

**SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA
INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

**PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO
PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL**

**LIBRO BLANCO
2006-2012**

Presentación

Conforme a lo establecido en el Artículo Sexto del Acuerdo para la Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012 y numeral 15, de los Lineamientos para la formulación del Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, así como los Lineamientos para la Elaboración e Integración de Libros Blancos y Memorias Documentales, se ha considerado conveniente dejar constancia documental de las acciones y resultados alcanzados en materia de **salud para la infancia y la adolescencia**, en este contexto me permito presentar el Libro Blanco denominado **“Prevención de la Mortalidad Infantil”**, que presenta y describe los hechos y estrategias implementadas en la consecución de los resultados de dicho programa, dejando constancia del uso de los ingresos presupuestales asignados en forma permanente a dicho proyecto, así como **establecer la importancia de** fortalecer las acciones de vacunación, mejorar el conocimiento de la población sobre el manejo de la enfermedad diarreica y de la infección respiratoria aguda, promover conductas de alimentación saludable para reducir la prevalencia de desnutrición en este grupo de edad, así como el concepto de sexualidad responsable entre los adolescentes para reducir la tasa de embarazo en este grupo poblacional y difundir en el personal de salud los conceptos básicos necesarios para realizar diagnóstico oportuno de los casos de cáncer en la población pediátrica, **dentro de un marco de control y ejercicio transparente de los recursos otorgados.**

Atentamente


Dr. Martín Alejandro Camacho Franco
En ausencia del Director General del CENSIA con fundamento en el art. 55 del
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
Octubre 31, 2012



Índice

I. Presentación

- I.1 Nombre del Proyecto
 - I.1.1 Programa de Acción Específico. PAE
 - I.1.2 Propuesta de creación y puesta en marcha del programa
 - I.1.3 Publicación en el Diario Oficial de la Federación
 - I.1.4 Acuerdo de la Comisión Intersectorial de Gasto Financiamiento (CIGF) en el que se aprueba el apoyo presupuestal
- I.2 Objetivo del Programa o Proyecto
- I.3 Periodo de vigencia
- I.4 Ubicación geográfica
- I.5 Unidad administrativa participante
- I.6 Principales características técnicas
- I.7 Nombre y firma del responsable del proyecto y los participantes

II. Fundamento Legal y Objetivo del Libro Blanco

III. Antecedentes

IV. Marco Normativo aplicable a las acciones realizadas durante la ejecución del programa, proyecto o asunto

- IV.1 Programa 2007-2012

V. Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, PROSESA y PRONASA 2007-2012

VI. Síntesis Ejecutiva

VII. Acciones realizadas en el periodo.- Aspectos programáticos, presupuestales y contables

- VII.1 Autorización Presupuestaria por año
 - VII.1.1 Solicitud de recursos por parte de la dependencia o entidad
 - VII.1.2 Autorización presupuestal de la SHCP
- VII.2 Radicación de recursos a favor de la dependencia o entidad
 - VII.2.1 Oficios de afectación presupuestal
 - VII.2.2 Cuentas por liquidar certificadas
 - VII.2.3 Comunicación de radicación de recursos (en SSIAFF)
 - VII.2.4 Póliza – cheque y contra recibos firmados
- VII.3 Aplicación de los recursos
 - VII.3.1 Programas de trabajo anuales
 - VII.3.2 Integración de expedientes presupuestarios e identificación de problemas para la aplicación del Programa
 - VII.3.3 Procedimientos de adjudicación de recursos
 - VII.3.4 Convenios y/o contratos celebrados
 - VII.3.5 Registros contables y presupuestarios realizados, conforme a la normatividad emitida por la SHCP para el efecto
 - VII.3.6 Documentación soporte de la aplicación de los recursos por parte de la dependencia

- VII.3.7 Presupuesto total.- Cuadros autorizado, modificado, ejercido, diferido
- VII.3.8 Entero de recursos de la TESOFE
- VII.3.9 Cuadro resumen del total de fondos entregados y recibidos, de las diferentes fuentes de financiamiento
- VII.3.10 Correspondencia relevante tramitada ante diversas instancias
- VII.4 Fideicomisos.- Los que sean responsabilidad directa

VIII. Seguimiento y Control

- VIII.1 Informes Periódicos sobre los avances y situación del programa
- VIII.2 Acciones realizadas para corregir o mejorar su ejecución
- VIII.3 Auditorias practicadas y atención a las observaciones determinadas.

IX. Resultados y beneficios

- IX.1 Cumplimiento de los objetivos y metas del Programa
 - IX.1.1 Basal 2006 o posterior según el caso
 - IX.1.2 Resultados 2007 a 2012
 - IX.1.3 Proyección 2013
 - IX.1.4 Actas de supervisión física y de evaluación de la ejecución del programa por personal técnico capacitado y autoridades competentes
- IX.2 Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, en cuanto a los objetivos, compromisos y servicios prestados
- IX.3 Resultados de los acuerdos adoptados durante el desarrollo del Programa por parte del titular de la dependencia
- IX.4 Informe presupuestal, contable y de resultados, con motivo de la aplicación de los recursos y conclusión del Programa

X. Informe final del servidor público de la dependencia

- X.1 Situación actual del Programa/Proyecto
 - X.1.2 Evaluación concreta de resultados
 - X.1.3 Proyección de conclusión al 30 de noviembre del 2012
- X.2 Sustentabilidad 2030
- X.3 Asuntos relevantes pendientes
 - X.3.1 Relación de asuntos pendientes, con identificación de problemática
 - X.3.2 Relación de asuntos pendientes de solución al término de 30 de noviembre de 2012
 - X.3.3 Relación de asuntos pendientes que rebasarán el 30 de noviembre de 2012
- X.4 Identificación de áreas de oportunidad para atenderlo

XI. Glosario de Términos

XII. Relación de Anexos

I. Presentación

La integración del presente expediente constituye un ejercicio de evaluación del Programa de Acción Específico para la Prevención de la Mortalidad Infantil, que permita determinar los avances y resultados, de acuerdo a los compromisos que se establecieron, así como identificar las áreas de oportunidad para ésta Administración Federal, además de preparar el ejercicio de transparencia y rendición de cuentas por conclusión de la misma en el ánimo del Gobierno Federal de dejar evidencia documental de las acciones realizadas durante su gestión, tomando como base el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Programa Sectorial de Salud PROSESA y el Programa Nacional de Salud PRONASA, para los mismos años.

El documento, establece en una síntesis puntual de los compromisos y los logros obtenidos y las asignaturas pendientes, el ejercicio transparente de los recursos asignados y ejercidos, dejando sentadas las bases para la continuidad de las acciones y proyectos en beneficio de la sociedad mexicana.

I.1.Nombre del Proyecto

Prevención de la Mortalidad Infantil.

I.1.1. Programa de Acción Específico.

Programa de Acción Específico para la Prevención de la Mortalidad Infantil, 2007-2012. (Anexo 1).

I.1.2. Propuesta de creación y puesta en marcha del programa

La mortalidad infantil continúa siendo una problemática mundial de salud, cuya reducción debe ser considerada como una alta prioridad en todos los países del mundo, especialmente en los que contribuyen fuertemente en las cifras internacionales finales.

México ha logrado la reducción de la misma a lo largo de la historia de nuestro país gracias a intervenciones específicas tales como: El Programa de Vacunación Universal, Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda, Prevención de la desnutrición, Acciones específicas en Salud Materna y Perinatal, Prevención y Promoción de la Salud.

El Programa de Acción para la Prevención de la Mortalidad Infantil tiene como estrategias principales fortalecer las acciones de vacunación, mejorar el conocimiento de la población sobre el manejo de la enfermedad diarreica y de la infección respiratoria aguda, promover conductas de alimentación saludable para reducir la prevalencia de desnutrición en este grupo de edad, así como el concepto de sexualidad responsable entre los adolescentes para reducir la tasa de embarazo en este grupo poblacional y difundir en el personal de salud los conceptos básicos necesarios para realizar diagnóstico oportuno de los casos de cáncer en la población pediátrica.

La integración de estas acciones y su vinculación tanto intra como extra sectorial permitirá que el Programa para la Prevención de la Mortalidad Infantil sea ejecutado con eficacia logrando así los objetivos plasmados en el mismo.

I.1.3 Publicación en el Diario Oficial de la Federación

El Programa de Acción Específico de este Centro Nacional, no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación.

I.1.4 Acuerdo de la Comisión Intersectorial de Gasto Financiamiento (CIGF) en el que se aprueba el apoyo presupuestal

Este Centro Nacional no recibe apoyo presupuestal de la Comisión Intersectorial de Gasto Financiamiento.

I.2 Objetivo del Programa o Proyecto

Presentar un informe de las acciones, resultados obtenidos y destino de los recursos federales invertidos en el Programa de Acción “Prevención de la Mortalidad Infantil”, para contribuir a la reducción del impacto de las inequidades de género en la salud de la población, en el acceso y utilización de servicios de salud y las que limitan el desarrollo humano de las mujeres, tanto aquéllas que cuidan de la salud en el ámbito doméstico y comunitario, como de las trabajadoras de la salud.

I.3 Periodo de vigencia

Del 1º. De diciembre de 2006 al 31 de octubre de 2012.

I.4 Ubicación geográfica

El Programa es de aplicación nacional.

I.5 Unidad(es) administrativa(s) participantes

La Unidad administrativa responsable de dar cumplimiento a lo establecido en el Programa de Acción Específico “Prevención de la Mortalidad Infantil”, es el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA).

El tres de julio del 2001 en el Diario Oficial de la Federación se publica la reforma del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), agregando la responsabilidad de la atención integral de la población adolescente y cambia su denominación a CeNSIA, y el CONAVA queda asignado exclusivamente como órgano colegiado de coordinación en materia de vacunación.

CeNSIA es un órgano desconcentrado con autonomía operativa, técnica y administrativa, encargado de establecer, difundir y evaluar las políticas nacionales, estrategias, lineamientos y procedimientos en materia de atención a la salud de la infancia y la adolescencia, de la vacunación para toda la población residente del país

I.6 Principales características técnicas

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia como órgano administrativo desconcentrado, tiene autonomía operativa, técnica y administrativa, está encargado de establecer, difundir y evaluar las políticas nacionales, estrategias, lineamientos y procedimientos en materia de atención a la salud de la infancia y la adolescencia, de la vacunación para toda la población residente del país. En 1997 se integró el Programa de Atención a la Salud del Niño que abordó las principales causas de daño en ese grupo de población; los logros se identifican principalmente en la reducción de la mortalidad infantil, las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.

El Programa para la Prevención de la Mortalidad Infantil, es un programa que cuenta con directrices y objetivos claros que permitirán lograr la reducción en la mortalidad infantil con estrategias claras basadas en la capacitación, la vinculación inter-sectorial e intra-sectorial, y la participación de la Comunidad en General en un marco de igualdad de oportunidades para la infancia en México.

El Programa para la Prevención de la Mortalidad Infantil, desarrolla y da seguimiento a sus componentes, a través de los cuales busca la salud de la infancia y la adolescencia. Cada uno de sus componentes tiene características propias que lo delimita e identifica, entre ellas:

El Programa Nacional de Vacunación es una política sanitaria que tiene como propósito proveer protección específica contra algunas infecciones, mediante la vacunación en los diferentes grupos de edad, en toda la población del país.

El Programa de Atención a la salud de la Adolescencia, nace con el interés de beneficiar a adolescentes de 10 a 19 años de edad, cuyo plan de acción se desarrolla a partir de dos vertientes principales: Atención a la salud y Promoción de la Salud.

A través del Programa para la Prevención y Tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia, se dirigen las acciones para la prevención y tratamiento del cáncer en los menores de 18 años a nivel nacional.

1.7 Nombre y firma del responsable del proyecto y los participantes

Dr. Martín Alejandro Camacho Franco

En ausencia del Director General del CENSIA con fundamento en el art. 55 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Dra. Diana L. Coronel Martínez

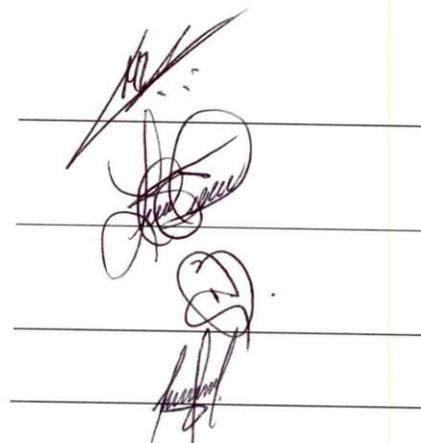
Directora del Programa para la Atención de la Infancia y la Adolescencia

Dra. Aurora Bautista Márquez

Directora del programa para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

Act. Jorge Sánchez Rodríguez

Director de Área

Four handwritten signatures are shown on horizontal lines. The first signature is at the top, followed by three more signatures below it. The signatures are written in black ink and are somewhat stylized.

II. Fundamento Legal y Objetivo del Libro Blanco

Este documento denominado Libro Blanco por el periodo 2006-2012, se elabora de conformidad con lo establecido en los acuerdos, decretos y lineamientos que a continuación se mencionan y que establecen la normatividad y los procedimientos que debe uno considerar para el desarrollo del documento:

- Acuerdo para la Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, de conformidad con el Diario Oficial del 19 de diciembre de 2011.
- Lineamientos para la Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, de conformidad con el Diario Oficial del 18 de enero de 2012.
- Lineamientos para la elaboración de los Libros Blancos y Memorias Documentales, de conformidad con el Diario Oficial del 10 de octubre de 2011.
- Decreto para realizar la Entrega-Recepción del Informe de asuntos a su cargo y recursos asignados, al momento de separarse del empleo, cargo o comisión, de conformidad con el Diario Oficial del 14 de septiembre de 2005.
- Acuerdo para realizar la Entrega-Recepción del Informe de los asuntos a su cargo y de los recursos asignados, de conformidad con el Diario Oficial del 13 de octubre de 2005.

Objetivo

El presente documento, tiene por objeto la rendición de cuentas de manera transparente, por el periodo del 1 de diciembre del 2006 al 31 de octubre de 2012, que permita establecer el estado que guardan los compromisos establecidos y el ejercicio de los recursos asignados para cumplir con la operación de dicho periodo.

Así como, que este documento sea parte integrante del informe de rendición de cuentas, para que también sirvan de guía para quién suceda en el encargo y que permita dar continuidad a los servicios y funciones gubernamentales, así como a los programas y proyectos de conformidad con lo establecido en los documentos que norman el quehacer institucional como son: el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Programa Sectorial de Salud PROSESA y el Programa Nacional de Salud PRONASA, para los mismos años, así como los programas de acción específico y otros documentos que establecen las bases para el desarrollo de la actual administración.

III. Antecedentes

La mortalidad infantil continúa siendo una problemática mundial de salud, cuya reducción debe ser considerada como una alta prioridad en todos los países del mundo, especialmente en los que contribuyen fuertemente en las cifras internacionales finales.

México ha logrado la reducción de la misma a lo largo de la historia de nuestro país gracias a intervenciones específicas tales como: El Programa de Vacunación Universal, Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda, Prevención de la desnutrición, Acciones específicas en Salud Materna y Perinatal, Prevención y Promoción de la Salud.

El Programa para la Prevención de la Mortalidad Infantil tiene como estrategias principales fortalecer las acciones de vacunación, mejorar el conocimiento de la población sobre el manejo de la enfermedad diarreica y de la infección respiratoria aguda, promover conductas de alimentación saludable para reducir la prevalencia de desnutrición en este grupo de edad, así como el concepto de sexualidad responsable entre los adolescentes para reducir la tasa de embarazo en este grupo poblacional y difundir en el personal de salud los conceptos básicos necesarios para realizar diagnóstico oportuno de los casos de cáncer en la población pediátrica.

La integración de estas acciones y su vinculación tanto intra como extra sectorial permitirá que el Programa de Acción para la Prevención de la Mortalidad Infantil sea ejecutado con eficacia logrando así los objetivos plasmados en el mismo.

La tasa de mortalidad infantil (TMI) de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como el número de muertes en niños menores de un año (niños entre 0 y 364 días después del nacimiento) por cada 1000 nacidos vivos durante un período de tiempo determinado. Es uno de los principales indicadores de calidad de vida y del estado de salud en una comunidad ya que es muy sensible para medir el bienestar social y está directamente relacionada con las condiciones socioeconómicas de un país.

Para el registro de las causas de mortalidad y para tener un lenguaje común, los países utilizan la Clasificación Internacional de Enfermedades, la cual es revisada y modificada cada 10 años.

Los patrones de mortalidad en los niños menores de cinco años son heterogéneos y dependen de la región del mundo de la que se trate. Las causas globales de mortalidad infantil muestran que el 90% de las muertes se presentan en 42 países, de estas, la diarrea y la neumonía así como la patología neonatal explican alrededor del 74% de las mismas.

Mientras que la TMI es baja en países desarrollados como Japón donde la tasa en 1995 fue de 4.0 por 1000 nacidos vivos, en los países en desarrollo como Brasil alcanza hasta 27.1 por 1000 nacidos vivos.

Uno de los índices directamente relacionados con la TMI, es el Índice de Desarrollo Humano, esta es una medida diseñada por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, el cual permite posicionar un país de acuerdo a su desarrollo. Su construcción se basa en la esperanza de vida al nacimiento, la educación y el ingreso per cápita real ajustado. Está diseñado para dar una apreciación global más certera del desarrollo de un país. Este índice es empleado por el Banco Mundial para posicionar a los naciones.

IV. Marco normativo aplicable a las acciones realizadas durante la ejecución del programa y/o proyecto.

De manera global se establece el marco general en que se desarrollan las actividades encomendadas al Sector salud, establecidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hasta oficios y circulares que establecen el marco de actuación normativo. De manera general se enuncian los documentos que integran este marco normativo, el cual se define de manera específica en el Anexo 1

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- ◆ Leyes
- ◆ Reglamentos
- ◆ Decretos
- ◆ Acuerdos
- ◆ Normas Oficiales Mexicanas
- ◆ Planes y Programas
- ◆ Cuadros Básicos
- ◆ Lineamientos
- ◆ Otros

Adicional a este marco general, a continuación se menciona parte de la normatividad específica donde se vinculan las actividades del tema de este Libro Blanco:

- ◆ Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- ◆ Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- ◆ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- ◆ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- ◆ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
- ◆ Reglamento de Insumos para la Salud
- ◆ Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación.
- ◆ Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.
- ◆ Decreto que declara obligatoria la inmunización contra la poliomielitis.
- ◆ Decreto por el que se establece con carácter obligatorio la Cartilla Nacional de Vacunación, destinada a controlar y comprobar individualmente la administración de vacunas como parte esencial de la protección a la salud de la niñez.
- ◆ Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de Vacunación.
- ◆ Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud.
- ◆ Decreto por el que se crea en Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.
- ◆ Acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud.
- ◆ Manual de Vacunación.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.
- ◆ Manual de EDA's.
- ◆ Lineamientos GAPS.
- ◆ Manual de Desparasitación Intestinal.

- ♦ Programa Operativo para la Detección Oportuna de las Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas 2009-2012.

IV.1 Programa o Proyecto 2007-2012

IV.1.1. Diagnóstico de Salud

Problemática actual

Antecedentes mundiales

Tendencia mundial de la TMI: relación entre la Mortalidad Infantil y el grupo de edad.

En general la tendencia de la TMI es hacia el descenso, esto es debido a la reducción de la mortalidad infantil en sus dos componentes, el neonatal y el postnatal 1-5,10. La mortalidad neonatal se refiere a las muertes que se presentan entre los cero y los 28 días de vida después del nacimiento; esta incluye la mortalidad perinatal, la cual se presenta entre la semana 22 del embarazo y los 7 días después del nacimiento. Esta última refleja principalmente la atención que recibió la madre durante el embarazo y al momento del parto.

Por otro lado, la mortalidad post-natal, se relaciona principalmente con las condiciones socioeconómicas, y más frecuentemente con la calidad de vida. En las áreas con baja mortalidad infantil, el componente neonatal corresponde a la mayor proporción de muertes.

Uno de los países latinoamericanos que ha analizado de manera profunda sus tendencias y causas más frecuentes de mortalidad infantil es Brasil. Alves y cols., en 2007 encontraron que el 35.1% de los cambios en la tasa de mortalidad neonatal fue debido a un descenso de 41.5% en la mortalidad neonatal temprana, ya que la mortalidad neonatal tardía no cambió. El descenso promedio anual en la tasa de mortalidad neonatal fue de 3.85% comparada como 4.76% en la tasa de mortalidad neonatal temprana. En 2001 las tres principales causas de muerte fueron: ciertas condiciones originadas en el periodo perinatal (58%), malformaciones congénitas (14%) y enfermedades del tracto respiratorio (10%). En 2002, las tres principales causas fueron: ciertas condiciones originadas en el periodo perinatal (62%), malformaciones congénitas (20.3%) y causas externas de mortalidad y morbilidad (5.4%). En 2002 se observó un descenso en las muertes ocasionadas por enfermedades del tracto respiratorio (2.7%).

Otro de los países latinoamericanos que ha analizado las causas de mortalidad infantil y ha conseguido abatirlas es Chile, quien ha logrado un descenso entre 1900 y 2003 de 35.9 a 5.3 por 1000 nacidos vivos. En Perú, las tasas de mortalidad infantil de los menores de cinco años se redujeron en una tercera parte entre 1996 y 2000. Las causas principales de muerte que incluyen diarrea, neumonía, lesiones y la muerte neonatal disminuyeron. Sin embargo, aunque la mortalidad global disminuyó, las lesiones y otras causas incrementaron en 5%, mientras que las causas neonatales se mantuvieron prácticamente sin cambios. Las anomalías congénitas se convirtieron en una causa de muerte importante que además tuvo incrementos considerables. El descenso dramático en la muerte por diarrea, neumonía y desnutrición se debió fundamentalmente a la Atención Integrada de la Enfermedad Infantil.

Factores de riesgo asociados a mortalidad infantil

El ingreso es una de las variables más ampliamente utilizadas para clasificar el nivel socioeconómico de un individuo, esta tiene un impacto directo en la TMI. En el estudio de Andrade y cols, donde el ingreso y la escolaridad fueron seleccionados como indicadores para detectar diferencias en la mortalidad perinatal, el ingreso fue la variable que explicaba mejor la disparidad en la TMI (1,22). En el estudio de Alves y cols. de 2007, la TMI más alta fue en el distrito con el ingreso más bajo.

Otro de los factores relacionados es la lactancia materna, en el estudio de Alves y Cols., se encontró que los incrementos temporales de la tasa de mortalidad infantil en las áreas con mayor ingreso económico estuvieron correlacionados con la falta de promoción y la casi nula lactancia materna, una vez corregido este factor las tasas de mortalidad volvieron a descender 8, evidencia similar encontraron Sena y cols.

En el análisis de las tendencias de mortalidad Chilena de 1970 a 2003, Medina y cols., encontraron que los factores de riesgo más frecuentemente asociados con la mortalidad general fueron: porcentaje de pobreza, porcentaje de residencia urbana, disponibilidad de camas hospitalarias y el envejecimiento poblacional. Con respecto a la mortalidad infantil se encontró una fuerte correlación con la disponibilidad de camas pediátricas.

Las variables relacionadas con el tipo de atención durante el nacimiento demuestran tener un fuerte impacto sobre la TMI. Los hijos de madres que acuden a menos de 7 revisiones de la atención prenatal tienen tres veces más riesgo de morir que los que hijos de las madres que acuden a 7 revisiones o más 10. De igual manera, los niños que nacen por cesárea tienen 80% más posibilidades de morir que aquellos que nacen por vía vaginal.

La prematuridad y el bajo peso al nacer también están directamente relacionados con una mayor tasa de mortalidad infantil. Los niños que nacen antes de 37 semanas de gestación tienen 50 veces más riesgo de muerte neonatal. Con respecto al bajo peso, los niños con menos de 2500g de peso al nacer tienen 23 veces más riesgo de morir que los niños con un peso mayor a 2500g.

Enfoque actual

Debido al importante descenso en diarrea, neumonía y desnutrición como causas de muerte dentro de la mortalidad infantil global, las intervenciones dirigidas al cuidado neonatal, la prevención de accidentes y la detección de malformaciones congénitas está cobrando gran importancia.

Para lograr esto es fundamental evaluar y rediseñar los centros de atención pediátrica. En el estudio de Molyneux y cols., donde se implementaron estrategias para mejorar la atención en un hospital gubernamental pediátrico de 1100 camas en Malawi, se identificaron las siguientes deficiencias: Falta de comunicación entre los servicios hospitalarios, falta de personal entrenado en urgencias pediátricas, falta de supervisión, ausencia de protocolos escritos estandarizados en las áreas de trabajo, espacios inadecuados, retraso en los traslados y mala clasificación de pacientes.

La mejora en el cuidado prenatal puede condicionar resultados inmediatos en términos de la reducción de la prevalencia de niños con bajo peso y partos pretérmino, de igual manera el cuidado especializado del parto permitirá reducir el elevado número de muertes de niños en el periodo perinatal.

Otra situación importante a considerar es el subregistro de las muertes infantiles que en muchos países de Latinoamérica continúa siendo un problema grave.

2.1.2 Tasa de Mortalidad Infantil en México

De acuerdo a la OMS, en el año 2003, la tasa de mortalidad en México era de 28 por 1000 nacidos vivos. Para 2005, la tasa de mortalidad infantil descendió hasta 18.8 por 1000 nacidos vivos, presentando una variación en el país de 15.8 a 32.5 por 1000 nacidos vivos dependiendo del Índice de Desarrollo Humano de las distintas regiones (Tabla 2).

Tabla 2.
Distribución de la TMI por municipios de acuerdo al IDH

Tipo de municipios	2002	2005
100 municipios con menor IDH	41.9	32.5
50 municipios con mayor IDH	17.3	15.8
Nacional	21.4	18.8
Brecha	2.4	2.1

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

Las principales causas globales de muerte en México para el año 2005 son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, las anomalías congénitas y las enfermedades infecciosas y parasitarias, su distribución se muestra en la tabla 3.

Tabla 3.
Principales causas globales de mortalidad infantil 2005

Causa	Número de uertes	%
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	358	43.0
Anomalías congénitas	126	15.1
Enfermedades infecciosas y parasitarias	99	11.9
Infecciones respiratorias	70	8.4
Deficiencias de la nutrición	50	6.0
Otros	129	15.6
Total	831	100

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

La mayor TMI se presenta en los 100 municipios más pobres del país que se encuentran en los estados de Chiapas, Durango, Nayarit, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz. El desglose de las principales causas de muerte en cada uno de ellos se presenta en la tabla 4.

Tabla 4.
Principales causas de muerte por Entidad Federativa donde se localizan los 100 municipios más pobres del país

Causa de muerte	Durango		Guerrero		Nayarit		Oaxaca		Chiapas		Puebla		Veracruz	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agresiones (homicidios)					1	5.56								
Anemia							3	2.7			1	1.4		
Anencefalia y malformaciones similares											2	2.8	3	3.1
Asfixia y trauma al nacimiento	3	50	8	21	6	33.3	31	27.7	22	25.3	23	31.9	27	28.1
Asma							1	0.9	1	1.1	1	1.4	2	2.1
Atresia anorrectal											1	1.4		
Bajo peso al nacimiento y prematuridad					1	5.56	4	3.6	7	8.05	1	1.4		
Defectos de la pared abdominal													1	1.0
Desnutrición calórico protéica	1	16.7	4	10.5	1	5.56	8	7.1	2	2.3	1	1.4	5	5.2
Enfermedad cerebrovascular							1	0.9			1	1.4		
Enfermedades infecciosas intestinales			7	18.4	4	22.2	8	7.1	11	12.6	3	4.2	10	10.4
Espina bífida							1	0.9			1	1.4	1	1.0
Exposición al fuego, humo y llamas													1	1.0
Fístula traqueoesofágica, atresia y estenosis esofágica							1	0.9						
Infecciones respiratorias agudas bajas			8	21	1	5.56	5	4.5	10	11.5	9	12.5	3	3.1
Leucemia							1	0.9						
Malformaciones congénitas del corazón			1	2.6			7	6.2	4	4.6	8	11.1	11	11.5
Meningitis							1	0.9						
Síndrome de Down							3	2.7						
Diabetes Mellitus	1	16.7												
Causas mal Definidas	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	2.7	8	9.2	1	1.4	0	0.00
Las demás Causas	1	16.7	10	26.3	4	22.2	34	30.4	22	25.3	19	26.4	32	33.3
Total	6	100	38	100	18	100	112	100	87	100	72	100	96	100
Total Global													429	100

Fuente de los datos: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Dirección General de Información en Salud

En base a las tablas mencionadas anteriormente identificamos los siguientes problemas en los registros de mortalidad en nuestro país:

1. Dentro de las causas globales de muerte el rubro de “otros” que también se conoce como el de “el resto” abarca el 15.6% del total de las muertes (n=129), el cual es muy elevado. En realidad todos estos pacientes presentan problemas de mala clasificación.

2. En los datos que se presentan por Entidad Federativa, las “demás causas” tienen un número elevado, es necesario corregir dos situaciones, conocer exactamente a que causas corresponden o bien corregir nuevamente situaciones de mala clasificación.

Mortalidad neonatal

Se define como mortalidad neonatal, a las defunciones que ocurren dentro de los primeros 28 días y se divide en neonatal temprana (0 – 6 días) y neonatal tardía (7 – 28 días).

Desde 1955 Schlesinger observó una mayor mortalidad neonatal a menor peso y edad gestacional, enfatizando la importancia de éstos parámetros.⁶ En 1972 se observó que la mortalidad disminuye en relación al peso y edad gestacional entre los recién nacidos de 40 semanas de gestación y peso entre 2500 y 3000 grs. incrementándose éste riesgo de 6 a 8 veces si el peso es mayor de 4000 grs. y hasta 9 veces cuando es menor de 1750 grs.

Se ha identificado que en los primeros 7 días de vida ocurren hasta un 70 por ciento de la mortalidad neonatal. Dentro de las principales causas de muerte en el recién nacido se encuentra la asfixia y trauma al nacimiento (29%), complicaciones de la prematuridad (24%) e infecciones respiratorias agudas (15%). Otras causas de mortalidad, en este grupo de edad, son las malformaciones congénitas y como factores, la falta de acceso a los servicios obstétricos.

Las principales causas de mortalidad neonatal están intrínsecamente relacionadas con la salud de la madre y la atención que ésta recibe antes de parto, durante el parto e inmediatamente después del parto, (tabla 5).

Tabla 5.
Factores de riesgo para mortalidad perinatal y neonatal

Factores Maternos:	OR ajustado
Edad materna (años)	1.1-2.3
<18	1.3-2.0
>35	
Talla y peso materna	1.3-4.8
Talla < 150 cms	1.1-2.4
Peso antes del embarazo < 47 kgs	
Paridad	1.3-2.2
Primigrávida	1.4-1.5
Multiparidad > 6	
Historia clínica deficiente (muertes perinatales previas o vía de nacimientos)	1.6-3.5
Factores antenatales:	
Embarazos múltiples	2.0-6.8
Enfermedades hipertensivas	
Preeclampsia	1.7-3.7
Eclampsia	2.9-13.7
Sangrado transvaginal después del octavo mes	3.4-5.7
Ictericia materna	2.0-7.9
Anemia materna	1.9-4.2
Sífilis	1.7-5.8
HIV	7.2

Tabla 5.
Factores de riesgo para mortalidad perinatal y neonatal

Factores intraparto	
Mala presentación	
Pélvica	6.4-14.7
Otra	8.3-33.5
Falta de progresión del trabajo de parto/distocia	6.7-84.9
Periodo expulsivo prolongado	2.6-4.8
Fiebre materna durante el parto (>38 C)	9.7-10.2
Ruptura de membranas >24 hrs	1.8-6.7
Líquido meconial	11.5

2.2 Avances 2000-2006

2.2.1 Mortalidad por Enfermedades Diarreicas

La incidencia global en menores de 5 años en 1990 fue de 2.6 episodios/niño/año, similar a la de 1980. Aun cuando la incidencia por diarrea no ha cambiado, la mortalidad se ha reducido. Las muertes anuales por diarrea pasaron de 4.6 millones en 1980 a 3.3 en 1990, esto se atribuye al mejor manejo de los casos por el uso de la terapia de rehidratación oral (THO) y la mejor nutrición.

La mortalidad difiere mucho entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, en los primeros, la diarrea produjo la muerte de 3,900 menores de cinco años en 1990, en los países en desarrollo alcanzó 2.5 millones. La diferencia obedece a la mayor letalidad por factores socioeconómicos adversos y al manejo inadecuado de los episodios de EDA's.

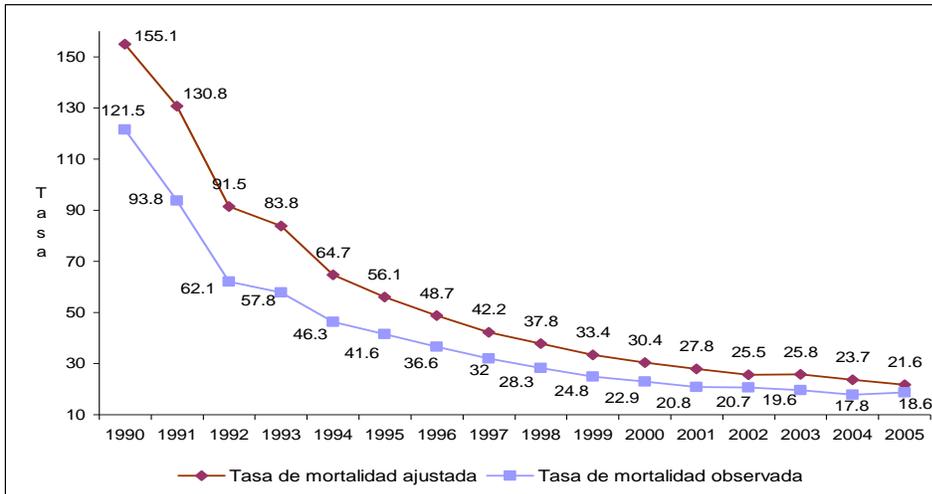
En México entre 1990 y 2005, se logró un descenso de 85 por ciento en la tasa de mortalidad observada por enfermedades diarreicas, la cual presenta reducciones importantes entre los quinquenios de 1990, 1995 y 2000 (65.76% y 44.95% respectivamente), (Gráfica 1).

