 | 602 | 141 | 70,680 |

1 / Incluye IMSS Oportunidades

T= TERMINADAS

P= PROCESO

Fuente: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, datos al 31 de diciembre de 2011. *AME: Posadas; CAAPS: Centro Avanzado en Atención Primaria; MMT: Módulo de Medicina Tradicional; CESSA: Centro de Salud con Servicios Ampliados; UMAES: Unidades Médicas de Alta Especialidad; CETS: Centro Estatal de Transfusión Sanguínea ; CON: Consultorio; CV: Centro de Vacunación; LESP: Laboratorio Estatal de Salud Pública; OF: Oficinas Administrativas; UM: Unidades Médicas.

7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN: INFRAESTRUCTURA Líneas de Acción (3/4)

- Por entidad federativa, Oaxaca, Veracruz, Estado de Mexico, Puebla, Guerrero y Chiapas son los estados que registran mayores acciones de infraestructura (más de 200) e inversión de 2007 a 2011.

Acciones de infraestructura por entidad federativa, 2007 a 2011

| ENTIDAD | / 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 | EA | HC | HG | HMI | HRAE | 1° | 2° | 3° | 1° | 2° | 3° | 1° | 2° | 3° | | | | | | |
| AGUASCALIENTES | 43 | 8 | | | 2 | | 2 | | | 2 | 3 | | | | | 2 | 2 | | 64 | 1,201 | 861 | 340 | | |
| BAJA CALIFORNIA | 17 | 20 | | | | 1 | 4 | 3 | | 10 | 7 | | 5 | 1 | | 2 | 4 | | 74 | 1,821 | 1,702 | 119 | | |
| BAJA CALIFORNIA SUR | 8 | 10 | | | | 1 | 4 | | | 2 | 4 | | | | | 6 | | | 35 | 2,268 | 1,823 | 445 | | |
| CAMPECHE | 6 | 9 | | | 1 | 7 | 4 | | | | 3 | | 13 | 2 | | 2 | 1 | | 48 | 1,637 | 1,158 | 479 | | |
| CHIAPAS | 98 | 14 | | 1 | 8 | 6 | 6 | | | 1 | 4 | | 43 | 18 | | 1 | 1 | | 201 | 2,291 | 1,361 | 635 | 279 | 16 |
| CHIHUAHUA | 49 | 17 | 11 | | 6 | 5 | 3 | | | 4 | 6 | | 5 | 3 | | 2 | 1 | | 112 | 1,456 | 1,262 | 187 | 6 | |
| COAHUILA | 50 | 18 | | | | 1 | 18 | | | 1 | 5 | 1 | | | | 6 | | | 104 | 2,811 | 2,434 | 259 | 118 | |
| COLIMA | 41 | 16 | | | 2 | | 4 | | | 3 | 3 | | | | | | | | 69 | 576 | 575 | 1 | | |
| DISTRITO FEDERAL | 1 | 40 | | | | | 17 | 18 | | 3 | 22 | 14 | | | | 3 | 8 | 13 | 139 | 3,640 | 3,637 | 3 | | |
| DURANGO | 37 | 10 | 1 | 1 | 3 | 8 | 10 | | | 3 | 3 | | 41 | 3 | | 1 | 2 | | 123 | 1,611 | 1,591 | 20 | | |
| ESTADO DE MEXICO | 126 | 44 | 7 | | | 2 | 6 | 5 | 1 | 13 | 15 | 1 | 27 | 3 | | 6 | 1 | 1 | 258 | 7,103 | 6,732 | 371 | | |
| GUANAJUATO | 2 | 18 | | | | 5 | 8 | | | 2 | 2 | 3 | | | | 4 | 3 | 1 | 49 | 2,759 | 2,436 | 297 | 26 | |
| GUERRERO | 156 | 14 | 2 | | 1 | 8 | 12 | | | 2 | 2 | | 15 | 1 | | 6 | 6 | | 223 | 2,455 | 1,866 | 427 | 105 | 57 |
| HIDALGO | 75 | 6 | | | 2 | 3 | 5 | 1 | | 1 | 2 | | 10 | 6 | | 1 | 3 | | 115 | 1,740 | 1,591 | 120 | 4 | 24 |
| JALISCO | 43 | 26 | | | 4 | 5 | 12 | | | 10 | 5 | 4 | | | | 2 | 1 | 2 | 114 | 3,213 | 2,879 | 334 | 0 | |
| MICHOACAN | 103 | 5 | | 1 | 1 | 7 | 8 | 1 | | 3 | 7 | | 5 | 12 | | | 1 | 1 | 155 | 3,108 | 3,046 | 52 | 9 | 1 |
| MORELOS | 3 | 11 | | | | 3 | 5 | 3 | | 2 | 3 | | | | | 1 | 1 | | 32 | 1,573 | 1,569 | 4 | 0 | |
| NAYARIT | 29 | 14 | 3 | | 4 | 6 | 5 | | | 2 | 3 | | 24 | 2 | | 1 | 1 | | 94 | 907 | 840 | 62 | 5 | |
| NUEVO LEON | 32 | 26 | 1 | | | | 6 | 1 | | 6 | 7 | 5 | | | | 5 | 1 | | 90 | 2,530 | 2,495 | 5 | | 30 |
| OAXACA | 328 | 13 | 25 | | 4 | 30 | 10 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 111 | 21 | | | 1 | 1 | 550 | 2,554 | 2,522 | 27 | 5 | |
| PUEBLA | 138 | 12 | 1 | | 1 | 13 | 6 | | | | 8 | 1 | 56 | 11 | | 3 | 2 | 2 | 254 | 2,277 | 1,552 | 725 | | |
| QUERETARO | 66 | 8 | | | | | 4 | 1 | | 1 | | | | | | 1 | 2 | | 83 | 2,115 | 1,758 | 354 | | 3 |
| QUINTANA ROO | 1 | 14 | | | 1 | 4 | 5 | | | | 1 | | | | | 2 | 3 | | 31 | 1,117 | 1,117 | 1 | | |
| SAN LUIS POTOSI | 30 | 20 | | | 1 | 1 | 5 | 1 | | 3 | 2 | | 20 | 5 | | 1 | 7 | | 96 | 1,335 | 1,191 | 132 | 2 | 9 |
| SINALOA | 45 | 26 | | | 1 | 4 | 7 | | | 1 | 4 | | 3 | 6 | | 4 | 1 | 1 | 103 | 1,530 | 1,176 | 354 | | |
| SONORA | 24 | 23 | | | | | 5 | 2 | | 3 | 7 | 3 | | | | 1 | 4 | | 72 | 1,323 | 1,211 | 112 | | |
| TABASCO | 137 | 22 | 5 | 1 | 5 | 3 | 14 | 3 | | 1 | 3 | | | | | 7 | 1 | | 202 | 2,248 | 2,056 | 192 | | |
| TAMAULIPAS | 24 | 26 | | | 2 | | 16 | 3 | 1 | 4 | 3 | | | 6 | | 2 | 3 | | 90 | 3,941 | 3,561 | 338 | 42 | |
| TLAXCALA | 47 | 5 | | | 1 | 1 | 2 | 2 | | | 1 | | | | | 2 | 3 | | 64 | 897 | 737 | 160 | | |
| VERACRUZ | 213 | 24 | 3 | | 2 | 4 | 21 | | | 6 | 9 | | 54 | 16 | | 13 | 4 | 4 | 373 | 3,416 | 3,342 | 73 | | |
| YUCATAN | 68 | 17 | 1 | | 1 | | 7 | | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 5 | | 1 | 1 | | 110 | 1,606 | 1,518 | 87 | | |
| ZACATECAS | 17 | 16 | 3 | | 5 | 1 | 6 | 1 | | 1 | 3 | | 4 | 10 | | 2 | | | 69 | 1,622 | 1,433 | 188 | | |
| Total General | 2,057 | 552 | 63 | 4 | 58 | 124 | 249 | 49 | 5 | 90 | 155 | 33 | 437 | 135 | 0 | 77 | 81 | 27 | 4,196 | 70,680 | 63,032 | 6,905 | 602 | 141 |

1/ Incluye 13 Obras correspondientes a Gobiernos Estatales (Chiapas y Edo. Mex.)

Fuente: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, datos al 31 de diciembre de 2011.*CS: Centro de Salud; UNEME: Unidad Médica de Especialidad; CESSA: Centro de Salud con Servicios Ampliados; UMAES: Unidad Médica de Alta Especialidad; EA: Establecimiento de Apoyo; HC: Hospital Comunitario; HG: Hospital General; HMI: Hospital Materno Infantil; HRAE: Hospital Regional de Alta Especialidad.

- De 2007 a 2012 se registran 1,448 unidades médicas móviles que brindan servicio a 3.8 millones de personas en 21,414 localidades; 664 unidades médicas móviles en nuevas rutas que benefician a 1.7 millones de personas en 8,284 localidades y 804 unidades móviles estatales que benefician a 2.9 millones de personas en 13,124 localidades.
- Esto permite ampliar la cobertura de salud en comunidades de difícil acceso con especial énfasis en siete estados prioritarios: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz, en donde se encuentran los 125 municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano (IDH).
- Dentro de las opciones de financiamiento, destaca la utilización del Fondo de Previsión Presupuestal del SPSS para la ampliación de la infraestructura. Del 2005 a mayo de 2012 se han aprobado obras por **8,628.5 millones de pesos**.

- Garantizar la **sustentabilidad del financiamiento** para infraestructura física en el corto plazo para áreas aún no cubiertas por completo y en el mediano plazo para su ampliación dada la creciente demanda que enfrentarán dada la transición demográfica y epidemiológica.
- Contar con sustentabilidad financiera y estrategias efectivas para garantizar la **capacidad real de atención de la infraestructura física** de la cual depende la garantía de acceso efectivo a servicios de salud para la población. En 2011, 75% de las unidades de salud en operación estaban acreditadas. En este sentido, aún existe un reto importante en garantizar la capacidad de atención de manera constante, bajo estándares establecidos, de todas las unidades que prestan servicios a la población.
- Resolver **problemáticas en infraestructura en ciertas entidades federativas**: Baja California, Chiapas, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Zacatecas son algunos de los estados que señalan tener problemas de infraestructura, sobretudo, en términos de suficiencia para cubrir la demanda de servicios de salud.

- Los recursos humanos constituyen el insumo fundamental en el que se basa la prestación efectiva de servicios de salud a la población. Por recursos humanos se consideran: médicos generales, médicos especialistas, enfermeras generales, enfermeras auxiliares, otras enfermeras, personal técnico, personal administrativo, otros (como promotores de la salud).
- En cuanto a su función de rectoría, la Secretaría de Salud es responsable de procesos cruciales como la asignación de residencias médicas que resulta clave para garantizar la demanda de servicios de salud.
- Para la prestación de servicios, las instituciones de seguridad social así como los servicios estatales de salud (oferentes de servicios para el Sistema de Protección Social en Salud) son responsables de los procesos de contratación, pago, capacitación y seguimiento de los recursos humanos necesarios para la prestación.
- En materia de financiamiento, los recursos humanos son cubiertos con recursos federales y estatales. Para el SPSS, a partir de 2008, el PEF establece un límite de hasta el 40% de los recursos transferibles del SPSS que deben destinarse al concepto de remuneraciones al personal. En caso de que los requerimientos de contratación excedan dicho límite, el estado debe encontrar fuentes distintas a las transferencias federales del SPSS para cubrir los requerimientos.