Uno de los principales factores que influyó en la reducción de la tasa de mortalidad por ED, fueron las disposiciones sanitarias introducidas desde 1991 como respuesta a la reaparición de casos de cólera en nuestro país. De 2000 a 2005, la tasa de mortalidad observada bajó de 20.8 niños por cada 100,000 a 18.6 (una disminución del 10.57%). La reducción promedio anual de 2000 a 2005 ha sido de tan solo 4.54% (Gráfica 1).

Durante el 2000 al interior del país, las entidades federativas que presentaron las tasas de mortalidad más altas en la población menor de cinco años fueron Chiapas, Puebla, Estado de México, Oaxaca, Tlaxcala, Guanajuato y Querétaro. En el 2005 se sumó Yucatán. Entre 2000 y 2005 las entidades federativas que han registrado las tasas de mortalidad son: Nuevo León, Sinaloa, Durango, Tamaulipas e Hidalgo. En la tabla 6 se presentan las tasas de mortalidad infantil por entidad federativa 2000-2005 y su variación.

Gráfica 1.

Tasa de mortalidad ajustada* y observada por ED en población menor de 5 años, 1990-2005**



*: Tasa por 100,000 habitantes menores de cinco años.

** : Estimaciones de la Dirección General de Información en Salud, SSA con base en los datos de mortalidad de INEGI/SSA. No se incluyen las de entidad de residencia no especificada ni las de residentes en el extranjero.

Fuente: Bases de datos de las defunciones INEGI/SSA. 2000-2005; Proyecciones de la Población de México 2000-2050. CONAPO 2002; y INEGI/SSA

Tabla 6.

Tasa de mortalidad infantil registrada por enfermedad diarreica aguda, por entidad federativa, 2000-2005.

Estado	Tasa de mortalidad infantil registrada por ED*		Cambio
	2000	2005	
México	36.32	22.60	-13.72
Guanajuato	32.04	18.40	-13.64
Sonora	21.91	9.13	-12.78
Baja California	16.66	5.40	-11.25
Querétaro	26.38	15.63	-10.75
Aguascalientes	16.29	5.67	-10.62
Baja California Sur	21.43	10.88	-10.55
Tlaxcala	34.55	26.64	-7.91
Jalisco	16.60	10.40	-6.20
Campeche	12.13	7.93	-4.20
Puebla	39.20	35.12	-4.08
Chihuahua	18.90	15.40	-3.50
Distrito Federal	15.80	12.71	-3.09
Tamaulipas	8.95	5.91	-3.04
Morelos	21.14	18.74	-2.40
San Luis Potosí	20.88	18.78	-2.10
Hidalgo	11.10	9.87	-1.24
Sinaloa	5.32	4.39	-0.93
Tabasco	18.91	18.32	-0.59
Michoacán	14.95	14.78	-0.17
Quintana Roo	15.76	15.71	-0.05
Guerrero	20.13	20.23	+0.10
Nuevo León	5.01	5.29	+0.28
Coahuila	7.41	7.69	+0.29
Durango	6.39	6.73	+0.35
Veracruz	20.27	21.18	+0.91
Nayarit	10.86	12.05	+1.19
Oaxaca	35.90	37.97	+2.07
Chiapas	48.24	51.40	+3.16
Zacatecas	11.89	15.90	+4.02
Colima	7.16	11.67	+4.52
Yucatán	17.19	25.16	+7.97
Nacional	22.89	18.56	-4.33

Tasa por 100,000 habitantes menores de cinco años. Estimaciones de la Dirección General de Información en Salud, SSA con base en los datos de mortalidad de INEGI/SSA. No se incluyen las de entidad de residencia no especificada ni las de residentes en el extranjero.

*: Los números marcados con rojo indican que el valor está por arriba de la media nacional.

Fuente: Bases de datos de las defunciones INEGI/SSA. 2000-2005. CONAPO 2002. INEGI/SSA.

Tabla 7.
Tasa de mortalidad infantil registrada por IRA, por entidad federativa, 2000-2005.

Estado	Tasa de mortalidad infantil registrada por IRA		Cambio
	2000	2005	
Baja California	45.12	25.98	-19.14
Baja California Sur	32.15	17.71	-14.43
Guanajuato	38.93	25.77	-13.16
Oaxaca	44.23	33.99	-10.23
Quintana Roo	19.47	9.67	-9.80
Yucatán	20.06	14.99	-5.07
Puebla	89.53	85.63	-3.90
Querétaro	31.78	28.03	-3.75
Morelos	24.08	21.05	-3.03
Chiapas	52.64	49.95	-2.70
Hidalgo	28.55	26.08	-2.47
Campeche	14.55	12.29	-2.26
Guerrero	16.70	15.35	-1.35
Michoacán	21.58	20.69	-0.89
México	89.98	89.32	-0.66
Aguascalientes	13.72	13.20	-0.52
Nuevo León	11.27	10.76	-0.51
Sonora	25.57	25.28	-0.29
Nayarit	9.87	10.19	+0.32
Veracruz	28.51	30.47	+1.96
Tlaxcala	80.01	82.64	+2.63
Tabasco	23.98	26.63	+2.65
Sinaloa	8.87	12.06	+3.19
Jalisco	18.99	22.36	+3.37
Coahuila	13.25	17.90	+4.64
Zacatecas	19.39	24.38	+4.99
Durango	5.22	11.74	+6.52
Tamaulipas	9.94	16.57	+6.63
Distrito Federal	41.23	48.46	+7.23
San Luis Potosí	23.44	33.80	+10.36
Colima	3.58	15.84	+12.26
Chihuahua	20.93	39.47	+18.54
Nacional	38.82	33.42	-5.40

Tasa por 100,000 habitantes menores de cinco años. No se incluyen las de entidad de residencia no especificada ni las de residentes en el extranjero.

** : Los números marcados con rojo indican que el valor está por arriba de la media nacional.

Fuente: Bases de datos de las defunciones INEGI/SSA. 2000-2005. Proyecciones de la Población de México 2000-2050. CONAPO 2002.

2.2.2 Mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's)

La tasa de mortalidad observada por IRA's en menores de cinco años se define como el número de muertes ocurridas por IRA's en los menores de cinco años por cada 100,000 niños de esta edad en un periodo determinado. Entre 1990 y el 2000 la mortalidad por IRA's en este grupo de edad, presentó una disminución del 65.32 por ciento (reducción promedio anual de 6.5%).

Entre 1990 y el 2005 la tasa de mortalidad infantil observada por IRA's disminuyó un 70.1 por ciento, con una reducción promedio anual de 4.67 por ciento. A partir del 2000 y hasta el 2005, la tasa de reducción promedio ha sido de 2.78 por ciento por año. Entre el año 2000 y el 2005 la probabilidad de morir de un recién nacido por IRA's disminuyó en aproximadamente 13 defunciones, esto representa una reducción del 24.6 por ciento.

Las entidades federativas que han presentado las tasas más altas de mortalidad entre el 2000 y el 2005 son: Puebla, Tlaxcala, Chiapas y Distrito Federal. En particular, el estado de Chihuahua presentó un incremento sustantivo en sus tasas de mortalidad en el año 2005, por lo que se agregó a la lista de los estados con tasas de mortalidad más elevadas. En la tabla 7, se presentan las tasas de mortalidad por IRA's en los años 2000 y 2005 así como su variación.

2.2.3 Deficiencias en la Nutrición

La anemia es un problema mundial de salud pública que afecta principalmente a niños y mujeres en edad fértil, el tipo más frecuente es la anemia ferropriva. A pesar de existir una reducción desde 1999 hasta la fecha, la prevalencia de anemia sigue siendo elevada en México.

La anemia en la edad preescolar condiciona un desarrollo psicomotor deficiente en los niños. En el grupo de 12-23 meses, la prevalencia de anemia se ha reducido considerablemente, posiblemente como resultado de programas de amplia cobertura en población de bajos ingresos que incluyen estrategias para disminuir la anemia, tales como el Programa Oportunidades y el Programa de Abasto de Leche Liconsa Fortificada que incluyen a niños menores de 5 años.

De acuerdo a la Encuesta de Salud y Nutrición 2006 (Ensanut 2006), en México, 23.7% de los preescolares (12-59 meses) presentan anemia. La prevalencia más alta fue encontrada en niños entre 12 y 23 meses (37.8). Esta cifra es menor en un 15.3% comparada con los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 (ENN 1999). La reducción más importante en la prevalencia de anemia registrada entre 1999 y 2006, fue en el grupo de 12-23 meses de edad (22.7%), seguida por la del grupo de 24-35 meses (9.9%). Sin embargo, en los demás grupos de edad la disminución fue marginal (8.1%). La prevalencia de anemia también tiene relación con las distintas regiones del país, de tal manera que el descenso es mínimo en la región sur del país, mientras que en las regiones norte y centro del país ha sido del 5%.

En los escolares, de acuerdo a la Ensanut 2006 el 16.6% presenta anemia, siendo más frecuente entre los 6-7 años de edad.

La vitamina A es uno de los micronutrientes que ha demostrado tener mayores beneficios en la salud de los niños. Los programas de suplementación con Vitamina A en los países en desarrollo, han

comprobado su eficacia para reducir de manera significativa la mortalidad infantil, así como la incidencia de xeroftalmia, infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas.

En México, desde 1993 la Secretaría de Salud inició un programa nacional de suplementación con megadosis de vitamina A, el cual hasta la fecha es aplicado junto con los programas de vacunación y desparasitación en el contexto de las semanas nacionales de salud, dirigido a niños de 6 meses a 4 años de edad en zonas marginadas que son quienes se encuentran con mayor riesgo de esta deficiencia. La estrategia de suplementación con megadosis demostró ser una de las intervenciones de salud con mayor costo beneficio por lo que a partir del 2005, la Secretaría de salud a través del Consejo Nacional de Vacunación acordó la suplementación con una dosis de 50,000 UI de vitamina A a todos los recién nacidos como una estrategia más para reducir la mortalidad infantil.

2.2.4 Vacunación

El Programa de Vacunación Universal (PVU) creado en 1991, tomó y reorganizó las mejores experiencias de la vacunación en México, estableciendo el desarrollo de sus actividades en dos grandes estrategias: Vacunación Permanente y Acciones Intensivas. La Vacunación Permanente se ha ofrecido sistemáticamente en las unidades de salud que cuentan con servicios de inmunizaciones y en el área de influencia de las mismas, mediante las visitas domiciliarias del personal médico, de enfermería y vacunadores. Este servicio se ha otorgado durante todos los días laborables del año, dependiendo de la disponibilidad de los biológicos y del personal de campo. Su principal objetivo es ofertar permanentemente las vacunas que necesita el menor de cinco años para completar su esquema básico (Vacunas BCG, Antipoliomielítica, Pentavalente y Triple Viral), así como aquellas que se aplican en forma complementaria tanto a este grupo etáreo como a los adolescentes y adultos (Vacunas DPT, SR y antihepatitis B y toxoides tetánico y diftérico). En el último trimestre del año 2004 se introdujo a nivel nacional la vacunación contra la influenza en los grupos de 6 a 23 meses y de 65 y más años de edad, así como en grupos de riesgo selectivos. Más recientemente se introdujeron nuevas vacunas como la antirotavirus, antineumocócica 7 valente, pentavalente acelular y polio inactivada.

Las Acciones Intensivas de vacunación se implantaron con el propósito fundamental de elevar las coberturas de vacunación en un periodo muy corto. Su desarrollo se programó antes de la época de mayor incidencia de los padecimientos que las vacunas previenen o cuando las condiciones epidemiológicas así lo exigieran, con el fin de romper la cadena de transmisión del agente causante de la enfermedad inmunoprevenible (bloqueos vacunales). Las acciones intensivas de mayor trascendencia fueron evolucionando de acuerdo con la necesidad operativa, primero se denominaron Días Nacionales de Vacunación, después Semanas Nacionales de Vacunación y actualmente Semanas Nacionales de Salud (SNS). Estas últimas se han caracterizado por ser el primer evento de salud pública en otorgar a la niñez mexicana acciones integradas de atención primaria, cuyo eje central son las acciones de vacunación.

La implementación de políticas públicas en materia de salud con carácter universal y gratuito como es el caso de del PUV, requiere de grandes esfuerzos de coordinación entre sectores, instituciones y organizaciones de todo el país; inclusive entre países. Es por ello que en 1991 se crea el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) como la instancia permanente de coordinación de los sectores público, social y privado para promover y apoyar las acciones de prevención, control, eliminación y erradicación, entre toda la población residente en la República Mexicana, de las enfermedades que pueden evitarse mediante la administración de vacunas.

Los resultados de la Encuesta de Cobertura de Vacunación realizada en 1990-1991, mostraron el rezago en la vacunación de los niños: las coberturas con DPT, que formaba parte del esquema básico, eran las más rezagadas, sólo el 60.1% de los niños preescolares estaban vacunados; en el caso de vacuna Sabin el 73.1%; con vacuna BCG el 73.6% y contra el sarampión, la que mostraba mayor cobertura, alcanzaba el 85.4%. Únicamente el 46% de los niños había completado su esquema de ocho dosis.

Al cierre del 2006 las coberturas en niños de un año de edad son las siguientes: BCG 99.48%, Sabin 98.04%, Pentavalente (DPT+HB+Hib) 98.00% y SRP 96.32% y el esquema de ocho dosis de 95.16%. En el grupo de preescolares (1 a 4 años) BCG 99.78%, Sabin 99.27%, Pentavalente (DPT+HB+Hib) 99.26% y SRP 98.45% y el esquema de ocho dosis de 98.11%. Además desde el año 2005 se aplica universalmente la vacuna anti-influenza a la población de 6 a 23 meses de edad ampliándose en 2006 hasta los 35 meses. Actualmente se ha logrado la universalización de la vacuna anti-rotavirus y continúan los esfuerzos para la universalización de vacuna anti-neumococo 7 valente.

2.2.5 Atención a la salud de la Adolescencia y su relación con la reducción de la mortalidad infantil

Uno de los principales factores que afectan la salud del adolescente y que repercuten de forma indirecta en la mortalidad infantil es la violencia.

La violencia que afecta adolescentes y jóvenes comprende un amplio abanico de actos agresivos que van desde la intimidación y las peleas, hasta formas más graves de agresión que pueden llegar al homicidio. En todos los países, los varones de 15 a 19 años son los principales perpetradores, así como las principales víctimas de los actos de violencia en todas sus expresiones. La violencia constituye la segunda causa de hospitalización del grupo adolescente en México. Se calcula que por cada joven muerto como consecuencia de la violencia, entre 20 y 40 sufren lesiones que requieren tratamiento hospitalario.

La violencia sexual tiene como víctimas principales a mujeres y niñas y es cometida generalmente por hombres de mayor edad. De acuerdo con el Informe mundial sobre la violencia y la salud, en algunos países una de cada cuatro mujeres manifiesta haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y una gran parte de las adolescentes ha sufrido iniciación sexual forzada. Es así como se estima que 60% de los embarazos de niñas menores de 15 años son producto de abuso sexual o incesto.

Otro factor importante es la educación sexual deficiente, lo cual origina que la población adolescente sea el segmento de la población con mayor riesgo de tener problemas en el área de salud sexual y reproductiva como lo son los altos contagios de ITS/VIH, embarazos no deseados y abortos.

ENSANUT 2006:

- En cuanto a las relaciones sexuales, 14.4% de los adolescentes del país refieren haberlas tenido; y existe un aumento considerable conforme aumenta la edad, pues de los 12 a los 15 años, 2% de adolescentes reportan haber iniciado su vida sexual, mientras que en el grupo de 16 a 19 años, son 29.6% los que refieren ya haberla iniciado.
- Del total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, se observa que el porcentaje de utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual es más alto en los hombres. En efecto, 63.5% de ellos declaró haber utilizado condón; cerca de 8% indicó el uso de hormonales, y 29% no utilizó

ningún método. En las mujeres la utilización reportada es menor: sólo 38% de las adolescentes mencionó que su pareja usó condón y 56.6% declaró no haber utilizado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.

- La tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad fue de 79 por cada mil mujeres. Por lo que se estima que 695, 100 adolescentes entre 12 y 19 años han estado embarazadas alguna vez, lo que indica la gran demanda de servicios salud para la atención del embarazo y parto en esta población. Mientras la tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 15 años fue de seis embarazos por cada mil, el número aumentó en las jóvenes de 16 y 17 años a 101 embarazos por cada mil, y el mayor incremento se observó en las adolescentes de 18 y 19 años, entre quienes se alcanzó una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres

2.2.6 Mortalidad por cáncer en la infancia

Hoy día se sabe que el cáncer no es sinónimo de muerte, es importante destacar que el diagnóstico oportuno brinda a los pacientes con cáncer mejores posibilidades de supervivencia y disminución del riesgo de secuelas. El diagnóstico de una neoplasia maligna, asociado a herramientas terapéuticas, médicas y quirúrgicas que han sido desarrolladas durante los últimos años; permiten remisiones que van desde un 30% hasta un 90% de los casos; según el tipo de tumor y la etapa en la que es diagnosticado. En forma general, podemos considerar que al menos 7 de cada 10 pacientes con cáncer sobreviven si son diagnosticados en forma temprana y tiene acceso a un tratamiento integral y oportuno.

Como resultado del desarrollo de estrategias de salud pública eficaces como son el control de enfermedades prevenibles por vacunación, el tratamiento oportuno de enfermedades respiratorias y diarreicas; mejor control prenatal, avances en los cuidados intensivos del recién nacido de alto riesgo, y programas para mejorar el estado de nutrición infantil; en México al igual que en muchos países del mundo, los patrones epidemiológicos de morbi-mortalidad han experimentado una transformación importante.

De tal manera, que esta planeación en salud pública del gobierno federal, ha permitido que la expectativa de vida aumente para todos los niños mexicanos. Sin embargo, al presentarse una disminución de la tasa de mortalidad en los primeros tres años de vida, la población pediátrica ingresa al grupo etéreo con mayor prevalencia de cáncer infantil.

Este cambio epidemiológico ha condicionado que la segunda causa de mortalidad en la República Mexicana entre los 5 y 14 años de edad sea, precisamente debida a padecimientos oncológicos. Se calcula que la incidencia anual de cáncer en México es de 122 casos nuevos por millón de habitantes menores de 15 años.

Dentro de las neoplasias malignas, la leucemia es el cáncer más común en niños y adolescentes, y representa aproximadamente la tercera parte de todos los casos de cáncer en menores de 15 años y la cuarta parte de los que ocurren antes de los 20 años. La leucemia al igual que muchos tipos de cáncer en niños, en muchos de los casos es curable; sin embargo, el tratamiento es prolongado y costoso, por lo que existen altos índices de abandono del tratamiento al no encontrarse la familia en posibilidad de afrontar dichos gastos; con las consecuencias fatales que esto significa.

2.3 Retos 2007-2012

Reto Principal: Mortalidad

1. Reducir la tasa de mortalidad infantil para 2012 en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.7 puntos de tasa anual.

Retos Asociados:

A. Reducción en un 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano.

B. Vacunación

1. Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema básico completo de vacunación en población de un año de edad.
2. Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema básico completo de vacunación en población de uno a cuatro años de edad.
3. Reducir a cero el número de casos de tétanos neonatal para el año 2012.
4. Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema anti-influenza y anti-neumococo 23 valente a la población mayor de 60 años.

C. Enfermedades diarreicas

1. Reducir las defunciones por enfermedades diarreicas agudas en <5 años en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.8 puntos de tasa anual
 - Actualizar la normatividad para la detección y tratamiento de las enfermedades diarreicas, con enfoque en la prevención y promoción a la salud y asegurar su difusión en las 32 entidades federativas.
 - Asegurar el abasto de sobres de Vida Suero Oral en todas las unidades de salud, así como el funcionamiento de las salas de hidratación oral en el 100% de las unidades de salud.
 - Extender la capacitación al personal que brinda atención a menores de 5 años en las unidades médicas.

D. Infecciones respiratorias

1. Reducir las defunciones por infecciones respiratorias agudas en <5 años en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 1.5 puntos de tasa anual.
 - Actualizar la normatividad para la detección y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas, con enfoque en la prevención y promoción a la salud y asegurar su difusión en las 32 entidades federativas.
 - Extender la capacitación al personal que brinda atención a menores de 5 años en las unidades médicas.

E. Nutrición

1. Reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de un año de edad en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano.

F. Adolescencia

1. Promover en la población adolescente el concepto de sexualidad responsable con la finalidad de contribuir en la reducción de la tasa de embarazo en las adolescentes de 15 a 19 años de edad.

G. Cáncer

1. Estandarizar la detección oportuna de cáncer en la población de un año y menos con cáncer, a través del uso de protocolos de detección.
2. Capacitar al 100% de los médicos del primer nivel de atención de 100 municipios con menor índice de desarrollo humano para el diagnóstico Oportuno de cáncer en población de un año y menos, así como la adecuada referencia y contrarreferencia.

3. Organización del Programa

3.1 Misión

Ser un programa nacional con objetivos y directrices claras para alcanzar la reducción de la mortalidad infantil, cumpliendo los principios de equidad y justicia, mediante acciones dirigidas a la población con enfoque en capacitación, vinculación y gestión intersectorial.

3.2 Visión

Al 2012, el Programa de Acción para la Prevención de la Mortalidad Infantil, brindará oportunidades de desarrollo social a la familia que permitan reducir la mortalidad en la población menor de un año de edad y en consecuencia, integrarse adecuadamente a la sociedad en etapas posteriores.

3.3 Objetivos

Generales

- ◆ Reducir la tasa de mortalidad infantil para 2012 en un 25% con relación a la tasa de 2006.
- ◆ Reducir en un 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano con respecto a la tasa de 2006.

Específicos

- ◆ Fortalecer las acciones de vacunación a la población menor de un año, asegurando el esquema básico completo.
- ◆ Mejorar el conocimiento de la población sobre el manejo de la enfermedad diarreica y de la infección respiratoria aguda, mediante la promoción de acciones preventivas.
- ◆ Promover conductas de alimentación saludable en la población menor de un año, para reducir la prevalencia de desnutrición en este grupo de edad.
- ◆ Promover el concepto de sexualidad responsable en los adolescentes para reducir la tasa de embarazo en este grupo poblacional.
- ◆ Difundir en el personal de salud los conceptos básicos necesarios para realizar diagnóstico oportuno de los casos de cáncer en la población de un año o menos.

3.4 Estrategias y líneas de acción

Estrategias

1. Realizar acciones que promuevan la prevención de enfermedades en la población menor de un año.
 - ◆ Detectar oportunamente algunas afecciones originadas en el periodo perinatal.
 - ◆ Detectar oportunamente las malformaciones congénitas.
 - ◆ Prevenir y tratar oportunamente la enfermedad respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda.
 - ◆ Detectar oportunamente el cáncer en menores de un año a través de capacitación al personal de salud.
 - ◆ Garantizar programas de vacunación con el esquema básico completo en menores de un año y de tétanos en mujeres gestantes.

2. Fortalecer la participación social en la prevención, detección y tratamiento oportunos de enfermedades en la población menor de un año.
 - ◆ Promover en la población, mediante campañas de comunicación masivas y capacitación, acciones de prevención de afecciones del periodo perinatal, prevención de embarazo en adolescentes, enfermedades diarreicas, respiratorias, acciones de vacunación y prevención de riesgos de accidentes por intoxicaciones, quemaduras y cuerpos extraños en vía aérea y digestiva.

3. Fortalecer la prestación de los servicios de salud que garanticen la atención oportuna a la población blanco.
 - ◆ Desarrollar acciones de capacitación al personal de salud en materia de prevención, detección y tratamiento oportunos de enfermedades en la población menor de un año.
 - ◆ Fortalecimiento de la capacidad de respuesta del personal de salud para la atención de urgencias pediátricas
 - ◆ Gestionar y vigilar el abasto oportuno, suficiente y con calidad de los recursos necesarios para la operación del programa. Mantener actualizado el diagnóstico de recursos humanos, físicos y materiales necesarios para la operación del programa.

4. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y supervisión del programa en los estados.
 - ◆ Acreditación de unidades de I nivel de atención que garanticen el cumplimiento de las líneas de acción del programa.
 - ◆ Consolidar el monitoreo y la evaluación sistemática de la atención integral del menor de un año a través de indicadores de proceso y resultado
 - ◆ Mejoramiento del sistema de información existente con la inclusión de nueva información para captura de datos concernientes al programa.

La correlación entre las estrategias y las líneas de acción se presenta en la tabla 8.

TABLA 8. DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN RELACIONADAS		
ESTRATEGIAS		LÍNEAS DE ACCIÓN Y ACTIVIDADES
S U P E R V I S I Ó N	Realizar acciones que promuevan la prevención de enfermedades en la población menor de un año.	1. Prevención y detección oportuna de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. 1.1 Promover y garantizar la atención adecuada y completa al nacimiento.
		2. Detección oportuna de Malformaciones congénitas 2.1 Promover y garantizar la detección oportuna de malformaciones cardíacas: 2.2 Promover y garantizar la detección oportuna de defectos Pared y tubo neural.
		3. Prevención de enfermedades diarreicas 3.1 Prevención en el hogar, signos de alarma 3.2 Detección en la unidad de salud. 3.3 Tratamiento oportuno. 3.4 Referencia y Contrarreferencia ACTIVAS.
		4. Prevención de infecciones respiratorias 3.1 Prevención en el hogar, signos de alarma 3.2 Detección en la unidad de salud. 3.3 Tratamiento oportuno. 3.4 Referencia y Contrarreferencia ACTIVAS.
		5. Vacunación. 5.1 Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema básico completo de vacunación en población de un año de edad. 5.2 Reducir a cero el número de casos de tétanos neonatal para el año 2012.
		6. Detección oportuna de cáncer en menores de un año a través de capacitación al personal de salud.. 6.1 Capacitación del personal de salud 6.2 Referencia oportuna de casos
		7. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta del personal de salud para la atención de urgencias pediátricas.
		2. Fortalecer la participación social en la prevención, detección y tratamiento oportunos de enfermedades en la población menor de un año. Fortalecer la prestación de los servicios de salud que garanticen la atención oportuna a la población blanco.
		4. Identificación de los recursos necesarios para la operación del programa.
		5. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y supervisión del programa en los estados.
		9. Promover en la población acciones de prevención de afecciones del periodo perinatal, prevención de embarazo en adolescentes, enfermedades diarreicas, respiratorias, acciones de vacunación y prevención de riesgos de accidentes por intoxicaciones, quemaduras y cuerpos extraños en vía aérea y digestiva: 9.1 Capacitación pro-activa a madres. 9.2 Capacitación pro-activa a la comunidad en general.
		10. Identificación de los recursos necesarios para la operación del programa. 11. Capacitación al personal de salud y a la población en general para garantizar el cumplimiento del programa. 12. Supervisión del cumplimiento de las líneas de acción de programa.

3.5 Metas anuales 2008-2012

Indicador	Metas					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Reducir la tasa de mortalidad infantil para 2012 en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%) que equivale a una reducción de 0.7 puntos de tasa anual *Meta expresada en tasa % valor inicial 2006 tasa de 16.2 por 1000 nacidos vivos estimados	15.53	14.85	14.18	13.5	12.75	12.15

3.6 Indicadores de evaluación y seguimiento del Programa

Programa	Indicador	Metas					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Vacunación	Mantener la cobertura de vacunación con esquema básico completo en población de 1 a 4 años de edad por arriba de 95% a escala nacional, con igual cobertura en cada jurisdicción sanitaria	95% y más					
Vacunación	Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema anti-influenza y anti-neumococo 23 valente a la población mayor de 60 años	95% y más					
Vacunación	Mantener la cobertura de vacunación con esquema básico completo en población de un año de edad por arriba de 95% a escala nacional, con igual cobertura en cada jurisdicción sanitaria	95% y más					
Vacunación	Reducción a cero casos de tétanos neonatal para 2012	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
EDAS	Reducir las defunciones por enfermedades diarreicas agudas en <5 años en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.8 puntos de tasa anual. META EXPRESADA EN TASA (VALOR INICIAL 2006 TASA DE 19.9 POR CADA 100,000 MENORES DE 5 AÑOS)	19.1	18.2	17.4	16.6	15.8	14.9
IRAS	Reducir las defunciones por enfermedades diarreicas agudas en <5 años en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 1.5 puntos de tasa anual. META EXPRESADA EN TASA (VALOR INICIAL 2006 TASA DE 35.8 POR CADA 100,000 MENORES DE 5 AÑOS)	34.1	32.3	30.5	28.7	26.9	25.1

4. Estrategia de implantación operativa

4.1 Modelo operativo



4.2 Estructura y Niveles de responsabilidad

4.2.1 Recursos Físicos

Infraestructura actual, necesidades generadas.

A. Vacunación.

El programa de vacunación universal, creado en 1991, reorganizó las mejores experiencias de la vacunación en México, estableciendo el desarrollo de sus actividades en dos grandes estrategias: Vacunación permanente y Acciones intensivas. La vacunación permanente se ha ofrecido sistemáticamente en las unidades de salud que cuentan con servicios de inmunizaciones y en el área de influencia de las mismas, mediante las visitas domiciliarias. En el último trimestre del año 2004 se introdujo a nivel nacional la vacunación contra influenza en los grupos de 6 a 23 meses, actualmente el esquema está en constante evolución de tal forma que también han sido introducidas la vacuna pentavalente acelular en sustitución de la vacuna pentavalente de células completas, la vacunación anti-hepatitis B en adolescentes, la vacunación anti-rotavirus en grupos de riesgo en el año 2006 y universalizada en 2007, y la vacunación anti-neumococica heptavalente, también a grupos de riesgo, procediéndose a su universalización en el año 2008.

Con respecto a las acciones intensivas, estas se implantaron para incrementar las coberturas de vacunación en un período corto, estas acciones fueron realizadas en un inicio como Días Nacionales de Vacunación, los cuales han evolucionado hasta convertirse en Semanas Nacionales de Salud, durante las cuales no solo se ofertan biológicos, sino también acciones preventivas a la población sobre otras afecciones comunes de la infancia.

Debido a la ampliación acelerada del esquema nacional de vacunación, la infraestructura actual es insuficiente lo cual influye negativamente en el cumplimiento de metas, los principales problemas detectados en la estructura necesaria para el cumplimiento del programa son:

1. Número insuficiente de vehículos para las visitas domiciliarias en el programa permanente de vacunación y para las fases intensivas, lo cual genera un seguimiento deficiente de los niños con esquemas de vacunación incompletos, repercutiendo en las coberturas vacunales nacionales.
2. Red de frío insuficiente para preservar los biológicos en condiciones óptimas: Debido al constante incremento en el número de biológicos que componen el esquema nacional de vacunación, los espacios estatales destinados a la conservación de los biológicos actualmente son insuficientes, aunado a esto, el resto de los insumos requeridos para el transporte adecuado de las vacunas durante las actividades de campo es insuficiente. Por tanto, se requiere fortalecer la red de frío nacional, ya que de lo contrario se corre el riesgo de que un esquema de vacunación altamente efectivo como es el nuestro, tenga bajos niveles de protección debido a las condiciones deficientes de los insumos necesarios para la conservación de los biológicos.
3. Sistemas de información deficientes: En México, se cuenta con una de las bases de datos de población vacunada más grande del mundo, el PROVAC. La mayor fortaleza de este sistema es su carácter nominal, sin embargo, debido al constante incremento en el esquema y a las mayores necesidades de automatización de la información, el sistema presenta actualmente serias deficiencias entre las cuales se

encuentran: falta de inclusión de biológicos y grupos de edad, pobre actualización del censo nominal en entidades federativas, falta de una red nacional, entre otros. Se requiere por tanto llevar a cabo la actualización de la plataforma de este sistema y llevar a cabo las acciones necesarias para la creación de una red nacional vía web.

4. Falta de actualización de los soportes documentales: El esquema nacional de vacunación a sufrido modificaciones importantes en corto tiempo, de tal forma que la velocidad de ampliación del esquema ha superado con mucho la velocidad de actualización de los soportes documentales. Por esta razón, será necesario llevar a cabo de forma expedita la actualización de las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas, así como del Manual de Vacunación, entre otros.

B. Enfermedad diarreica

El manejo de la Hidratación Oral en nuestro país, ha constituido una excelente estrategia para prevenir la deshidratación secundaria a diarrea, sin embargo, al pasar de los años y una vez establecidas las acciones que lograron la considerable reducción en las tasas de mortalidad infantil por deshidratación y diarrea en México, el programa cayó en la rutina y actualmente es necesario retomarlo. Se han detectado las siguientes necesidades:

1. Reinstalación de las áreas de hidratación oral en las unidades de salud de primer, segundo y tercer nivel asegurando los insumos necesarios para su adecuado funcionamiento.
2. Actualización del Manual de Procedimientos técnicos para el manejo de enfermedad diarreica.
3. Cada una de las unidades de salud deberá contar con los esquemas de tratamiento completos de acuerdo a lo indicado en el Manual de Procedimientos técnicos actualizado.