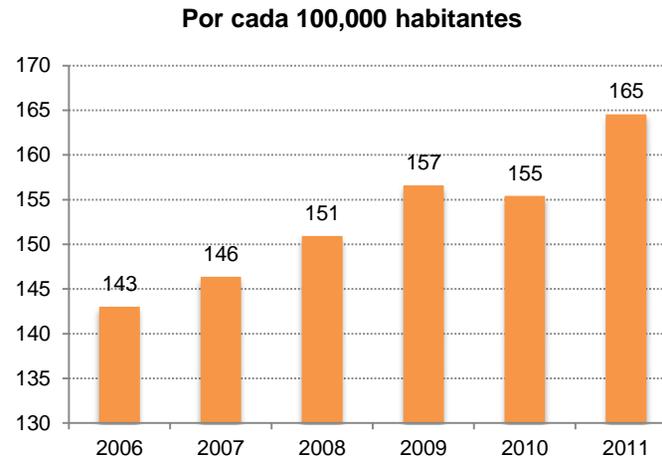
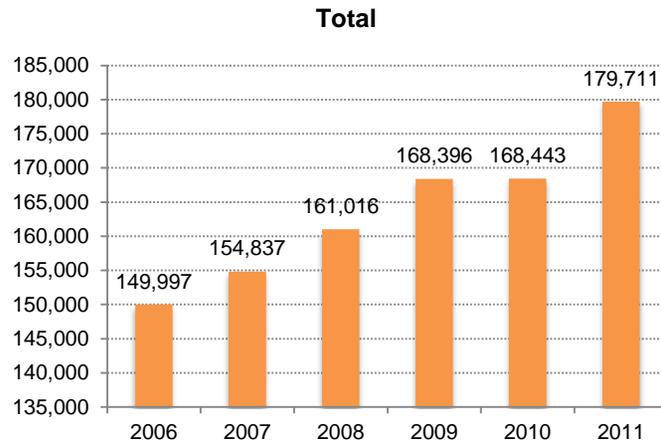
Evolución de médicos y enfermeras del sector salud

- Al cierre de 2011, todo el sector salud (Secretaría de Salud, instituciones de seguridad social, IMSS-Oportunidades y estatales) contaba con **179,711 médicos en contacto con el paciente**, lo que corresponde a **165 médicos por cada 100,000 habitantes**.
- De 2001 a 2011 el número total de médicos en contacto con el paciente del sector salud **se incrementó en 48%** y el número de médicos por cada 100,000 habitantes se incrementó en alrededor del 35% en este periodo.
- Al cierre de 2011, todo el sector salud contaba con **244,016 enfermeras**, lo que corresponde a **223 enfermeras por cada 100,000 habitantes**.
- De 2001 a 2011 el número total de enfermeras del sector salud **se incrementó en 46%** y el número de enfermeras por cada 100,000 habitantes se incrementó en 33% en este periodo.
- Para la **Secretaría de Salud**, de 2001 a 2011 se registra **un incremento de 70%** en el número de médicos en contacto con pacientes y de **91%** en el número de enfermeras.
- San Luis Potosí, Guanajuato, Michoacán, Zacatecas, Oaxaca y Estado de México son los estados con mayor crecimiento en el número de médicos de la Secretaría de Salud de 2001 a 2011, mientras que Jalisco y Nuevo León tuvieron el menor crecimiento. En cuanto a las enfermeras, el mayor crecimiento lo presentan Puebla y Guanajuato, y el menor el D.F.

7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

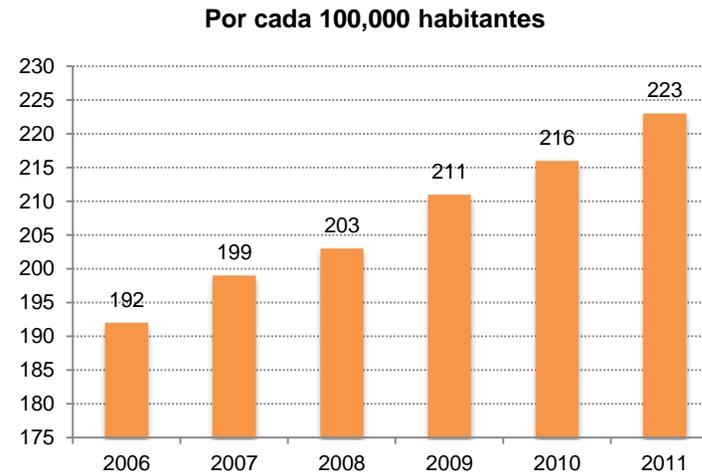
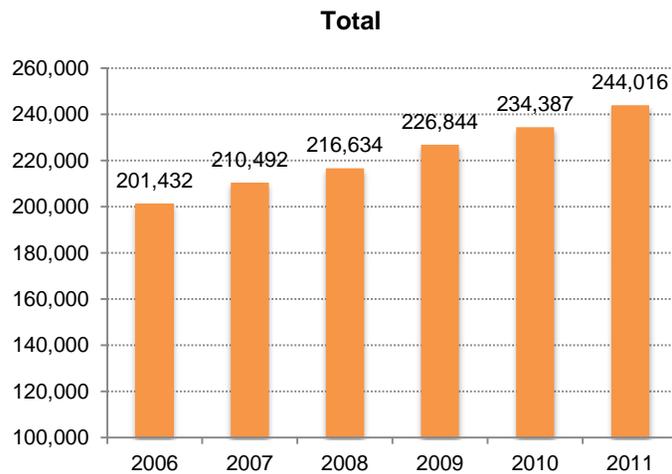
FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN: RECURSOS HUMANOS Evolución (2/3)

Número de médicos en contacto con el paciente, 2006-2011



Fuente: Dirección General de Información en Salud. SINAIS.

Número de enfermeras en contacto con el paciente, 2006-2011



Fuente: Dirección General de Información en Salud. SINAIS.

7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN: RECURSOS HUMANOS Evolución (3/3)

Médicos y enfermeras en contacto con pacientes de la Secretaría de Salud y los servicios estatales de salud, 2001-2011

Médicos y enfermeras en contacto con pacientes por entidad federativa, Secretaría de Salud, 2001-2011

| Entidad | Médicos | | | Enfermeras | | |
|----------------------|--------------|--------------|----------------------|--------------|---------------|----------------------|
| | 2001 | 2011 | Cambio 2001-2011 (%) | 2001 | 2011 | Cambio 2001-2011 (%) |
| AGUASCALIENTES | 736 | 1190 | 61.7% | 1021 | 1863 | 82.5% |
| BAJA CALIFORNIA | 735 | 1306 | 77.7% | 1112 | 2241 | 101.5% |
| BAJA CALIFORNIA SUR | 359 | 559 | 55.7% | 466 | 800 | 71.7% |
| CAMPECHE | 536 | 856 | 59.7% | 660 | 1275 | 93.2% |
| COAHUILA DE ZARAGOZA | 774 | 1242 | 60.5% | 803 | 1730 | 115.4% |
| COLIMA | 433 | 749 | 73.0% | 447 | 982 | 119.7% |
| CHIAPAS | 1510 | 2792 | 84.9% | 1907 | 4600 | 141.2% |
| CHIHUAHUA | 1121 | 2178 | 94.3% | 1475 | 3345 | 126.8% |
| DISTRITO FEDERAL | 9710 | 13144 | 35.4% | 12399 | 16165 | 30.4% |
| DURANGO | 847 | 1306 | 54.2% | 974 | 1703 | 74.8% |
| GUANAJUATO | 1797 | 4023 | 123.9% | 2028 | 6177 | 204.6% |
| GUERRERO | 2225 | 3027 | 36.0% | 2396 | 3876 | 61.8% |
| HIDALGO | 1306 | 2371 | 81.5% | 1553 | 3286 | 111.6% |
| JALISCO | 3856 | 5002 | 29.7% | 4687 | 7328 | 56.3% |
| MÉXICO | 4161 | 8692 | 108.9% | 4506 | 12591 | 179.4% |
| MICHOACÁN | 1824 | 3916 | 114.7% | 1700 | 3624 | 113.2% |
| MORELOS | 879 | 1461 | 66.2% | 979 | 2136 | 118.2% |
| NAYARIT | 622 | 1169 | 87.9% | 770 | 1292 | 67.8% |
| NUEVO LEÓN | 1372 | 1749 | 27.5% | 1365 | 2233 | 63.6% |
| OAXACA | 1572 | 3340 | 112.5% | 1648 | 4023 | 144.1% |
| PUEBLA | 1700 | 3358 | 97.5% | 1456 | 4523 | 210.6% |
| QUERÉTARO | 854 | 1508 | 76.6% | 1081 | 1671 | 54.6% |
| QUINTANA ROO | 609 | 956 | 57.0% | 661 | 1370 | 107.3% |
| SAN LUIS POTOSÍ | 1012 | 2811 | 177.8% | 1259 | 1861 | 47.8% |
| SINALOA | 1045 | 2121 | 103.0% | 1326 | 2402 | 81.1% |
| SONORA | 1222 | 1739 | 42.3% | 1672 | 2604 | 55.7% |
| TABASCO | 1907 | 3033 | 59.0% | 2393 | 3744 | 56.5% |
| TAMAULIPAS | 1524 | 2721 | 78.5% | 2264 | 4118 | 81.9% |
| TLAXCALA | 824 | 1537 | 86.5% | 692 | 1870 | 170.2% |
| VERACRUZ | 3015 | 5338 | 77.0% | 2992 | 6425 | 114.7% |
| YUCATÁN | 781 | 1216 | 55.7% | 992 | 1870 | 88.5% |
| ZACATECAS | 575 | 1250 | 117.4% | 711 | 1739 | 144.6% |
| NACIONAL | 51443 | 87660 | 70.4% | 60395 | 115467 | 91.2% |

Fuente: Dirección General de Información en Salud. SINAIS.

Residencias médicas

- Con el fin de hacer frente a la problemática de residencias médicas se han implementado las siguientes **estrategias**:
 - **Grupo de estudio sobre la formación de especialistas**: 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. Se han seguido las siguientes estrategias:
 - **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 de privilegiar la formación en cuatro años y de entrada directa de los especialistas que prioritariamente requiere el sector.
 - **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 y pediatría.
 - Mejorar la **oferta educativa** con 50 escuelas y facultades de medicina que avalan 84 cursos de especialidad, 24, 25 y 27 de estos fueron concursados como entrada directa para 2009, 2010 y 2011, respectivamente.
 - Mejorar la **oferta de plazas**: el número de plazas fue 6,132; 6,044 y 6,075 respectivamente para 2008, 2009 y 2010 con una variación de 88 plazas menos para 2009 y un aumento de 31 en 2010 respecto al año inmediato anterior.

Regularización de Plazas

- Existen diferentes fuentes de financiamiento y de regulación presupuestaria para el ejercicio de los recursos: existe personal que se paga con recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33 y nóminas que se cubren con el 40% (límite) de los recursos transferibles a las entidades por parte del SPSS. Ambos recursos atienden a la misma población objetivo y desempeñan las mismas funciones.
- Los recursos que se transfieren a través del Ramo 33 FASSA para cubrir el costo de las 144,607 plazas registradas al 2012 (plazas federalizadas), se incrementan anualmente con base en la plantilla registrada en la SHCP, y dado que en su mayoría se refieren a personal de base, se cubren invariablemente sus remuneraciones de conformidad con el tabulador y prestaciones vigentes. En virtud del Convenio de Descentralización no se lleva un control de la vacancia y en consecuencia los recursos remanentes se utilizan por las entidades federativas para cubrir otro tipo de plazas (eventuales, honorarios, precarias) para garantizar la prestación de servicios.
- Se ha logrado la **regularización de 68,050 trabajadores** de este otro tipo de plazas - eventuales, honorarios, precarias (23% corresponden a médicos, 32% a enfermeras, y el resto a otro tipo de personal). Esto implica que a partir de 2012 prácticamente tendrán las **mismas remuneraciones económicas que el personal federalizado de base** (si bien continúan con código de plaza de personal eventual no de base). Esta regularización se ha cubierto parcialmente con recursos del SPSS y remanentes de servicios personales y ampliaciones del gasto de operación del FASSA.