C. Infección Respiratoria Aguda

Al igual que el programa de hidratación oral, las acciones básicas enfocadas a la prevención y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas han perdido fuerza, esto es secundario a la considerable reducción en la mortalidad de enfermedad respiratoria aguda y a la introducción de vacunas tales como anti-neumocócica, anti-influenza y anti-haemophilus influenzae tipo B. Esto último ha condicionado que la mayor parte de la prevención de infecciones respiratorias recaiga en la vacunación disminuyendo la importancia de las medidas de prevención básicas para este tipo de infecciones. Las necesidades identificadas son:

1. Actualización del Manual de Procedimientos Técnicos para el manejo de Infección Respiratoria Aguda.
2. Cada unidad de salud deberá contar con los esquemas de tratamiento completos de acuerdo a lo recomendado en la actualización del Manual de Procedimientos técnicos

D. Nutrición

El componente de nutrición dentro del Programa de Atención a la Infancia y la Adolescencia presenta deficiencias en cuanto a actualización de normatividad, estandarización de insumos y registro de variables, se han identificado las siguientes necesidades:

1. Insumos insuficientes y/o deficientes: La mayor parte de las unidades de salud no cuenta con los requerimientos esenciales, o bien los insumos están descalibrados (básculas, estadímetros, etc.), a esto se asocia el desconocimiento del personal de salud en el manejo adecuado de los mismos.

2. El catálogo de insumos necesario para este componente requiere actualización, al igual que el Manual de Nutrición en la Infancia, donde se establecen los procedimientos técnicos del componente.

3. El registro de variables del componente se ha llevado a cabo desde hace varios años dentro del PROVAC, sin embargo, debido a las razones expuestas previamente, es fundamental la actualización del sistema incluyendo un módulo de nutrición donde se puedan registrar las variables necesarias para evaluar el estado nutricional de los niños mexicanos y además contar con una memoria histórica de los mismos.

E. Adolescencia.

En el caso de este grupo de edad, una de las prioridades es la prevención de embarazo, para esto se hace necesario garantizar la existencia de métodos anticonceptivos recomendados en este grupo de edad, así como información suficiente y completa a través de carteles y folletería en todas las unidades de salud. También será importante contar con grupos de apoyo dentro de las comunidades donde un promotor de salud capacitado en salud reproductiva deberá fungir como líder.

Aunado a esto, es fundamental contar con un documento normativo, para este fin será elaborada la Norma Oficial Mexicana de la Salud del Adolescencia.

F. Cáncer

En cada unidad de salud se deberá contar con los manuales técnicos referentes a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer en la infancia, de tal forma que el personal de salud sea capaz de realizar estas actividades de forma adecuada y expedita.

Se deberá asegurar también que el personal de salud de primer, segundo y tercer nivel conozcan los protocolos de tratamiento para estos pacientes con la finalidad de optimizarlos al máximo.

Es fundamental continuar fomentando la instalación y el adecuado funcionamiento de los Consejos Estatales de Prevención y Tratamiento de Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.

4.2.2 Recursos Humanos

A nivel federal se cuenta con rectoría a través de la Dirección del Programa de atención a la infancia y la adolescencia, y la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.

Nivel Estatal:

- ◆ Secretario de Salud
- ◆ Director de los Servicios de Salud

Nivel Jurisdiccional:

- ◆ Coordinador del Programa de Atención a la Infancia y la Adolescencia (PASIA)
- ◆ Encargados de los Componentes de Enfermedad diarreica, infecciones respiratorias agudas, nutrición, vacunación, adolescencia y cáncer. (No en todas las entidades federativas se encuentra con personal encargado para cada uno de estos componentes, en la mayoría, existen únicamente de uno a dos encargados para todos los componentes.
- ◆ Personal médico y paramédico para las unidades de salud.

Con respecto a los recursos humanos se enlistan los siguientes requerimientos:

De manera general, el equipo de trabajo a nivel estatal debe de contar con personal específico para cada uno de los componentes de los Programas. En el caso de los programas de infancia se recomienda siempre la participación de médicos pediatras, y de otro personal paramédico especializado en manejo pediátrico.

REQUERIMIENTOS DE RECURSOS HUMANOS POR COMPONENTE

1. Vacunación	El número de vacunadores es insuficiente para las actividades del programa permanente y de las fases intensivas de vacunación, esto condiciona disminución en coberturas, barrido casa por casa deficiente y pobre actualización de los censos nominales. (Ver Anexo)
2. Enfermedad Diarreica	Se requiere de un encargado exclusivo de componente a nivel estatal y jurisdiccional.
3. Infección respiratoria aguda	Se requiere de un encargado exclusivo de componente a nivel estatal y jurisdiccional.
4. Nutrición	Se requiere de un encargado exclusivo de componente a nivel estatal y jurisdiccional
5. Adolescencia	Se requiere de un encargado exclusivo de componente a nivel estatal y jurisdiccional
6. Cáncer	Se requiere de un encargado exclusivo de componente a nivel estatal

4.2.2 Recursos humanos en las Unidades de Salud.

Será necesario contar con un médico, una enfermera y un promotor de salud en cada una de las unidades médicas para asegurar el adecuado seguimiento operativo al cumplimiento de los programas.

4.2.3 Recursos financieros.

El presupuesto federal asignado (Ramo 12) a las tareas de los Programas de Atención a la Infancia y la Adolescencia se describe en el Anexo 3.

Para el ejercicio del presupuesto asignado a cada entidad federativa (Ramo 33), será necesario dar seguimiento del mismo a través de los convenios específicos de ejecución, que son los instrumentos legales a través de los cuales Federación y Entidad Federativa dan cabal cumplimiento al ejercicio de este presupuesto de forma transparente y acorde con las metas de los Programas de Atención a la Infancia y la Adolescencia.

Por otro lado el Seguro Popular realiza aportaciones en lo que respecta a la adquisición de biológicos por medio de subsidio a las entidades federativas y a través de la Subsecretaría de Prevenición y Promoción la Salud y del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

4.2.4 Niveles de responsabilidad

La prevenición de las principales causas de mortalidad en los menores de cinco años incluyen varios procesos realizados a distintos niveles los cuales incluyen desde el nivel operativo, jurisdiccional, estatal y el nivel federal. A continuación se presentan los procesos más importantes:

En la comunidad	Servicios de Salud a la Población	Permanentes en el Sistema Nacional de Salud
<p>Conocimiento de las principales causas de mortalidad infantil, así como de los signos de alarma.</p> <p>Demanda de acciones preventivas.</p> <p>Apego a las acciones preventivas, diagnóstico y tratamiento oportuno.</p>	<p>Vacunación</p> <p>Prevenición, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades diarreicas.</p> <p>Prevenición, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades respiratorias.</p> <p>Prevenición, diagnóstico y tratamiento oportuno de desnutrición.</p> <p>Prevenición de embarazo en adolescentes.</p> <p>Diagnóstico oportuno del cáncer en la infancia</p>	<p>Rectoría</p> <p>Gestión política</p> <p>Gestión de recursos</p> <p>Gestión para el desarrollo y mantenimiento de la infraestructura.</p> <p>Capacitación del personal</p> <p>Supervisión</p> <p>Seguimiento y evaluación de programas.</p>

4.3 Etapas para la instrumentación

Durante el año 2008 se llevarán a cabo las siguientes acciones:

Componente y acciones	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic
<i>Diagnóstico situacional con las cédulas específicas del programa</i>												
<i>Vacunación: Actualización de la plataforma del Sistema PROVAC</i>												
<i>Vacunación: Fortalecimiento de la Red de Frío</i>												
<i>Vacunación: semanas nacionales de salud</i>												
<i>Vacunación: programa permanente</i>												
<i>Enfermedades diarreicas, respiratorias, desnutrición, adolescencia y cáncer: capacitación al personal de salud</i>												
<i>Enfermedades diarreicas, respiratorias, desnutrición, adolescencia y cáncer: capacitación a la población</i>												
<i>Supervisión de componentes</i>												
<i>Medición de indicadores</i>												

En los años subsiguientes se llevarán a cabo las siguientes actividades:

1. Vacunación.

- ◆ Evaluación trimestral de coberturas de vacunación, las cuales deberán ser iguales o superiores al 95% en todos los grupos de edad y para cada uno de los biológicos que formen parte del esquema de vacunación universal.
- ◆ Mantenimiento de la plataforma del Sistema PROVAC, asegurando su constante actualización.
- ◆ Fortalecimiento constante y mantenimiento de la red de frío nacional asegurando la adecuada conservación de los biológicos, a través de estrategias tales como compras coordinadas nacionales lo cual permitirá el control de precios de los productos necesarios ante los distintos proveedores.

2. Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y desnutrición.

- ◆ Promoción de las acciones preventivas entre la población general para mantener el interés constante de la población.
- ◆ Actualización constante del personal de salud, que asegure la atención médica oportuna y de calidad a estos padecimientos.

3. Adolescencia.

- ◆ Promover la participación activa de la comunidad adolescente en la formación de grupos de ayuda que permitan establecer acciones preventivas en este grupo de edad.

4. Cáncer.

- ◆ Promoción de las acciones preventivas entre la población general para mantener el interés constante de la población.
- ◆ Actualización constante del personal de salud, que asegure la atención médica oportuna y de calidad a estos padecimientos.

4.4 Acciones de mejora de la gestión pública

Rectoría

Para garantizar el cumplimiento de las estrategias del programa de acción, deberán llevarse a cabo acciones de rectoría que permitan dar una adecuada dirección a las mismas, se realizarán las siguientes:

1. Coordinar la elaboración de programas de trabajo estatales acordes a los lineamientos emitidos en este Programa y alineados a los esfuerzos y compromisos para lograr las metas comprometidas en el PRONASA 2007-2012.
2. Elaboración de convenios específicos de ejecución con las entidades federativas con la finalidad de asegurar el cumplimiento de las metas del programa y dando transparencia al ejercicio de los recursos.
3. Establecer acuerdos firmados con los titulares de las Instituciones de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, Marina) con el Secretario de Salud Federal según sea el caso, para alcanzar las metas institucionales anuales establecidas en los programas de salud prioritarios.
4. Seguimiento a nivel Secretarial de los avances en las metas de manera periódica en las reuniones del Consejo Nacional de Salud y en reuniones específicas con los estados de mayor problemática.

5. Informar a los Secretarios de Salud Estatales de los avances y problemas detectados en sus entidades federativas durante las actividades de supervisión.

Acciones extrasectoriales

1. Dar cumplimiento a las reuniones programadas del Consejo Nacional de Vacunación y seguimiento estrecho de los acuerdos emanados en este.
2. Promover los acuerdos intersectoriales que permitan el desarrollo adecuado del programa y el avance en las metas que requieren de la participación de otros sectores.

Regulación

1. Se procederá a actualizar los manuales de procedimientos técnicos, guías y normas relacionadas con los programas de infancia y adolescencia, así como a la elaboración de los nuevos soportes documentales identificados para el apoyo en el desarrollo de las actividades del programa.
2. Se incluirán como criterios de certificación en el programa los resultados de las cédulas diseñadas para este fin.
3. Se solicitará la intervención de COFEPRIS en las unidades médicas públicas y privadas para establecer los mecanismos preventivos, correctivos y de sanción en caso de incumplimiento de acciones para el desarrollo del programa de acuerdo al ámbito y magnitud de la problemática.
4. Se reportará a las contralorías internas de cada entidad federativa o institución o en su caso a la Contraloría federal de la Secretaría de Salud sobre las irregularidades detectadas para que se realice la investigación pertinente y se apliquen las asaciones correspondientes.

5. Evaluación y rendición de cuentas

5.1 Sistema de monitoreo y seguimiento

Con el propósito de dar respuesta a los planteamientos del Plan de Desarrollo 2006-2012 en materia de mejorar la gestión pública, específicamente a las estrategias propuestas, se indican las siguientes:

1. Realizar acciones que promuevan la prevención de enfermedades en la población menor de un año.
2. Fortalecer la participación social en la prevención, detección y tratamiento oportunos de enfermedades en la población menor de un año.
3. Fortalecer la prestación de los servicios de salud que garanticen la atención oportuna a la población blanco.
4. Identificación de los recursos necesarios para la operación del programa.
5. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y supervisión del programa en los estados

5.2 Evaluación de resultados

Se llevará a cabo de la siguiente manera:

1. Seguimiento periódico de las metas prioritarias (trimestral y anual), el cual será reportado en los diversos informes solicitados por la Secretaría de Salud, Informes de Gobierno y otras instancias relacionadas.
2. Reuniones nacionales para evaluar los avances en los niveles jurisdiccional, estatal y federal.
3. Reuniones periódicas internas para la evaluación de resultados y propuesta de estrategias de mejora.
4. Información en la página Web del Centro de los resultados de las evaluaciones periódicas.
5. Supervisiones de acuerdo a la programación de cada uno de los componentes en las entidades federativas.
6. En el caso de vacunación, realización de encuestas rápidas de cobertura y vigilancia epidemiológica en colaboración con la Dirección General de Epidemiología incluyendo la vigilancia de eventos temporalmente asociados a vacunación.
7. Medición del impacto de la vacunación en lo que respecta a los biológicos de reciente inclusión en el esquema básico de vacunación.
8. Medición periódica de la mortalidad infantil y de la mortalidad por enfermedades diarreicas y enfermedades respiratorias, así como de la prevalencia de desnutrición, tasa de embarazo en población adolescente e incidencia de casos de cáncer en la infancia y análisis de su tendencia para determinar la efectividad de las estrategias propuestas en el actual programa.

V. Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, PROSESA y PRONASA 2007-2012.

El Programa de Acción para la Prevención de la Mortalidad Infantil ha sido desarrollado como una herramienta para lograr las importantes estrategias plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), estructuradas en cinco ejes rectores: Estado de Derecho y seguridad, economía competitiva y generadora de empleos, igualdad de oportunidades, sustentabilidad ambiental y democracia efectiva con política exterior responsable.

Dentro del eje 3, se desarrollan las competencias de salud. Las acciones planeadas para el cumplimiento de la meta del Programa de Acción para la Prevención de la Mortalidad Infantil responden a los retos derivados de las estrategias del PND 2007-2012. En la tabla 1, se describen estos retos.

TABLA 1.
ESTRATEGIAS DEL PND 2007-2012 Y RETOS GENERADOS A LOS QUE RESPONDE EL PROGRAMA 2007-2012

EJE 3. IGUALDAD DE OPORTUNIDADES		
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	RETOS A LOS QUE RESPONDE EL PROGRAMA 2007-2012
3. DESARROLLO INTEGRAL	3.2 Salud	<p>Aunque existe un descenso importante en la mortalidad infantil en general así como en los índices de desnutrición y enfermedades infecciosas, sigue siendo necesario implementar acciones en el sector más pobre de la población ya que continúan teniendo mayor riesgo de morir. La desigualdad, expresada en la dimensión de la salud de las personas, puede observarse también entre regiones.</p> <p>La infraestructura para el tratamiento de las enfermedades asociadas a comunidades económicamente desfavorecidas es muy distinta a la que atendería enfermedades características de personal con niveles de vida apreciables.</p> <p>El cuadro más frecuente de enfermedades contagiosas sigue siendo expresión de la falta de una cultura elemental de la salud en muchas de nuestras comunidades.</p> <p>La falta de infraestructura moderna, insumos y personal capacitado en el sector salud es desigual y su cobertura es deficiente.</p> <p>La accesibilidad de los servicios de salud presenta un doble desafío: atender las llamadas enfermedades del subdesarrollo y a la vez los padecimientos propios de países desarrollados.</p>
4. MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN	4.2 Promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos.	<p>Falta de organización en la acción comunitaria.</p> <p>Capacitación deficiente en materia de promoción de la salud a nivel local.</p> <p>Número insuficiente de Promotores de de la Salud en los núcleos básicos.</p> <p>Falta de lineamientos, manuales y guías metodológicas adecuadas para la capacitación en materia de promoción de la salud.</p>

EJE 3. IGUALDAD DE OPORTUNIDADES		
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	RETOS A LOS QUE RESPONDE EL PROGRAMA 2007-2012
	4.3 Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades	Falta de coordinación entre las distintas instituciones públicas de salud y con un financiamiento dispar en lo que respecta a las acciones de prevención de la salud. Integrar a esta coordinación a todos los órdenes de gobierno.
5. BRINDAR SERVICIOS DE SALUD EFICIENTES, CON CALIDAD, CALIDEZ Y SEGURIDAD PARA EL PACIENTE.	5.2 Mejorar la planeación, la organización, el desarrollo y los mecanismos de rendición de cuentas de los servicios de salud para un mejor desempeño del Sistema Nacional de Salud como un todo.	Fortalecer la rendición de cuentas y mejorar el desempeño del Sistema Nacional de Salud. Evaluar adecuadamente los servicios de salud y establecer comparaciones de los resultados obtenidos por las instituciones públicas.
	5.3 Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesarias de salud de la población.	Capacitación profesional entre el personal médico y paramédico. Edificación de hospitales regionales, y en general, la ampliación de la infraestructura de salud en las ciudades y el campo. Contratación de Recursos Humanos en las Entidades Federativas. Consolidación de la red de servicios de atención a la salud.
6. REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN LOS SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE INTERVENCIONES DE SALUD MEDIANTE INTERVENCIONES FOCALIZADAS EN COMUNIDADES MARGINADAS Y GRUPOS VULNERABLES.	6.1 Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad.	Aplicación de medidas preventivas y vigilancia de posibles factores de riesgo para evitar la morbi-mortalidad del recién nacido.
	6.2 Ampliar la cobertura de servicios de salud a través de unidades móviles y el impulso de la telemedicina.	Mejorar la conectividad y el acceso a través del uso de infraestructura de telecomunicaciones adecuada.
8. GARANTIZAR QUE LA SALUD CONTRIBUYA A LA SUPERACIÓN DE LA POBREZA Y AL DESARROLLO HUMANO EN EL PAÍS.	8.2 Garantizar un blindaje efectivo contra amenazas epidemiológicas y una respuesta oportuna a desastres para mitigar el daño al comercio, la industria y el desarrollo regional.	Capacitación del personal de salud para la respuesta eficaz y eficiente ante desastres naturales.

SUSTENTACIÓN CON BASE EN EL PROSESA 2007-2012

En el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 se establece que frente a los retos relacionados con la transición epidemiológica por la que atraviesa el país, el PROSESA se plantea cinco objetivos, a continuación se presenta su relación con el Programa de Prevención de la Mortalidad Infantil y su definición interna como Programa de Acción para la Prevención de la Mortalidad Infantil 2007-2012.

PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2007-2012	
OBJETIVOS RELACIONADOS	METAS RELACIONADAS AL PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL
2. Reducir las desigualdades en salud, mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.	Meta 2.2: Reducción de 40% de la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH).
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país.	Meta 5.1: Reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de cinco años en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humana.

SUSTENTACIÓN CON BASE EN EL PRONASA 2007-2012

A su vez, el PRONASA cuenta con Estrategias y líneas de acción para alcanzar las metas asociadas a los objetivos. Debido a su naturaleza, algunas tendrán relación directa con las actividades del PRONAREMI, otras tienen influencia indirecta, pero todas deberán ser contempladas para cumplir con la meta final que es la reducción de la mortalidad infantil, a continuación presentamos la relación de las mismas.

RELACIÓN DIRECTA		RELACIÓN INDIRECTA	
ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN	ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN
Estrategia 2: Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades.	2.4 Reducir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación. 2.5 Fortalecer las acciones de prevención de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en la infancia.	Estrategia 3: Situar la calidad en la agenda permanente del sistema nacional de salud.	3.2 Incorporar programas de calidad en la formación académica de técnicos y profesionales de la salud. 3.3 Impulsar la utilización de las guías de práctica clínica y protocolos de atención médica. 3.8 Actualizar el marco jurídico en materia de servicios de atención médica.
Estrategia 5: Organizar e integrar la prestación de servicios del sistema nacional de salud	5.5 Promover una mayor colaboración entre instituciones, entidades federativas y municipios para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios de salud.	Estrategia 4: Desarrolla instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud	4.1 Promover la reestructuración organizativa de los Servicios Estatales de Salud. 4.2 Diseñar e instrumentar mecanismos innovadores para la gestión de unidades médicas y redes de servicios de salud. 4.3 Priorizar las intervenciones en salud con base en un proceso institucional de evaluación clínica, ética, social y económica. 4.4 Establecer políticas e instrumentos para la planeación sectorial de recursos para la salud. 4.8 Facilitar el acceso a información confiable y oportuna así como el desarrollo de la métrica e indicadores para la salud.

VI. Síntesis Ejecutiva

Antecedentes

La mortalidad infantil continúa siendo una problemática mundial de salud, cuya reducción debe ser considerada como una alta prioridad en todos los países del mundo, especialmente en los que contribuyen fuertemente en las cifras internacionales finales.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, en el año 2003, la tasa de mortalidad en México era de 28 por 1000 nacidos vivos. Para 2005, la tasa de mortalidad infantil descendió hasta 18.8 por 1000 nacidos vivos, presentando una variación en el país de 15.8 a 32.5 por 1000 nacidos vivos dependiendo del Índice de Desarrollo Humano de las distintas regiones. Para el año 2005 las principales causas de muerte en México son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, las anomalías congénitas y las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Por otro lado, dentro de los objetivos de Desarrollo del Milenio, se encuentra el de reducir la tasa de mortalidad infantil en dos terceras partes en el grupo de edad de menores de 5 años, por eso México como país miembro, ha afrontado de manera puntual este problema, ha sido plenamente identificado en la estrategia de reducir la desigualdad en salud mediante intervenciones dirigidas a los grupos vulnerables y las comunidades marginadas, haciendo de la salud un vehículo de combate a la pobreza y desarrollo de la infancia mexicana.

Se ha identificado que en los primeros 7 días de vida ocurren hasta un 70 por ciento de la mortalidad neonatal. Dentro de las principales causas de muerte en el recién nacido se encuentra la asfixia y trauma al nacimiento (29%), complicaciones de la prematuridad (24%) e infecciones respiratorias agudas (15%). Otras causas de mortalidad, en este grupo de edad, son las malformaciones congénitas y como factores, la falta de acceso a los servicios obstétricos.

La tasa de mortalidad observada por IRA's en menores de cinco años se define como el número de muertes ocurridas por IRA's en los menores de cinco años por cada 100,000 niños de esta edad en un periodo determinado. Entre 1990 y el 2000 la mortalidad por IRA's en este grupo de edad, presentó una disminución del 65.32 por ciento. A partir del 2000 y hasta el 2005, la tasa de reducción promedio ha sido de 2.78 por ciento por año.

En este contexto y con el compromiso de implementar estrategias focalizadas en los grupos más desprotegidos en materia de salud, generando con ello igualdad de posibilidades de crecimiento y desarrollo en la población infantil de nuestro país y dando respuesta a los compromisos adquiridos en esta materia a nivel no solo nacional sino internacional, la Secretaría de Salud implementó una estrategia que incidirá en forma directa y terminante en la Mortalidad Infantil de nuestro país.

El objetivo es reforzar el conocimiento de los Padres de menores de 5 años, responsables de los mismos, Maestros y la Comunidad en general respecto a la importancia de contar con un esquema de vacunación completo, del manejo de la enfermedad diarreica, las infecciones respiratorias agudas, la desnutrición, y el cáncer, a través de la promoción y capacitación de las acciones preventivas, la detección de los signos de alarma y la accesibilidad oportuna a los Servicios de Salud.

Bajo esta perspectiva es que se presenta el Programa para la Prevención de la Mortalidad Infantil, el cual es un programa que cuenta con directrices y objetivos claros que permitirán lograr la reducción en la mortalidad infantil con estrategias claras basadas en la capacitación, la vinculación inter-sectorial e intra-sectorial, y la participación de la Comunidad en General en un marco de igualdad de oportunidades para la infancia en México.

El Programa para la Prevención de la Mortalidad Infantil tendrá entre sus objetivos los siguientes:

Generales

- ◆ Reducir la tasa de mortalidad infantil para 2012 en un 25% con relación a la tasa de 2006.
- ◆ Reducir en un 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano con respecto a la tasa de 2006.

Específicos

- ◆ Fortalecer las acciones de vacunación a la población menor de un año, asegurando el esquema básico completo.
- ◆ Mejorar el conocimiento de la población sobre el manejo de la enfermedad diarreica y de la infección respiratoria aguda, mediante la promoción de acciones preventivas.
- ◆ Promover conductas de alimentación saludable en la población menor de un año, para reducir la prevalencia de desnutrición en este grupo de edad.
- ◆ Promover el concepto de sexualidad responsable en los adolescentes para reducir la tasa de embarazo en este grupo poblacional.
- ◆ Difundir en el personal de salud los conceptos básicos necesarios para realizar diagnóstico oportuno de los casos de cáncer en la población de un año o menos.

Desarrollo del Programa

El Programa para la Prevención de la Mortalidad Infantil, desarrolla y da seguimiento a sus componentes, a través de los cuales busca la salud de la infancia y la adolescencia. Cada uno de sus componentes tiene características propias que lo delimita e identifica, entre ellas: el Programa Nacional de Vacunación, el Programa de Atención a la salud de la Adolescencia, y el Programa para la Prevención y Tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia.

El Programa es de aplicación nacional y tiene como objetivo principal Reducir la tasa de mortalidad infantil para 2012 en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.7 puntos de tasa anual.

A fin de cumplir con este objetivo, el Centro durante el periodo que se reporta, ha llevado a cabo diversas e importantes acciones que le han permitido el logro de metas y objetivos; a continuación de describen algunas de ellas:

1. Vacunación

A México se le ha reconocido como uno de los países con el esquema de vacunación más completo, situación que se reconoce al observar la reducción de casos por enfermedades prevenibles por vacunación. Las vacunas permiten el control, eliminación o erradicación de muchas enfermedades

infecciosas. Cuando se presentan las enfermedades inmunoprevenibles tienen un fuerte impacto económico y traen como consecuencia consultas médicas, hospitalizaciones y muertes prematuras. Por lo tanto, debemos mantener niveles altos de inmunización para reducir su transmisión. Bajo éste contexto, el Programa de Vacunación Universal busca ofertar permanentemente las vacunas que necesita el menor de cinco años, así como aquellas que se aplican en forma complementaria tanto a este grupo etáreo como a los adolescentes y adultos.

Durante el periodo 2006-2012 las acciones del Programa Nacional de Vacunación han permitido mantener a nivel sectorial la **cobertura con Esquema Básico de Vacunación en los niños de un año de edad por arriba del 95%**, exceptuando el año 2008 en el cual se registra una cobertura de 94.5%. Al comparar la cobertura de vacunación con esquema básico completo del 2006, con la cobertura del 2010 se observa disminución 0.2 puntos porcentuales, pasando de 95.2 por ciento en el 2006 a 95.1 por ciento en el 2011.

Cabe resaltar que cada décima de variación ha representado la vacunación de 1,800 a 2,000 niños de un año edad, los cuales generalmente residen en localidades de difícil acceso y su incorporación ha permitido reducir las desigualdades en la prestación de servicios de salud.

Para lograr estos resultados, se llevan a cabo las Semanas Nacionales de Salud, en las cuales se enfocan esfuerzos para que a niños y adultos se les apliquen las vacunas que les correspondan. Además, se ha reforzado la Campaña Permanente de Vacunación, la cual tiene como finalidad crear conciencia sobre la importancia de aplicarse las vacunas oportunamente; para ello se difunden mensajes en el metrobús, camiones, tortillerías, radio, televisión, etc.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Jun. 2012/2	Sep. 2012/3	Dic. 2012/4
ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1								
Nacional	95.16	95.11	94.54	95.59	95.81	95.6	95.9	95.43	95.79
Aguascalientes	99.34	98.35	97.72	98.35	98.46	98.3	98.4	98.11	98.06
Baja California	94.63	93.93	96.86	95.85	93.26	93.2	95.43	95.16	95.59
Baja California Sur	98.35	97.75	98.47	98.03	99.28	98.6	98.35	98.08	98.58
Campeche	100	100	99.99	99.99	100	100	99.99	100	99.99
Coahuila	98.54	98.54	97.11	94.52	98.64	98.6	95.22	97.53	96.52
Colima	97.99	96.67	93.84	98.7	97.06	97.3	98.38	95.27	95.63
Chiapas	95.07	96.91	95.99	97.58	94.77	95.3	97.03	96.57	96.09
Chihuahua	95.83	94.74	93.59	87.99	94.97	93.5	90.41	93.27	92.2
Distrito Federal	91.68	89.71	82.79	88.39	90	90.8	90.53	90.9	91.39
Durango	95.19	95.54	97.2	96.83	96.94	96.1	96.99	96.32	97.06
Guanajuato	98.49	98.49	98.94	98.62	96.66	98.5	97.99	98.61	98.33
Guerrero	97.81	92.92	91.11	91.24	98.49	95.3	92.99	92.27	93.04
Hidalgo	98.09	97.41	97.9	96.87	99.77	98.4	97.58	97.59	98.05
Jalisco	91.41	90.29	96.62	94.65	93.35	93.4	94.43	93.19	95.55
México	85.4	88.79	87.16	90.27	90	90	90.22	90.37	91.03
Michoacán	99.52	99.11	99.14	99.7	99.14	99.5	99.55	99.16	99.36

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Jun. 2012/2	Sep. 2012/3	Dic. 2012/4
ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1								
Morelos	94.28	90.13	93.45	92.95	96.4	93.6	93.98	91.73	95.34
Nayarit	99.13	99.64	98.3	99.32	98.31	99.7	98.91	99.06	98.66
Nuevo León	95.75	95.71	95.27	96.48	95.27	94.9	96.34	95.6	95.58
Oaxaca	93.99	96.54	92.76	96.66	97.45	95.6	97.1	95.16	96.55
Puebla	96.23	96.52	96.53	97.17	95.73	95.7	96.94	96.56	96.48
Querétaro	97.25	96.71	95.24	96.89	98.15	97.1	97.28	96.21	96.48
Quintana Roo	76.09	76.09	92.37	97.77	90	90	96.47	91.02	95.1
San Luis Potosí	100	100	100	99.94	99.87	99.9	99.91	99.99	99.95
Sinaloa	99.05	99.08	99.41	99.19	99.19	99.2	99.18	99.21	99.3
Sonora	97.83	98.92	98.03	98.14	98.52	98.2	98.26	98.51	98.11
Tabasco	99.82	99.15	99.38	99.08	100.04	99.7	99.3	99.25	99.49
Tamaulipas	99.82	97.63	98.99	98.81	99.16	98.8	98.93	98.25	99.08
Tlaxcala	98.5	98.89	99.26	99.3	98.16	98.4	99.07	99.05	98.98
Veracruz	98.83	98.21	88.93	98.37	99.15	97.6	98.77	94.87	94.51
Yucatán	94.88	96.08	96.62	96.69	97.06	96.2	96.9	96.38	96.75
Zacatecas	98.88	98.83	99.58	99.93	98.88	98.9	99.76	99.19	99.54

1/ Esquema Completo de Vacunación.

2/ Corte al 30 de junio de 2012

/2 Corte al 30 de septiembre de 2012

/3 Estimación del 31 de diciembre de 2012

FUENTE: Servicios Estatales de Salud

En el 2006, los estados con mayor cobertura de vacunación en los niños de 1 año de edad, fueron: Campeche, San Luis Potosí, Tabasco y Tamaulipas, con coberturas de 100,100, 99.82 y 99.82 por ciento respectivamente, los estados con menor coberturas de vacunación en los niños de 1 año de edad fueron Distrito Federal, Jalisco, México y Quintana Roo, con coberturas del 91.68, 91.41, 85.40 y 76.09 por ciento, respectivamente.

Al cierre del 2011, los estados con mayor cobertura de vacunación en los niños de un año de edad fueron Campeche con cobertura de 100 por ciento, San Luis Potosí con cobertura de 99.95 por ciento, Nayarit con cobertura de 99.74 por ciento y Tabasco con una cobertura de 99.67 por ciento, los estados con menor cobertura fueron Baja california con 93.18 por ciento, Distrito Federal con 90.75 por ciento, México con cobertura de 85.97 por ciento y Quintana Roo con cobertura de 81.82por ciento.

Para el cierre del 2012 se estima que los estados con mayor cobertura de vacunación en el grupo de niños de 1 año de edad son: Campeche, San Luis Potosí, Zacatecas, Tabasco, Michoacán, Sinaloa y Tamaulipas, con coberturas de 99.99, 99.95, 99.54, 99.49, 99.36, 99.3 y 99.08 por ciento respectivamente.

A pesar de esta situación, en donde no todas las entidades federativas alcanzan coberturas superiores al 95% como lo establece el programa de Acción Específico, la cobertura nacional alcanzada en todos los años, excepto 2008, es superior a la meta programada. Por otro lado, la meta programada para el mes de diciembre de 2012 será 0.63 puntos mayor a la cobertura alcanzada en 2006, un 0.66% más.

Es notable el esfuerzo realizado por el personal del Centro, que a pesar de no ser un número importante de plazas, se da a la tarea de capacitar a los responsables de los programas, realizar supervisión, difusión, actualizar la norma, etc.; por su parte, las entidades federativas en su mayoría, atienden las recomendaciones del Centro para la aplicación y correcta atención de los lineamientos de vacunación.

**COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Jun. 2012/1	Sep. 2012/2	Dic. 2012/3
ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1								
Nacional	98.11	98.03	97.88	97.68	98.27	98.11	98.8	97.92	97.91
Aguascalientes	99.80	99.47	99.34	99.34	99.34	99.34	99.34	99.34	99.34
Baja California	97.58	96.83	97.88	97.88	97.88	97.88	97.88	97.88	97.88
Baja California Sur	99.46	99.17	99.34	99.34	99.34	99.34	99.34	99.34	99.34
Campeche	100.00	100.00	100	100	100	100	100	100	100
Coahuila	99.54	99.54	98.71	98.71	98.71	98.71	98.71	98.71	98.71
Colima	99.16	98.74	98.49	98.49	98.49	98.49	98.49	98.49	98.49
Chiapas	97.92	98.57	98.12	98.12	98.12	98.12	98.12	98.12	98.12
Chihuahua	98.67	98.30	96.65	96.65	96.65	96.65	96.65	96.65	96.65
Distrito Federal	96.96	96.26	94.47	94.96	95.72	96.57	96.06	95.24	95
Durango	98.44	98.51	98.74	98.74	98.74	98.74	98.74	98.74	98.74
Guanajuato	99.03	99.03	99.21	99.21	99.21	99.21	99.21	99.21	99.21
Guerrero	99.29	98.10	97.42	97.42	97.42	97.42	97.42	97.42	97.42
Hidalgo	99.51	99.27	99.36	99.36	99.36	99.36	99.36	99.36	99.36
Jalisco	95.16	95.04	96.79	96.79	96.79	96.79	96.79	96.79	96.79
México	95.15	95.81	94.68	94.81	96.05	95.27	95.2	95.33	95.0
Michoacán	99.83	99.71	99.71	99.71	99.71	99.71	99.71	99.71	99.71
Morelos	98.22	96.61	97.65	97.65	97.65	97.65	97.65	97.65	97.65
Nayarit	99.67	99.87	99.55	99.55	99.55	99.55	99.55	99.55	99.55
Nuevo León	98.53	98.65	98.44	98.44	98.44	98.44	98.44	98.44	98.44
Oaxaca	98.27	98.89	98.33	98.33	98.33	98.33	98.33	98.33	98.33
Puebla	98.65	98.86	98.7	98.7	98.7	98.7	98.7	98.7	98.7
Querétaro	99.00	98.54	98.63	98.63	98.63	98.63	98.63	98.63	98.63
Quintana Roo	94.34	94.34	98.03	98.03	98.03	98.03	98.03	98.03	98.03
San Luis Potosí	99.99	100.00	99.98	99.98	99.98	99.98	100	100	100
Sinaloa	99.74	99.75	99.77	99.77	99.77	99.77	99.77	99.77	99.77
Sonora	99.27	98.18	99.16	99.16	99.16	99.16	99.16	99.16	99.16
Tabasco	99.95	99.77	99.82	99.82	99.82	99.82	99.82	99.82	99.82
Tamaulipas	99.84	99.39	99.61	99.61	99.61	99.61	99.61	99.61	99.61
Tlaxcala	99.51	99.64	99.62	99.62	99.62	99.62	99.62	99.62	99.62
Veracruz	99.67	99.53	98.53	98.53	98.53	98.53	98.53	98.53	98.53
Yucatán	98.27	97.35	98.11	98.11	98.11	98.11	98.11	98.11	98.11
Zacatecas	99.63	99.52	99.66	99.66	99.66	99.66	99.66	99.66	99.66

1/ Esquema completo de vacunación

/1 Corte al 30 de junio de 2012

/2 Corte al 30 de septiembre de 2012

/3 Estimación del 31 de diciembre de 2012

FUENTE: Servicios Estatales de Salud

Los resultados de la Encuesta de Cobertura de Vacunación realizada en 1990-1991, mostraron el rezago en la vacunación de los niños: las coberturas con DPT, que formaba parte del esquema básico, eran las más rezagadas, sólo el 60.1% de los niños preescolares estaban vacunados; en el caso de vacuna Sabin el 73.1%; con vacuna BCG el 73.6% y contra el sarampión, la que mostraba mayor cobertura, alcanzaba el 85.4%. Únicamente el 46% de los niños había completado su esquema de ocho dosis.

Actualmente, y con las políticas sobre vacunación, se busca que todos los niños tengan un esquema de vacunación completo; al hablar de esquema de vacunación completo, nos referimos a que el niño de un año de edad cuente con una dosis de vacuna BCG, tres dosis de vacuna contra la Hepatitis B, tres dosis de vacuna pentavalente y una dosis de vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis.

La cobertura de vacunación con esquema básico completo en los niños de uno a cuatro años al cierre de 2012 se estima en 97.9 por ciento, lo cual representa un decremento de 0.2 por ciento en comparación con el cierre del año 2006 que registró una cobertura de 98.1 por ciento. Se estima que 7,506,466 niños de este grupo de edad se encuentren vacunados, de un total de 7,666,651 registrados en censo Nominal.

Al 30 de junio de 2012, todos los estados tuvieron coberturas de vacunación con esquema completo en niños de 1 a 4 años de edad por arriba del 95 por ciento. Los estados con mayor cobertura de vacunación fueron Campeche y San Luis Potosí con cobertura de 100 por ciento; los estados con menor cobertura fueron Distrito Federal, Jalisco, Quintana Roo y México.

Al cierre de 2012, Se estiman coberturas por arriba del 95 por ciento en todos los estados. Los estados con mayor cobertura de vacunación fueron Campeche y San Luis Potosí con cobertura de 100 por ciento; Seguidos de Tabasco con una cobertura de 99.82 por ciento, Sinaloa con 99.77 por ciento y Michoacán con una cobertura de 99.71 por ciento. Los estados con menor cobertura fueron Distrito Federal, y México con coberturas de 95 por ciento, Chihuahua con cobertura de 96.65 por ciento y Jalisco, con una cobertura de 96.79 por ciento.

PROVAC

Es indudable que los sistemas de información son primordiales para el adecuado respaldo de la información oportuna, dentro de los programas de atención a la salud de niños y adolescentes era imprescindible contar con un sistema de información que permitiera dar seguimiento a los niños que han nacido y a los cuales se les aplican vacunas; en este sentido, nace el sistema informático denominado PROVAC. El PROVAC es una aplicación automatizada que permite el registro nominal de los recién nacidos, menores de 13 años, así como el registro de adolescentes, mujeres embarazadas y adultos mayores del país. Su principal función es la estimación de coberturas de vacunación a través del registro, y evaluar el estado nutricional y control de las actividades del estado nutricional del vacunado, por lo que es importante concentrar la información de los menores de 13 años, adolescentes, mujeres embarazadas y adultos.

Este sistema ha venido evolucionando con el transcurrir de los años por diferentes circunstancias, por un lado ha cambiado el esquema de vacunación y por otro, se han hecho diversos cambios que permitan mejor funcionalidad del sistema. Su evolución de los últimos años puede apreciarse en la siguiente tabla:

Año	Acción
1991	<ul style="list-style-type: none"> Nace el PROVAC, se termina de implementar el 1993
1995	<ul style="list-style-type: none"> Se integran variables de componentes de nutrición (peso y talla)
1996	<ul style="list-style-type: none"> Se obtiene información desglosa por Institución
1998	<ul style="list-style-type: none"> Se incorporan los niños menores de 8 años
1999	<ul style="list-style-type: none"> Se incorpora el registro de la CURP
2008	<ul style="list-style-type: none"> Se implementa el PROVAC 5.0
2009 – 2010	<ul style="list-style-type: none"> Se implementa la herramienta cartográfica Se crean la versión 5.02 Se realizan mejoras en la generación de reportes, así como en el envío y recepción de información
2011	<ul style="list-style-type: none"> Se generan las versiones 5.03b, 5.03c
2012	<ul style="list-style-type: none"> Se libera la versión 5.04 la cual estabiliza el sistema Se dará inicio a la implementación de la versión en línea e-Prov@c

2. Infancia

En México, uno de los principales logros en materia de salud durante el último siglo, es el importante descenso de la mortalidad general y en los grupos de infantes y menores de cinco años, lo cual es resultado de la implantación de políticas de salud orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población, a través de la puesta en operación de estrategias y programas de promoción, prevención y atención de enfermedades prevenibles por vacunación, programas de apoyo alimentario y los destinados a ampliar y mejorar la prestación de servicio de salud en el país.

Respecto al comportamiento de la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años, se ha observado una notable caída de 2006 a 2012 (cifra preliminar), en donde en 2006 la tasa de mortalidad fue de 19.2 defunciones por 100,00 niños. Las cifras preliminares de 2012 indican que a nivel nacional, se registró una tasa de mortalidad de 15.7 defunciones por 100 mil niños mexicanos de este grupo poblacional (18.2%). La tasa de mortalidad más elevada se registró en Guerrero con 21.4 defunciones por cada 100 mil niños de este grupo etario, a diferencia de Nuevo León, estado que registró la tasa más baja dentro de las entidades federativas con 11.4 defunciones. Tabla 1.

ENTIDAD FEDERATIVA	TABLA 1. TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS, POR ENTIDAD FEDERATIVA.							ESTIMADO AL 31/12/2012	COMPROMISO PAE
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{/1}	2012	
Nacional	19.2	18.5	17.9	17.3	16.8	16.3	15.7	N.D.	
Aguascalientes	16.8	16.4	15.8	15.2	14.8	14.3	13.9	N.D.	
Baja California	15	14.7	14.3	13.9	13.5	13.1	12.7	N.D.	
Baja California Sur	15.6	15.2	14.8	14.3	13.8	13.6	13.2	N.D.	
Campeche	19.3	18.7	18.1	17.6	17.1	16.5	16	N.D.	
Coahuila	15.2	14.7	14.3	13.9	13.4	13	12.6	N.D.	
Colima	15.7	15.3	15	14.4	14	13.7	13.3	N.D.	
Chiapas	26.3	25.3	24.5	23.6	22.9	22.1	21.4	N.D.	
Chihuahua	17.1	16.6	16.1	15.5	15.1	14.6	14.1	N.D.	
Distrito Federal	14.5	14	13.6	13.2	12.8	12.5	12.1	N.D.	
Durango	19.7	19	18.3	17.8	17.2	16.6	16.1	N.D.	
Guanajuato	20.2	19.4	18.8	18.2	17.6	17.1	16.5	N.D.	

ENTIDAD FEDERATIVA	TABLA 1. TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS, POR ENTIDAD FEDERATIVA.						ESTIMADO AL 31/12/2012	COMPROMISO PAE
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{1/}	2012
Guerrero	26.6	25.5	24.6	23.8	22.9	22.2	21.4	N.D.
Hidalgo	20.6	19.9	19.3	18.6	18.1	17.5	16.9	N.D.
Jalisco	17.1	16.5	16	15.5	15	14.6	14.1	N.D.
México	18.1	17.5	17	16.5	16.1	15.6	15.1	N.D.
Michoacán	21.4	20.6	19.9	19.2	18.6	18	17.4	N.D.
Morelos	16.8	16.3	15.8	15.3	14.9	14.5	14	N.D.
Nayarit	18.9	18.1	17.7	17.1	16.6	16.1	15.5	N.D.
Nuevo León	13.6	13.2	12.8	12.4	12.1	11.7	11.4	N.D.
Oaxaca	24.1	23.1	22.3	21.5	20.8	20.1	19.4	N.D.
Puebla	22.5	21.7	21	20.3	19.6	19	18.4	N.D.
Querétaro	18.7	18.1	17.6	17	16.5	16	15.5	N.D.
Quintana Roo	16.5	16.1	15.6	15.2	14.7	14.3	14	N.D.
San Luis Potosí	19.9	19.3	18.6	18	17.5	16.9	16.3	N.D.
Sinaloa	17.7	17.1	16.6	16	15.6	15	14.6	N.D.
Sonora	16	15.5	15	14.5	14.1	13.7	13.2	N.D.
Tabasco	20.3	19.6	18.9	18.4	17.8	17.2	16.7	N.D.
Tamaulipas	15.6	15.1	14.7	14.2	13.8	13.4	12.9	N.D.
Tlaxcala	20.2	19.5	18.9	18.3	17.7	17.1	16.6	N.D.
Veracruz	22.4	21.5	20.8	20.1	19.4	18.8	18.1	N.D.
Yucatán	18.9	18.3	17.7	17.2	16.6	16.1	15.6	N.D.
Zacatecas	21.3	20.6	19.8	19.2	18.6	18	17.5	N.D.

TABLA 1.

1/ Tasas calculadas a partir de las Proyecciones de las defunciones y de los nacimientos de México estimados por CONAPO, por cada 1000 NVE. Metodología establecida por el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM. 2009 y 2010, cifras actualizadas por lo que difieren con el Quinto Informe de Gobierno.

e/ Cifras estimadas

N.D. No Disponible, no se establecieron metas en el Programa de acción Específico 2007-2012: Prevención de la mortalidad infantil, para este rubro específico.

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Proyecciones de las Defunciones de México CONTEO2005 1990 - 2030, CONAPO [Base de datos en Internet]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. [Fecha de consulta: 25-09-2012].

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Proyecciones de los nacimientos estimados de México CONTEO2005 1990 - 2012, CONAPO [Base de datos en Internet]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. [Fecha de consulta: 25-09-2012]. Corresponden al total de mortalidades anuales estimadas a partir de las "Proyecciones de las Defunciones de México CONTEO2005 1990 - 2030, CONAPO", por lo que no corresponde su actualización con cifras de defunciones observadas de 2012.

La tasa de mortalidad en niños menores de 1 año también ha presentado una notable caída de 2006 a 2011 (cifra preliminar). Las cifras preliminares de 2011 indican que a nivel nacional se registró una tasa de mortalidad infantil de 13.7 defunciones por mil nacidos vivos estimados (NVE) (15.8%), con un avance de 63%, respecto a la reducción necesaria para cumplir con la meta de 2012. Para las entidades federativas, la tasa de mortalidad más elevada se registró en Guerrero con 19.1 defunciones por cada 1000 niños NVE, a diferencia de lo presentado en Zacatecas, estado que registró la tasa más baja dentro de las entidades federativas con 15.2 defunciones. Tabla 2.

De acuerdo a lo señalado en el Programa de Acción, el reto principal era reducir la tasa de mortalidad infantil para 2012 en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.7 puntos de tasa anual.

ENTIDAD FEDERATIVA	TABLA 2. TASA DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD, POR ENTIDAD FEDERATIVA						ESTIMADO AL 31/12/2012	COMPROMISO PAE
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{1/}	2012
Nacional	16.2	15.7	15.1	14.6	14.1	13.7	13.2	12.15*
Aguascalientes	14.1	13.7	13.2	12.7	12.3	11.9	11.5	10
Baja California	12.6	12.3	11.9	11.5	11.2	10.8	10.5	8.5
Baja California Sur	12.9	12.6	12.2	11.9	11.4	11.1	10.7	8.8
Campeche	16.5	16	15.4	15	14.4	14	13.5	12.4
Coahuila	12.8	12.5	12.1	11.7	11.3	10.9	10.5	8.8
Colima	13.2	12.8	12.5	12	11.6	11.3	11	9.1
Chiapas	22.6	21.7	21	20.2	19.5	18.9	18.2	18.5
Chihuahua	14.3	13.9	13.4	13	12.5	12.1	11.7	10.2
Distrito Federal	12	11.6	11.3	10.9	10.6	10.3	9.9	7.9
Durango	16.9	16.3	15.7	15.2	14.7	14.2	13.7	12.8
Guanajuato	17.1	16.5	15.9	15.4	14.9	14.4	13.9	13
Guerrero	23.1	22.2	21.4	20.6	19.8	19.1	18.4	19
Hidalgo	17.7	17	16.5	15.9	15.4	14.9	14.4	13.6
Jalisco	14.4	13.9	13.5	13	12.6	12.2	11.8	10.3
México	15.1	14.7	14.2	13.8	13.3	12.9	12.5	11
Michoacán	18.3	17.6	17	16.4	15.9	15.3	14.8	14.2
Morelos	14.1	13.7	13.3	12.8	12.4	12	11.7	10.1
Nayarit	16.1	15.5	15	14.5	14	13.6	13	12
Nuevo León	11.3	11	10.7	10.3	10	9.7	9.4	7.2
Oaxaca	20.7	19.8	19.1	18.4	17.8	17.1	16.5	16.6
Puebla	19	18.3	17.7	17.1	16.5	15.9	15.4	14.9
Querétaro	15.8	15.3	14.8	14.3	13.9	13.4	13	11.7
Quintana Roo	13.8	13.4	13	12.7	12.3	11.9	11.5	9.7
San Luis Potosí	16.9	16.3	15.8	15.3	14.7	14.2	13.7	12.8
Sinaloa	15.1	14.6	14.1	13.6	13.2	12.8	12.3	11
Sonora	13.4	13	12.5	12.1	11.7	11.4	11	9.3
Tabasco	17.1	16.6	16	15.5	14.9	14.4	13.9	13.1
Tamaulipas	13.1	12.7	12.3	11.9	11.6	11.2	10.8	9.1
Tlaxcala	16.9	16.4	15.8	15.3	14.8	14.3	13.8	12.8
Veracruz	19.2	18.5	17.9	17.2	16.6	16	15.5	15.2
Yucatán	16.1	15.6	15.1	14.6	14.1	13.6	13.2	12
Zacatecas	18.1	17.4	16.8	16.2	15.7	15.2	14.7	14

TABLA 2.

1/ Tasas calculadas a partir de las Proyecciones de las defunciones y de los nacimientos de México estimados por CONAPO, por cada 1000 NVE. Metodología establecida por el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM. 2009 y 2010, cifras actualizadas por lo que difieren con el Quinto Informe de Gobierno.

e/ Cifras estimadas

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Proyecciones de las Defunciones de México CONTEO2005 1990 - 2030, CONAPO [Base de datos en Internet]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. [Fecha de consulta: 25-09-2012].

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Proyecciones de los nacimientos estimados de México CONTEO2005 1990 - 2012, CONAPO [Base de datos en Internet]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. [Fecha de consulta: 25-09-2012]. Corresponden al total de mortalidades anuales estimadas a partir de las "Proyecciones de las Defunciones de México CONTEO2005 1990 - 2030, CONAPO", por lo que no corresponde su actualización con cifras de defunciones observadas de 2012.

***Meta expresada en tasa % valor inicial 2006 tasa de 16.2 por 1000 nacidos vivos estimados.**

En relación a las principales causas de muerte en los niños menores de 5 años se encuentran las propiciadas por la Enfermedad Digestiva Aguda (EDA), mostrando un comportamiento hacia la reducción entre 2006 y 2011 (cifra preliminar), con una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por EDA de 15.1 defunciones por cada 100 mil niños menores de 5 años en 2006 a 8.1 en 2011 (46.4%). La tasa de mortalidad más elevada se registró en Chiapas con 38.7 defunciones por cada 100 mil niños menores de 5 años de edad, a diferencia de lo presentado por Colima, estado que registró la tasa más baja dentro de las entidades federativas con 1.7 defunciones para el cierre del año 2011. (véase Tabla 4).

Para el cierre del año 2012, se estima que la tasa de mortalidad infantil sea del 5.7 defunciones por cada 100,000 niños nacidos, 9.2 defunciones menos con respecto a la tasa de mortalidad esperada que asciende a 14.9 defunciones según lo señalado en el PAE.

ENTIDAD FEDERATIVA	TABLA 4. TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DIARREICAS, EN MENORES DE 5 AÑOS, POR ENTIDAD FEDERATIVA 2000-2012						OBSERVADO AL 05/10/2012	ESTIMADO AL 31/12/2012	COMPROMISO PAE
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ¹	2012 ²	2012
META		19.1	18.1	17.4	16.6	15.8		14.9	14.9
Nacional	15.1	14.8	12.1	9.6	8.5	8.1	4.7	5.7	14.9
Aguascalientes	8.5	6.1	7.9	3.6	6.7	1.9	3.6	2.7	7.8
Baja California	4.7	4	2.5	3.6	2.2	2.6	3.1	2.9	3.5
Baja California Sur	8.2	2.1	10.4	6.2	6.9	7.8	8.1	7.3	9.1
Campeche	13.9	21.3	4.3	7.2	6.5	5.1	8.5	9.1	8.3
Coahuila	5.2	5.7	7.1	2.1	4.7	3.2	1.7	4.6	1
Colima	7.7	13.7	2	6	0	1.7	0	5.2	8.2
Chiapas	63.4	56	43	46.7	34.2	38.7	21	47	53.1
Chihuahua	9.3	10.2	8.8	5	8.3	8.1	2.4	8.3	11.2
Distrito Federal	6	6.6	4.5	6.1	3.7	3.2	2.6	5	7.1
Durango	5.8	8	8.2	5.6	8.1	6	2.9	6.9	0
Guanajuato	7.9	10.3	8.7	6.4	3.2	4.9	4.1	6.9	6
Guerrero	21.7	32.7	21.8	10.4	10.6	14.6	3.4	18.6	11.5
Hidalgo	10.3	17.6	9.9	6.8	3	7.2	3.3	9.1	7.9
Jalisco	9.3	6	6.3	4.4	4.7	3.8	4.1	5.7	7.3
México	14.9	14.9	11.3	10.2	8.6	8.7	5.2	11.4	23.4
Michoacán	10.7	14	15.6	9	9.8	8	3.5	11.2	6.9
Morelos	10.2	13.2	11.3	5	7.1	7.2	3.6	9	9.9
Nayarit	14.5	3.4	12.9	10.8	4.2	3	6.2	8.1	7.2
Nuevo León	3.8	3.9	4.2	2.4	2.8	3.5	0.8	3.4	0.9
Oaxaca	38.5	28.7	29.8	23.9	20	17.8	8	26.5	38
Puebla	17.6	19.8	14.4	11	10.9	10	6.5	14	26.5
Querétaro	7.5	15.2	9.5	7	7.1	6.8	4.4	8.8	5.2
Quintana Roo	17.5	16.6	12.3	10.4	10.5	13.7	1.5	13.5	21.3
San Luis Potosí	15.9	20.1	16	4.7	8.3	4.8	2.2	11.6	14.1
Sinaloa	8.3	6.8	7	5.4	7.6	3.6	0.5	6.5	2.9
Sonora	10.2	7.4	7.6	4.5	8.4	5.3	4.7	7.2	11.3
Tabasco	15.6	14	9.5	8	7.6	8.8	6.6	10.6	17.1
Tamaulipas	5.8	4.9	5.7	1.4	2.5	2.4	1.1	3.8	3.9
Tlaxcala	14.1	13.5	8.2	7.4	9	5.9	3.7	9.7	20.4
Veracruz	17.9	14.5	12.5	10.6	11.2	8.9	3.3	12.6	15.7
Yucatán	26.5	15.3	15.4	12.3	13.4	12.2	4.9	15.9	28
Zacatecas	7.9	11.2	10.7	6.3	3.2	9.2	0	8.1	3.8

TABLA 4.

1/ Tasas calculadas a partir de las defunciones reportadas por INEGI/SS; de las Proyecciones de las defunciones y de las Proyecciones de la Población estimados por CONAPO, por cada 100 mil habitantes de ese grupo de edad. Metodología establecida por el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM Para 2010 son cifras definitivas, por lo que difieren con el Quinto Informe de Gobierno.

2/ Tasa de mortalidad proyectada en base a las cifras de los años 2006 a 2011, mediante cálculo de tendencias.

e/ Cifras estimadas

FUENTE: Dirección General de Información en Salud. Defunciones cifras oficiales 1979-2010 INEGI/SS [Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta: 08-10-12]; SEED 2011 [Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta: 08-10-12]; SEED 2012-Preliminar [Fecha de actualización: 05-10-12, Fecha de consulta: 08-10-12]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. Secretaría de Salud. Proyecciones de la Población de México Censo 2005 1990-2012 CONAPO [Base de datos en Internet]. Dirección General de Información en Salud. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. [Fecha de consulta: 08-10-12].

Otra de las principales causas de muerte en este grupo de edad son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), presentando una tendencia hacia la reducción de 2006 a 2011 (pasando de 30.8 a 24.1 defunciones estimadas por cada 100 mil menores de 5 años), de acuerdo a los datos mostrados en la tabla 5. Datos que representan una reducción de 21.8 % con respecto a la tasa 2006. La entidad federativa que presento la tasa de mortalidad más elevada fue Chiapas con 53.8 defunciones por cada 100 mil niños menores de 5 años de edad, a diferencia de Nuevo León, estado que registró la tasa más baja dentro de las entidades federativas con 2.6 defunciones (Véase Tabla 5).

Por otro lado, se estima que al cierre del 2012, la tasa de mortalidad por IRA's sea de 20.5 defunciones por cada 100,000 niños menores de 5 años, 18.3 defunciones menos en comparación con la meta de 25.1 defunciones establecida en el PAE.

En el año 2006 se presentaron 30.6 muertes de niños menores de 5 años por IRA's, por cada 100 mil nacidos vivos, nos comprometimos a alcanzar la reducción de 0.8 puntos de tasa anual, al término de 2012 se espera alcanzar 15.3, lo que nos permite establecer que se disminuyó la tasa en 15.3 por cada 100 mil nacidos vivos, lo que representa un 191.6 por ciento, con respecto a lo esperado, cumpliendo con la meta del PAE.

ENTIDAD FEDERATIVA	TABLA 5. TASA DE MORTALIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, POR ENTIDAD FEDERATIVA 2000-2012						OBSERVADO AL 05/10/2012	ESTIMADO AL 31/12/2012	COMPROMISO PAE
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{/1}	2012 ^{/2}	2012
Meta	35.8	34.1	32.3	30.5	28.7	26.9	25.1	25.1	25.1
Nacional	30.8	29.4	24.5	23.6	22.9	24.1	13.7	20.5	25.1
Aguascalientes	17	8.7	17.6	9.8	3.9	4.7	1.8	1.9	2.7
Baja California	16.7	15.3	12.7	11.9	10.7	10.2	8.7	8.2	13
Baja California Sur	26.7	16.5	12.4	12.4	3.4	15.5	14.2	5	21.6
Campeche	15.3	15.6	14.3	20.1	18	24.4	21.3	23.8	1
Coahuila	18.4	11.9	13.3	9.7	7.7	11.7	4.8	7.2	4.3
Colima	7.7	7.8	15.9	13.9	12.7	8.7	12	12.9	0
Chiapas	56.8	57.5	50.2	50.1	42.1	53.8	27.6	45.6	30.7
Chihuahua	20.6	27.5	21.6	16.6	15	16.9	13.2	13.6	18.7
Distrito Federal	33.8	37.1	25.5	26.2	24	19.7	15.7	16.8	43.5
Durango	13.5	10.6	17	12.5	14.1	6	6.6	9.2	1.7
Guanajuato	25.1	22	19.3	12.8	10.7	15.3	5.4	8.5	16
Guerrero	22.9	22.3	21.8	25.9	18.6	33.5	5.8	28.8	3.1
Hidalgo	27	14.1	13.5	16.4	16.4	26.8	9.4	19.9	12.6
Jalisco	17.2	14.7	11.4	15	12.5	12.4	7.5	11.2	6.7
México	57.5	56.9	45.8	42.2	42	42.7	28.3	35.6	74.1

ENTIDAD FEDERATIVA	TABLA 5. TASA DE MORTALIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, POR ENTIDAD FEDERATIVA 2000-2012						OBSERVADO AL 05/10/2012	ESTIMADO AL 31/12/2012	COMPROMISO PAE
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{/1}	2012 ^{/2}	2012
Meta	35.8	34.1	32.3	30.5	28.7	26.9	25.1	25.1	25.1
Nacional	30.8	29.4	24.5	23.6	22.9	24.1	13.7	20.5	25.1
Michoacán	33.6	27.3	18.6	25.5	22.1	21.7	9.8	18	17.3
Morelos	13.6	12.5	14.8	22.8	9.1	20.5	5.1	18.8	4.9
Nayarit	22.3	14.9	21.2	13.2	11.3	13.4	11.2	9.7	4.1
Nuevo León	7.3	9	7.6	8.5	6.9	2.6	6.2	4	0
Oaxaca	35.1	37.2	28.6	30.4	26.9	28.3	15.9	24.7	20.1
Puebla	46	50.8	41.3	33.8	36	35.3	19.6	30	53.1
Querétaro	19.9	21.5	19.1	17.8	11.2	20.4	10	15.3	10.4
Quintana Roo	28.4	20.7	10.6	8.8	10.5	16.9	4.4	7	22.6
San Luis Potosí	30.3	25	26.9	21.8	17.6	15.5	6.2	12.7	14.8
Sinaloa	17.8	21.8	14.4	15.2	10.8	16.3	5.6	12.1	2.8
Sonora	20.4	18.3	15.1	13.6	12.5	14.5	16	10.9	14.5
Tabasco	30.2	18.6	17.9	14.4	20.6	28.4	19.7	21.1	22.8
Tamaulipas	10.6	6.7	7.1	8.7	6.8	3.7	2.2	4	2.2
Tlaxcala	45.1	30.6	21.9	16.5	30.8	20.1	14.9	14.5	51.3
Veracruz	25.8	24.7	19.6	23.4	23.5	22.4	12.9	21.6	11.9
Yucatán	27.7	19	13.6	18.5	20.4	17.6	10.9	15.4	16.3
Zacatecas	22.2	23.8	29.9	18.1	15	17.4	7.5	14.9	10.1

TABLA 5.

1/ Tasas calculadas a partir de las defunciones reportadas por INEGI/SS; de las Proyecciones de las defunciones y de las Proyecciones de la Población estimados por CONAPO, por cada 100 mil habitantes de ese grupo de edad. Metodología establecida por el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM Para 2010 son cifras definitivas, por lo que difieren con el Quinto Informe de Gobierno.

2/ Tasa de mortalidad proyectada en base a las cifras de los años 2006 a 2011, mediante cálculo de tendencias.

e/ Cifras estimadas

FUENTE: Dirección General de Información en Salud. Defunciones cifras oficiales 1979 -2010 INEGI/SS [Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta: 08-10-12]; SEED 2011 [Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta: 08-10-12]; SEED 2012-Preliminar [Fecha de actualización: 05-10-12, Fecha de consulta: 08-10-12]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. Secretaría de Salud. Proyecciones de la Población de México Conteo 2005 1990-2012 CONAPO [Base de datos en Internet]. Dirección General de Información en Salud. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. [Fecha de consulta: 08-10-12].

Continuando con el fortalecimiento de acciones para la salud de la infancia, se han desarrollado otra serie de acciones, entre ellas las siguientes:

- ◆ Vinculación con la Dirección General de Información en Salud (DGIS) para la integración del indicador e instrumento de evaluación de desarrollo en los niños menores de 5 años de edad.
- ◆ Distribución de un 1.5 millones de dosis de albendazol en los 125 municipios con menor IDH (SNS y ONG Operación Bendición México)
- ◆ Difusión del lavado de manos y los signos de alarma de deshidratación. (Distribución de 50,000 carteles)
- ◆ Colaboración con la Asociación Un Kilo de Ayuda, con el grupo ESIAN, el Programa Cinco Pasos y con el Programa Oportunidades.
- ◆ Primer curso de reanimación pediátrica avanzada con sede en la Ciudad de México del 21 al 25 de septiembre con 38 asistentes.
- ◆ Se han instalado 24 Comités Estatales de Mortalidad Infantil
- ◆ Elaboración y piloteo de la Autopsia Verbal Única para Afecciones perinatales, Malformaciones Congénitas, Enfermedades Diarreicas Agudas, Infecciones Respiratorias Aguda, Accidentes, Enfermedades prevenibles por vacunación y Cáncer. Resultados del piloto: 01 de noviembre de 2009,

se someterán a consenso sectorial para proponer su uso obligatorio a partir de enero de 2010 en las 32 entidades federativas.

- ◆ Elaboración y propuesta para la instalación del Grupo Técnico Nacional para la prevención de la mortalidad en la infancia a partir de año 2010.
- ◆ Lineamientos de ministración de vitamina A en recién nacido, distribuidos a las 32 entidades federativas.
- ◆ Actualización del formato SIS para el reporte de las ministraciones.
- ◆ Primer curso de reanimación neonatal dirigido a personal operativo de los 125 municipios con menor IDH (38 asistentes, personal médico y de enfermería).
- ◆ Material de promoción de Síndrome de Muerte Súbita del lactante (tarjeta de cuna y lineamientos).
- ◆ En 2012 se actualizó y adaptó el manual de Atención Pediátrica Hospitalaria: Pautas para el tratamiento de enfermedades comunes en la infancia con recursos limitados (publicado por la OMS y OPS para Latinoamérica 2007), el cual se encuentra en proceso de edición.
- ◆ Actualización en el 2012 del Lineamiento de Evaluación del Desarrollo y Estimulación Temprana en el menor de cinco años de edad (publicado en 2006).

3. Detección oportuna del cáncer

Otro de los componentes del Programa y que ha sido retomado y empoderado en los últimos años, es el relativo a la detección oportuna del cáncer en niños y adolescentes. Se ha comprobado que los niños diagnosticados con esta enfermedad en un tiempo oportuno, pueden recibir un tratamiento que les permita una mejor calidad de vida. Para ello, el centro se ha dado a la tarea de capacitar a médicos, llevar registros de los niños con cáncer, imprimir y difundir materiales para padres y personal de salud, entre otros.

Se han logrado importantes vínculos con otras instituciones de la Secretaría de Salud, como es el caso de la Comisión de Protección Social en Salud, quien ha ampliado sus coberturas al apoyar con más recursos financieros, tal es el caso del Seguro Médico para una Nueva Generación, quien ha apoyado con recursos de manera importante, o el Fideicomiso para Gastos Catastróficos.

Con la finalidad de beneficiar a los menores de 18 años que padecen cáncer y sus familias se inició la consiga por parte del Gobierno Federal de contar con al menos una Unidad Médica Acreditada en cada una de las Entidades Federativas; estas Unidades Médicas debían contar con los recursos y procesos necesarios para brindar la atención integral de estos pequeños. La Acreditación de Unidades Médicas para la atención de los menores de 18 años con cáncer en el país, se inició en mayo de 2005.

En el 2010 se acreditaron dos Unidades Médicas más para la atención de menores de 18 años con Hematopatías Malignas; una Unidad Médica más fue acreditada para atender menores de 18 años con Tumores Sólidos dentro y fuera del Sistema Nervioso Central; y se acreditó una Unidad Médica más para la realización de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH) como parte de los procedimientos terapéuticos del cáncer en menores de 18 años.

En 2011 se desacreditaron dos Unidades Médicas que atendían a pacientes menores de 18 años con cáncer (el Hospital General de Mexicali en Baja California y el Hospital General de Ciudad Juárez en Chihuahua), y se acreditaron dos Unidades Médicas más, el Hospital Infantil de Especialidades de Ciudad Juárez en Chihuahua y el Hospital Regional de Coatzacoalcos Veracruz "Valentín Gómez Farías". A la

fecha, nuestro país cuenta con 52 Unidades Médicas Acreditadas para la atención de los niños, niñas y adolescentes con cáncer en 31 Entidades Federativas.

La tasa de incidencia promedio de cáncer en los pacientes menores de 18 años que son responsabilidad de la Secretaría de Salud y que fueron financiados por el Seguro Popular, para los años 2008 a 2010, fue de 8.9 casos nuevos por 100 mil menores de 18 años.

Entre las Principales Acciones realizadas en el Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia 2007-2012, destacan las siguientes:

- Difundir en el personal de salud los conceptos básicos necesarios para realizar el diagnóstico oportuno de los casos de cáncer en la población de un año o menos.
- Se crearon los Consejos Estatales de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (COECIAS), con la finalidad de proporcionar un foro que cuente con la colaboración de los tomadores de decisiones a nivel Estatal e involucre a todos los actores relacionados con la atención integral de los menores de 18 años con cáncer, en cada una de las Entidades Federativas.
- 30 entidades federativas cuentan con un Responsable Estatal del Programa de Cáncer.
- Desarrollamos e implementamos el contenido técnico del “Curso-Taller de Actualización para el Personal de Enfermería en el Cuidado del Paciente Oncológico Pediátrico”, para lo cual en 2009 realizamos la capacitación al Personal de Enfermería de 47 Unidades Médicas Acreditadas a nivel Nacional, y generamos el compromiso de este personal de replicar este Taller al Personal de Enfermería de su Unidad, en el entendido de que uno de los criterios mayores para el mantenimiento de la Acreditación de la Unidad Médica, es el contar con personal de enfermería con entrenamiento o capacitación en Oncología Pediátrica.
En 2012 nuevamente se replicó este taller, al cual asistieron Licenciados en Enfermería de 41 Unidades Médicas Acreditadas del nivel nacional, haciéndose énfasis en aquellas Unidades Médicas Acreditadas que durante las visitas de supervisión realizadas por el personal de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, fueron detectadas con debilidades en este punto.
- Hemos diseñado y difundido a nivel Nacional material dirigido a la población general para dar a conocer los signos y síntomas de alarma de cáncer en la población menor de 18 años, consistente en un póster gráfico que señala los signos y síntomas comunes de las patologías neoplásicas más frecuentes en la población menor de 18 años; así mismo este material fue incluido en una Tarjeta Ladatel que se difundió de conformidad con los datos epidemiológicos de aquellos Estados con una mayor tasa de mortalidad, y en imanes para las madres y/o responsables de los menores de 18 años.
- Elaboramos y distribuimos un Manual Breve de Preguntas y Respuestas para Padres y/o Cuidadores de Niños, Niñas y Adolescentes con Cáncer, este último material con el objetivo de acercar a los padres y familiares de niños, niñas y adolescentes con cáncer a los temas relacionados con la enfermedad de su paciente.

4. Capacitación

Como parte de sus atribuciones y funciones, CENSIA se dio a la tarea durante el periodo 2006-2012, de realizar diversas actividades de capacitación y rectoría.

Se realizaron diversas reuniones nacionales con los responsables estatales de vacunación, infancia y cáncer, incluyendo temas tan importantes como: lineamientos de vacunación, vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación, vigilancia de la seguridad de las vacunas, supervisión, red de frío, esquemas de vacunación, Campaña nacional de vacunación contra sarampión, rubeola en personas de 19 a 29 años de edad, campaña de vacunación contra influenza A H1 N1, Curso Taller nacional de actualización en red de frío, esquemas de vacunación.

También se realizó una importante capacitación para el fortalecimiento del sistema PROVAC, el cual fue un tema difícil de abordar y desarrollar por varias razones, como la falta de tecnología en las entidades federativas, la falta de personal, sueldos muy bajos, rotación de personal, entre otros; de ahí que el Centro buscara la posibilidad de apoyar a las entidades para afrontar todas estas debilidades.

Durante el primer semestre del año se han realizado dos reuniones nacionales: una con los responsables del programa de vacunación universal con los siguientes temas: PROVAC, estado actual de la red de frío, panorama epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacunación, acuerdos del CONAVA, vigilancia de la seguridad de las vacunas, supervisión, Consejos estatales de vacunación, coberturas de vacunación, y un taller para capacitación del PROVAC.

Se retomó la estrategia de los Centros Regionales y Estatales de Capacitación (CRC/CEC) en el 2007, año desde el cual se supervisó el proceso de re-instalación de 31 CEC en las entidades federativas; Morelos se encuentra en proceso de instalación. Se re-instalaron 3 CRC en los estados de Zacatecas, Tabasco y Veracruz. Todos estos centros que se supervisan anualmente para garantizar la calidad de la estrategia.

Se ha detectado que entre las principales causas de una atención inadecuada, destacan las deficiencias en la capacitación de los trabajadores en los padecimientos básicos más comunes, de ahí que este Centro Nacional, implemente estrategias de capacitación que permitan abarcar los niveles estatal, jurisdiccional y local, con la finalidad de fortalecer y asegurar que los accesos de salud sean suficientes y de calidad.

Los Centros Estatales de Capacitación (CEC) son un sistema integrado por unidades de salud de primer nivel y un hospital de referencia, que desarrolla actividades asistenciales de calidad y realiza actividades docentes.

Capacitaciones Nacionales						
Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Supervisión a Centros Estatales y Regionales de Capacitación	N/A	N/A	**	8	6	N/A
Evaluación a los Centros Estatales de Capacitación	N/A	N/A	N/A	N/A	2	N/A
Cursos de Atención Integrada a la Salud de la Infancia y la Adolescencia	N/A	N/A	N/A	6	2	4
Curso de Instructores en Reanimación Neonatal	N/A	N/A	1	1	N/A	N/A
Curso para proveedores en Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal	N/A	N/A	N/A	1	2	8
Curso de Información, regionalización e infraestructura	N/A	N/A	N/A	N/A	1	1

Retos a corto, mediano y largo plazo

Mortalidad Infantil

- Continuar con cursos de capacitación en toda la República para asegurar que los proveedores de salud tengan entrenamiento en los principales problemas de la infancia y para promover la salud. Trabajar en la actualización y/o elaboración de manuales: Atención al menor de un año, infecciones respiratorias, nutrición, lactancia y prevención de accidentes.
- Se continuará con labores de supervisión de los programas de infancia en las entidades federativas, para cubrir el 100% de los estados, con especial énfasis en las regiones donde se encuentran los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano. Además se implementó un sistema de supervisión y comunicación vía Webex, lo que ha permitido un acercamiento continuo y un entendimiento de la problemática de los estados.
- Se continuarán realizando vinculaciones para analizar los principales problemas de nutrición en el país, por ejemplo se realizó consenso de micronutrientes (vitaminas A, C y D) y se realizará uno de hierro, para establecer estrategias para resolver el grave problema de desnutrición y anemia que se tiene en la población pediátrica de México.
- Fortalecer la lactancia materna mediante la realización de talleres de lactancia para todo el país. Se tiene vinculación con APROLAM, INSP y se ha solicitado también vinculación con Seguro Popular.
- Se continuará con las actividades de educación en promoción de salud abarcando diversas estrategias, como sueño seguro, deshidratación, infecciones respiratorias, accidentes etc.

Sistema Informático PROVAC

- Se dará continuidad a los procesos de la versión PROVAC 5.1
- Se procederá a la captura de todos los menores de 8 años en el sistema.
- Se procederá a la implementación del sistema en línea.

Vacunación

- Mantener las coberturas de vacunación con esquema completo en los menores de cinco años de edad, mayor al 95% en todo el país
- Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en el país
- Vacunación familiar
- Incorporar en lo posible nuevas vacunas que reducen los riesgos a la salud de la población.

1. Fortalecer los Consejos Estatales de Vacunación

Asumirán plena responsabilidad, tanto en la planeación como en el desarrollo, supervisión y evaluación de las actividades permanentes de Vacunación y de las Semanas Nacionales de Salud. Sesionarán tantas veces como sea necesario para precisar con suma claridad las estrategias operativas, metas y las necesidades de insumos para el cumplimiento de los objetivos.

2. Reforzar la coordinación interinstitucional e intersectorial

Establecer convenios de coordinación entre los sectores Público, Social y Privado a efecto de que participen con el personal de salud en el desarrollo de las actividades.

Fortalecer la coordinación con las autoridades estatales, municipales y locales para solicitar los apoyos necesarios, con el fin de asegurar el éxito de las acciones.

3. Actualización de la Regionalización Operativa

Los Consejos Estatales y Jurisdiccionales de Vacunación elaborarán interinstitucionalmente el Programa de Trabajo para las actividades permanentes de Vacunación, así como para cada una de las Semanas Nacionales de Salud.

Las metas deben ser elaboradas por el nivel operativo, concentradas y validadas por los siguientes niveles y analizadas en el seno del Consejo Estatal de Vacunación para su rectificación o ratificación.

4. Facilitar la participación social

Promover acciones con organismos públicos, sociales y privados para obtener su colaboración en materia de donaciones y patrocinios para las actividades propias o para la reproducción de material promocional.

5. Fortalecimiento de la capacitación

Desarrollar un programa de capacitación anual en el que incluyan a todo el personal de enfermería y médico, eventual, de base y voluntarios, así como a estudiantes y pasantes, considerando los diferentes aspectos que se manejan en materia de vacunación y los componentes de otras acciones que se desarrollan durante las Semanas Nacionales de Salud.

6. Dotación suficiente y oportuna de insumos

Las instituciones del sector salud dotarán oportunamente a los servicios de salud de las entidades federativas con los insumos necesarios, recursos y material impreso para las acciones de promoción tanto para las actividades permanentes de vacunación como para las Semanas Nacionales de Salud conforme lo tenga contemplado en su normatividad y de acuerdo con las necesidades planteadas para cada estrategia.

7. Fomentar la práctica de la vacunación segura

Asegurar que se cumpla la NOM sobre el manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos.

8. Vigilancia de eventos temporalmente asociados a la vacunación

Fortalecer la vigilancia para detectar los eventos temporalmente asociados a la vacunación manteniendo un control permanente del monitoreo de los mismos y aumentar el conocimiento de la comunidad al respecto.

9. Vacunación Permanente

Incorporación al Censo Nominal a todos los vacunados menores de cinco años de edad, para el seguimiento de su esquema básico, particularmente en aquellas áreas con bajas coberturas.
Incorporar al sistema de registro nacional PROVAC a la población adolescente y adulta, así como a mujeres embarazadas.

10. Semanas Nacionales de Salud

Será actualizado el sistema de registro de semanas nacionales de salud SENAS, con la finalidad de incorporar todas las variables necesarias para su adecuado funcionamiento, de igual manera se buscará automatizar el registro en las entidades federativas.

11. Supervisión

1. Realizar supervisión a las 32 entidades federativas en fase permanente y en fases intensivas, priorizando el programa permanente.
3. Dar seguimiento puntual y periódico a los avances de las recomendaciones derivadas del proceso de supervisión.
4. Emisión de sanciones verbales y escritas a los estados con incumplimiento en el seguimiento de recomendaciones.

Prevención y tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia

- **Consejo Estatal para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.**
 - Reinstalar o reactivar los Consejos Estatales y los Comités que los conforman
 - Llevar a cabo por lo menos 2 Sesiones Ordinarias del Consejo Estatal y 2 Sesiones Ordinarias de los Comités que lo integran.
 - Actualizar a los miembros del Consejo Estatal con nuevas Autoridades Estatales
 - Incluir a todas las Instituciones del Sector Salud, al Responsable Estatal del PASIA, al Representante Estatal de la DGCyES, a los Hematólogos y Oncólogos, y a las ONG como miembros del Consejo.
- **Coordinación del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer a nivel Estatal.**
 - Contar con un Responsable Estatal del Programa de forma exclusiva.
 - Realizar la presupuestación de las acciones del Programa anualmente en el AFASPE.
 - La participación del Responsable del Programa como Secretario Técnico del COECIA.
 - La necesidad de realizar actividades de supervisión en la Entidad Federativa, para reorientar las estrategias del Programa en la Entidad.
 - La necesidad de realizar campañas de difusión masiva a la población en general respecto del cáncer en los menores de 18 años.
 - La necesidad de dar seguimiento a las actividades de capacitación tanto a los Médicos de primer nivel de atención, como al Personal de Enfermería de las Unidades Médicas Acreditadas.
 - La necesidad de elaborar material de difusión diverso al enviado por la Federación.
- **Investigación**
 - Fomentar y realizar el análisis epidemiológico de los datos derivados del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes para proponer y difundir líneas de investigación en materia de cáncer en menores de 18 años en las Entidades Federativas.
- **Capacitación**
 - Realizar la réplica en cascada a los Médicos de primer nivel de atención en diagnóstico oportuno de cáncer en menores de 18 años
 - Replicar al interior de cada Unidad Médica Acreditada el Curso de Actualización en el Cuidado del Menor con Cáncer, entre el Personal de Enfermería que atiende Niños, Niñas y Adolescentes con cáncer.

-
- **Difusión**
 - Elaborar material de difusión diverso al enviado por la Federación para dar a conocer a la Población en general los signos y síntomas de alarma de cáncer en los menores de 18 años, la gratuidad del tratamiento, y la existencia de las Unidades Médicas Acreditadas.
 - Realizar campañas de difusión a través de medios de difusión masiva o de comunicación alterna.
- **Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes**
 - Contar con un Responsable del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes, diverso al Oncólogo Pediatra de la Unidad Médica Acreditada.
 - Utilizar el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA), como fuente oficial de información sobre los casos de cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes en nuestro país.
 - Mantener actualizada en forma permanente la captura de casos nuevos de cáncer en menores de 18 años, así como su seguimiento.
- **Tratamiento integral**
 - Utilizar los Protocolos de Tratamiento para 25 tipos de cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes aprobados por el Consejo de Salubridad General.
- **Principales riesgos para 2012 (casos de insuficiencia de personal supervisor, etc.):**
 - Falta de operación, seguimiento y evaluación de las acciones del Programa por falta de presupuesto específico para la operación del Programa, lo que a su vez repercute en la falta de Recursos Humanos en el Estado.
 - El hecho anterior puede contribuir en el largo plazo a la falta del cumplimiento de las metas del Programa de Acción relacionadas con supervivencia, mortalidad y abandono del tratamiento.

Atención a la salud de la adolescencia

- Cumplir con el objetivo plasmado en el PRONAREMI sobre reducción de embarazos en adolescentes, es la publicación de la Norma Oficial Mexicana de Salud de la Adolescencia en el Diario Oficial de la Federación.
- De la misma manera se quiere cumplir con la meta anual de 3% de unidades de salud con Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud formados en 2011 y 2012, contando con una red nacional de adolescentes que promueven estilos de vida saludables.
- En la parte del Plan Nacional de violencia y maltrato contra niñas, niños y adolescentes se quiere terminar el periodo 2011-2012 con la impresión del manual en la materia y la capacitación del personal de salud de todas las entidades federativas, en su representación estatal y operativa.
- En relación a los responsables estatales de adolescencia se capacitarán el liderazgo y gerencia para que lleven un mejor seguimiento de las metas y estrategias definidas desde el CENSIA.
- En seguimiento a los Grupos de Atención Integral de Salud de la Adolescencia, integrado por el CNEGySR, CENSIDA, DGPS, CENAPRECE, ST CONAPRA, ST CENADIC, donde se articulan acciones de atención e intervenciones que tienen como énfasis impactar en la disminución de tasas de embarazos en población adolescente; se contempla para el 2012 con la creación del Consejo Nacional de Salud de la Adolescencia que integre también a las instancias del sector salud, y a las ong's y ac's que trabajan con este grupo etáreo.

- Finalmente, la proyección más importante reside en coadyuvar para la inyección de recurso financiero del ramo 12 y 33 para la operación del Programa de Adolescencia en las entidades.

Ejercicio Presupuestario

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las devoluciones
2006	1000	27,670,800	25,184,800	25,184,800	0	
	2000	499,002,400	478,622,200	478,622,200	0	
	3000	59,426,300	33,055,000	33,055,000	0	
	4000	0	0	0	0	
	5000	0	82,900	82,900	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		586,099,500	536,944,900	536,944,900	0	
2007	1000	26,654,214	28,691,230	28,691,230	0	
	2000	1,098,092,552	918,045,572	918,045,572	0	
	3000	78,502,756	49,060,598	49,060,598	0	
	4000	0	0	0	0	
	5000	566,000	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,203,815,522	995,797,400	995,797,400	0	
2008	1000	32,391,333	31,060,052	31,060,052	0	
	2000	1,083,817,650	2,382,123,880	2,382,123,880	0	
	3000	83,302,981	106,596,794	106,596,794	0	
	4000	112,946,732	135,265,400	135,265,400	0	
	5000	0	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,312,458,696	2,655,046,126	2,655,046,126	0	
2009	1000	35,190,279	33,378,127	33,378,127	0	
	2000	1,046,310,761	1,873,891,500	1,873,891,500	0	
	3000	124,422,190	275,937,087	275,937,087	0	
	4000	0	33,042,775	33,042,775	0	
	5000	2,608,000	455,262,589	455,262,589	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,208,531,230	2,671,512,078	2,671,512,078	0	
2010	1000	35,707,736	32,258,649	32,258,649	0	
	2000	875,798,400	1,007,494,223	1,007,494,223	0	
	3000	300,134,733	116,803,615	116,803,615	0	
	4000	6,794,585	977,881,506	977,881,506	0	
	5000	377,406	42,735,742	42,735,742	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,218,812,860	2,177,173,735	2,177,173,735	0	
2011	1000	35,012,905	34,424,509	34,424,509	0	
	2000	1,082,533,640	1,889,626,561	1,889,626,561	0	
	3000	151,196,312	145,768,960	145,768,960	0	
	4000	0	6,586,147	6,586,147	0	
	5000	0	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,268,742,857	2,076,406,177	2,076,406,177	0	
Octubre 2012	1000	37,112,925	37,168,838	27,569,724	9,599,114	
	2000	1,059,448,937	1,565,408,545	966,368,444	599,040,101	
	3000	168,453,596	112,836,344	81,742,683	31,093,661	
	4000	6,800,000	175,418,541	172,445,881	2,972,660	
	5000	0	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,271,815,458	1,890,832,268	1,248,126,732	642,705,536	
Total	1000	229,740,192	222,166,205	212,567,091	9,599,114	
	2000	6,745,004,340	10,115,212,481	9,516,172,380	599,040,101	
	3000	965,438,868	840,058,398	808,964,737	31,093,661	
	4000	126,541,317	1,328,194,369	1,325,221,709	2,972,660	

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las devoluciones
	5000	3,551,406	498,081,231	498,081,231	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		8,070,276,123	13,003,712,684	12,361,007,148	642,705,536	

Durante el periodo que se reporta, puede observarse el desarrollo del presupuesto para el Centro Nacional, es de fácil apreciación el incremento que año con año ha sufrido el presupuesto que le es autorizado. En el año 2006 le fueron autorizados 536.9 millones de pesos, para el año 2012 tiene autorizados 1,890, 832.3 miles pesos, 1,353,887.4 miles de pesos.

Este importante incremento se origina principalmente al apoyo que se recibe por parte del Seguro Médico para una Nueva Generación, desde el año 2008 ha otorgado recursos financieros para el pago de vacunas, primero la neumocócica y después la de rotavirus; así mismo, otorgó recursos para el fortalecimiento del PROVAC y la red de frío en las entidades federativas (años 2008, 2009 y 2010).

Así mismo, el Centro ha sido beneficiado con ampliaciones presupuestales provenientes de la H. Cámara de Diputados; en los años 2009 y 2010 recibió recursos para apoyar el Diagnóstico oportuno de Turner y enfermedades ligadas a cromosomas.

Durante los años 2006 a 2012 se ha recibido un presupuesto total de 13,003,712.7 miles de pesos, 222,166.2 miles para el capítulo 1000; 10,115,212.5 miles para el capítulo 2000; 840,058.4 miles para el capítulo 3000, 1,328,194.4 miles para el capítulo 4000 y 498,081.2 miles para el capítulo 5000.

Capítulo 1000 “Servicios Personales”. Los recursos autorizados para este capítulo se destinan al pago de sueldos y prestaciones para la plantilla autorizada, tanto personal de base como confianza y eventuales; como puede apreciarse en la tabla su comportamiento ha sido estable, esto en virtud de que la plantilla no ha sufrido importantes incrementos; por el contrario, la plantilla de base se ha reducido en virtud de la cancelación de plazas por el personal que se adhiere al programa de retiro voluntario.

Capítulo 2000 “Materiales y suministros”.- Rubro en el cual queda registrada la adquisición de las vacunas que son enviadas a las entidades federativas. Aquí destaca el importante apoyo que ha otorgado el SMNG para la adquisición de vacunas.

Capítulo 3000 “Servicios Generales”.- Los recursos autorizados en este capítulo se destinan principalmente al pago de distribución de las vacunas a las entidades federativas; posteriormente se cubren los servicios básicos y subrogados, las asesorías, consultorías, servicios informáticos, impresión de carteles, trípticos, manuales, así como el pago de campañas, ya sean en radio o en televisión.

Capítulo 4000 “Subsidios y Transferencias”.- En el cual se incluyen los recursos que son transferidos a las entidades federativas. En el año 2008 se transfirieron recursos para que las entidades adquirieran la vacuna de influenza infantil y para el fortalecimiento del PROVAC. En el año 2009, los recursos del FASSA-C se destinaron igual para el fortalecimiento del PROVAC. En el año 2010, gracias al apoyo del SMNG se transfirieron recursos para el fortalecimiento de la red de frío; así mismo, después de un importante esfuerzo, CENSIA transfirió recursos para el fortalecimiento y apoyo de las actividades relacionadas a los programas de vacunación, infancia y prevención del cáncer. En el año 2011 los recursos de este capítulo se destinaron al apoyo del Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital, la misma situación que en el año 2012; en este mismo año, CENSIA apoyará a las entidades federativas con

recursos financieros, a fin de que los mismos coadyuven en la consecución de metas y objetivos de los programas que se desarrollan en el centro.

Capítulo 5000 “Bienes Muebles e Inmuebles”.- Los recursos en este capítulo en el año 2009 se ejercieron en la adquisición de los bienes para el fortalecimiento de la red de frío en las entidades federativas, bienes que fueron enviados a ellas a través de la firma de un “contrato de donación condicionada”; así mismo, en este rubro se ejercieron los recursos por la compra de los implantes cocleares necesarios para el programa de Discapacidad. En el año 2010, se recibieron recursos para adquirir los bienes que eran necesarios para el equipamiento del Hospital Infantil de Especialidades de Ciudad Juárez, esto bajo la Estrategia “Todos somos Juárez, Reconstruyamos la Ciudad”. Derivado de los lineamientos de austeridad, en los últimos dos años no se han ejercido recursos en gasto de inversión.

Transferencia de recursos

Con la finalidad de apoyar el desarrollo y cumplimiento de metas del Programa en sus diferentes componentes, a partir del año 2008 el Centro Nacional ha transferido recursos a las entidades federativas para que estén en posibilidad de adquirir insumos, contratar recursos humanos, etc.; para soportar documentalmente estas transferencias ha firmado con cada una de ellas Convenios de Ejecución.

2007	<ul style="list-style-type: none">• No se transfirieron recursos.
2008	<ul style="list-style-type: none">• Adquisición vacuna anti-influenza infantil.• Fortalecimiento PROVAC.
2009	<ul style="list-style-type: none">• Fortalecimiento PROVAC.
2010	<ul style="list-style-type: none">• Fortalecimiento programas del centro (vacunación, cáncer, infancia).• Red de frío.• Sigamos Aprendiendo en el Hospital
2011	<ul style="list-style-type: none">• Sigamos Aprendiendo en el Hospital
2012	<ul style="list-style-type: none">• Sigamos Aprendiendo en el Hospital• Fortalecimiento programas del centro (vacunación, cáncer, infancia).

Para el año 2008 se destinaron recursos para la adquisición de la vacuna anti-influenza infantil y el Fortalecimiento del sistema informático PROVAC; estos recursos provenían del FASSA-C y del apoyo recibido por parte del Seguro Médico para una Nueva Generación.

Para el año 2009 igualmente fueron para el Fortalecimiento del sistema informático PROVAC.

Para el año 2010 se transfirieron un total de 977 881.5 miles de pesos para el fortalecimiento de los programas del Centro, para actividades y adquisiciones del Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital y para el Fortalecimiento de la Red de Frío; la fuente de financiamiento de dichos recursos fue Ramo 12, FASSA-C y el Seguro Médico para una Nueva Generación respectivamente.

Para el año 2011 fueron autorizados y transferidos 6 586.1 miles de pesos, dichos recursos se transfirieron con el objeto de apoyar al Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital.

Para el presente año, también se recibieron de origen 6,800.0 miles de pesos para el Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital. Así mismo, se han realizado las gestiones correspondientes para transferir

159,618.5 miles de pesos para el Fortalecimiento del Programa para la Prevenición de la Mortalidad Infantil. En total, en 2012 se transferirán a las entidades federativas 166,418.5 miles de pesos.

Con la finalidad de atender las cláusulas de los convenios de colaboración que se firman con las entidades federativas, así como ejercer rectoría y vigilar el uso adecuado de los recursos transferidos, CENSA realiza actividades de supervisión a las entidades. Por otro lado y a fin de que se realicen las comprobaciones correctamente, se ha dado a la tarea de realizar reuniones de trabajo con los administradores de los estados así como los responsables de los programas; a través de estas actividades es que ha sido posible obtener la comprobación de los recursos transferidos.

Estás actividades deberán continuarse para los siguientes años, es importante dar seguimiento puntual a los compromisos y obligaciones establecidos por las entidades federativas, quienes deben rendir cuentas sobre los recursos ministrados por la federación a través de CENSA y/o en su caso, hacer el reintegro correspondiente.

DESCRIPCIÓN	RECURSOS POR COMPROBAR					
	2010			2011	2012	
	Fortalecimiento programas del centro (vacunación, cáncer, infancia)	Red de frío.	Sigamos Aprendiendo en el Hospital	Sigamos Aprendiendo en el Hospital	Sigamos Aprendiendo en el Hospital	Fortalecimiento programas del centro (vacunación, cáncer, infancia)
Aguascalientes					157,881.41	1,894,652.74
Baja California					83,925.81	1,957,522.63
Baja California Sur					315,022.41	1,534,117.40
Campeche		31,343.10		2.66	145,461.41	1,647,545.45
Coahuila		420,210.27	2,116.03	81,484.19	270,272.41	2,232,480.27
Colima		1,103,978.45	14,283.24	188,888.71	135,909.11	1,746,417.33
Chiapas		3,524,543.36	252,212.00	806.56	338,931.41	4,440,161.05
Chihuahua				140,888.71	158,931.41	2,581,652.43
Distrito Federal		89,965.44				8,374,860.00
Durango	420,994.51	204.51	10,974.04	91,710.91	827,431.41	2,307,676.80
Guanajuato				121.40	236,381.41	3,427,854.31
Guerrero			0.15	25,718.79	260,126.63	11,446,665.85
Hidalgo		4,864,010.54		132,122.00	90,837.41	1,500,000.00
Jalisco		14,589,876.00		161,300.00	220,401.83	3,240,280.54
México		8,170,673.50			475,081.41	12,200,000.00
Michoacán		9,820,226.31	56,284.94	524,874.60	223,279.41	2,960,567.38
Morelos		874,598.40			157,381.41	1,600,000.00
Nayarit	385,379.73	1,151,880.63			59,005.41	2,175,330.32
Nuevo León				147,400.00	126,881.41	17,395,991.66
Oaxaca				53,099.59	360,791.41	8,809,694.80
Puebla	30,296,819.03	13,842,987.13	92,598.15	127,400.00	126,881.41	3,868,487.00
Querétaro					87,493.41	2,168,827.15
Quintana Roo				97,258.60	231,881.41	3,797,610.80
San Luis Potosí				37,335.76	375,235.41	1,658,854.90
Sinaloa					80,561.41	2,229,544.36
Sonora	5,705,549.74	2,652,636.54			324,644.17	10,574,218.06
Tabasco				121,636.94	140,887.81	1,500,000.00

DESCRIPCIÓN	RECURSOS POR COMPROBAR					
	2010			2011	2012	
	Fortalecimiento programas del centro (vacunación, cáncer, infancia)	Red de frío.	Sigamos Aprendiendo en el Hospital	Sigamos Aprendiendo en el Hospital	Sigamos Aprendiendo en el Hospital	Fortalecimiento programas del centro (vacunación, cáncer, infancia)
Tamaulipas			147,364.65	18,264.88	178,601.41	3,012,205.70
Tlaxcala				4,533.01	126,881.41	2,152,834.85
Veracruz	3,706,530.35		54,663.34	118,119.02	171,231.41	6,552,510.06
Yucatán					115,654.81	1,340,690.31
Zacatecas				147,252.60	196,111.40	27,289,286.79
Total	40,515,273.36	61,137,134.18	630,496.54	2,220,218.93	6,800,000.00	159,618,540.94

Resultados Programáticos

Indicadores y metas

METAS: Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema básico completo de vacunación en población de un año de edad.									
Variables: Núm. Total de niños de un año de edad con esquema de vacunación completo/Núm. Total de niños de un año en Censo Nominal.									
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Junio 2012	Sept 2012/ ¹	Dic 2012/ ²
Niños Registrados en Censo Nominal	1,682,678	1,648,151	1,688,983	1,720,111	1,758,573	1,691,461	1,669,304	1,685,264	1,719,292
Niños vacunados	1,601,229	1,567,606	1,596,818	1,644,318	1,675,182	1,616,953	1,600,859	1,608,211	1,672,947
COBERTURA	95.2	95.1	94.5	95.6	95.8	95.6	95.9	95	95
META	95	95	95	95	95.3	95	95	95.4	95.8

1/ Preliminar

2/ Estimada

FUENTE: Servicios Estatales de salud

Esta meta nos muestra que la población menor de un año tenga las vacunas que correspondan a su edad, para reducir las enfermedades prevenibles por vacunación y con ello contribuir a la reducción de la mortalidad infantil. Al hablar de esquema e vacunación completo, nos referimos a que el niño de un año de edad cuente con 1 dosis de vacuna BCG, 3 dosis de vacuna contra la Hepatitis B, 3 dosis de vacuna pentavalente y 1 dosis de vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis.

Censo Nominal es el listado por nombre de todos los niños menores de 8 años registrados en el sistema de información PROVAC.

Al cierre del año 2011, se registró una cobertura con esquema de vacunación completo, en los niños de un año de edad del 95.6 por ciento; para el periodo enero-junio 2012, se registra una cobertura con esquema de vacunación completo en los niños de un año de edad del 95.9 por ciento. Para el corte de septiembre de 2012 las cifras preliminares muestran una cobertura de 95.4 por ciento y se estima una

cobertura de 95.8 por ciento para el cierre de 2012. Lo que indica que será posible cumplir con la meta programada en el Programa de Acción Específico.

METAS: Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema completo de vacunación en población de uno a cuatro años de edad.

Variables: Núm. Total de niños de un a cuatro años de edad con esquema de vacunación completo/Núm. Total de niños de un año en Censo Nominal.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Jun. 2012	Sep. 2012/ ¹	Dic. 2012/ ²
Niños Registrados en Censo Nominal	7,684,155	7,484,532	7,477,000	7,704,607	7,927,963	7,628,136	7,559,794	7,555,119	7,666,651
Niños vacunados	7,539,228	7,337,059	7,318,542	7,525,974	7,791,048	7,483,725	7,406,985	7,397,918	7,506,466
PROGRAMADO	95	95	95	95	95	95	95	95	95
REAL	98.1	98	97.9	97.7	98.3	98.1	98	97.9	97.9
PORECENTAJE DE AVANCE	3.26	3.16	2.9	2.84	3.37	3.16	3.05	3.26	3.16

1/ Preliminar

2/ Estimada

Fuente: Servicios Estatales de Salud.

Al cierre del 2011, la cobertura con esquema de vacunación completo para este grupo de edad fue de 98.1 por ciento, cifra igual a la registrada en el 2006. Para el periodo enero-junio 2012, se registra una cobertura con esquema de vacunación completo en los niños de uno a cuatro años de edad 98 por ciento. Para el corte de septiembre de 2012 las cifras preliminares muestran una cobertura de 97.9 por ciento y se estima una cobertura de 97.9 por ciento para el cierre de 2012.