Creación de plazas (Secretarías de Salud)

- A octubre de 2011, se registra la **creación de 119,929 plazas en total**. De éstas el 20% corresponde a plazas ya homologadas, el 14% a plazas estatales y el 66% a nuevas plazas precarias.
- De las plazas nuevas, el 19% son de médicos, el 26% de enfermeras, el 24% de administrativos.

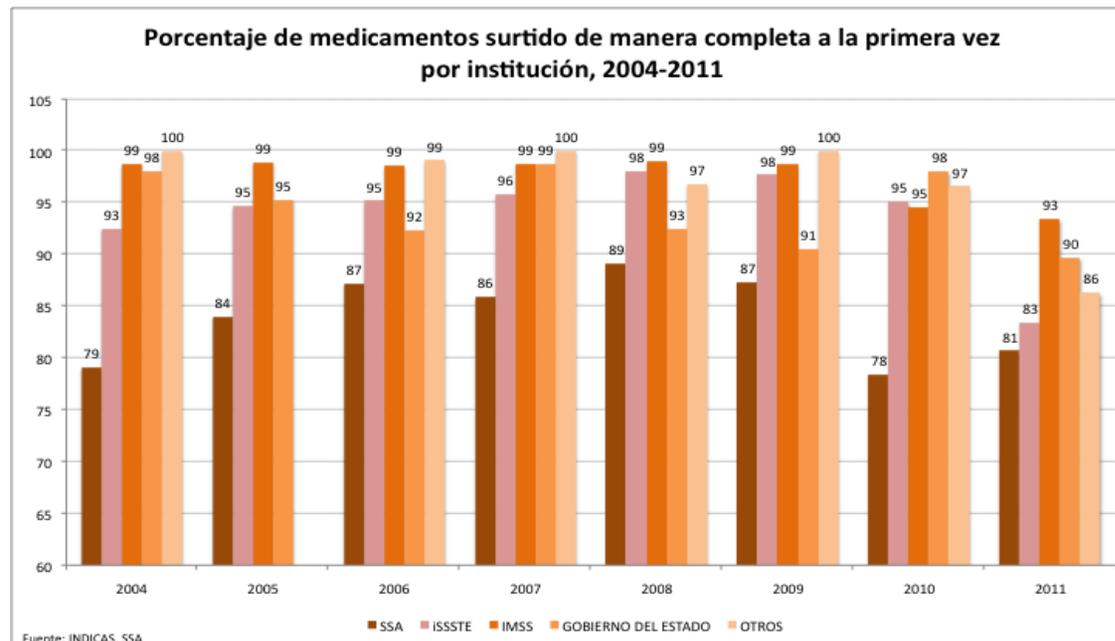
- Persiste amplia rotación de personal (pasantes) en el primer nivel de atención, particularmente en áreas marginadas y dispersas, lo que constituye un reto importante para garantizar mejores estándares de atención, capacitación continua del personal y el acercamiento efectivo con los pacientes.
- Garantizar la sustentabilidad financiera requerida para el pago de recursos humanos necesarios para satisfacer la demanda con estándares de calidad.

- Las instituciones públicas de salud dentro de su cobertura, garantizan el surtimiento completo de los medicamentos, incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud, asociados a los padecimientos que cubren.
- Este surtimiento implica una serie de procesos o cadena que llevan a cabo las instituciones: compra, distribución, abasto, prescripción y finalmente el surtimiento de medicamentos.
- En estas etapas de la cadena que llevan al surtimiento, se han implementado distintas acciones encaminadas a realizar una mejor inversión de los recursos públicos, garantizar la seguridad de los pacientes y asegurar el surtimiento de medicamentos de manera efectiva a la población.

Surtimiento de medicamentos

- De 2004 a 2011 el porcentaje de medicamentos surtido de manera completa a la primera vez se ha mantenido relativamente **constante**. (INDICAS)
- El IMSS es la institución con mayor porcentaje de surtimiento por arriba del 93%. La Secretaría de Salud es la institución con el menor porcentaje de surtimiento durante el periodo, siendo de 81% para el 2011. (INDICAS)

Porcentaje de medicamentos surtidos de manera completa a la primera vez por institución, 2004-2011



Fuente: INDICAS, SS

7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

MEDICAMENTOS Evolución (2/3)

- **Por entidad federativa**, en 2011, los servicios estatales de salud con los mayores porcentajes de surtimiento de medicamentos fueron Durango, Estado de México y Nuevo León (por arriba de 90%), y los de menor porcentaje fue Michoacán e Hidalgo (debajo de 67%).
- De 2004 a 2011, en la mayoría de los estados se observan disminuciones en el porcentaje de surtimiento de medicamentos. Solo Baja California, Durango, Estado de México, Nuevo León y Puebla muestran incrementos (por debajo de 11%).

Porcentaje de surtimiento de medicamentos por entidad federativa, 2004-2011

| Entidad federativa | 2004 | 2011 | Cambio porcentual 2004-2011 |
|---------------------|-------------|-------------|-----------------------------|
| Aguascalientes | 92.0 | 83.8 | -9.8 |
| Baja California | 77.1 | 87.1 | 11.5 |
| Baja California Sur | 87.8 | 87.3 | -0.6 |
| Campeche | 92.8 | 69.1 | -34.3 |
| Coahuila | 81.5 | 72.3 | -12.7 |
| Colima | 97.5 | 82.8 | -17.8 |
| Chiapas | 97.0 | 77.4 | -25.3 |
| Chihuahua | 92.6 | 81.6 | -13.5 |
| Distrito Federal | 95.4 | 77.4 | -23.3 |
| Durango | 87.6 | 95.0 | 7.8 |
| Guanajuato | 91.9 | 90.2 | -1.9 |
| Guerrero | 91.7 | 83.9 | -9.3 |
| Hidalgo | 71.5 | 66.9 | -6.9 |
| Jalisco | 75.8 | 77.1 | 1.7 |
| Estado de México | 81.7 | 91.5 | 10.7 |
| Michoacán | 67.3 | 59.7 | -12.7 |
| Morelos | 94.2 | 73.4 | -28.3 |
| Nayarit | 82.7 | 73.4 | -12.7 |
| Nuevo León | 84.5 | 90.0 | 6.1 |
| Oaxaca | 97.1 | 78.7 | -23.4 |
| Puebla | 85.7 | 86.3 | 0.7 |
| Querétaro | 97.2 | 76.0 | -27.9 |
| Quintana Roo | 93.2 | 82.0 | -13.7 |
| San Luis Potosí | 87.0 | 76.6 | -13.6 |
| Sinaloa | 93.9 | 79.3 | -18.4 |
| Sonora | 89.8 | 69.1 | -30.0 |
| Tabasco | 90.2 | 82.0 | -10.0 |
| Tamaulipas | 95.9 | 84.4 | -13.6 |
| Tlaxcala | 85.2 | 77.5 | -9.9 |
| Veracruz | 85.7 | 74.9 | -14.4 |
| Yucatán | 95.5 | 79.8 | -19.7 |
| Zacatecas | 86.5 | 79.4 | -8.9 |
| Nacional | 79.1 | 80.7 | 2.0 |

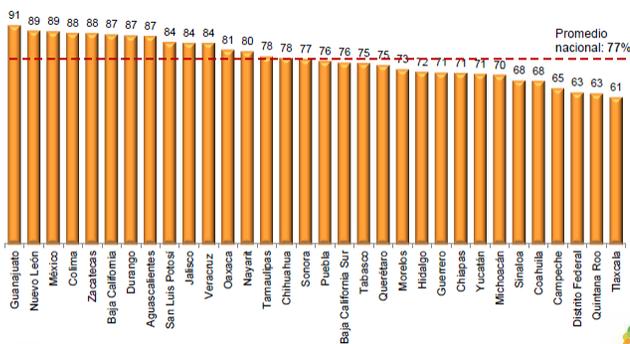
Fuente: INDICAS; SS.

7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

MEDICAMENTOS Evolución (3/3)

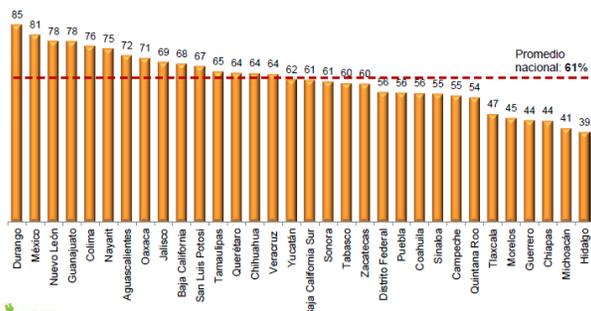
- De acuerdo al estudio de satisfacción del Seguro Popular (2011), el nivel de satisfacción de los usuarios con la forma y/o periodicidad en la entrega de medicamentos, es en promedio del 77%.
- Por su parte, los usuarios que manifestaron que recibieron todas o casi todas las medicinas que les recetaron son en promedio el 61%.

Nivel de satisfacción de usuarios con forma y/o periodicidad en la entrega de medicamentos, 2011



Fuente: Estudio de Satisfacción de los usuarios del SPSS 2011; CNPSS.

Porcentaje de usuarios que manifiestan recibieron todas o casi todas las medicinas que les recetaron, 2011



Fuente: Estudio de Satisfacción de los usuarios del SPSS 2011; CNPSS.

- Destacan las siguientes acciones desarrolladas en materia de medicamentos:
- *Compra:* destaca el establecimiento de precios de referencia por parte de la **Comisión Coordinadora para la negociación de los precios de medicamentos y otros insumos para la salud**; la **obligatoriedad de publicar los costos de compra de medicamentos para las entidades federativas e instituciones del sector salud** lo que ha repercutido en la reducción de la varianza registrada en la compra de medicamentos entre estados y ha incrementado la transparencia de este proceso; y la sistematización de información sobre medicamentos, a través del desarrollo del **Centro Sectorial de Gestión Web de Información sobre Medicamentos (CesMED)** que inició operaciones en 2011 ofreciendo a 65 entidades e instituciones del sector información sobre áreas de oportunidad, precios y volúmenes comparativos en la compra de medicamentos.
- *Prescripción:* en mayo de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación los lineamientos que establecen la presentación obligatoria de una **receta médica para la venta o surtimiento** de aproximadamente 2000 medicamentos (antibióticos y antimicrobianos), esto con la finalidad de regular y garantizar la seguridad en el consumo de medicamentos.
- *Surtimiento:* como medida para incrementar y garantizar el surtimiento de medicamentos del SPSS, a partir de marzo de 2012, la CNPSS estableció un programa piloto en los estados de Campeche, Guanajuato, Querétaro y Nuevo León, que permitirá a los beneficiarios del Seguro Popular recibir los medicamentos que le hayan sido prescritos y no le hayan sido entregados en la farmacia pública. El surtimiento es a través de una **Receta Asociada para la Entrega Complementaria de Medicamentos (RASEM)** en alguna de las farmacias privadas de la red establecida, sin cobro alguno. Por cada pieza de medicamento que no sea surtido por la farmacia pública. Los medicamentos surtidos por medio de una RASEM serán pagados a las farmacias privadas de la red a precios fijos definidos por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

- Continuar con la ampliación de esquemas para **garantizar surtimiento al 100%** en todas las instituciones del país, particularmente en los servicios estatales de salud, como lo es la subrogación de servicios con las farmacias privadas y el establecimiento de los mecanismos necesarios para garantizar el surtimiento en cualquier punto de venta y los pagos cruzados respectivos de manera eficiente para el funcionamiento de esta estrategia.
- Continuar con la operación y ampliación de mejores prácticas para **reducir la varianza** en el costo de compra y distribución de medicamentos entre entidades federativas e instituciones.
- Dada la transición demográfica y el panorama epidemiológico se volverá relevante abrir la discusión sobre la ampliación del cuadro de medicamentos y las ventajas, desventajas y opciones de factibilidad de la incorporación de medicamentos de segunda generación o de patente para el tratamiento de padecimientos con altas prevalencias (crónico-degenerativas).