Estas cifras representan el esfuerzo que han realizado tanto las entidades federativas como el personal del centro, se ha superado la meta en 2.9 puntos porcentuales.

Meta intermedia: Reducir las defunciones por enfermedades diarreicas agudas (EDA's) en < 5 años en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.8 puntos de tasa anual.

Variables: Núm. De muertes en < 5 años por EDA's / Niños < 5 años

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011/ ¹	2012/ ²
Total de muertes estimadas en menores de cinco años por EDA	ND	1,464	1,177	923	778	611	422
Total de población estimada de menores de cinco años	10,258,204	9,866,329	9,693,424	9,578,579	9,493,079	9,418,922	9,352,933
Programado*	19.9	19.1	18.2	17.4	16.6	15.8	14.9
Real**	15.0	14.8	12.1	9.6	8.2	6.5	4.5
Porcentaje de avance	75.37%	84%	156%	206%	234%	268%	308%

*Tasas estimadas por 100,000 menores de cinco años.

** Se refiere al porcentaje de la meta alcanzado

Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Prevención de mortalidad Infantil. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos reales: DGIS Información de defunciones INEGI/SS 1979 -2009. Fuente 2010 y 2011: DGIS/SS SEED 2010 y 2011, actualizado al 29 de abril de 2011; datos preliminares. La información 2011 corresponde a estimaciones realizadas en base a las proyecciones de población de CONAPO (2005-2030) y tendencias de los años anteriores. N/A: No Aplica.

1/DGIS Cifra estimada

2/ Cifra estimada con base a los datos 2006 a 211

La mortalidad en niños menores de 5 años debida a EDA's a nivel nacional ha disminuido consistentemente de 2006 a 2012, superando la meta planteada en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012, Prevención de la mortalidad infantil.

Meta intermedia: Reducir las defunciones por infecciones respiratorias agudas (IRA's) en < 5 años en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 1.5 puntos de tasa anual.

Variables: Núm. De muertes en < 5 años por IRA's / Niños < 5 años

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011/ ¹	2012/ ²
Total de muertes estimadas en menores de cinco años por IRA	ND	2,905	2,373	2,263	1,949	1,699	1,435
Total de población estimada de menores de cinco años	10,258,204	9,866,329	9,693,424	9,578,579	9,493,079	9,418,922	9,352,933
Programado	35.8	34.1	32.3	30.5	28.7	26.9	25.1
Real*	30.6	29.4	24.5	23.6	20.5	18.0	15.3
Porcentaje de avance	85.4%	59.8%	105.6%	114.0%	143.0%	166.4%	191.6%

*Tasas estimadas por 100,000 menores de cinco años. N/A: No Aplica

Fuente de información Programado: Metas establecidas en el Programa de Acción Específico 2007-2012 de Prevención de la Mortalidad Infantil. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos estimados: DGIS, Estimación con base a las defunciones INEGI/SSA 2000-2009, Proyecciones de las Defunciones de México Conteo 2005 1990-2030, CONAPO.

1/ DGIS Cifra estimada

2/ Cifra estimada con base a los datos 2006 a 211

La mortalidad en niños menores de 5 años debida a IRA's a nivel nacional ha disminuido consistentemente de 2006 a 2012, superando la meta planteada en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012, Prevención de la mortalidad infantil.

Metas: Reducción en un 40% la mortalidad infantil en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano.
VARIABLES: Núm. total de muertes en menores de un año de los 100 municipios con menor IDH / Núm. total de menores de un año en los 100 municipios con menor IDH

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011/ ¹	2012
Total de muertes estimadas en menores de cinco años en los 100 MMIDH	467	1,317	1,314	1,151	1,132	1,115	1,028
Total de nacidos vivos estimados para los 100 MMIDH	37,511	38,034	38,327	38,996	38,953	39,416	39,834
Programado	34.8	32.48	30.2	27.84	25.52	23.2	20.88
Real*	34.8	34.6	34.3	29.5	29.1	28.3	25.8
Porcentaje de avance	100%	1.4%	3.6%	38.1%	41.2%	46.8%	64.3%

*Tasa ajustada, con base en la omisión de defunciones, por 1,000 NVE

1/ Se refiere al porcentaje de la meta alcanzado

Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Prevención de mortalidad Infantil. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos reales: DGIS Información de defunciones INEGI/SS 1979 -2010[Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta:18-05-12 ; SEED 2011-Preliminar[Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta:18-05-12]: Proyecciones de las defunciones de México, Censo 2005 1990-2012, CONAPO [Fecha de consulta:18-05-12]; Proyecciones de los nacimientos de México, Censo 2005, 1990-2012. CONAPO [Fecha de consulta:18-05-12] N/A: No Aplica

La mortalidad infantil en los 125 municipios con menor índice de desarrollo ha disminuido consistentemente de 2006 a 2012, aunque no se ha alcanzado la meta planteada en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012, Prevención de la mortalidad infantil. Esto se debe a que no se han logrado obtener las tasas anuales programadas, creando así un rezago en el cumplimiento de la meta.

Cumplimiento de compromisos de acuerdo al PROSESA, PRONASA y PAE

COMPROMISO	AVANCE DEL COMPROMISO
PROSESA	
Meta 2.2: Reducción de 40% de la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH).	Actualmente se tiene un avance del 64.3% respecto a la meta establecida en el PND.
Meta 5.1: Reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de cinco años en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humana.	En espera de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2012, dichos resultados permitirán evaluar el porcentaje de avance en el cumplimiento de la meta establecida.
PRONASA	
2.4 Reducir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.	Se cumplido con la meta establecida de mantener coberturas por encima del 95%; en su mayoría las entidades federativas han contribuido a cumplir con esta meta, misma situación si observamos resultados por tipo de vacuna. En cuanto a la reducción de enfermedades prevenibles por vacunación, se tiene un avance del 308% referente a diarreas y un avance de 191% respecto a las infecciones respiratorias. En cuanto a la reducción del tétanos neonatal, se tiene un 100% de avance de cumplimiento de la meta.
2.5 Fortalecer las acciones de prevención de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en la infancia.	Se ha reducido la mortalidad infantil por estas causales considerablemente; entre las acciones realizadas destacan las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Se realizaron capacitaciones al personal de salud en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno en EDA/IRA a través de los Centros Estatales de Capacitación.

COMPROMISO	AVANCE DEL COMPROMISO
	<ul style="list-style-type: none"> • Se elaboró material de promoción dirigido a la comunidad con mensajes referentes a la temporada de calor, temporada invernal, manejo de las infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas en el hogar. • Se actualizó el contenido técnico normativo de los manuales de procedimientos tanto de enfermedades diarreicas como de infecciones respiratorias. • Se realizó la supervisión de los componentes a través de la Supervisión Integral del Programa de Infancia. • Se realizó el análisis de la mortalidad en materia de EDA/IRA a través de las Sesiones WebEx.
<p>5.5 Promover una mayor colaboración entre instituciones, entidades federativas y municipios para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios de salud.</p>	<p>Se otorgaron recursos para el fortalecimiento de la red de frío; dando supervisión para la instalación de los equipos así como el buen uso de los mismos.</p>
PAE	
<p>Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema básico completo de vacunación en población de un año de edad.</p>	<p>Con excepción del año 2008, a nivel nacional este indicador ha mantenido coberturas por arriba del 95%, lo que significa que las estrategias y acciones llevadas a cabo han sido apropiadas.</p> <p>Se cuentan con lineamientos de vacunación actualizados aplicables en las entidades federativas; se observa que las acciones realizadas en las semanas nacionales de vacunación han dado resultado.</p>
<p>Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema básico completo de vacunación en población de uno a cuatro años de edad.</p>	<p>Por el periodo 2006 a 2012 se han mantenido coberturas superiores al 97.0%, lo que representa una menor incidencia de enfermedades que son prevenibles por vacunación. Al cierre del 2011, la cobertura con esquema de vacunación completo para este grupo de edad fue de 98.1 por ciento, cifra igual a la registrada en el 2006. Se estima una cobertura de 97.9 por ciento para el cierre de 2012.</p>
<p>Reducir las defunciones por enfermedades diarreicas agudas en <5 años en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.8 puntos de tasa anual</p>	<p>De acuerdo a las tablas mostradas, se observa que la mortalidad en niños menores de 5 años debida a EDA's a nivel nacional ha disminuido consistentemente de 2006 a 2012, superando la meta planteada. Entre las actividades que se realizaron para coadyuvar al cumplimiento de esta meta destacan las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal de salud. • Se generaron políticas y lineamientos sobre el tema. • Difusión de carteles, trípticos y campañas sobre el tema. • Se distribuyó suero oral, así como se informó sobre su uso adecuado.
<p>Reducir las defunciones por infecciones respiratorias agudas en <5 años en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 1.5 puntos de tasa anual.</p>	<p>La mortalidad en niños menores de 5 años debida a IRA's a nivel nacional ha disminuido consistentemente de 2006 a 2012, superando la meta planteada, en el año 2007 la TMI fue de 29.4, para 2012 se estima sea de 15.3</p>
<p>Capacitar al 100% de los médicos del primer nivel de atención de 100 municipios con menor índice de desarrollo humano para el diagnóstico Oportuno de cáncer en población de un año y menos, así como la adecuada referencia y contrarreferencia.</p>	<p>Desde 2010 las Reuniones Nacionales de Responsables del Programa, que es el personal operativo responsable de dar continuidad a las estrategias del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, con la finalidad de que cuenten con las herramientas requeridas para promover entre los médicos de primer nivel de atención,</p>

COMPROMISO	AVANCE DEL COMPROMISO
	<p>la importancia de la detección oportuna y la adecuada referencia de los menores con sospecha de cáncer a las Unidades Médicas Acreditadas para su atención integral, así como para difundir a la población en general los signos y síntomas de alarma de cáncer en este grupo etario, fomentando el acercamiento a las Unidades de Salud, ante la aparición y reconocimiento de estos datos de alarma.</p> <p>De 71 médicos de primer nivel de atención se han capacitado 35 en 2009, 35 en 2010, 80 en 2011 y 57 en 2012.</p>

VII. Acciones realizadas en el periodo.- Aspectos programáticos, presupuestales y contables

VII.1 Autorización Presupuestaria por año, 2006-2012

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las devoluciones
2006	1000	27,670,800	25,184,800	25,184,800	0	
	2000	499,002,400	478,622,200	478,622,200	0	
	3000	59,426,300	33,055,000	33,055,000	0	
	4000	0	0	0	0	
	5000	0	82,900	82,900	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		586,099,500	536,944,900	536,944,900	0	
2007	1000	26,654,214	28,691,230	28,691,230	0	
	2000	1,098,092,552	918,045,572	918,045,572	0	
	3000	78,502,756	49,060,598	49,060,598	0	
	4000		0	0	0	
	5000	566,000	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,203,815,522	995,797,400	995,797,400	0	
2008	1000	32,391,333	31,060,052	31,060,052	0	
	2000	1,083,817,650	2,382,123,880	2,382,123,880	0	
	3000	83,302,981	106,596,794	106,596,794	0	
	4000	112,946,732	135,265,400	135,265,400	0	
	5000	0	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,312,458,696	2,655,046,126	2,655,046,126	0	
2009	1000	35,190,279	33,378,127	33,378,127	0	
	2000	1,046,310,761	1,873,891,500	1,873,891,500	0	
	3000	124,422,190	275,937,087	275,937,087	0	
	4000	0	33,042,775	33,042,775	0	
	5000	2,608,000	455,262,589	455,262,589	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,208,531,230	2,671,512,078	2,671,512,078	0	
2010	1000	35,707,736	32,258,649	32,258,649	0	
	2000	875,798,400	1,007,494,223	1,007,494,223	0	
	3000	300,134,733	116,803,615	116,803,615	0	
	4000	6,794,585	977,881,506	977,881,506	0	
	5000	377,406	42,735,742	42,735,742	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,218,812,860	2,177,173,735	2,177,173,735	0	
2011	1000	35,012,905	34,424,509	34,424,509	0	
	2000	1,082,533,640	1,889,626,561	1,889,626,561	0	
	3000	151,196,312	145,768,960	145,768,960	0	
	4000		6,586,147	6,586,147	0	
	5000	0	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,268,742,857	2,076,406,177	2,076,406,177	0	
Octubre 2012	1000	37,112,925	37,168,838	27,569,724	9,599,114	
	2000	1,059,448,937	1,565,408,545	966,368,444	599,040,101	
	3000	168,453,596	112,836,344	81,742,683	31,093,661	
	4000	6,800,000	175,418,541	172,445,881	2,972,660	
	5000	0	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,271,815,458	1,890,832,268	1,248,126,732	642,705,536	
Total	1000	229,740,192	222,166,205	212,567,091	9,599,114	
	2000	6,745,004,340	10,115,212,481	9,516,172,380	599,040,101	
	3000	965,438,868	840,058,398	808,964,737	31,093,661	

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las devoluciones
	4000	126,541,317	1,328,194,369	1,325,221,709	2,972,660	
	5000	3,551,406	498,081,231	498,081,231	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		8,070,276,123	13,003,712,684	12,361,007,148	642,705,536	

Cifras en pesos.

Ejercicio 2006

En este año se tuvo un presupuesto original autorizado de 586.1 miles de pesos, los cuales se modificaron a 536.9 miles de pesos, 49.2 miles de pesos menos respecto al original.

Del presupuesto modificado, 25.2 miles de pesos se ejercieron en servicios personales, 478.6 miles se destinaron al pago de las vacunas pentavalente, rotavirus y hepatitis B; 33.1 miles de pesos se destinaron al rubro de servicios generales, en donde el gasto más importante se refiere al pago por la distribución de vacunas a las entidades federativas.

Ejercicio 2007

En este año fueron ejercidos 995 797.4 miles de pesos, en su totalidad corresponden a gasto corriente. En Servicios personales se ejercieron 28,691.2 miles de pesos, en el capítulo 2000 "Materiales y Suministros" 918 045.6 miles de pesos y en el capítulo 3000 "Servicios Generales" 49 060.6 miles de pesos, 2.9, 92.2 y 4.9 por ciento respectivamente.

- *Servicios personales.*- La variación absoluta ejercida de 2 037.0 miles de pesos, se refiere principalmente a las ampliaciones presupuestales recibidas para el pago de las plazas eventuales que le fueron autorizadas al Centro; así mismo, para cubrir el incremento al personal de base y los supervisores médicos.
- *Materiales y suministros.*- Este capítulo de gasto recibió de origen 1 098 092.6 miles de pesos, de los cuales se asignaron 378 446.4 miles de pesos constituían recursos etiquetados para la adquisición de las vacunas antineumocócica heptavalente y antineumocócica en el adulto mayor; así mismo, 227 552.3 miles de pesos para la vacuna contra el rotavirus. Al final del ejercicio se ejerció un total de 918 045.6 miles de pesos, la variación entre el original y el ejercido se debió a las economías obtenidas por el tipo de cambio y al monto no pagado por aquellas vacunas que no fueron liberadas en ese ejercicio fiscal.
- *Servicios generales.*- Se autorizó un presupuesto original de 78 502.8 miles de pesos, ejerciendo 49 060.6 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de menos 29 442.2 miles de pesos con respecto al autorizado. La variación absoluta ejercida representó una economía para el centro, esto en virtud de que al no liberarse las vacunas, no fue posible realizar los pagos de distribución correspondientes a las mismas.
- *Bienes Muebles e inmuebles.*- Este capítulo recibió un presupuesto original de 566 000.0 miles de pesos, recurso que no fue posible ejercer en virtud de que no se obtuvo el correspondiente registro en cartera de inversión por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; dichos recursos se pusieron a disposición de la Dirección General de Presupuesto.

Ejercicio 2008

En el año **2008** se autorizó un presupuesto anual de 1 312 458.7 miles de pesos, importe que sufrió de modificaciones, para llegar a un monto total anual de 2 655 046.1 miles de pesos, mismos que fueron orientados al apoyo de los programas sustantivos del Centro, como Vacunación, prevención y tratamiento del cáncer en niños y adolescentes y atención a la salud de la infancia y la adolescencia. Es importante comentar, que no se presentaron economías, los recursos que se identificaron que no se iban a ejercer, fueron puestos a disposición de la DGPOP para apoyo a otras unidades de la Secretaría de Salud. El presupuesto total ejercido por 2 655 046.1 miles de pesos, corresponde en su totalidad a **gasto corriente**, siendo los recursos ejercidos totales 202.3 puntos porcentuales más a los originalmente autorizados.

Para **gasto corriente** se asignaron originalmente 1 312 458.7 miles de pesos, ejerciéndose un total de 2 655 046.1 miles de pesos, 202.3 y 100.0 por ciento del presupuesto original y modificado respectivamente. La variación del presupuesto ejercido contra el original, se debe básicamente a que se recibieron ampliaciones presupuestales líquidas por parte del Seguro Médico para una Nueva Generación para el pago de la vacuna antineumocócica heptavalente y el fortalecimiento del PROVAC, así como a la reducción de recursos fiscales para cumplir con el programa de ahorro implementado en el año 2008, apoyo para las actividades de dengue, pago de campañas de vacunación, entre otras.

- *Servicios personales.*- La variación absoluta ejercida de 1 331.3 miles de pesos, 4.1 por ciento menor al presupuesto original, se refiere principalmente a la vacancia de plazas que tuvo éste Centro nacional durante el ejercicio.
- *Materiales y suministros.*- Se autorizó un presupuesto original de 1 083 817.6 miles de pesos, ejerciendo 2 382 123.9 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de 1 298 306.2 miles de pesos. La variación absoluta ejercida, 219.8 por ciento superior al presupuesto originalmente autorizado, se debe básicamente a la ampliación de recursos autorizados para la compra de vacuna antineumocócica heptavalente, y por una reducción equivalente a 730 455.5 miles de pesos, los cuales se originaron para cumplir con el programa de ahorro 2008 y por los recursos que fueron puestos a disposición de la DGPOP, mismos que no fue posible ejercer en virtud de que las vacunas sujetas a análisis por parte de la CCAYAC no fueron liberadas.
- ◆ Para este capítulo, el gasto principal se encausó en la adquisición de vacunas, 99.9 por ciento del recurso total ejercido, el 0.1 por ciento restante fue orientado al pago de suministros e insumos de papelería, combustibles, refacciones de cómputo y vestuario para el personal del Centro, de acuerdo a los señalado en las Condiciones Generales de Trabajo.
- *Servicios generales.*- Se autorizó un presupuesto original de 83 303.0 miles de pesos, ejerciendo 106 596.8 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de 23 293.8 miles de pesos con respecto al autorizado. La variación absoluta ejercida se originó por las transferencias hechas a éste capítulo para cubrir compromisos de gasto, tales como la distribución del biológico, el pago de servicios básicos, el arrendamiento de bienes informáticos y el pago de asesorías y consultorías; así mismo, este capítulo presentó reducciones por 110 493.1 miles de pesos de pesos, los cuales se dieron para transferir recursos al capítulo 5000 por 1 200.0 miles de pesos y recursos que fueron puestos a disposición de la DGPOP.

- **Subsidios.**- En este año 2008 se ejercieron un total de 135 265.4 miles de pesos, de los cuales 110 265.4 miles de pesos se ejercieron en la adquisición de vacuna anti-influenza infantil (109 712.2 miles de pesos provenían del “Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad con recursos financieros suficientes” y 553.2 miles del Programa E-036 Enfermedades Prevenibles por vacunación) y 25 000.0 miles de pesos provenían del Seguro Médico para una Nueva Generación, estos recursos se destinaron al Fortalecimiento del sistema informático PROVAC.

Para **gasto de capital** no se autorizaron originalmente recursos fiscales, se solicitó una transferencia de recursos del capítulo 2000 al capítulo 5000 por un monto total de 1 200.0 miles de pesos, sin embargo al realizarse la invitación restringida a 10 proveedores, no se presentó oferta por parte de ninguno de ellos para las partidas del Centro, lo que significó que dichos recursos se pusieran a disposición de la DGPOP, y con ello se cubrieran necesidades de gasto de otras áreas de la Secretaría de Salud. Su comportamiento por capítulo de gasto se menciona a continuación:

- **Bienes Muebles e Inmuebles.**- Durante este ejercicio se le asignaron recursos por 0.0 miles de pesos, teniendo durante el transcurso del año un apoyo por 1 200.0 miles de pesos, mismos que no fue posible ejercer y que fueron puestos a disposición. Los recursos transferidos se orientaban a la adquisición de mobiliario y equipo de oficina como: sillas, sala de juntas, libreros, archiveros, sillones, credenzas, escritorios, así como para la compra de un vehículo.

Con la finalidad de atender lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012, respecto a asegurar el otorgamiento de servicios de salud a toda la población que no cuenta con el apoyo de los sistemas de seguridad social, en especial garantizar la cobertura completa y de por vida en servicios de salud a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006, a través del Seguro Médico para una Nueva Generación, se autorizaron un total de 1 453 749.9 miles de pesos para la adquisición de vacuna antineumocócica heptavalente y el fortalecimiento del sistema PROVAC.

- Se adquirieron un total de 4 304 043 dosis de vacuna, cabe destacar que se puso mayor interés en los estados con menor Índice de Desarrollo Humano.
- Se celebraron convenios con las 32 entidades federativas para la transferencia de recursos financieros por un monto total de 25 000.0 miles de pesos, con los cuales debían adquirir equipo informático. Con ésta inversión se busca contar con un sistema integral de información y registro nominal de acciones para niños, que apoye el esquema de seguimiento operativo y la evaluación del Seguro Médico para una Nueva Generación y del Programa de vacunación.
- Como parte de las acciones preparatorias a la implementación del nuevo sistema, se llevaron a cabo tres talleres regionales con los responsables del programa de vacunación, a fin de validar y los avances del sistema de información. Asimismo en tres entidades federativas se llevan a cabo sesiones de pruebas reales de laboratorio para evaluar la funcionalidad y operatividad del la nueva versión. La prueba piloto se ha diseñado para llevarse a cabo en tres entidades federativas distintas: Oaxaca, Morelos y Puebla. De igual forma, como parte de los catálogos del nuevo sistema se integraron las cifras correspondientes a las Proyecciones de Población 2009 por entidad federativa y municipio para la población desagregada por edades 1 a 7 años, referente de comparación con las

cifras del Censo Nominal, a partir de las cuales se dará seguimiento al indicador de Concordancia por grupos de edad.

Ejercicio 2009

Para el año **2009**, el presupuesto original autorizado a este Centro Nacional ascendió a 1 208 531.2 miles de pesos, importe que se modificó a 2 671 512.1 miles de pesos. De los recursos autorizados, se ejercieron 2 671 512.1 miles de pesos, destacando 2 657 814.6 miles de pesos para apoyo de los programas sustantivos como vacunación, infancia, adolescencia y cáncer en niños, siendo el 99.5 por ciento del presupuesto modificado.

El presupuesto total ejercido por 2 671 512.1 miles de pesos, el 82.9 por ciento correspondió a **gasto corriente** y el 17.1 por ciento a **gasto de capital**, siendo los recursos ejercidos totales 121.0 puntos porcentuales a los originalmente autorizados.

Para **gasto corriente** se asignaron originalmente 1 205 923.2 miles de pesos, ejerciéndose un total de 2 216 249.5 miles de pesos, 83.8 y 100.0 por ciento del presupuesto original y modificado respectivamente. La variación del presupuesto ejercido contra el original, se debe básicamente a que se tuvo una ampliación líquida por parte del Seguro Médico para una Nueva Generación para el pago de vacuna antineumocócica, rotavirus y el fortalecimiento de la red de frío, así como a la reducción de recursos fiscales para cumplir con el programa de ahorro implementado en el año 2009.

- **Servicios personales.**- La variación absoluta ejercida de 1 812.2 miles de pesos, 5.1 por ciento menor **al presupuesto** original, se refiere principalmente a la reducción de recursos que fueron aplicados en este capítulo de gasto, originados principalmente por la existencia de plazas vacantes.
- **Materiales y suministros.**- Se autorizó un presupuesto original de 1 046 310.8 miles de pesos, ejerciendo 1 873 891.5 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de 827 580.7 miles de pesos, 79.1 por ciento mayor al presupuesto originalmente autorizado, presentó una ampliación de recursos recibidos para el pago de las vacunas de rotavirus y antineumocócica heptavalente; así mismo, también se tuvo una reducción de recursos de 147 600.0 miles de pesos, los cuales sirvieron para apoyar la contingencia epidemiológica generada por la Influenza A H1N1.
 - ◆ Para este capítulo, el gasto principal se encausó en la adquisición de vacunas, 99.9 por ciento del recurso total ejercido, el 0.1 por ciento restante fue orientado al pago de suministros e insumos de papelería, combustibles, refacciones de cómputo y vestuario para el personal del Centro, de acuerdo a los señalado en las Condiciones Generales de Trabajo.
- **Servicios generales.**- Se autorizó un presupuesto original de 124 422.2 miles de pesos, ejerciendo 275 937.1 miles de pesos, registrando un mayor ejercicio presupuestal de 151 514.9 miles de pesos. La variación absoluta ejercida se originó por las ampliaciones líquidas hechas a éste capítulo para cubrir compromisos de gasto, tales como la distribución de los biológicos, el pago de servicios básicos, el arrendamiento de bienes informáticos y el pago de las campañas. Así mismo, este capítulo presentó reducciones de gasto, las cuales se originaron para dar cumplimiento al Programa de Ahorro 2009.
 - ◆ El gasto en este capítulo se orientó básicamente para el pago de distribución de las vacunas adquiridas a las entidades federativas, así como para el pago de servicios básicos como

teléfono, contratación de servicios de limpieza, arrendamiento de bienes informáticos, mantenimiento de muebles e inmuebles, pago de la asesoría para continuar con la actualización y fortalecimiento de la plataforma del sistema PROVAC en su versión 5.0, impresión de carteles, folletos y manuales, realización de talleres de capacitación para los responsables de los programas de infancia, adolescencia y PROVAC, tales como: “Taller de Reanimación neonatal”, “Taller de diagnóstico y referencia oportuna del Síndrome de Turner para personal de salud”, “Reunión Nacional de Responsables Estatales de Salud de la Adolescencia”, entre otros.

Para **gasto de capital** se autorizaron originalmente 2 608.0 miles de pesos, ejerciéndose un total de 455 262.6 miles de pesos, 452 654.6 miles de pesos más con respecto al original autorizado, mismos que fueron ejercidos en un 100.0 por ciento. La variación absoluta se debe básicamente al apoyo presupuestal recibido del Seguro Médico para una Nueva Generación para el proyecto “Fortalecimiento de la Red de Frío en las entidades federativas” y para la adquisición del tamiz auditivo y potenciales evocados. Su comportamiento por capítulo de gasto se menciona a continuación:

- **Bienes Muebles e Inmuebles.**- Durante este ejercicio se asignaron recursos por 2 608.0 miles de pesos, teniendo durante el transcurso del año un apoyo por 452 654.6 miles de pesos, ejerciéndose en total 455 262.6 miles de pesos, los movimientos presupuestales durante el ejercicio, referidos a:
 - ◆ Ampliaciones autorizadas del Seguro Médico para una Nueva Generación por 452 654.6 miles de pesos, los cuales fueron asignados para la adquisición de bienes informáticos, vehículos para personal, vehículos tipo termokim, plantas de luz, refrigeradores, congeladores y congelantes, montacargas, cámaras frías y equipos de tamiz auditivo y potenciales evocados, bienes requeridos para el fortalecimiento de la red de frío en las entidades federativas.

Ejercicio 2010

El **presupuesto ejercido** del **Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia** (CeNSIA), fue de 2 177 173.7 miles de pesos, cifra superior en 78.6 por ciento más con relación a la asignación original. Este comportamiento, se debió principalmente al mayor ejercicio presupuestario en los rubros de Subsidios y de Inversión Física.

De los recursos erogados, 1 156 556.5 miles de pesos correspondieron a **gasto directo**, monto inferior en 4.4 por ciento con relación a la asignación original, 977 881.5 miles de pesos fueron **subsidios**, 971 086.9 miles de pesos más con respecto al presupuesto original y, 42 735.7 miles correspondieron a gasto de inversión.

El aumento del presupuesto ejercido mediante gasto directo fue resultado del incremento observado en el rubro de Subsidios, dichos recursos se otorgan a las entidades federativas para que se lleven a cabo acciones relacionadas con los programas sustantivos del Centro, con los cuales se pueda garantizar el desarrollo de acciones que contribuyan al bienestar de niños y adolescentes.

Para **gasto corriente** se asignaron originalmente 1 218 435.5 miles de pesos, ejerciéndose un total de 2 134 438.0 miles de pesos, 75.2 y 0.0 por ciento del presupuesto original y modificado respectivamente. La variación del presupuesto ejercido contra el original, se debe básicamente a que se tuvo una ampliación líquida de recursos por parte del Seguro Médico para una Nueva Generación, los cuales se destinaron a la adquisición de vacunas, al Fortalecimiento de la red de frío en las entidades federativas y

al apoyo del Programa de Discapacidad así como a la reducción de recursos fiscales para cumplir con el programa de ahorro implementado en el año 2010. Es importante comentar, que del presupuesto modificado autorizado al 31 de diciembre del 2010, se generaron economías en los rubros de vacunas, los cuales se originaron por ahorros en la paridad cambiaria, dichas disponibilidades se pusieron a disposición de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.

- *Servicios personales.*- La variación absoluta ejercida de 3 449.1 miles de pesos, 9.7 por ciento menor al **presupuesto** original, se refiere principalmente a las economías generadas por las plazas vacantes, así como la cancelación de dos jefaturas de departamento. Lo anterior, mediante movimientos presupuestales autorizados referidos a:
 - *Materiales y suministros.*- Se autorizó un presupuesto original de 875 798.4 miles de pesos, ejerciendo 1 007 494.2 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de 131 695.8 miles de pesos. La variación absoluta ejercida de más, 15.0 por ciento mayor al presupuesto originalmente autorizado se debe principalmente a la ampliación de recursos por parte del Seguro Médico para una Nueva Generación para el rubro de vacunas e insumos para el programa de Discapacidad. Para este capítulo, el gasto principal se encausó en la adquisición de vacunas y los implantes cocleares del Programa de Discapacidad, en cantidad menor se destinaron recursos para la adquisición de materiales e insumos para el Hospital Infantil de Juárez.
 - *Servicios generales.*- Se autorizó un presupuesto original de 300 134.7 miles de pesos, ejerciendo 116 803.6 miles de pesos, registrando un menor ejercicio presupuestal de 183 331.1 miles de pesos, esta reducción fue originada principalmente por la transferencia de recursos del capítulo 3000 al capítulo 4000 y por la cancelación del programa I500, recursos asignados para emergencias epidemiológicas.
 - El rubro de **Subsidios** observó un mayor ejercicio presupuestario de 142.9 por ciento con respecto al presupuesto original, debido principalmente a lo siguiente: fueron destinados al desarrollo de actividades y acciones de apoyo para los programas de infancia, vacunación, prevención del cáncer en niños y adolescentes, así como el fortalecimiento de la red de frío en las entidades federativas.
 - El **Gasto de Inversión** tuvo un incremento de 42 358.3 miles de pesos con relación al presupuesto original.
 - ◆ *Bienes Muebles e Inmuebles.*- Durante este ejercicio se le asignaron recursos por 377.4 miles de pesos, teniendo durante el transcurso del año un apoyo por 42 358.3 miles de pesos, los movimientos presupuestales durante el ejercicio, referidos a:
 - Ampliaciones autorizadas por 42 358.3 miles de pesos, los cuales fueron asignados para la adquisición de equipo e instrumental médico requerido para el equipamiento del Hospital Infantil de Especialidades de Ciudad Juárez, Chihuahua; la adquisición del tamiz auditivo y potenciales evocados del Programa de Discapacidad.
 - ◆ *Obra Pública.*- No se ejercieron recursos en este rubro de gasto.

Ejercicio 2011

En 2011, el **presupuesto ejercido** de la Centro Nacional Para la Salud del Infancia y la Adolescencia (CENSIA), fue de 2 076 406 miles de pesos, cifra superior en 63.66 por ciento con relación a la asignación original. Este comportamiento, se debió principalmente al mayor ejercicio presupuestario en los rubros de Gastos de Operación.

De los recursos erogados, 2 069 820 miles de pesos correspondieron a **gasto directo**, monto superior en 63.14 por ciento con relación a la asignación original y 6,586 miles de pesos fueron **subsidios**, cantidad adicional ya que no hubo asignación original.

El aumento del presupuesto ejercido mediante gasto directo fue resultado del incremento observado en el rubro de Gastos de Operación, para apoyo a las presiones del capítulo 2000 materiales y suministro y capítulo 3000 Servicios Generales.

Gasto Corriente observó una variación de 63.7 por ciento, por encima del presupuesto original aprobado. Su evolución por rubro de gasto se presenta a continuación:

Para **gasto corriente** se asignaron originalmente 1,268,742 miles de pesos, ejerciéndose un total de 2,076,406 miles de pesos, 100 y 163.70 por ciento del presupuesto original y modificado respectivamente. La variación del presupuesto ejercido contra el original, se debe básicamente a que se obtuvo recursos adicionales del Seguro Medico para una Nueva Generación para la adquisición y distribución de las vacunas contra Rotavirus Y Neumococcica, así como a la reducción de recursos fiscales para cumplir con el programa de ahorro implementado en el año 2011. Es importante comentar, que del presupuesto modificado autorizado al 31 de diciembre del 2011, se generaron economías que se pusieron a disposición de la Dirección de Programación, organización y Presupuesto.

Su comportamiento por capítulo:

- **Servicios personales.**- La variación absoluta ejercida de 34,424 miles de pesos, 1.7 por ciento menor **al presupuesto** original, se refiere principalmente a la transferencia de recursos como apoyo este capítulo de gasto por 588 miles de pesos, especialmente por incrementos salariales a investigadores, jefes de departamento en área médica, rama médica, paramédica y afines; lo anterior, mediante movimientos presupuestales autorizados referidos a:
 - ◆ El presupuesto ejercido en este capítulo por 34,424 miles de pesos, corresponde al pago de personal que cuenta con una plantilla de 106 plazas, integrado por 51 de personal de base, 50 de confianza y 5 eventuales, que en relación a los 108 plazas del año anterior, presenta una disminución de 2 plazas.
 - ◆ Durante el ejercicio que nos ocupa, la plantilla del personal se redujo en 2 plazas, integrada por la reducción de 1 plaza de confianza y 1 de retiro voluntario de base.
 - ◆ Al cierre del ejercicio presupuestal 2011 no se tenía vacancia alguna
- **Materiales y suministros.**- Se autorizó un presupuesto original de 1,233,729 miles de pesos, ejerciendo 2,035,395 miles de pesos, la variación absoluta ejercida de menos de 801,666 miles de

pesos, 63.7 por ciento superior al presupuesto originalmente autorizado se debe principalmente a la transferencia de recursos del Seguro Médico Para una Nueva Generación.

- ◆ Para este capítulo, el gasto principal se encausó en la adquisición de vacunas, alimentos, combustibles y vestuario principalmente.
- *Servicios generales.*- Se autorizó un presupuesto original de 151,196 miles de pesos, ejerciendo 145,768 miles de pesos, registrando un menor ejercicio presupuestado de 5,428 miles de pesos, fue para cumplir con el programa de ahorro 2011.
 - ◆ El gasto en este capítulo se orientó básicamente para el pago de la distribución de vacunas adquiridas a las Entidades Federativas, al pago de asesorías y contrataciones, así como para el pago de servicios básicos como teléfono, energía eléctrica, agua. etc., a la contratación de servicios de limpieza y vigilancia, al pago de viáticos y pasajes, así como al pago de impresos que se distribuyeron a las Entidades Federativas para las Campañas del Programa de Vacunación.
- El rubro de **Subsidios** tuvo un incremento de 6,586 miles de pesos mismos que se destinaron al desarrollo de las actividades y acciones de apoyo para el programa de Sigamos Aprendiendo en el Hospital...

En el año 2011 no se tuvo presupuesto autorizado para este rubro de gasto de inversión.

Ejercicio 2012

Para este año, se tiene un presupuesto anual original de 1 271 815.5 miles de pesos, los cuales al mes de octubre de 2012 se modificaron a 1,890,832.3 miles de pesos, un 48.7 por ciento más. De este monto se han ejercido a la fecha 1,248,126.7 miles de pesos, la diferencia por 642,705.5 miles de pesos se refiere a recursos que se ejercerán durante el último trimestre del año, específicamente en el pago de vacunas, servicios subrogados, asesorías y servicios de impresión y difusión.

Su comportamiento por capítulo:

- *Servicios personales.*- La variación absoluta entre el presupuesto original y el modificado al periodo por 55.9 miles de pesos, se refiere principalmente a la transferencia de recursos como apoyo este capítulo de gasto especialmente por incrementos salariales a personal del área médica, jefes de departamento en área médica, rama médica, paramédica y afines; lo anterior, mediante movimientos presupuestales autorizados referidos a:
 - ◆ El presupuesto ejercido en este capítulo por 27,569.7 miles de pesos, corresponde al pago del personal que se encuentra en plantilla, la cual asciende a 113 plazas, integrado por 51 de personal de base, 50 de confianza y 12 eventuales.
- *Materiales y suministros.*- Se autorizó un presupuesto original de 1 059 448.9 miles de pesos, el cual se ha modificado en 1 565 408.5 miles de pesos, ampliación originada por la transferencia de recursos por parte del Seguro Médico para una Nueva Generación para cubrir los pagos de las vacunas de rotavirus y neumococcica; de este recurso se han ejercido 966,368.4 miles de pesos.

- ◆ Para este capítulo, el gasto principal se encausó en la adquisición de vacunas, alimentos, combustibles y vestuario.
- *Servicios generales.*- Se autorizó un presupuesto original de 168,453.6 miles de pesos, ejerciendo al periodo un total de 81,742.7 miles de pesos, la variación será ejercida durante el último cuatrimestre del año.
 - ◆ El gasto en este capítulo se orientó básicamente para el pago de la distribución de vacunas adquiridas a las Entidades Federativas, al pago de asesorías y contrataciones, así como para el pago de servicios básicos como teléfono, energía eléctrica, agua. etc., a la contratación de servicios de limpieza y vigilancia, al pago de viáticos y pasajes, así como al pago de impresos que se distribuyeron a las Entidades Federativas para las Campañas del Programa de Vacunación.
- El rubro de **Subsidios** tuvo un presupuesto original de 6,800.0 miles de pesos, monto destinado al apoyo del programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital, este monto se incrementó a 175,418.5 miles de pesos, recursos que serán destinados en apoyar a las entidades federativas para que cumplan con los objetivos y metas del PRONAREMI.

VII.1.1 Solicitud de recursos por parte de la dependencia o entidad

La solicitud de recursos se realiza en apego a las instrucciones y lineamientos que emite la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto para la elaboración del Programa Anual de Trabajo para cada año.

La siguiente tabla relaciona los números de oficios y montos incluidos en el PAT de este Centro Nacional:

AÑO DEL PAT	FECHA	OFICIO NUM.	MONTO
2007	Información no disponible		
2008	Información no disponible		
2009	02-septiembre-2008	DG/002145/2008	1,146,005,117.00
2010	11-diciembre-2009	3648/CENSIA/2009	1,008,932,579.00
2011	23-septiembre-2010	3335/CENSIA/2010	1,000,101,849.00
2012	Agosto-2011	2243/CENSIA/2011	1,234,665,653.00
2013	Octubre 2012	PAT en proceso	3,188,365,653.00

NOTA: Los Oficios de solicitud y el correspondiente Programa Anual de Trabajo de cada año, está bajo resguardo de la Coordinación Administrativa, en las oficinas del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, ubicadas en Francisco de P. Miranda núm. 177 Planta Baja, Col. Merced Gómez, Deleg. Álvaro Obregón, México, D.F., con teléfono 5651-1667.

Cifras en pesos.

Los recursos solicitados en el Programa Anual de cada año, se orientan al pago de bienes y servicios requeridos para el desarrollo normal de operación del centro y para el cumplimiento de metas y objetivos; se solicitan recursos para el pago de insumos de papelería, refacciones de cómputo, para los

uniformes de los supervisores, choferes y secretarías, para el pago de asesorías y consultorías, servicios básicos y subrogados, viáticos y pasajes nacionales e internacionales y bienes muebles según sea el caso.

VII.1.2 Autorización presupuestal de la SHCP

Para que este Centro Nacional pueda llevar a cabo las actividades normales de operación, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público le autoriza su presupuesto anual, mismo que se modifica por diversas ampliaciones o reducciones; en general, las modificaciones obedecen a transferencias compensadas entre partidas de gasto, las cuales se solicita realizar para atender requerimientos especiales, como es el caso de requerir más recurso en ciertas partidas.

En los últimos años se han presentado economías por paridad cambiaria, lo cual permite que el Centro oriente recursos a otras partidas de gasto y con ello coadyuve al logro de objetivos y metas.

Es importante señalar, que para el ejercicio del presupuesto y la solicitud de adecuaciones presupuestarias el centro se apeg a los lineamientos que establece la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la DGPOP.

En los siguientes cuadros se observan los montos totales de ampliaciones y reducciones aplicadas al presupuesto original de cada año:

INTEGRACIÓN DEL PRESUPUESTO MODIFICADO, 2007

CONCEPTO	Oficio			Capítulo				Gasto Corriente	Capítulo		Gasto de Capital
	No.	Fecha	Total	1000	2000	3000	4000		5000	6000	
Presupuesto Original (dado a conocer por DGPOP)			1,203,815,522.00	26,654,214.00	1,098,092,552.00	78,502,756.00		1,203,249,522.00	566,000.00	-	566,000.00
Fiscales	DGPOP/06/0278	08-feb-07	1,203,815,522.00	26,654,214.00	1,098,092,552.00	78,502,756.00		1,203,249,522.00	566,000.00	-	566,000.00
Propios			-	-	-	-		-	-	-	-
Recursos Fiscales											
Ampliaciones			1,180,040,503.53	22,206,160.50	1,043,455,909.32	111,461,433.71		1,177,123,503.53	2,917,000.00	-	2,917,000.00
Reducciones			1,388,058,625.31	20,169,144.38	1,223,502,889.29	140,903,591.64		1,384,575,625.31	3,483,000.00	-	3,483,000.00
Total de la Entidad			995,797,400.22	28,691,230.12	918,045,572.03	49,060,598.07		995,797,400.22	-	-	-
Recursos Fiscales			995,797,400.22	28,691,230.12	918,045,572.03	49,060,598.07		995,797,400.22	-	-	-
Recursos Propios			-	-	-	-		-	-	-	-

Fuente: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

INTEGRACIÓN DEL PRESUPUESTO MODIFICADO, 2008

CONCEPTO	Oficio			Capítulo				Gasto Corriente	Capítulo		Gasto de Capital
	No.	Fecha	Total	1000	2000	3000	4000		5000	6000	
Presupuesto Original (dado a conocer por DGPOP)			1,312,458,696.00	32,391,333.00	1,083,817,650.00	83,302,981.00	112,946,732.00	1,312,458,696.00	-	-	-
Fiscales	DGPOP/06/00338	24-ene-08	1,312,458,696.00	32,391,333.00	1,083,817,650.00	83,302,981.00	112,946,732.00	1,312,458,696.00	-	-	-
Propios			-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recursos Fiscales											
Ampliaciones			2,451,368,423.37	14,196,921.18	2,028,803,259.50	134,021,607.02	273,146,635.67	2,450,168,423.37	1,200,000.00	-	1,200,000.00
Reducciones			1,108,780,993.13	15,528,202.67	730,497,029.71	110,727,793.75	250,827,967.00	1,107,580,993.13	1,200,000.00	-	1,200,000.00
Total de la Entidad			2,655,046,126.24	31,060,051.51	2,382,123,879.79	106,596,794.27	135,265,400.67	2,655,046,126.24	-	-	-
Recursos Fiscales			2,655,046,126.24	31,060,051.51	2,382,123,879.79	106,596,794.27	135,265,400.67	2,655,046,126.24	-	-	-
Recursos Propios			-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

INTEGRACIÓN DEL PRESUPUESTO MODIFICADO, 2009

CONCEPTO	Oficio			Capítulo				Gasto Corriente	Capítulo		Gasto de Capital
	No.	Fecha	Total	1000	2000	3000	4000		5000	6000	
Presupuesto Original (dado a conocer por DGPOP)			1,208,531,230.00	35,190,279.00	1,046,310,761.00	124,422,190.00	-	1,205,923,230.00	2,608,000.00	-	2,608,000.00
Fiscales	DGPOP/06/0154	16-ene-09	1,208,531,230.00	35,190,279.00	1,046,310,761.00	124,422,190.00	-	1,205,923,230.00	2,608,000.00	-	2,608,000.00
Propios			-	-	-	-		-	-	-	-
Recursos Fiscales											
Ampliaciones			3,872,102,758.71	7,798,668.83	2,968,406,449.15	235,141,312.69	34,422,993.84	3,245,769,424.51	626,333,334.20	-	626,333,334.20
Reducciones			2,409,121,911.08	9,610,821.34	2,140,825,710.01	83,626,415.68	1,380,218.83	2,235,443,165.86	173,678,745.22	-	173,678,745.22
Total de la Entidad			2,671,512,077.63	33,378,126.49	1,873,891,500.14	275,937,087.01	33,042,775.01	2,216,249,488.65	455,262,588.98	-	455,262,588.98
Recursos Fiscales			2,671,512,077.63	33,378,126.49	1,873,891,500.14	275,937,087.01	33,042,775.01	2,216,249,488.65	455,262,588.98	-	455,262,588.98
Recursos Propios			-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

INTEGRACIÓN DEL PRESUPUESTO MODIFICADO, 2010

CONCEPTO	Oficio			Capítulo				Gasto Corriente	Capítulo		Gasto de Capital
	No.	Fecha	Total	1000	2000	3000	4000		5000	6000	
Presupuesto Original (dado a conocer por DGPOP)			1,218,812,860.00	35,707,736.00	875,798,400.00	300,134,733.00	6,794,585.00	1,218,435,454.00	377,406.00	-	377,406.00
Fiscales	DGPOP/06/0261	20-ene-10	1,218,812,860.00	35,707,736.00	875,798,400.00	300,134,733.00	6,794,585.00	1,218,435,454.00	377,406.00	-	377,406.00
Propios			-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recursos Fiscales											
Ampliaciones			2,425,343,136.28	9,872,857.54	1,125,673,981.37	149,506,589.51	979,479,529.06	2,264,532,957.48	160,810,178.80	-	160,810,178.80
Reducciones			1,466,982,262.25	13,321,944.98	993,978,158.79	332,837,707.75	8,392,608.29	1,348,530,419.81	118,451,842.44	-	118,451,842.44
			-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de la Entidad			2,177,173,734.03	32,258,648.56	1,007,494,222.58	116,803,614.76	977,881,505.77	2,134,437,991.67	42,735,742.36	-	42,735,742.36
Recursos Fiscales			2,177,173,734.03	32,258,648.56	1,007,494,222.58	116,803,614.76	977,881,505.77	2,134,437,991.67	42,735,742.36	-	42,735,742.36
Recursos Propios			-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

INTEGRACIÓN DEL PRESUPUESTO MODIFICADO, 2011

CONCEPTO	Oficio			Capítulo				Gasto Corriente	Capítulo		Gasto de Capital
	No.	Fecha	Total	1000	2000	3000	4000		5000	6000	
Presupuesto Original (dado a conocer por DGPOP)			1,268,742,857.00	35,012,905.00	1,082,533,640.00	151,196,312.00	-	1,268,742,857.00	-	-	-
Fiscales	DGPOP/06/0208	18-ene-11	1,268,742,857.00	35,012,905.00	1,082,533,640.00	151,196,312.00	-	1,268,742,857.00	-	-	-
Propios			-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recursos Fiscales											
Ampliaciones			813,679,068.00	-	807,092,921.00	-	6,586,147.00	813,679,068.00	-	-	-
Reducciones			6,015,748.00	588,396.00	-	5,427,352.00	-	6,015,748.00	-	-	-
			-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de la Entidad			2,076,406,177.00	34,424,509.00	1,889,626,561.00	145,768,960.00	6,586,147.00	2,076,406,177.00	-	-	-
Recursos Fiscales			2,076,406,177.00	34,424,509.00	1,889,626,561.00	145,768,960.00	6,586,147.00	2,076,406,177.00	-	-	-
Recursos Propios			-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

INTEGRACIÓN DEL PRESUPUESTO MODIFICADO, 2012

CONCEPTO	Oficio			Capítulo				Gasto Corriente	Capítulo		Gasto de Capital
	No.	Fecha	Total	1000	2000	3000	4000		5000	6000	
Presupuesto Original (dado a conocer por DGPOP)			1,271,815,458.00	37,112,925.00	1,059,448,937.00	168,453,596.00	6,800,000.00	1,271,815,458.00	-	-	-
Fiscales	DGPOP/06/005/1	21-dic-11	1,271,815,458.00	37,112,925.00	1,059,448,937.00	168,453,596.00	6,800,000.00	1,271,815,458.00	-	-	-
Propios			-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recursos Fiscales											
Ampliaciones			2,077,129,866.16	5,196,520.49	1,738,978,681.28	53,601,017.47	279,353,646.92	2,077,129,866.16	-	-	-
Reducciones			1,458,113,055.51	5,140,607.23	1,233,019,072.84	109,218,269.46	110,735,105.98	1,458,113,055.51	-	-	-
			-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de la Entidad			1,890,832,268.65	37,168,838.26	1,565,408,545.44	112,836,344.01	175,418,540.94	1,890,832,268.65	-	-	-
Recursos Fiscales			1,890,832,268.65	37,168,838.26	1,565,408,545.44	112,836,344.01	175,418,540.94	1,890,832,268.65	-	-	-
Recursos Propios			-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

En el Anexo 2 se desglosan el total de oficios recibidos para adecuar el presupuesto en cada año.

VII.2 Radicación de recursos a favor de la dependencia o entidad (radicación sólo a desconcentrados y entidades hasta 2008)

VII.2.1 Oficios de afectación presupuestal

El presupuesto autorizado anual conforme transcurre el año, es modificado con ampliaciones y reducciones tanto líquidas como compensadas; por el periodo 2007-2012 se presentaron estas modificaciones, las cuales fueron documentadas e informadas por la Dirección de Programación, Organización y presupuesto de la Secretaría de Salud.

Los diversos oficios de notificación de modificaciones al presupuesto se encuentran bajo el resguardo del Coordinador Administrativo, C.P. Arturo Cruz Cuevas, ubicado en Francisco de P. Miranda núm. 177 1er. Piso Col Merced Gómez Deleg. Álvaro Obregón.

En el Anexo 2 se desglosan el total de oficio recibidos para adecuar el presupuesto en cada año.

VII.2.2 Cuentas por liquidar certificadas

De acuerdo a los Lineamientos establecidos por la SHCP, a partir del mes de octubre del año 2007, se ingresó al llamado “Gasto Directo”, a través del cual el Centro realizaría sus pagos mediante Cuentas por Liquidar Certificadas.

Año	Número de CLC's	Importe Total CLC,S	Importe total Presupuesto Modificado final
2007	Información no disponible		
2008	1550	\$2,655,046,126.24	\$2,623,453,614.02
2009	2159	\$2,671,512,077.63	\$2,637,621,655.68
2010	2265	\$2,177,157,380.03	\$2,144,281,270.47
2011	2605	\$2,041,244,747.00	\$2,076,406,178.00
Octubre 2012	965	\$1,220,557,008.12	\$1,853,663,430.39

Cifras en pesos.

Como se observa, el número de cuentas por liquidar certificadas se ha mantenido constante en cada año; las cuentas por liquidar se generan para realizar los pagos a los diversos proveedores de bienes y servicios del Centro, destacan los pagos de asesorías, por la adquisición de vacunas así como su distribución, el pago de los servicios básicos y subrogados, entre otros.

El incremento de cuentas por liquidar en el año 2009 se origina por el pago a los proveedores que realizaron servicios de impresión y difusión para la campaña de Influenza H1N1, así también, se realizaron pagos a los proveedores que suministraron bienes para la red de frío en las entidades federativas.

VII.2.3 Comunicación de radicación de recursos (en SSIAFF)

Para llevar a cabo el pago a proveedores de bienes y servicios (gasto de operación e inversión), este Centro Nacional realiza la captura de Cuentas por Liquidar Certificadas, para ello ocupa el sistema SICOP y el SIAFF, ambos sistemas son propiedad de la Secretaría de Salud.

Las Cuentas por Liquidar Certificadas y sus correspondientes anexos, se encuentran bajo el resguardo del C.P. Arturo Cruz Cuevas, Coordinador Administrativo del Centro, sito en la calle Francisco de P. Miranda Num. 177 Col. Merced Gómez, Deleg. Álvaro Obregón, México, D.F.

VII.2.4 Póliza – cheque y contra recibos firmados

Año	Número de pólizas	Importe Total
2006	532	1,816,072.27
2007	609	2,113,167.80
2008	560	1,839,938.64
2009	583	2,192,091.94
2010	685	2,307,472.81
2011	562	1,623,688.03
Octubre 2012	612	1,513,962.83

NOTA: En el libro de bancos se encuentra el desglose de todos y cada uno de los cheques que se expidieron para el desarrollo del Programa “Prevenición de la mortalidad infantil”, el cual está bajo resguardo del C. C.P. Arturo Cruz Cuevas, con cargo de Coordinador Administrativo, en las oficinas del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, ubicadas en Francisco de P. Miranda núm. 177 1er. Piso, Col. Merced Gómez, Deleg. Álvaro Obregón, México, D.F., con teléfono 5680 1208 ext. 215.

Cifras en miles de pesos.

El cuadro anterior señala el número de pólizas cheque que este Centro ha emitido por los años de 2006 a 2012 de las dos cuentas bancarias que maneja, que son la de Fondo rotatorio y la de pagador habilitado. El uso de estas cuentas bancarias se realiza conforme a los lineamientos y políticas que señala la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y DGPOP.

VII.3 Aplicación de los recursos

VII.3.1 Programas de Trabajo Anuales

VII.3.1.1 Solicitud de recursos

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia participa con la Dirección General de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Salud, en la integración del Programa Anual de Trabajo, de acuerdo a los Lineamientos y Políticas que señale la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

El presupuesto autorizado de recursos fiscales del ramo 12, le fueron asignados a este Centro Nacional para que desarrollara actividades inherentes a los programas de infancia, adolescencia, vacunación, prevención del cáncer en niños y adolescentes y sigamos aprendiendo en el hospital. Los montos considerados representan el presupuesto autorizado por la H. Cámara de Diputados, tomando como base el Programa Anual de Trabajo elaborado anualmente por este Centro Nacional.

AÑO	SOLICITADO EN PAT	AUTORIZADO EN PEF
2007	Información no disponible	1,177,161,308
2008	Información no disponible	1,280,067,363
2009	1,146,005,117	1,173,340,951
2010	1,008,932,579	1,183,105,124
2011	1,000,101,849	1,233,729,952
2012	1,234,665,653	1,234,702,533
2013	3,188,365,653.00	En proceso

*Los montos de ambas columnas se refieren exclusivamente a gasto de operación e inversión, en virtud de que es sobre este rubro sobre el cual el Centro realiza gestiones de programación; el rubro de servicios personales es elaborado y presentado por la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud.
Cifras en pesos.

VII.3.1.2 Programas Anuales de Trabajo de la Gestión

Con la finalidad de dar seguimiento al avance y sobre a todo a las variaciones que presenten las metas programadas para cada año, a partir de 2010 se establecieron indicadores de medición; a través de ellos se da seguimiento a las acciones realizadas, tomando decisiones oportunas para solventar las variaciones. A continuación se muestra el comportamiento:

Unidad administrativa: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia					Periodo: Enero - Diciembre 2010				
No.	Objetivo	Descripción		Programado Anual	Avance del indicador				Comentarios
		Meta	Indicador		Trimestre		Acumulado		
					Programado	Alcanzado	Programado	Alcanzado	
1	Coordinar y llevar a cabo 2 Sesiones Ordinarias del Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (CONACIA)	Cumplir el 60% de las reuniones programadas	No.de reuniones realizadas por año/ No.de reuniones programadas	2			2	2	La 1ra.reunión se realizo en el 2do.trimestre y la 2da reunión en el 3er. Trimestre 2010
2	Supervisar las acciones relacionadas con el Programa de Prevención y Tratamiento delCáncer en la Infancia y la Adolescencia	Realizar el 100% de las supervisiones programadas	Supervisiones realizadas x año/Supervisiones programadas	21			21	19	Se realizaron 19 supervisiones en los siguientes trimestres: En el 1er.trimestre 3 supervisiones, en el 2do.trimestre 5 supervisiones, en el 3er.trimestre 5 supervisiones y en el 4to.trimestre 6 supervisiones 2010
3	Coordinar las Sesiones Ordinarias de los Comités Técnico, Normativo y Financiero del Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia	Realizar el 100% de las reuniones ordinarias programadas	No.de Reuniones realizadas x año/ Número de reuniones programadas	2			2	2	Se realizaron dos reuniones: La 1ra en el 2do.trimestre y la 2da. en el 3er. Trimestre 2010
4	Elaboración y/o actualización de los documentos técnicos del Programa	Elaborar y/o actualizar el 75% de los documentos técnicos programados.	No.de documentos técnicos actualizados/No.de documentos programados para actualización	3			3	3	Se actualizaron documentos técnicos en los siguientes trimestres : uno en el 1er.trimestre, uno en el 2do.trimestre y uno en el 3er.trimestre 2010
5	Informar a la población en general en el tema del cáncer en niños y adolescentes mediante campañas de difusión masiva.	Realizar el 100%de las campañas programadas	Realizar al menos 2 campañas de difusión masiva en el año a través de Posters, T.V.ó Radio	2			2	2	Se realizaron dos campañas una en el 1er.trimestre y otra en el 2do.trimestre
6	Capacitar a los Responsables Estatales del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, en la operación del mismo.	Realizar 1 Reunión Nacional	Realizar 1 Reunión Nacional con los responsables del Programa	1			1	1	Se realizaron dos reuniones una en el 2do.trimestre y la 2da.en el 4to.trimestre 2010
7	Reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación	95%	Mantener la cobertura de vacunación con esquema completo en los niños de 1 a 4 años de edad	95%			95%	95.30%	
8	Reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación	95%	Mantener la cobertura de vacunación con esquema completo en los niños de 1 año de edad	95%			95%	95.30%	
9	Disminuir la tasa de mortalidad infantil en un 4.2% anual	Capacitar a los responsables del PASIA sobre temas de Infancia	cursos realizados entre capacitaciones planeadas x 100	9			9	9	
10	Disminuir la tasa de mortalidad infantil en un 4.2% anual	cumplan los lineamientos del Programa de Salud de la Infancia y baje la moratidad infantil en un 4.2%	Supervisiones realizadas/supervisiones programadas x 100	30			30	24	

Unidad administrativa: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia				Periodo: Octubre - Diciembre 2011					
No.	Objetivo	Descripción	Indicador	Programado Anual	Avance del indicador		Comentarios		
					Trimestre	Acumulado	Programado	Alcanzado	
1	Coordinar y llevar a cabo 2 Sesiones Ordinarias del Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (CONACIA)	Cumplir el 100% (2/2) de las reuniones programadas	No.de reuniones realizadas por año/ No.de reuniones programadas	2	0	0	2	2	
2	Supervisar las acciones relacionadas con el Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia	Realizar el 100% (16/16) de las supervisiones programadas	Supervisiones realizadas x año/ Supervisiones programadas	16	6	6	16	16	
3	Coordinar y llevar a cabo 2 Sesiones Ordinarias de los Comités Técnico, Normativo y Financiero del CONACIA	Realizar el 100% (2/2) de las reuniones ordinarias programadas	No.de reuniones realizadas por año/ No.de reuniones programadas	2	0	0	2	2	
4	Elaboración y/o actualización de los documentos técnicos del Programa	Elaborar y/o actualizar el 100% de los documentos técnicos programados.	No.de documentos técnicos actualizados/ No.de documentos programados para actualización	3	0	0	3	3	La cédula de supervisión integral se actualizará durante el primer trimestre de 2012
5	Informar a la población en general en el tema del cáncer en niños y adolescentes mediante la realización de al menos 2 campañas de difusión masiva.	Realizar el 100% (2/2) de las campañas programadas	No.de campañas realizadas por año/ No.de campañas programadas	2	1	1	2	2	
6	Capacitar a los Responsables Estatales del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, en la operación del mismo mediante la realización de 2 Reuniones Nacionales.	Realizar el 100% (2/2) de las Reuniones Nacionales programadas	No.de reuniones realizadas por año/ No.de reuniones programadas	2	1	1	2	2	La Segunda Reunión Nacional se llevó a cabo en Diciembre de 2011
7	Disminuir la tasa de mortalidad infantil en un 4.2% anual	Capacitar a los responsables del PASIA sobre temas de Infancia	cursos realizados entre capacitaciones planeadas x 100	6	0	0	6	6	
8	Disminuir la tasa de mortalidad infantil en un 4.2% anual	Supervisar que los 32 Estados cumplan los lineamientos del Programa de Salud de la Infancia y disminuya la mortalidad infantil en 4.2%	Supervisiones realizadas/ supervisiones programadas x 100	32	4	3	32	28	
9	Reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación	95%	Mantener la cobertura de vacunación con esquema completo en los niños de 1 a 4 años de edad	95%	*	*	95%	*	* El corte se realizó en marzo 2012
10	Reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación	95%	Mantener la cobertura de vacunación con esquema completo en los niños de 1 año de edad	95%	*	*	95%	*	* El corte se realiza en marzo 2012

Unidad administrativa: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia				Periodo: Enero-Junio 2012					
No.	Objetivo	Descripción		Programado Anual	Avance del indicador		Comentarios		
		Meta	Indicador		Trimestre	Acumulado	Programado	Alcanzado	
1	Coordinar y llevar a cabo 2 Sesiones Ordinarias del Consejo Nacional para la Prevenición y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (CONACIA)	Cumplir el 100% (2/2) de las reuniones programadas	No.de reuniones realizadas por año/ No.de reuniones programadas	2	1	1	2	1	
2	Supervisar las acciones relacionadas con el Programa de Prevenición y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia	Realizar el 100% (16/16) de las supervisiones programadas	Supervisiones realizadas x año/ Supervisiones programadas	17	5	4	17	5	
3	Coordinar y llevar a cabo 2 Sesiones Ordinarias de los Comités Técnico, Normativo y Financiero del CONACIA	Realizar el 100% (2/2) de las reuniones ordinarias programadas	No.de reuniones realizadas por año/ No.de reuniones programadas	2	1	1	2	1	
4	Elaboración y/o actualización de los documentos técnicos del Programa	Elaborar y/o actualizar el 100% de los documentos técnicos programados.	No.de documentos técnicos actualizados/ No.de documentos programados para actualización	3	1	1	3	2	
5	Informar a la población en general en el tema del cáncer en niños y adolescentes mediante la realización de al menos 2 campañas de difusión masiva.	Realizar el 100% (2/2) de las campañas programadas	No.de campañas realizadas por año/ No.de campañas programadas	1	0	0	1	0	
6	Capacitar a los Responsables Estatales del Programa de Prevenición y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, en la operación del mismo mediante la realización de 2 Reuniones Nacionales.	Realizar el 100% (2/2) de las Reuniones Nacionales programadas	No.de reuniones realizadas por año/ No.de reuniones programadas	2	1	1	2	1	
7	Disminuir la tasa de mortalidad infantil en un 4.2% anual	Capacitar a los responsables del PASIA sobre temas de Infancia	Cursos realizados entre capacitaciones planeadas x 100	14	8	8	14	0	
8	Disminuir la tasa de mortalidad infantil en un 4.2% anual	Supervisar que los 32 Estados cumplan los lineamientos del Programa de Salud de la Infancia y disminuya la moratlidad infantil en 4.2%	Supervisiones realizadas/supervisiones programadas x 100	32	5	5	5	100%	Entidades visitadas: Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Aguascalientes, Guanajuato.
9	Reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación	95%	Mantener la cobertura de vacunación con esquema completo en los niños de 1 a 4 años de edad	95%	*	*	95%	*	*en espera de corte
10	Reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación	95%	Mantener la cobertura de vacunación con esquema completo en los niños de 1 año de edad	95%	*	*	95%	*	*en espera de corte

VII.3.2 Integración de expedientes presupuestarios e identificación de problemas para la aplicación del Programa

Este Centro Nacional no identificó problemas para la aplicación del Programa.

VII.3.3 Procedimientos de adjudicación de recursos

	Tipo de Procedimiento	PERIODO						
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/ ¹
VII.3.3.1	Licitación Pública Nacional				1		2	1
VII.3.3.2	Licitación Pública Internacional	4	2	2	2	7	1	0
VII.3.3.3	Invitación a cuando menos tres proveedores							0
VII.3.3.4	Adjudicaciones directas	8	7	19	310	323	274	261
	Total	12	9	21	313	330	277	262

1/Corte octubre 2012.

Para estar en posibilidad de realizar los compromisos que el Centro tiene para con las entidades federativas, requiere realizar adquisiciones de bienes y servicios, principalmente la compra de vacunas, las cuales representan en promedio un 90.0 por ciento del presupuesto que se le asigna; precisamente la compra de estos biológicos se lleva a cabo a través de Licitaciones Públicas Internacionales, las cuales han sido en los últimos años consolidadas, llevándose en conjunto con el IMSS, ISSSTE, PEMEX y la SEDENA, esto con la finalidad de obtener mejores condiciones de precio, calidad y entregas oportunas. Por ser un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, las licitaciones son llevadas a cabo por la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales, el Centro se convierte solamente en el requirente.

Por otro lado, el Centro participa en las licitaciones consolidadas que lleva a cabo la Secretaría de Salud para la adquisición de ciertos bienes y servicios, entre ellos: servicios de fotocopiado, suministro de combustible, servicio de limpieza, seguros patrimoniales, boletos de avión, arrendamiento de bienes informáticos, entre otros.

También se han efectuado diversas adquisiciones mediante la adjudicación directa, destacan en este rubro:

- ◆ Contratación del servicio de distribución de vacunas, el cual se lleva a cabo con la empresa Birmex, S.A., la cual al pertenecer al gobierno se efectúa la contratación de manera directa.
- ◆ Compra de vacuna antineumocócica heptavalente, la cual se realizó de manera directa porque existía en ese momento un único proveedor para ofertarla (demostrado con los apostillados correspondientes).
- ◆ Contratación de asesorías profesionales.
- ◆ Contratación de servicios para la difusión en medios masivos de los programas del centro.
- ◆ Adquisición de materiales de oficina, uniformes y servicio de mensajería.