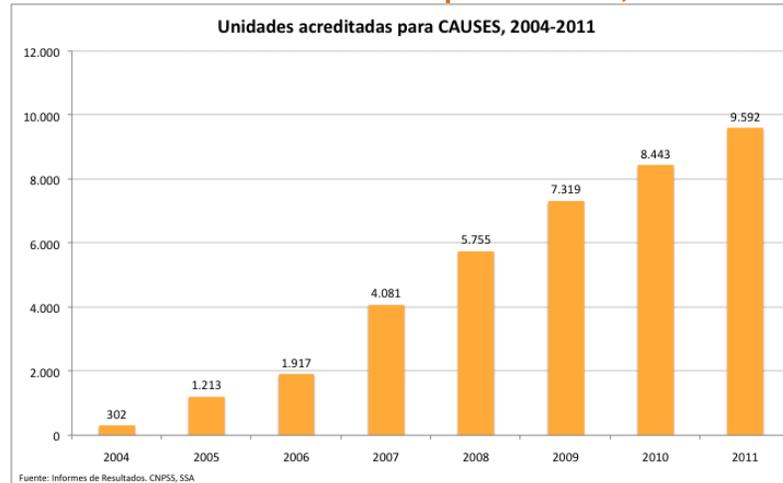
- La acreditación se constituye como un mecanismo para **evaluar la capacidad de atención de las unidades que prestan servicios de salud públicos a la población**. La acreditación se orienta a garantizar que dichas unidades de salud cumplan los requisitos necesarios en los componentes de seguridad, calidad y capacidad instalada apropiada en cuanto a personal, dispositivos médicos, infraestructura física y medicamentos.
- En el caso del Sistema de Protección Social en Salud, desde su origen, se diseñó y ha implementado un mecanismo de acreditación consistente en una evaluación a través de una cédula que refleja un puntaje global de infraestructura, procesos y resultados requeridos. El puntaje se manifiesta en un dictamen que puede ser favorable, condicionado o no favorable. En los dos últimos casos, los servicios de salud de la entidad deberán comprometerse a brindar apoyo financiero del SPSS para que puedan cumplir con los criterios de acreditación. Si es favorable, puede formar parte de la red de prestadores de servicios. El dictamen tiene una vigencia de 2 años.
- Para el **SPSS**, la necesidad de acreditación se establece en la **Ley General de Salud** que el proceso está a cargo de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud quien norma el proceso, diseña las cédulas de evaluación para cada nivel de atención, realiza el procedimiento de acreditación y genera los dictámenes. La Ley establece la obligatoriedad de la acreditación como condición para prestar servicios del SPSS.
- En el caso del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) del SPSS, lo que se acredita son los **servicios** que se prestan y no todas las unidades que los prestan, a diferencia del CAUSES donde se acredita a las unidades prestadoras de servicios.

7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CALIDAD DE LA ATENCIÓN: ACREDITACIÓN Evolución (1/1)

- En 2011, de los 12,743 establecimientos médicos susceptibles a evaluarse, se acreditó al 75.3% para la prestación del CAUSES del SPSS.
- La meta de acreditación para el cierre del año 2012 es de 12,002 unidades.

Unidades acreditadas por CAUSES, 2004-2011



- Para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el Seguro Médico para una Nueva Generación, la acreditación se realiza a nivel de servicios por parte de las unidades de segundo y tercer nivel participantes. Todos los casos aprobados y pagados del FPGC y SMNG son prestados por unidades que acreditaron la prestación de dichos servicios.

Servicios acreditados para atender el SMNG y FPGC, 2004-2011

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------|
| FPGC y SMNG | 412 | 505 | 675 | 828 | |
| SMNG | | | | 204 | |
| FPGC | | | | 624 | 759 |

Fuente: Informes de Resultados, CNPSS, SS.

7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CALIDAD DE LA ATENCIÓN: ACREDITACIÓN Líneas de Acción (1/1)

- Se identifica como avance la existencia de un mecanismo establecido que permita evaluar la capacidad de atención de las unidades de salud que prestan servicios al SPSS.
- Destaca la cobertura del 100% de acreditación previa para la prestación de servicios del FPGC y el SMNG, y el avance paulatino logrado en la acreditación de las unidades que prestan servicios del CAUSES.

7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CALIDAD DE LA ATENCIÓN: ACREDITACIÓN Asuntos Prioritarios (1/1)

- **Lograr la acreditación de todas las unidades de salud** que presten servicios del CAUSES de manera inmediata como garantía de capacidad de atención.
- La evaluación de la calidad de atención requiere un **ejercicio integrado que involucre a todas las instituciones del sector salud** y que garantice que todas sean evaluadas con estos estándares de manera continua.
- Este proceso debe agregar o complementarse con **elementos de evaluación de la calidad en la prestación de los servicios** para garantizar la capacidad de atención efectiva.

- La satisfacción de los usuarios se utiliza como medida proxy de la calidad de la atención que estos reciben.
- Esta satisfacción se puede medir de manera rutinaria a través de sistemas de información o comunicación establecidos o bien a través de la realización de encuestas periódicas que sean representativas de los beneficiarios de los servicios.
- Para el caso del Sistema de Protección Social en Salud, de manera anual se levanta la **Encuesta de Satisfacción de los Usuarios del SPSS** que provee información de la satisfacción de los afiliados en distintos aspectos: satisfacción general, proceso de inscripción, atención en general, atención y desempeño del médico, servicios que recibió (tiempo de espera, surtimiento de medicamentos, etc.), etc.
- Para el caso del **IMSS**, dos veces al año se levanta la **Encuesta de Satisfacción a Derechohabientes de Servicios Médicos** que busca conocer la percepción que tienen los usuarios de los servicios médicos que presta el IMSS y la calidad de los mismos.
- Para el caso del **ISSSTE**, cuenta con 9 experiencias de su Encuesta Nacional de Satisfacción desde el año 2000, y en 2008 realizó la Primera en 2008 se realizó la Primera **Encuesta Nacional de Satisfacción y Transparencia**.

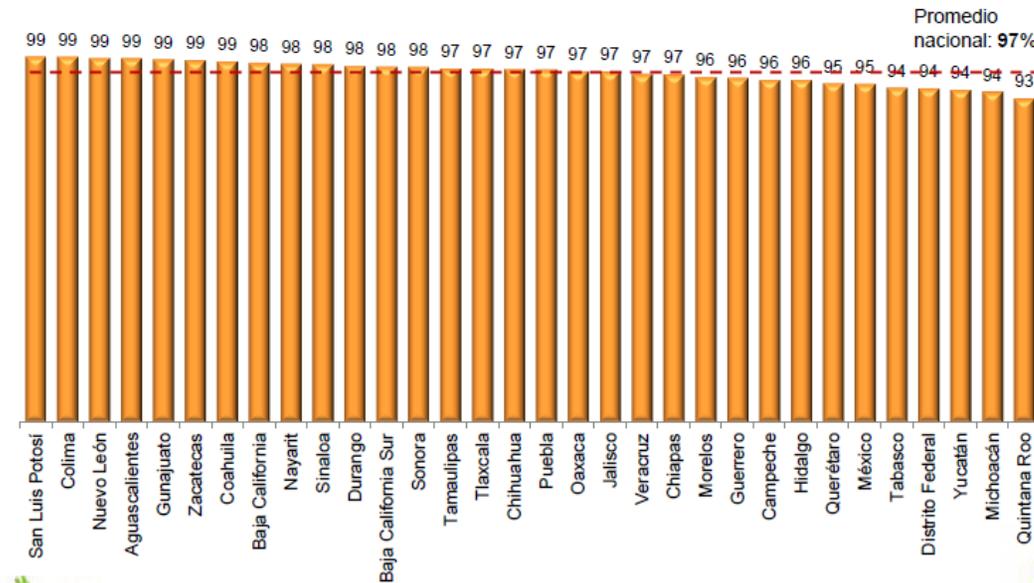
7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CALIDAD DE LA ATENCIÓN: SATISFACCIÓN DE USUARIOS Evolución (1/4)

- De acuerdo con información del INDICAS, en 2011 el 96.6% de usuarios consideran bueno el trato recibido en la unidad médica en consulta externa. Asimismo, el 91.7% consideran bueno el trato recibido en la unidad médica en consulta de urgencias.

Resultados del estudio de satisfacción de usuarios del SPSS 2011

- El levantamiento se realizó en 761 centros de atención en las 32 entidades federativas y 237 jurisdicciones sanitarias, con una muestra de 21,977 usuarios, entrevistados a la salida de las unidades médicas. (Universidad de Chapingo)
- En cuanto a satisfacción general, el promedio nacional es de 97%. Todas las entidades federativas se encuentran por arriba de 93%.

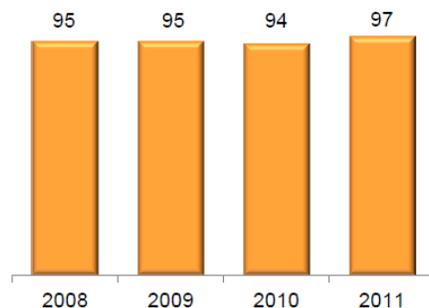


Fuente: Estudio de Satisfacción de los usuarios del SPSS 2011; CNPSS

7.PRESTACIÓN DE SERVICIOS

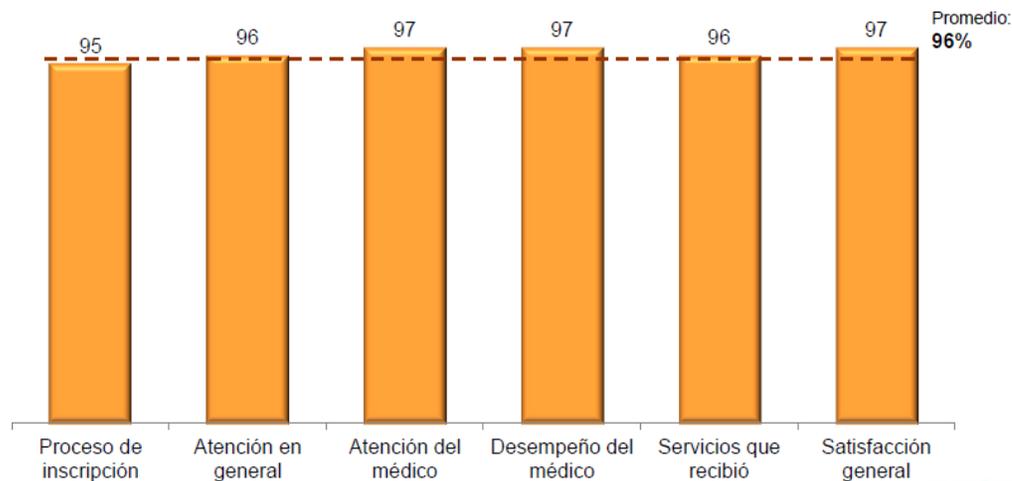
CALIDAD DE LA ATENCIÓN: SATISFACCIÓN DE USUARIOS Evolución (2/4)

- De 2008 a 2011 el porcentaje de usuarios que respondieron estar satisfechos con el Seguro Popular en general se ha mantenido relativamente constante, siendo el más alto el 97% de 2011.



Fuente: Encuestas de Satisfacción de Usuarios del SPSS, varios años; CNPSS

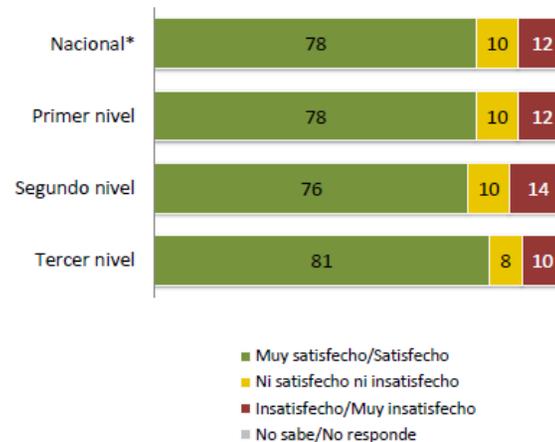
- En 2011, la satisfacción promedio por componente evaluado es en promedio de 96%.



Fuente: Estudio de Satisfacción de los usuarios del SPSS 2011; CNPSS

Resultados de la encuesta de satisfacción a derechohabientes de servicios médicos del IMSS noviembre 2011

- La muestra del levantamiento es de 36,173 derechohabientes usuarios (20,150 en primer nivel, 10,618 en segundo nivel y 5,405 en tercer nivel).
- El 78% de los usuarios manifiestan estar muy satisfechos o satisfechos con el servicio médico recibido.



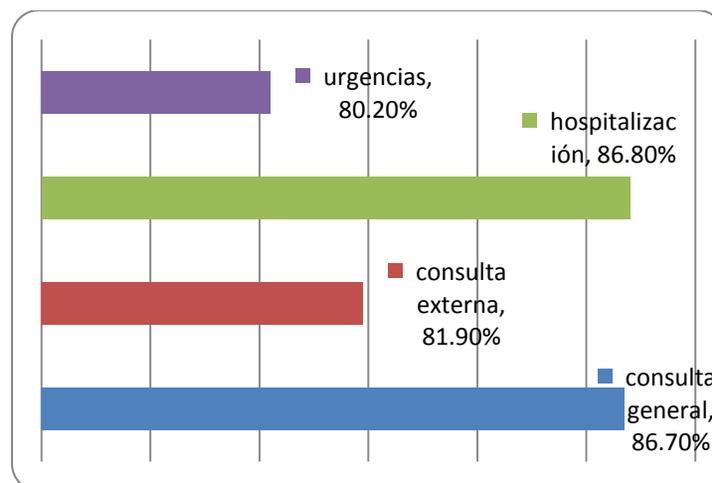
Fuente: Encuesta de Satisfacción a Derechohabientes de Servicios Médicos del IMSS, Noviembre 2011

*El resultado nacional contempla los tres niveles de atención.

- Entre otros resultados, la encuesta reporta que el 87% de los usuarios recetados recibieron todos los medicamentos y el 13% algunos, contemplando los tres niveles de atención.

Resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Transparencia del ISSSTE 2008

- Para este caso, la muestra del levantamiento consideró a 25,241 cuestionarios aplicados en las cuatro servicios de atención de la institución: Prestaciones económicas y sociales, Servicios médicos, Órganos desconcentrados y Sistema integral de tiendas y farmacias.
- De acuerdo con los resultados de esta Encuesta Nacional de Satisfacción y Transparencia, el nivel de satisfacción general de los usuarios fue de 86%. El resultado para los servicios médicos en particular fue del 84% que consideró: consulta general, consulta externa, hospitalización y urgencias.



Fuente: ISSSTE. 1ª Encuesta Nacional de Satisfacción y Transparencia, 2008.

- Si bien cada institución cuenta con su propio ejercicio de medición, las Instituciones Públicas de Sistema Nacional de Salud signarán en breve un “Convenio de colaboración interinstitucional para medir la satisfacción de los usuarios de servicios médicos del Sistema Nacional de Salud”. Se contará con los resultados de esta medición común en el mes de octubre de 2012.

- En términos generales la satisfacción manifestada por los usuarios con el SPSS es alta y se ha mantenido así en los últimos años. Por su parte la satisfacción de los usuarios del IMSS es cercana al 80% y muestra indicadores satisfactorios en materia de calidad como el surtimiento de medicamentos.
- Para el SPSS, se ha trabajado para garantizar que la satisfacción manifestada no sólo esté asociada a la gratuidad en la cobertura y prestación de los servicios, sino que la calidad en la atención sea exigida y percibida por el usuario como un derecho.
- La medición de la satisfacción del usuario permite identificar áreas de oportunidad y establecer acciones de mejora, en particular, por ejemplo, se reconoce como área de oportunidad y acción inmediata para el SPSS el surtimiento de medicamentos. Se están implementando medidas como el seguimiento continuo al surtimiento de medicamentos y la prueba de la Receta Asociada para la Entrega Complementaria de Medicamentos (RASEM) para incrementar estos niveles.

- Mantener el seguimiento de la satisfacción de usuario como una de las medidas que permiten percibir y evaluar la calidad general de los servicios ofrecidos a la población por parte de las instituciones de salud públicas.
- Continuar complementando dichas mediciones con medidas objetivas de la calidad de los servicios.
- Continuar los esfuerzos para que el usuario pueda hacer efectivo su derecho a una atención de calidad y existan los mecanismos eficientes para ello.

- La ampliación de la cobertura pública en salud para la población y el incremento en la inversión de recursos asociados a ésta, han hecho necesario el diseño e implementación de procesos de innovación a nivel gerencial para garantizar la capacidad de los servicios, mejorar la calidad de éstos y optimizar el uso de los recursos.
- En particular destacan procesos de mejora-innovación en las siguientes áreas:
 - Financiamiento y compra de servicios a través de la aplicación de distintas modalidades de pago de servicios prestados y la ampliación de prestadores de servicios de todas las instituciones y los mecanismos de gestión y pago asociados para su participación.
 - Insumos para la prestación de servicios, en particular, aplicación de modelos para optimizar el uso de recursos, compra y surtimiento de medicamentos y vacunas.

Pago por evento de intervenciones de segundo y tercer nivel de atención

- El Sistema de Protección Social en Salud desde su inicio se basa en un Sistema de Aportaciones para generar la bolsa de recursos que permita prestar los servicios ofrecidos. En el Sistema participa la Federación que aporta 5/6 de la bolsa de recursos a través de una Cuota Social y Aportación Solidaria Federal (ASF) por afiliado y las Entidades Federativas que aportan 1/6 de ésta a través de la Aportación Solidaria Estatal (ASE).
- El destino de esta bolsa se distribuye en un 89% para la prestación del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) vía transferencia de estos recursos a las entidades federativas para la compra y prestación de los servicios correspondientes; 8% para el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC) administrado a través de un fideicomiso; y el 3% restante para el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP).
- El SPSS ofrece también la prestación de cobertura total de padecimientos a los niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006, adicionales a las del CAUSES y FPGC por medio del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) que cuenta con un presupuesto adicional a los recursos del sistema de aportaciones.
- Para el pago de los servicios del SPSS se utilizan dos modalidades primordiales:
- Para el CAUSES, dadas las intervenciones que cubre principalmente en el primero y segundo nivel de atención, se transfiere a las entidades federativas una cápita por afiliado para la cobertura integral de este paquete de servicios. Esta transferencia se realiza como pago anticipado para la prestación de servicios (independientemente de si la atención se da o no).
- Para el FPGC y el SMNG, que cubren primordialmente intervenciones en el segundo y tercer nivel de atención, se realiza el pago una vez que el servicio ha sido otorgado y validado. Asimismo, el pago va ligado a eventos o servicios particulares y no para la cobertura integral de todo un paquete de servicios o un conjunto de acciones incluidas para la prestación de una intervención. Para la prestación de estos servicios, además, los prestadores deben acreditar que cuentan con la capacidad para su provisión (acreditación del servicio).

- La modalidad del pago por evento tiene como ventaja principal el ligar el pago del servicio al resultado concreto de desempeño en la prestación de éste, cuestión que no se da en la transferencia anticipada de cápitás, y que ha resultado de gran importancia para optimizar el uso de recursos para el segundo y tercer nivel de atención, dar seguimiento puntual al desempeño de los prestadores de servicios e incentivar que se cuenta con la capacidad necesaria de oferta para otorgarlos y la mejora en la calidad de la provisión de los mismos, al estar asociado directamente al pago.
- La modalidad de pago por evento se ha utilizado prioritariamente para las intervenciones del FPGC y el SMNG; con el impulso de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, sin embargo, algunas entidades federativas utilizan esta modalidad para el pago de servicios específicos a sus prestadores, dentro de las intervenciones del CAUSES que por su naturaleza se presten para aplicar este esquema, por ejemplo, eventos quirúrgicos específicos.
- La aplicación de esta modalidad permite mayor transparencia y evaluación del desempeño de los prestadores y generar un incentivo directo para mejorar la calidad en la prestación al ligar el pago al resultado concreto de la prestación.

Intercambio interinstitucional de servicios

- Esta estrategia se centra en los esfuerzos de universalizar la prestación de servicios y su portabilidad con el fin de garantizar la prestación de servicios públicos de calidad para toda la población.
- El 1° de septiembre de 2011 se conformó la Comisión Interinstitucional para la Operación del Acuerdo General de Colaboración de Intercambio de Servicios en el Sector Salud, con participación de la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) de Oaxaca y Sonora, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCIINSHAE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- En noviembre de 2011, se aprobaron reglas de operación, líneas de trabajo y estrategia de difusión del Acuerdo General. Se publicó en las páginas web de las instituciones participantes: el Acuerdo General de Colaboración de Intercambio de Servicios y el Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud. Asimismo, se dio a conocer la liga de acceso a los secretarios de salud, delegados y directores de hospitales.
- Se identificaron 388 intervenciones como potenciales de intercambio, de las cuales 134 son con tarifas nuevas que se adicionan al Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.
- Se analizó la oferta y demanda por tipo de unidad médica, de las instituciones participantes a partir de las cuales se identificaron 411 intervenciones potenciales de intercambio en 18 entidades federativas.
- Se generó un modelo de convenio específico de intercambio de servicios y el 15 de junio de 2012 se firmó el primer Convenio Específico en Baja California Sur.

Comisión coordinadora para la negociación de los precios de los medicamentos y otros insumos para la salud

- Esta estrategia se centra en los objetivos de optimizar el uso de recursos al negociar para controlar el precio de compra de medicamentos e insumos para la salud y reducir la varianza de precios que enfrentan los distintos compradores públicos de medicamentos e insumos.
- En febrero de 2008, se publicó el Acuerdo por el que se crea esta Comisión Coordinadora.
- Este acuerdo tiene como antecedentes la firma en 2007 del “Compromiso para garantizar la suficiencia, disponibilidad y precio justo de medicamentos”, por parte de representantes de los poderes Ejecutivo y Legislativo Federal, de los gobiernos de las entidades federativas, de laboratorios fabricantes, distribuidores y farmacias, así como academias de profesionales médicos; y la persistencia en la heterogeneidad de los precios de compra observados para medicamentos e insumos entre los diferentes compradores públicos.
- La Comisión tiene por objeto llevar a cabo el proceso de negociación anual de precios de medicamentos y otros insumos para la salud contenidos en el Cuadro Básico para el primer nivel de atención médica y Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, que cuenten con patente vigente y que sean objeto del procedimiento de adjudicación directa.
- La Comisión está integrada por las secretarías de Hacienda y Crédito Público; Economía, y Salud, y por el IMSS e ISSSTE. La Secretaría de la Función Pública puede actuar como consejero.
- Entre sus funciones destaca ser la instancia única para la negociación anual de precios de adquisición para el sector público de medicamentos y otros insumos para la salud con patente vigente con los particulares, que posean la titularidad o el licenciamiento exclusivo de la patente en cada caso; y recopilar información sobre los precios observados de adquisición en el sector público de medicamentos y otros insumos para la salud con patente vigente, para sustentar futuras negociaciones.
- En 2012, se realizó ya el cuarto proceso de negociación de precios de medicamentos patentados a cargo de esta Comisión. Para este año se negociaron 156 presentaciones con 25 laboratorios y se obtuvo un ahorro directo por 973 millones de pesos (5.8 por ciento del importe total estimado y 51 por ciento más que en 2010).

Modelo complementario de compra de medicamentos: receta asociada para la entrega complementaria de medicamentos (RASEM)

- Esta estrategia se centra en garantizar el surtimiento completo de medicamentos para los afiliados del SPSS y buscar mecanismos alternativos para lograr este fin.
- En febrero de 2012, la Comisión Nacional de Protección Social de Salud (CNPSS), conjuntamente con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud de Campeche, Guanajuato, Querétaro y Nuevo León, establecieron un mecanismo complementario de abasto eficiente, distribución y entrega de los medicamentos asociados al CAUSES, que permita el suministro completo y oportuno de los medicamentos prescritos a los beneficiados del SPSS.
- Este mecanismo permitirá a los beneficiarios del Seguro Popular recibir los medicamentos que le hayan sido prescritos y no le hayan sido entregados en la farmacia pública, a través de una Receta Asociada para la Entrega Complementaria de Medicamentos (RASEM) por cada pieza de medicamento que no sea surtido por la farmacia pública.
- El beneficiario presentará su RASEM en alguna de las farmacias privadas de la red establecida, y recibirá su medicamento sin cobro alguno.
- La RASEM podrá ser expedida únicamente para los medicamentos contenidos en el CAUSES, y los medicamentos surtidos por medio de una RASEM serán pagados a precios fijos definidos por la CNPSS.
- Este mecanismo se instrumentará mediante un contrato abierto de prestación de servicios que se suscribirá entre el Estado, la CNPSS y todos los proveedores que deseen participar y cumplan los requisitos. Los proveedores serán los responsables del abasto, distribución y entrega de los medicamentos a través de las farmacias privadas. Las farmacias de manera individual podrán participar en este mecanismo a través del proveedor que ellos elijan y deberán dirigirse con estos para ser considerados como parte de la red de farmacias participantes.

- Se deben continuar impulsando mecanismos o estrategias de innovación enfocadas primordialmente en **garantizar la prestación de servicios públicos para toda la población con estándares de calidad** sin importar el estatus laboral, institución de afiliación o ubicación de la población:
- Continuar la implementación de esquemas que ligen el pago de servicios con el desempeño de éstos de modo que se incentive el seguimiento de resultados y la calidad en su prestación.
- Continuar e implementar esquemas que garanticen el surtimiento completo y efectivo de medicamentos e insumos requeridos para la salud, así como la optimización en la inversión de los recursos correspondientes para su compra.
- Garantizar la portabilidad en la prestación de los servicios y los esquemas tendientes hacia ésta y la universalización del sistema de salud para toda la población.

- La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud permanece dividida en dos grupos:
 - La población asalariada que se encuentra cubierta por la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MARINA, otras instituciones de seguridad social).
 - La población con trabajo no asalariado, nominada históricamente, población abierta, que no cuenta con seguridad social y que actualmente se encuentra cubierta por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o recurre a instituciones privadas para la atención de su salud.
- El SNS es entonces un **sistema de salud mixto**: el financiamiento es contributivo en la Seguridad Social (empleado – empleador – federación) y subsidiario (cubierto con impuestos generales) para el caso del SPSS (afiliado – federación – entidad federativa).
- Con el logro de la cobertura universal de la población a través de la expansión del SPSS (toda la población cuenta ya con acceso a un sistema de aseguramiento en salud público), se vuelve inminente la **necesidad de plantear un Sistema Universal Único de Salud** que garantice la **portabilidad** para el usuario (la atención de los usuarios en cualquier institución pública sin importar su afiliación) y analicé cual es el **esquema de financiamiento óptimo** de éste tomando en consideración la transición demográfica y epidemiológica que está sufriendo el país.
- Para garantizar esta portabilidad entre instituciones se debe: contar con un padrón único; establecer protocolos comunes de intervención y en particular, tabuladores y costos comunes; establecer procesos como el expediente electrónico vehículo de portabilidad; contar con voluntad política para definir las funciones entre instituciones, entre otras condiciones.

- Tendiendo hacia esta portabilidad que lleve eventualmente a un Sistema Universal Único de Salud se cuenta con dos antecedentes relevantes:
 1. En 2010, se realizó la firma e implementación del **Convenio de Colaboración Interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica**, que implica que cualquier mujer embarazada, sin importar su afiliación, puede recibir atención para emergencias obstétricas en cualquier institución pública de salud. Las instituciones realizan posteriormente el pago cruzado de servicios según la afiliación de la beneficiaria de la atención. Esto funge como un ejercicio de portabilidad institucional
 - Bajo este esquema, del 1 de junio de 2011 al 27 de junio de 2012 se han registrado 576 atenciones maternas y 409 recién nacidos (\$23,688,034). El 46% son atenciones otorgadas por el IMSS, el 41% por la Secretaría de Salud y el 13% por el ISSSTE.
 2. En 2009, se firmó el **Convenio de Portabilidad 32x32** que consiste en un 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 afiliados del SPSS. Esto permite que los afiliados puedan recibir servicios en cualquier lugar de la República, no solo en su entidad de residencia, dado que ya existe un mecanismo para que el prestador de servicios de la entidad ajena reciba la retribución económica por el servicio prestado por parte de la entidad donde se encuentra registrado el beneficiario. Esto funge como un ejercicio de portabilidad interestatal.

Plan para creación de Sistema Único de Salud:

- En el primer semestre de 2012 se puso en marcha un programa piloto para avanzar en la formalización del sistema único de salud del país.
- En la etapa inicial participan las instituciones de salud de dos estados de la República: Baja California Sur y Yucatán, las cuales tendrán un sistema de referencia para realizar las cirugías que requieran los pacientes en cualquiera de los hospitales públicos disponibles y en el menor tiempo posible.
- Este ejercicio servirá para evaluar la posibilidad y mecanismos específicos requeridos, así como para generar las discusiones y consensos necesarios tendientes hacia la creación de un Sistema Único de Salud a nivel nacional.

Intercambio interinstitucional de servicios:

- El 1° de septiembre de 2011 se conformó la Comisión Interinstitucional para la Operación del Acuerdo General de Colaboración de Intercambio de Servicios en el Sector Salud, con participación de la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) de Oaxaca y Sonora, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCIINSHAE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- En noviembre de 2011, se aprobaron reglas de operación, líneas de trabajo y estrategia de difusión del Acuerdo General. En el mes de junio de 2012, se logró la formalización del primer acuerdo específico de Intercambio de Servicios de Salud, entre el IMSS, ISSSTE y los Servicios Estatales de Salud de Baja California Sur, con lo que se da inicio formalmente a la operación de este proyecto.
- Se identificaron 388 intervenciones como potenciales de intercambio, de las cuales 134 son con tarifas nuevas que se adicionan al Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento. Se analizó la oferta y demanda por tipo de unidad médica, de las instituciones participantes a partir de las cuales se identificaron 411 intervenciones potenciales de intercambio en 18 entidades federativas.

- **Foro “Sistema Universal de Salud en México”**
 - Se llevó a cabo el 17 de agosto de 2012 para definir la estrategia de conformación del Sistema Universal de Salud en México
 - Se convocó a líderes de opinión en los ámbitos académico, empresarial, social y de gobierno.
 - Se desarrollaron tres paneles: Rectoría, Financiamiento y Prestación de Servicios, a través de los cuales se discutieron las líneas estratégicas en cada uno de los temas.
 - Durante el foro, el Secretario de Salud encomendó al Consejo de Salubridad General la creación de una Comisión Especial de Seguimiento para el Sistema Universal de Salud, de carácter temporal, la cual que dará seguimiento a las estrategias planteadas.

- Existen ya diversos esfuerzos de discusión y coordinación para abordar este tema prioritario, como es Plan para creación del Sistema Único de Salud. Es necesario dar continuidad a estos esfuerzos para partir de ellos.
- Se considera como prioritario:
 - Contar con un sistema de salud público único coordinado y de atención médica universal.
 - Establecer los mecanismos necesarios para garantizar la sustentabilidad financiera y operacional de este sistema de salud en el largo plazo.
 - Plantear esquemas y llegar a consensos sobre las condiciones para el establecimiento de un Sistema Universal Único de Salud:
 - Fuentes de financiamiento: impuestos generales versus esquemas contributivos.
 - Replantear funciones de las instituciones de salud.
 - Acordar el esquema de cobertura y sus tabuladores.
 - Contar con un padrón único de población beneficiaria.
 - Generar los mecanismos para su funcionamiento a nivel administrativo y operativo (por ejemplo, establecimiento de expedientes electrónicos únicos portables, sistemas únicos de información, etc.).

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Antecedentes (1/1)

- En el año 2000, un grupo de 189 países, entre ellos México, suscribieron la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. En ella se plantearon los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que sintetizan el deseo común de erradicar la pobreza extrema y el hambre, incrementar la salud, mejorar la educación de los niños y jóvenes, igualar las oportunidades de superación entre mujeres y hombres, lograr un crecimiento en armonía con el medio ambiente y fomentar la creación de una asociación mundial para el desarrollo. Estos objetivos tienen como fecha límite de consecución el año 2015.
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) constituyen un reto y una oportunidad para los países firmantes, debido a que deben realizar un esfuerzo por focalizar y orientar de manera coordinada políticas, estrategias y programas públicos para su cumplimiento en 2015.
- De los ocho ODM, los siguientes están relacionados con acciones en materia de salud, y se han establecido estrategias y acciones específicas dentro del sector con el fin de lograr su cumplimiento:
 - ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
 - ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.
 - ODM 5: Mejorar la salud materna
 - ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre Evolución (1/1)

- El ODM 1 es erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Dentro de este objetivo, la **Meta 1.C. establece: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.**
- El indicador primordial para evaluar esta meta es: Proporción **de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal** (porcentaje de niñas y niños de 5 años y menos que presenta un peso inferior a dos desviaciones estándar con respecto a la mediana de las tablas internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de referencia para la edad y sexo).

| Meta 1.C. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-------------|------|-----------|-----------|
| Indicador | Línea Base 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | Meta 2015 |
| 1.8. Proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal | 14.2% (1988) | N.D. | 7.6% (1999) | N.D. | 5% (2006) | 7.1% |

N.D. No disponible

Fuente: SS, DGIS; SEDESOL; INEGI.

- La meta del milenio ya se alcanzó.
- En el periodo 1988-2006, la proporción de menores con insuficiencia ponderal descendió del 14.2 al 5 por ciento.

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre Líneas de Acción (1/1)

- Actualmente existe una mayor focalización e integración de políticas públicas con la participación del sector de desarrollo social, salud y educación, que han permitido optimizar el uso de los recursos y obtener impactos que se reflejan en las reducciones observadas. Estas estrategias se han centrado en las etapas de vida cruciales.
- Entre las estrategias que registran impactos destacan:
 - Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Sedesol).
 - Programa de Apoyo Alimentario (PAL) (Sedesol).
 - Programa de Abasto Social de Leche de Liconsa (Sedesol).
 - Programa de Abasto Rural.
- La cobertura lograda a través del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) y la Estrategia de Embarazo Saludable (ES), así como la puesta en marcha de talleres educativos a través del SMNG, contribuye al esfuerzo por proveer acceso a atención de manera continua y orientación en materia nutricional y de salud de mujeres embarazadas y menores de 5 años.
- Existen estrategias relevantes y mejores prácticas puestas en marcha a nivel estatal, en lugares con alta prevalencia de desnutrición, como el de Yucatán y San Luis Potosí, donde se han agregado estrategias de suplementación/fortificación de alimentos acompañadas de inclusión de personal especializado y mecanismos de seguimiento continuo del desarrollo del crecimiento de los menores para actuar con oportunidad.

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre Asuntos Prioritarios (1/1)

- Aun cuando se ha logrado cumplir con la meta para este indicador a nivel nacional, persisten diferencias importantes en los niveles de desnutrición entre regiones, siendo más altos en la región sur, donde se requieren esfuerzos más focalizados para su reducción.

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años Evolución (1/1)

- El ODM 4 es reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.
- Dentro de este objetivo, la **Meta 4.A. establece: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años.**

| Meta 4.A Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|------|------|--------------|-----------------------|
| Indicador | Línea Base 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2012 | Meta 2015 |
| 4.1. Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años (por cada 1000 nacidos vivos) | 47.1 | 32.6 | 23.2 | 20.4 | 15.7 | 15.7 |
| 4.2. Tasa de mortalidad infantil (por cada 1000 nacidos vivos) | 39.1 | 27.9 | 19.9 | 17.3 | 13.2 | 13.0 |
| 4.3. Proporción de niños de un año de edad vacunados contra el sarampión | 75.3 | 89.9 | 95.9 | 96.3 | 99.6% (2010) | Indicador seguimiento |

Fuente: SS: DGIS, CENSIA, PROVAC; Indicadores demográficos básicos, CONAPO y SS. *Sexto Informe de Labores*.

- De 1990 a 2012, la tasa de mortalidad en los niños menores de cinco años, se redujo en 31.4 puntos, al pasar de 47.1 defunciones a 15.7, alcanzándose con esto la meta del milenio.
- De 1990 a 2012, la tasa de mortalidad en infantes, definida como las defunciones en menores de 1 año por cada mil nacidos vivos, se redujo en 25.9 puntos al pasar de 39.1 muertes en 1990, a 13.2 en 2012, con lo cual el país está a punto de alcanzar la meta, alcanzándose la meta prevista.
- Se está muy cerca de lograr la cobertura total de niños de un año vacunados contra el sarampión.

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años Líneas de Acción (1/1)

- El gobierno federal ha implementado diversas estrategias y acciones que han incidido en la disminución de la mortalidad infantil y en menores de cinco años:
 - Programa Seguro Médico para una Nueva Generación: a través de este programa se otorga protección a 6.2 millones de niños para todas las enfermedades propias de este grupo etario, y en particular aquellas asociadas a las causas principales de mortalidad como son las afecciones perinatales.
 - Vacunación: a la fecha, la cobertura del esquema básico completo de vacunación en niños de 1 año es de 95.2%, y la cobertura del esquema para niños de 1 a 4 años es de 98.1%.

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años Asuntos Prioritarios (1/1)

- Si la meta está a punto de alcanzarse, es necesario dar seguimiento puntual a los programas y acciones implementadas en los últimos años, continuar con el Programa Nacional de Vacunación, seguir dando prioridad a las acciones preventivas y a la cobertura de salud de este grupo prioritario.
- Se requiere especial énfasis en las entidades federativas que registran mayores tasas de mortalidad infantil (Oaxaca, Chiapas y Guerrero) con acciones intersectoriales coordinadas para revertir las condiciones determinantes de la mortalidad.

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 5: Mejorar la salud materna Evolución (1/2)

- El ODM 5 es mejorar la salud materna.
- Dentro de este objetivo, la **Meta 5.A. establece: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.**

| Meta 5.A Reducir , entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|------|------|------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Indicador | Línea Base 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2012 | Meta 2015 |
| 5.1. Razón de mortalidad materna* | 89.0 | 83.2 | 72.6 | 61.8 | 48.0 | 22.3 |
| 5.2. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado | 76.7 | 81.8 | 87.1 | 91.1 | 89.8 (IMSS-OPrtunidades) 97.0 (Pob. No derechohabiente) | Indicador seguimiento |

Fuente: SS: DGIS, SS. *Sexto Informe de Labores* y Presidencia de la República. *Sexto Informe de Gobierno*.

*Este indicador reformula el de la lista oficial de Naciones Unidas, con el fin de adaptarlo a la información disponible para México.

- Si bien de 1990 a 2012 se ha reducido la razón de mortalidad materna 41 puntos, se está lejos de alcanzar la meta propuesta. De 1990 a 2000 se observa una caída modesta, que se ha acelerado a partir del 2000.
- Entre las principales causas de muerte materna identificadas destacan la enfermedad hipertensiva y la hemorragia que son prevenibles y dependen en gran medida de recibir atención en salud de manera oportuna y de calidad.
- Una estrategia que ha comprobado su efectividad en la reducción de los riesgos a los que se enfrentan las mujeres embarazadas es garantizar la supervisión y atención del proceso reproductivo y en especial del parto por parte de personal de salud calificado. A nivel nacional la proporción de partos que se realizaron con asistencia de personal sanitario capacitado se ha elevado de forma considerable.

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 5: Mejorar la salud materna Evolución (2/2)

- Dentro del ODM 5, la **Meta 5.B. establece: Lograr para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.**

| Meta 5.B Lograr , para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|------|-------------|-------------|-----------------------|
| Indicador | Línea Base 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2012 | Meta 2015 |
| 5.3. Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil* | 63.1 (1992) | 68.4 (1997) | N.D. | 70.9 (2006) | 72.9 (2009) | Indicador seguimiento |
| 5.4. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años | 81.4 | 78.0 | N.D. | N.D. | 69.5 (2007) | Indicador seguimiento |
| 5.5. Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del sistema nacional de salud | 4.44 (2000) | N.D. | 4.4 | 4.8 | 6.6 | Indicador seguimiento |
| 5.6. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos | 25.1 (1987) | 12.2 (1997) | N.D. | 12 (2006) | 9.8 (2009) | Indicador seguimiento |

N.D. No disponible

Fuente: CONAPO, con base en información de SS. ENFES 1987; CONAPO, con base en información del INEGI. ENADID (varios años); SS: CNEG y SR SS. *Sexto Informe de Labores* y Presidencia de la República. *Sexto Informe de Gobierno*.

*Este indicador reformula el de la lista oficial de Naciones Unidas, con el fin de adaptarlo a la información disponible para México.

- Indicadores como la tasa de fecundidad han mostrado avances; otros como el promedio de consultas prenatales por embarazadas permanecen constantes aunque ya cercano a las 5 consultas prenatales que se esperan; y los indicadores de uso de anticonceptivos aún presentan importantes áreas de oportunidad.

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 5: Mejorar la salud materna Líneas de Acción (1/1)

- Grupo de Atención Inmediata a Defunciones Maternas (AIDEM) permitió realizar un diagnóstico sobre las variables organizacionales que favorecen la ocurrencia de defunciones maternas e implementar acciones correctivas dirigidas específicamente a los eslabones críticos hallados como causa directa de las defunciones; además de dar seguimiento puntual a las muertes maternas.
- Estrategia de Embarazo Saludable del Seguro Popular para garantizar la cobertura de servicios de salud para las mujeres embarazadas (1.78 millones de beneficiarias en 2012).
- Convenio para la Universalización de las Emergencias Obstétricas para garantizar la portabilidad en la atención de estas emergencias por parte de todas las instituciones del sector salud.
- Se integró el equipo de Fuerza de Tarea, conformado por un equipo multidisciplinario, apoyado por diversas dependencias de la Secretaría de Salud con el propósito de fortalecer las Redes de Atención Hospitalaria ante las Emergencias Obstétricas.

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 5: Mejorar la salud materna Asuntos Prioritarios (1/1)

- La cobertura de anticoncepción post evento obstétrico requiere consolidarse como estrategia para reducción de la muerte materna, incluida la disponibilidad de métodos de planificación familiar y planes estatales actualizados.
- Se requiere de acciones multisectoriales para reducir la muerte materna y la coordinación entre las instituciones del sector salud y los distintos niveles de gobierno.
- Se requiere mayor focalización de acciones de prevención en las entidades con mayor razón de mortalidad materna dada la alta heterogeneidad que existe entre estados.

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades Evolución (1/4)

El ODM 6 es combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

- Dentro de este objetivo, la **Meta 6.A. establece: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA**

| Meta 6.A Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|-------------|------------|-------------|------------------------------|
| Indicador | Línea Base 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2011 | Meta 2015 |
| 6.1. Prevalencia de VIH en población adulta (15 a 49 años)* | 0.146 | 0.196 | 0.251 | 0.317 | 0.24 - 0.30 | Detener y comenzar a reducir |
| 6.2. Proporción de la población que usó preservativo en la última relación sexual en hombres que tienen sexo con otros hombres | 79.2 (2001) | N.D. | 79.2 (2001) | 80.6(2006) | 63.6 (2009) | Indicador seguimiento |

N.D. No disponible

Fuente: SS: CENSIDA

*Este indicador reformula el de la lista oficial de Naciones Unidas, con el fin de adaptarlo a la información disponible para México.

- Entre 1990 y 2012, la prevalencia de VIH, medida por la cantidad de enfermos que se estima que viven con VIH por cada 100 personas de 15 a 49 años, prácticamente se duplicó. Sin embargo, comparando la cifra de 2012 con la de 2005, la prevalencia ha disminuido ligeramente en los últimos años, lo cual parece indicar que la tendencia se ha revertido.
- Las campañas y estrategias de prevención de la transmisión sexual del VIH que se han instrumentado a lo largo de los años, la distribución de material informativo y condones, las intervenciones preventivas focalizadas, así como las medidas destinadas al control de los bancos de sangre en la década de los ochenta, han logrado que México sea de los países con menores tasas de prevalencia del VIH en el contexto internacional.
- La tasa de mortalidad por VIH/SIDA por 100 mil habitantes, pasó de 1.8 muertes en 1990, a 4.5 muertes en 2010 por cada 100,000 habitantes. Aun cuando estos datos todavía no reflejan el efecto de la terapia antirretroviral sobre la mortalidad general por SIDA en el país, existe evidencia de la disminución de la mortalidad de las personas en tratamiento ARV atendidas por la SS en un 28.2 por ciento, al pasar de 7 por ciento (abril 2008-marzo 2009) a 5 por ciento (abril 2009-marzo 2010) (CENSIDA).

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades Evolución (2/4)

- Dentro del ODM 6, la **Meta 6.B. establece: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA para todas las personas que lo necesiten**

| Meta 6.B Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA para todas las personas que lo necesiten | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|------|------|------|-----------|
| Indicador | Línea Base 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2011 | Meta 2015 |
| 6.5. Proporción de la población portadora de VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales* | 79.4 (2008) | N.D. | N.D. | N.D. | 85.1 | 100.0 |

N.D. No disponible

Fuente: SS: CENSIDA y Presidencia de la República, *Los Objetivos del Milenio en México, Informe de avances 2010*.

- A finales de 2003, México alcanzó el acceso universal al tratamiento con ARV en cualquiera de las instituciones del SNS, lo cual constituye uno de los principales logros del Sistema de Salud en los últimos años, en virtud de que es uno de los pocos países de América Latina que ofrece ARV gratuitos a todas las personas que lo requieran. A pesar del acceso universal, a la fecha sólo el 85.1 por ciento de la población portadora del VIH acudió a alguna clínica para recibir terapia ARV de combinación.

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades Evolución (3/4)

Dentro del ODM 6, la **Meta 6.C. establece: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves**

| Meta 6.C Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|------|------|------------------|--------------------------------------|
| Indicador | Línea Base 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2011 | Meta 2015 |
| 6.6. Tasa de incidencia asociada al paludismo (por 100 mil habitantes) | 53 | 8.1 | 7.5 | 2.9 | 1.0 | 3.0 |
| 6.8. Proporción de tratamientos otorgados a casos confirmados de paludismo en menores de 5 años, para la prevención, control y eliminación de la transmisión del plasmodiumvivax* | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | Indicador de Seguimiento |
| 6.9.A Tasa de incidencia asociada a la tuberculosis (todas las formas) por 100 mil habitantes | 17.2 | 22.8 | 18.7 | 16.8 | 14.1 | Haber detenido y comenzado a reducir |
| 6.9.B Tasa de mortalidad por tuberculosis (todas las formas), defunciones por cada 100 mil habitantes | 7.6 | 5.3 | 3.5 | 2.6 | 1.9 (preliminar) | Haber detenido y comenzado a reducir |
| 6.10 Proporción de casos nuevos de tuberculosis pulmonar que se curan al terminar el tratamiento | 70.7 (2000) | N.D. | 70.7 | 77.5 | 84.6 (2012) | Indicador de Seguimiento |

N.D. No disponible

Fuente: CENAPRECE y SS. *Sexto Informe de Labores*.

*Este indicador reformula el de la lista oficial de Naciones Unidas, con el fin de adaptarlo a la información disponible para México.

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades Evolución (4/4)

- En materia de paludismo se han cumplido las metas. De 1990 a 2011, la tasa nacional de incidencia asociada al paludismo se redujo en 98.1%. Los grupos más vulnerables son el de cinco a nueve años y el de 10 a 19 años, a los cuales las actividades de prevención y control se dirigen de manera prioritaria y para los que la vigilancia epidemiológica trabaja todo el año, a fin de brindarles una atención oportuna.
- Las tasas de incidencia de tuberculosis (todas las formas y pulmonar) han experimentado variaciones importantes en el periodo 1990-2009, sin embargo, entre 2000 y 2009 las variaciones han sido menos pronunciadas. La tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar por cada 100 mil habitantes mantiene una tendencia similar al indicador anterior y en el periodo 1990-2009 ha disminuido 3.1 puntos.

Destacan las siguientes acciones:

- Acceso universal a tratamiento antirretroviral (ARV) y de atención integral, combinados con estrategias preventivas y del combate al estigma, la discriminación y la homofobia. Universalización de detección y tratamiento de VIH y Sífilis en mujeres embarazadas: eliminación de la transmisión vertical del VIH y de sífilis congénita.
- Prevención Focalizada para evitar la transmisión del VIH: disminución de la incidencia en poblaciones de mayor riesgo y en contextos de alta vulnerabilidad.
- Trabajo con adolescentes y jóvenes:
 - SSA: Promoción de la salud sexual y reproductiva; prevención VIH/SIDA, servicios amigables.
 - SEP: Educación Sexual integral.
- Reducción de precios unitarios de medicamentos ARV, condones y otros insumos de monitoreo clínico.
- Cobertura de detección y tratamiento: el VIH-SIDA se contempló como padecimiento cubierto por el FPGC del SPSS desde el inicio de la reforma y se materializó su cobertura en 2006, consistiendo en el financiamiento y provisión de tratamiento ambulatorio antirretroviral.
- A través del Centro Nacional para la prevención y el control del VIH-SIDA (CENSIDA) se realizan las siguientes acciones:
 - Monitoreo y vigilancia epidemiológica: registro y seguimiento nacional de los casos de VIH-SIDA.
 - Transmisión de información y medidas de prevención (Telsida).
 - Atención especializada a través de la creación de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPASITS).
- Fortalecimiento del CONASIDA, instancia de discusión y coordinación de acciones entre el sector salud y la sociedad civil en general a través de sus cuatro comités: monitoreo y evaluación, atención integral, normatividad y derechos humanos, y prevención.

10. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades Asuntos Prioritarios (1/1)

Para el VIH/SIDA:

- Apoyo de CENSIDA/SSA al proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria como socio estratégico y apoyo de las entidades federativas para acciones en Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual.
- Aplicar las guías de tratamiento estandarizadas en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud.
- Negociaciones en bloque del sector salud de precios de medicamentos antirretrovirales.
- Financiamiento de proyectos de prevención focalizada.
- Aumentar la cobertura de pruebas de detección de VIH y sífilis en embarazadas.
- Fortalecimiento y continuidad de campañas de promoción de la salud en medios masivos social: uso del condón y pruebas de detección en embarazadas.

Para el paludismo:

- Se requiere de la aplicación de estrategias específicas como el Tratamiento Focalizado, que consiste en la vigilancia y tratamiento de los casos confirmados y sus convivientes por un periodo mínimo de tres años, lapso en el que se protege a las personas de reinfecciones y recaídas por *P. vivax* y eliminación de criaderos con participación comunitaria.
- Es importante continuar con el Programa de Prevención y Control del Paludismo creado para eliminar el uso de plaguicidas e implementar acciones para la reducción de las poblaciones de los mosquitos vectores de la enfermedad.

- La rendición de cuentas se considera un elemento central de las democracias contemporáneas, ya que en su realización encontramos uno de los principales instrumentos para controlar el abuso del poder y garantizar que los gobernantes cumplan con transparencia, honestidad, eficiencia y eficacia el mandato hecho por la ciudadanía.
- En México, en la medida en que ha evolucionado el sistema político, cada vez es mayor la demanda ciudadana por información y ejercicio efectivo de sus derechos.
- Se cuenta con distintos mecanismos con el fin de facilitar el seguimiento, dar respuesta efectiva a la ciudadanía y rendirle cuentas. Entre éstos destacan:
 - Acceso a la información pública bajo el amparo de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (desde 2004) y el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).
 - Sistemas de atención, orientación y quejas (tanto a nivel federal como estatal).
 - Reporte y acceso a informes e indicadores de seguimiento y desempeño (proceso y resultados) para seguimiento interno y rendición de cuentas a la ciudadanía, Congreso, Presidencia de la República, etc.
 - Evaluaciones de carácter externo de impacto y consistencia y resultados, entre otras.

Acceso y solicitudes de información

- De acuerdo al IFAI, a mayo de 2012 el IMSS es la dependencia con mayor número de **solicitudes de información** con 14,829 solicitudes. La Secretaría de Salud es la cuarta dependencia con mayor número de solicitudes con 1,687.
- El número total de solicitudes en 2011 fueron de 28,261 para el IMSS y 4,084 para la SS, esto significa un incremento de 55.5% en el número de solicitudes que recibió el IMSS de 2008 a 2011 y de 19.3% para la SS en el mismo periodo. De las solicitudes al IMSS, el 87% reciben respuesta terminal y el 84% de las de la SS.
- La CNPSS recibió 352 solicitudes de información en 2011, cifra 9.3% mayor a la de 2008. Las temáticas más requeridas por los petitionarios de la CNPSS fueron: el número de familias y personas afiliadas al SPSS por municipio, estado, sexo, nivel de ingreso o edad, presupuesto asignado a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud; y los Egresos del Fideicomiso del SPSS.
- En 2011, las solicitudes a la CNPSS fueron atendidas en un tiempo promedio de 4.3 días.
- Las instituciones de salud cuentan con un Portal de Obligaciones de Transparencia en el que se tiene información relevante en 17 categorías, en cumplimiento a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- La página de Internet de la SS cuenta con una sección sobre transparencia con información diversa en términos de rendición de cuentas y acceso a la información.
- El IMSS ofrece también información diversa de rendición de cuentas. En particular, a partir de 2011, el **IMSS** cuenta con un **portal de compras** donde se puede acceder a la información de adquisiciones, proveedores y licitaciones con el fin de transparentar estos procesos.

Sistemas de atención, orientación y quejas

- El SPSS cuenta con un **Sistema Nacional de Atención Ciudadana (SINAC)**, a través de éste se supervisa, opera y brinda atención ciudadana mediante el Centro de Atención Telefónica (Call Center) y el buzón electrónico “Contacto” de la CNPSS.
- A nivel nacional, durante el periodo enero-diciembre de 2011, se atendieron a través del Centro de Atención Telefónica **52,271 llamadas**, de las cuales el 94% fueron solicitudes de información, 5% quejas y el 1% otros. El 72% de las solicitudes de información atendidas correspondieron al proceso de afiliación y el 27% a la atención médica y 1% otros
- Durante el primer semestre del 2011, se recibieron en total **2,089 buzones** (correos electrónicos), de los cuales el 84% consistieron en solicitudes de información, el 15% quejas y el 1% otros. El 94% de las solicitudes de información señaladas fueron referentes al proceso de afiliación y 6% atención médica. Los temas de las cuales se recibieron el mayor número de quejas fueron: 87% atención médica y 13% afiliación.
- De enero a diciembre de 2011, se recibieron un total de 461 peticiones provenientes de otras instancias: Presidencia de la República, Cámara de Diputados y Senadores y Secretaría de Salud, de las cuales el 67% consistieron en solicitudes de información, y el 33% a quejas. Los temas de los cuales se recibieron el mayor número de quejas fueron: 67% atención médica, 16% a desabasto de medicamentos, 9% a cobertura ilimitada y el 8% restante a situaciones de manejo del sistema.
- Las quejas y solicitudes de información relacionadas con las entidades federativas se canalizan a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud correspondientes, para su inmediata atención y seguimiento.
- Destaca en particular, la creación y funcionamiento de la figura del **gestor médico** que brinda orientación a los afiliados sobre cómo transitar correctamente por el sistema en sus diferentes niveles de atención.
- El **IMSS** cuenta con un sistema de orientación, atención y quejas para sus derechohabientes a través del IMSSTEL, correo electrónico y módulos de orientación e información en sus delegaciones y subdelegaciones.
- El **ISSSTE** cuenta también con sistemas de orientación y quejas para sus derechohabientes a través del ISSSTE-tel y módulos de orientación y atención.

- Continuar con las labores dictadas en la Ley de Transparencia a través del Portal de Obligaciones y la página de Internet, y el seguimiento continuo a través de los Sistema de atención, orientación y quejas para los ciudadanos.
- Continuar difundiendo de manera efectiva a los beneficiarios y usuarios del sistema de salud, los mecanismos a los cuales tienen acceso para recibir información y en particular, emitir quejas y recibir respuesta a éstas. Esto dentro del esfuerzo de garantizar la tutela de derechos de la población y su ejercicio efectivo.