En el año 2009 se realizó adjudicaciones directas para adquirir los bienes e insumos necesarios para el fortalecimiento de la red de frío en las entidades federativas, dicha compra estuvo fundamentada con el Acuerdo de influenza H1N1.

En el año 2010 se realizaron adquisiciones directas para la compra de los bienes muebles necesarios para el equipamiento del Hospital Infantil de Especialidades en Ciudad Juárez, Chihuahua; esta compra se fundamentó en lo que señala el Art. 41 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y otros servicios de la Administración Pública, en virtud de tratarse de un asunto de seguridad nacional.

Los procedimientos llevados a cabo por el periodo 2006 a 2012, señalando el número de contrato formalizado y su correspondiente concepto de gasto, se desglosan en el Anexo 3; puntos VII.3.3.1 “Licitaciones Públicas Nacionales”, VII.3.3.2 “Licitación Pública Internacional”, VII.3.3.3 Invitación a cuando menos tres proveedores” y VII.3.3.4 “Adjudicaciones directas”.

VII.3.4 Convenios y/o contratos celebrados

VII.3.4.1 Contratos

En atención a lo que marca la Ley de Adquisiciones, Servicios y Arrendamientos de la Administración Pública, el Centro Nacional soporta documentalmente sus adquisiciones de bienes y servicios con contratos, pedidos, órdenes de trabajo y órdenes de servicios; la relación de contratos celebrados puede observarse en los puntos VII.3.3.1, VII.3.3.2, VII.3.3.3 y VII.3.3.4.

La documentación original se encuentra bajo el resguardo del Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales, ubicado en Francisco de P. Miranda núm. 177 Planta Baja, Col. Merced Gómez, Deleg. Álvaro Obregón.

VII.3.4.2 Convenios

Con la finalidad de apoyar el desarrollo y cumplimiento de metas del Programa en sus diferentes componentes, a partir del año 2008 el Centro Nacional ha transferido recursos a las entidades federativas para que estén en posibilidad de adquirir insumos, contratar recursos humanos, etc.; para soportar documentalmente estas transferencias ha firmado con cada una de ellas Convenios de Ejecución.

2007	<ul style="list-style-type: none">No se transfirieron recursos.
2008	<ul style="list-style-type: none">Adquisición vacuna anti-influenza infantil.Fortalecimiento PROVAC.
2009	<ul style="list-style-type: none">Fortalecimiento PROVAC.
2010	<ul style="list-style-type: none">Fortalecimiento programas del centro (vacunación, cáncer, infancia).Red de frío.Sigamos Aprendiendo en el Hospital
2011	<ul style="list-style-type: none">Sigamos Aprendiendo en el Hospital
2012	<ul style="list-style-type: none">Sigamos Aprendiendo en el HospitalFortalecimiento programas del centro (vacunación, cáncer, infancia).

Para el año 2008 se destinaron recursos para la adquisición de la vacuna anti-influenza infantil y el Fortalecimiento del sistema informático PROVAC; estos recursos provenían del FASSA-C y del apoyo recibido por parte del Seguro Médico para una Nueva Generación.

Para el año 2009 igualmente fueron para el Fortalecimiento del sistema informático PROVAC.

Para el año 2010 se transfirieron un total de 977 881.5 miles de pesos para el fortalecimiento de los programas del Centro, para actividades y adquisiciones del Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital y para el Fortalecimiento de la Red de Frío; la fuente de financiamiento de dichos recursos fue Ramo 12, FASSA-C y el Seguro Médico para una Nueva Generación respectivamente.

Para el año 2011 fueron autorizados y transferidos 6 586.1 miles de pesos, dichos recursos se transfirieron con el objeto de apoyar al Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital.

Para el presente año, también se recibieron de origen 6,800.0 miles de pesos para el Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital. Así mismo, se han realizado las gestiones correspondientes para transferir 159,618.5 miles de pesos para el Fortalecimiento del Programa para la Prevencción de la Mortalidad Infantil. En total, en 2012 se transferirán a las entidades federativas 166,418.5 miles de pesos.

A continuación se lista el monto transferido a cada entidad federativa y el destino de los recursos transferidos:

AÑO 2008							
ADQUISICIÓN VACUNA ANTI-INFLUENZA INFANTIL							
CONS	ESTADO	DOSIS 0.5 ml.	IMPORTE	CONS	ESTADO	DOSIS 0.5 ml.	IMPORTE
1	AGUASCALIENTES	25,463	\$ 927,142.00	17	MORELOS	28,815	\$ 1,049,187.00
2	BAJA CALIFORNIA	97,980	\$ 3,567,465.00	18	NAYARIT	27,966	\$ 1,018,270.00
3	BAJA CALIF. SUR	6,553	\$ 238,597.00	19	NUEVO LEON	112,072	\$ 4,080,572.00
4	CAMPECHE	16,628	\$ 605,446.00	20	OAXACA	72,340	\$ 2,633,917.00
5	CHIAPAS	63,977	\$ 4,292,122.00	21	PUEBLA	175,796	\$ 6,400,752.00
6	CHIHUAHUA	10,267	\$ 3,234,503.00	22	QUERETARO	49,262	\$ 1,793,648.00
7	COAHUILA	117,883	\$ 2,329,429.00	23	QUINTANA ROO	49,076	\$ 1,786,866.00
8	COLIMA	88,835	\$ 373,848.00	24	SAN LUIS POTOSI	62,987	\$ 2,293,372.00
9	DISTRITO FEDERAL	290,357	\$ 10,571,902.00	25	SINALOA	67,021	\$ 2,440,247.00
10	DURANGO	41,118	\$ 1,497,138.00	26	SONORA	65,100	\$ 2,307,325.00
11	EDO. MEXICO	147,275	\$ 20,669,633.00	27	TABASCO	75,926	\$ 2,764,475.00
12	GUANAJUATO	121,349	\$ 5,362,297.00	28	TAMAULIPAS	78,740	\$ 2,866,956.00
13	GUERRERO	90,086	\$ 4,418,320.00	29	TLAXCALA	39,429	\$ 1,435,622.00
14	HIDALGO	207,752	\$ 3,280,058.00	30	VERACRUZ	184,060	\$ 6,701,657.00
15	JALISCO	567,691	\$ 7,564,280.00	31	YUCATAN	26,064	\$ 949,099.00
16	MICHOACAN	51,926	\$ 1,890,644.00	32	ZACATECAS	44,007	\$ 1,602,307.00

Cifras en pesos.

AÑO 2009					
"Rectoría (supervisión y capacitación) Fortalecimiento del PROVAC					
CONS	ENTIDAD	IMPORTE	CONS	ENTIDAD	IMPORTE
1	AGUASCALIENTES	\$347,075.12	17	MORELOS	\$349,967.19
2	BAJA CALIFORNIA	\$668,205.88	18	NAYARIT	\$329,757.80
3	BAJA CALIFORNIA SUR	\$144,671.59	19	NUEVO LEÓN	\$1,417,162.52
4	CAMPECHE	\$184,863.07	20	OAXACA	\$683,583.28
5	COAHUILA	\$627,434.90	21	PUEBLA	\$1,515,204.84
6	COLIMA	\$192,820.03	22	QUERÉTARO	\$743,289.85
7	CHIAPAS	\$1,171,712.85	23	QUINTANA ROO	\$157,075.70
8	CHIHUAHUA	\$4,949,612.94	24	SAN LUIS POTOSÍ	\$729,270.77
9	DISTRITO FEDERAL	\$1,342,588.97	25	SINALOA	\$661,268.54
10	DURANGO	\$905,726.27	26	SONORA	\$1,370,875.55
11	GUANAJUATO	\$299,423.14	27	TABASCO	\$599,288.90
12	GUERRERO	\$699,642.35	28	TAMAULIPAS	\$1,382,261.52
13	HIDALGO	\$748,394.11	29	TLAXCALA	\$377,451.46
14	JALISCO	\$1,645,966.84	30	VERACRUZ	\$2,506,713.98
15	MÉXICO	\$4,004,841.08	31	YUCATÁN	\$557,473.35
16	MICHOACÁN	\$1,361,870.92	32	ZACATECAS	\$367,279.70

Cifras en pesos.

AÑO 2010								
DESCRIPCIÓN	TOTAL	SIGAMOS APRENDIENDO EN EL HOSPITAL	HIES JUÁREZ	FORTALECIMIENTO VACUNACIÓN, INFANCIA Y CÁNCER	RED DE FRÍO 1a PARTE	RED DE FRÍO 2a PARTE	SERVIDOR PROVAC	MÉDICOS PEDIATRAS
Aguascalientes	6,574,746.50	58,042.00		1,407,450.00	2,826,585.55	1,794,144.15	168,524.80	320,000.00
Baja California	17,479,914.50	97,085.00		2,087,850.00	9,731,266.60	4,755,188.10	168,524.80	640,000.00
Baja California Sur	6,357,491.95	97,085.00		1,113,000.00	4,646,982.15	171,900.00	168,524.80	160,000.00
Campeche	7,302,233.45	174,126.00		1,162,998.00	4,367,874.65	1,108,710.00	168,524.80	320,000.00
Coahuila	8,175,291.47	116,084.00		2,206,000.00	4,644,182.67	400,500.00	168,524.80	640,000.00
Colima	11,152,639.80	194,170.00		1,780,000.00	5,871,124.90	2,818,820.10	168,524.80	320,000.00
Chiapas	21,601,642.55	252,212.00		4,017,000.00	12,860,805.75	3,023,100.00	168,524.80	1,280,000.00
Chihuahua	30,581,288.93	58,042.00	1,192,205.06	2,141,000.00	24,685,846.07	1,855,671.00	168,524.80	480,000.00
Distrito Federal	44,152,808.47	0.00		4,294,000.00	19,395,839.52	19,014,444.15	168,524.80	1,280,000.00
Durango	14,419,733.97	174,126.00		1,656,000.00	9,622,089.57	2,478,993.60	168,524.80	320,000.00
Guanajuato	25,006,388.65	252,212.00		3,587,000.00	12,163,550.35	7,715,101.50	168,524.80	1,120,000.00
Guerrero	32,800,017.57	97,084.00		3,742,000.00	12,109,439.67	15,562,969.10	168,524.80	1,120,000.00
Hidalgo	40,827,750.40	97,085.00		2,491,000.00	23,097,240.60	14,173,900.00	168,524.80	800,000.00
Jalisco	67,213,325.47	252,212.00		3,530,000.00	36,795,269.42	25,187,319.25	168,524.80	1,280,000.00
México	134,034,375.25	271,210.00		12,657,000.00	61,916,043.75	55,021,596.70	168,524.80	4,000,000.00
Michoacán	30,782,840.42	306,255.00		2,321,150.00	21,340,265.87	5,846,644.75	168,524.80	800,000.00
Morelos	54,022,746.07	194,170.00		31,475,999.00	13,298,936.37	8,565,115.90	168,524.80	320,000.00
Nayarit	13,338,734.20	403,339.00		1,587,000.00	9,628,930.30	1,230,940.10	168,524.80	320,000.00
Nuevo León	29,583,030.10	58,042.00		3,085,000.00	22,453,913.30	3,337,550.00	168,524.80	480,000.00
Oaxaca	22,668,766.55	194,170.00		3,347,000.00	10,786,556.55	7,372,515.20	168,524.80	800,000.00
Puebla	62,304,745.65	306,255.00		4,189,000.00	21,135,317.90	34,905,647.95	168,524.80	1,600,000.00

AÑO 2010								
DESCRIPCIÓN	TOTAL	SIGAMOS APRENDIENDO EN EL HOSPITAL	HIES JUÁREZ	FORTALECIMIENTO VACUNACIÓN, INFANCIA Y CÁNCER	RED DE FRÍO 1a PARTE	RED DE FRÍO 2a PARTE	SERVIDOR PROVAC	MÉDICOS PEDIATRAS
Querétaro	6,343,367.70	306,254.00		1,830,000.00	1,799,198.85	1,919,390.05	168,524.80	320,000.00
Quintana Roo	12,039,376.20	97,085.00		2,118,000.00	7,033,637.75	2,302,128.65	168,524.80	320,000.00
San Luis Potosí	16,306,536.95	97,085.00		2,016,700.00	11,036,409.30	2,507,817.85	168,524.80	480,000.00
Sinaloa	14,701,215.25	194,170.00		2,015,000.00	8,804,351.05	3,039,169.40	168,524.80	480,000.00
Sonora	18,974,792.00	500,424.00		1,975,000.00	14,573,628.20	1,277,215.00	168,524.80	480,000.00
Tabasco	41,845,442.94	58,042.00		2,527,000.00	28,191,139.32	10,420,736.82	168,524.80	480,000.00
Tamaulipas	14,314,412.20	774,589.00		2,626,000.00	6,384,153.40	3,561,145.00	168,524.80	800,000.00
Tlaxcala	6,300,619.45	446,381.00		1,273,859.00	3,233,552.40	858,302.25	168,524.80	320,000.00
Veracruz	96,581,954.57	144,126.00		4,822,000.00	43,218,347.10	46,308,956.67	168,524.80	1,920,000.00
Yucatán	27,067,962.92	349,296.00		1,650,000.00	13,039,206.52	11,540,935.60	168,524.80	320,000.00
Zacatecas	43,025,313.75	174,126.00		2,098,501.00	19,128,316.70	21,135,845.25	168,524.80	320,000.00
Total	977,881,505.86	6,794,584.00	1,192,205.06	118,829,507.00	499,820,002.11	321,212,414.09	5,392,793.60	24,640,000.00

Cifras en pesos.

AÑO 2011					
"Sigamos Aprendiendo...en el Hospital"					
CONS	ENTIDAD	IMPORTE	CONS	ENTIDAD	IMPORTE
1	AGUASCALIENTES	176,344.00	17	MORELOS	147,400.00
2	BAJA CALIFORNIA	146,400.00	18	NAYARIT	147,400.00
3	BAJA CALIFORNIA SUR	146,400.00	19	NUEVO LEON	147,400.00
4	CAMPECHE	285,000.00	20	OAXACA	149,100.00
5	COAHUILA	157,400.00	21	PUEBLA	127,400.00
6	COLIMA	188,888.71	22	QUERETARO	146,400.00
7	CHIAPAS	158,100.00	23	QUINTANA ROO	141,400.00
8	CHIHUAHUA	140,888.71	24	SAN LUIS POTOSI	608,801.42
9	DISTRITO FEDERAL	5,218.52	25	SINALOA	146,400.00
10	DURANGO	683,400.00	26	SONORA	320,800.00
11	GUANAJUATO	121,400.00	27	TABASCO	141,400.00
12	GUERRERO	289,692.00	28	TAMAULIPAS	275,200.00
13	HIDALGO	137,400.00	29	TLAXCALA	238,700.00
14	JALISCO	161,300.00	30	VERACRUZ	177,400.00
15	ESTADO DE MEXICO	23,914.10	31	YUCATAN	176,400.00
16	MICHOACAN	525,400.00	32	ZACATECAS	147,400.00

Cifras en pesos.

AÑO 2012					
"Sigamos Aprendiendo...en el Hospital"					
CONS	ENTIDAD	IMPORTE	CONS	ENTIDAD	IMPORTE
1	AGUASCALIENTES	157,881.41	17	MORELOS	157,381.41
2	BAJACALIFORNIA	315,022.41	18	NAYARIT	59,005.41
3	BAJA CALIFORNIA SUR	83,925.81	19	NUEVO LEON	126,881.41
4	CAMPECHE	145,461.41	20	OAXACA	126,881.41
5	COAHUILA	270,272.41	21	PUEBLA	360,791.41
6	CHIAPAS	338,931.41	22	QUERETARO	87,493.41
7	CHIHUAHUA	158,931.41	23	QUINTANA ROO	231,881.41

AÑO 2012					
"Sigamos Aprendiendo...en el Hospital"					
CONS	ENTIDAD	IMPORTE	CONS	ENTIDAD	IMPORTE
8	COLIMA	135,909.11	24	SAN LUIS POTOSI	375,235.41
9	DURANGO	827,431.41	25	SINALOA	80,561.41
10	EDO. DE MEX.	475,081.41	26	SONORA	324,644.17
11	GUANAJUATO	236,381.41	27	TABASCO	140,887.81
12	GUERRERO	260,126.63	28	TAMAULIPAS	178,601.41
13	JALISCO	220,401.83	29	TLAXCALA	126,881.41
14	HIDALGO	90,837.41	30	VERACRUZ	171,231.41
15	MICHOACAN	223,279.41	31	YUCATAN	115,654.81
			32	ZACATECAS	196,111.40

Cifras en pesos.

AÑO 2012					
"Fortalecimiento del PRONAREMI"					
CONS	ENTIDAD	IMPORTE	CONS	ENTIDAD	IMPORTE
1	Aguascalientes	\$1,894,652.74	17	Morelos	\$1,600,000.00
2	Baja California	\$1,957,522.63	18	Nayarit	\$2,175,330.32
3	Baja California Sur	\$1,534,117.40	19	Nuevo León	\$17,395,991.66
4	Campeche	\$1,647,545.45	20	Oaxaca	\$8,809,694.80
5	Coahuila de Zaragoza	\$2,232,480.27	21	Puebla	\$1,500,000.00
6	Colima	\$1,746,417.33	22	Querétaro	\$2,168,827.15
7	Chiapas	\$4,440,161.15	23	Quintana Roo	\$3,797,610.80
8	Chihuahua	\$2,581,652.43	24	San Luis Potosí	\$1,658,854.90
9	Distrito Federal	\$10,743,347.00	25	Sinaloa	\$2,229,544.36
10	Durango	\$2,307,676.80	26	Sonora	\$10,574,218.06
11	Guanajuato	\$3,427,854.31	27	Tabasco	\$1,500,000.00
12	Guerrero	\$11,446,665.85	28	Tamaulipas	\$3,012,205.70
13	Hidalgo	\$1,500,000.00	29	Tlaxcala	\$2,152,834.85
14	Jalisco	\$3,240,280.54	30	Veracruz Ignacio de la Llave	\$6,552,510.06
15	Estado de México	\$12,200,000.00	31	Yucatán	\$1,340,690.31
16	Michoacán de Ocampo	\$2,960,567.38	32	Zacatecas	\$27,289,286.79

Cifras en pesos.

Los convenios debidamente formalizados se encuentran bajo el resguardo de la Dirección de Área, ubicada en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Calle Francisco de P. Miranda núm. 177 Planta Baja, Col. Merced Gómez, Deleg. Álvaro Obregón; Teléfono 5651-1667.

VII.3.5 Registros contables y presupuestarios realizados, conforme a la normatividad emitida por la SHCP para el efecto

VII.3.5.1 Registros de Situación Financiera.- contables

CONCEPTO	2007		2008		2009		2010		2011		15-oct-12	
	ACTIVO	PASIVO Y HACIENDA PÚBLICA	ACTIVO	PASIVO Y HACIENDA PÚBLICA	ACTIVO	PASIVO Y HACIENDA PÚBLICA	ACTIVO	PASIVO Y HACIENDA PÚBLICA	ACTIVO	PASIVO Y HACIENDA PÚBLICA	ACTIVO	PASIVO Y HACIENDA PÚBLICA
ACTIVO												
BANCOS	140,552.62		94,471.09		48.88		70.58		31.30		173,466.99	
DEUDORES DIVERSOS	-		5,548.65		4,554.05		31,306.84		14,782.76		238,995.33	
ALMACÉN	685,013,431.40		2,254,730,430.17		2,038,932,709.57		2,232,826,959.42		205,719,278.93		228,395,255.93	
REMESAS DE BIENES DE CONSUMO							11,819.71		11,819.71		11,819.71	
MOBILIARIO Y EQUIPO	338,017.80		437,357.19		13,887,321.15		13,887,321.15		2,363,222.15		1,815,903.78	
VEHÍCULOS TERRESTRES	-		881,906.55		27,069,522.55		27,069,522.55		966,483.43		966,483.43	
MÁQUINARIA, HERRAMIENTAS	-		2,146,741.94		359,213,383.57		359,213,383.57		2,146,741.94		2,146,741.94	
ACTIVOS EN CONTRATO DE COMODATO									431,924,183.86		431,924,183.86	
PASIVO												
CUENTAS POR PAGAR		-		-		-		1,444,847.80		-		-
PROVEEDORES		-		8,698,116.93		-		47,827.07		123,130,771.83		-
ACREEDORES DIVERSOS		61.39		15,263,050.86		2,032.88		371,240.95		33,971,765.01		13,140.89
UNIDADES												30,000.00
HACIENDA PÚBLICA												
REINTEGROS											20,992,539.79	
CUENTAS X LIQUIDAR CERT PAGOS PRESUPUESTADOS												1,394,870,991.15
AUTORIZACIONES DE PAGO												10,358,277.73
PATRIMONIO		193,160,134.49		618,962,686.18		2,234,335,287.80		2,439,105,506.89		2,631,176,468.00		486,044,007.24
RESULTADO DEL EJERCICIO		492,331,805.94		1,700,365,911.61		203,942,024.65		228,758,629.46		- 2,181,973,617.99		
RECTIFICACIONES A RESULTADOS		-		85,518,840.88								
DECREMENTOS AL PATRIMONIO							36,841,157.23		36,841,157.23			
INCREMENTOS AL PATRIMONIO		-		525,530.89		828,194.44		153,488.88				498,000.99
BENEFICIOS DIVERSOS												
COSTO DE OPERACIÓN DE PROGRAMAS											1,225,096,247.67	
COSTO DE OPERACIÓN DE PROGRAMAS AÑOS ANTERIORES											- 20,992,539.79	
PÉRDIDAS DIVERSAS											1,045,319.36	
CUENTAS DE ÓRDEN												
PRESUPUESTO POR EJERCER											413,759,264.62	
PRESUPUESTO ORIGINAL												1,271,815,459.00
PRESUPUESTO ORIGINAL											228,946,271.99	
PRESUPUESTO EJERCIDO AÑOS ANTERIORES											- 20,992,539.79	
RECTIF EJERC PRESUP AÑOS ANTERIORES											- 20,992,539.79	
AMPLIACIONES PRESUPUESTARIAS												2,076,668,103.11
REDUCCIONES PRESUPUESTARIAS											1,457,651,293.46	
PRESUPUESTO PAGADO											1,248,126,732.04	
BIENES MUEBLES BAJO CONTRATO DE COMODATO	3,571,085.53				923,431.09		37,764,588.32		923,431.09		923,431.09	
CONTRATO DE COMODATO												
CONTRATO DE COMODATO POR BIENES MUEBLES		3,571,085.53		-		923,431.09		37,764,588.32		923,431.09		923,431.09
SUMA TOTAL	689,063,087.35	689,063,087.35	2,343,815,296.47	2,343,815,296.47	2,440,030,970.86	2,440,030,970.86	2,707,646,129.37	2,707,646,129.37	607,228,817.94	607,228,817.94	5,220,228,871.41	5,220,228,871.41

Cada una de las operaciones que lleva a cabo el Centro Nacional, son registradas de acuerdo a lo que marca la Ley de Contabilidad Gubernamental y la demás normatividad vigente, registrando en pólizas de ingresos y egresos cada uno de los movimientos para obtener información financiera veraz y oportuna. El cuadro anterior muestra el comportamiento de las cuentas de balance en los últimos 5 años.

Como se observa, el rubro de bancos a partir del año 2009, 2010 y 2011 prácticamente cierra en ceros, esto en virtud de que los montos autorizados para el fondo rotatorio y pagador habilitado se finiquitan al final de cada año.

El rubro de almacén representa en mayor porcentaje, las entradas y salidas de las vacunas que el Centro adquiere y que se entregan a las entidades federativas para su aplicación; se ingresan al almacén una vez que éstas ingresan al almacén de BIRMEX, que es nuestro proveedor distribuidor; en general el monto representa la adquisición de la vacuna antineumocócica conjugada.

Los importes en la cuenta de deudores diversos representa los saldos pendientes de comprobar por parte de los supervisores que cobran viáticos; como puede observarse, al cierre de cada año el saldo es mínimo, esto gracias a las políticas de control y al seguimiento de saldos por comprobar mes a mes.

Las cuentas de activo fijo representan los bienes propiedad del Centro, se observa un importante incremento en el año 2009, esto se debe a las adquisiciones realizadas para fortalecer la red de frío en las entidades federativas. Los bienes adquiridos posteriormente fueron entregados en donación condicionada a las entidades federativas. Las cifras de la cuenta “Bienes muebles bajo contrato de comodato”, se refiere a los bienes adquiridos y entregados para el equipamiento del Hospital Infantil de Especialidades de Ciudad Juárez, Chihuahua.

La cuenta de proveedores se refiere a los saldos pendientes de pagar al cierre de cada año a los proveedores que venden las vacunas al Centro.

La cuenta de acreedores se refiere a un saldo por pagar a acreedores de servicios.

VII.3.5.2 Registros presupuestarios realizados conforme a la normatividad emitidas por la SHCP

Año	Presupuesto Autorizado Modificado	Presupuesto Ejercido	% Ejercido/Autorizado	% de incremento del presupuesto autorizado al 15 de octubre de 2012/ ¹	% de incremento del ejercido presupuestal /anual anterior
2006	536,944,900	536,944,900	100%	243.8%	0.0%
2007	995,797,400	995,797,400	100%	136.7%	185.5%
2008	2,655,046,126	2,655,046,126	100%	53.9%	266.6%
2009	2,671,512,078	2,671,512,078	100%	56.4%	100.6%
2010	2,177,173,735	2,177,173,735	100%	72.1%	81.5%
2011	2,076,406,177	2,076,406,177	100%	78.2%	95.4%
oct-12	1,890,832,268	1,248,126,732	66%	100.0%	91.1%
Total	13,003,712,684	12,361,007,148	95%	0.0%	0.0%

1/Porcentaje en términos reales, Base Agosto 2012.
Cifras en pesos.

Como se observa, a partir del año 2008 es cuando el Centro presenta un importante incremento en su presupuesto autorizado, un 267.0 por ciento más con respecto al autorizado para el año 2007; este incremento se debe básicamente a los recursos que autoriza el Seguro Médico para una Nueva Generación para las vacunas antineumocócica conjugada y rotavirus; para los dos subsecuentes años, además de recibir nuevamente financiamiento para estas vacunas, el Seguro Médico otorga una ampliación líquida presupuestal para el Fortalecimiento de la red de frío en las entidades federativas.

VII.3.6 Documentación soporte de la aplicación de los recursos por parte de la dependencia

Capítulo	Denominación	Ejercido							Total Global
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/ ¹	
1000	Servicios Personales	25,184,800	28,691,230	31,060,052	33,378,127	32,258,649	34,424,509	27,569,724	212,567,091
2000	Materiales y Suministros	478,622,200	918,045,572	2,382,123,880	1,873,891,500	1,007,494,223	1,889,626,561	966,368,444	9,516,172,380
3000	Servicios Generales	33,055,000	49,060,598	106,596,794	275,937,087	116,803,615	145,768,960	81,742,683	808,964,737
4000	Ayudas			135,265,400	33,042,775	977,881,506	6,586,147	172,445,881	1,325,221,709
5000	Bienes Muebles e inmuebles	82,900			455,262,589	42,735,742		0	498,081,231
6000	Obra Pública							0	0
Total		536,944,900	995,797,400	2,655,046,126	2,671,512,078	2,177,173,735	2,076,406,177	1,248,126,732	12,361,007,148

Cifras en pesos

Los recursos que han transferido al Centro Nacional en los últimos años, se han destinado a la adquisición de bienes y servicios necesarios para el desarrollo normal de operación y el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.

El presupuesto del capítulo 1000 “Servicios Personales” es ejercido directamente por la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, mediante el pago directo al personal que se encuentra adscrito al Centro.

Del capítulo 2000 “Materiales y Suministros” el mayor porcentaje del monto autorizado se ha utilizado en el pago de vacunas, las cuales se envían a las entidades federativas para que ellas las apliquen a la población vulnerable, y con ello los niños completen sus esquemas de vacunación. Su incremento a partir del 2008 se debe principalmente al pago de las vacunas de rotavirus y antineumocócica conjugada, recibiendo para ello un financiamiento del Seguro Médico para una Nueva Generación.

El capítulo 3000 “Servicios Generales” integra el pago por la distribución de las vacunas adquiridas y demás servicios como asesorías y consultorías, servicios subrogados de limpieza, fotocopiado, mensajería, trabajos de impresión, pago de boletos de avión, pago de viáticos, entre otros. En el año 2009 se observa un importante incremento respecto al año anterior, esto se debe al pago de campañas de vacunación (Primera Semana Nacional de Salud).

El capítulo 4000 “Ayudas” se refiere a los recursos transferidos a las entidades federativas para que realicen actividades relacionadas a los programas de infancia, vacunación y cáncer. Para el año 2008 se destinaron recursos para la adquisición de la vacuna anti-influenza infantil y el Fortalecimiento del

sistema informático PROVAC. Para el año 2009 igualmente fueron para el Fortalecimiento del sistema informático PROVAC. Para el año 2010 se transfirieron un total de 977 881.5 miles de pesos para el fortalecimiento de los programas del Centro, para actividades y adquisiciones del Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital y para el Fortalecimiento de la Red de Frío; la fuente de financiamiento de dichos recursos fue Ramo 12, FASSA-C y el Seguro Médico para una Nueva Generación respectivamente. Para el año 2011 se han autorizado 6 793.7 miles de pesos para actividades y adquisiciones del Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital. Para el año 2012 se recibieron 6 800.0 miles de pesos para el programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital; así mismo, se realizó una ampliación presupuestaria para estar en posibilidad de apoyar a las entidades federativas en seguimiento al Fortalecimiento de las actividades inherentes del PRONAREMI.

En el capítulo 5000 “Bienes Muebles e inmuebles” por el periodo 2006-2012 se han ejercido un total de 498 081.2 miles de pesos, el 91.4 por ciento de este monto se ejerció en el año 2009, cuando se adquirieron bienes muebles para el Fortalecimiento de la Red de Frío en las entidades federativas. En el año 2010 se ejercieron recursos para comprar bienes y equipos de laboratorio para el equipamiento del Hospital Infantil de Especialidades de Ciudad Juárez, esto bajo la Estrategia “Todos somos Juárez, Reconstruyamos la Ciudad”. Derivado de los lineamientos de austeridad, en los últimos dos años no se han ejercido recursos en gasto de inversión.

VII.3.7 Presupuesto total.- Cuadros autorizado, modificado, ejercido, diferido

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las devoluciones
2006	1000	27,670,800	25,184,800	25,184,800	0	
	2000	499,002,400	478,622,200	478,622,200	0	
	3000	59,426,300	33,055,000	33,055,000	0	
	4000	0	0	0	0	
	5000	0	82,900	82,900	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		586,099,500	536,944,900	536,944,900	0	
2007	1000	26,654,214	28,691,230	28,691,230	0	
	2000	1,098,092,552	918,045,572	918,045,572	0	
	3000	78,502,756	49,060,598	49,060,598	0	
	4000	0	0	0	0	
	5000	566,000	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,203,815,522	995,797,400	995,797,400	0	
2008	1000	32,391,333	31,060,052	31,060,052	0	
	2000	1,083,817,650	2,382,123,880	2,382,123,880	0	
	3000	83,302,981	106,596,794	106,596,794	0	
	4000	112,946,732	135,265,400	135,265,400	0	
	5000	0	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,312,458,696	2,655,046,126	2,655,046,126	0	
2009	1000	35,190,279	33,378,127	33,378,127	0	
	2000	1,046,310,761	1,873,891,500	1,873,891,500	0	
	3000	124,422,190	275,937,087	275,937,087	0	
	4000	0	33,042,775	33,042,775	0	
	5000	2,608,000	455,262,589	455,262,589	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,208,531,230	2,671,512,078	2,671,512,078	0	
2010	1000	35,707,736	32,258,649	32,258,649	0	
	2000	875,798,400	1,007,494,223	1,007,494,223	0	
	3000	300,134,733	116,803,615	116,803,615	0	
	4000	6,794,585	977,881,506	977,881,506	0	
	5000	377,406	42,735,742	42,735,742	0	

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las devoluciones
	6000	0	0	0	0	
	Total	1,218,812,860	2,177,173,735	2,177,173,735	0	
2011	1000	35,012,905	34,424,509	34,424,509	0	
	2000	1,082,533,640	1,889,626,561	1,889,626,561	0	
	3000	151,196,312	145,768,960	145,768,960	0	
	4000		6,586,147	6,586,147	0	
	5000	0	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
	Total	1,268,742,857	2,076,406,177	2,076,406,177	0	
Octubre 2012	1000	37,112,925	37,168,838	27,569,724	9,599,114	
	2000	1,059,448,937	1,565,408,545	966,368,444	599,040,101	
	3000	168,453,596	112,836,344	81,742,683	31,093,661	
	4000	6,800,000	175,418,541	172,445,881	2,972,660	
	5000	0	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
	Total	1,271,815,458	1,890,832,268	1,248,126,732	642,705,536	
Total	1000	229,740,192	222,166,205	212,567,091	9,599,114	
	2000	6,745,004,340	10,115,212,481	9,516,172,380	599,040,101	
	3000	965,438,868	840,058,398	808,964,737	31,093,661	
	4000	126,541,317	1,328,194,369	1,325,221,709	2,972,660	
	5000	3,551,406	498,081,231	498,081,231	0	
	6000	0	0	0	0	
	Total	8,070,276,123	13,003,712,684	12,361,007,148	642,705,536	

Cifras en pesos

La descripción a las variaciones del presupuesto se puede observar en el punto VII.1.

VII.3.8 Entero de recursos de la TESOFE

Este Centro Nacional en el periodo que se reporta no ha realizado enteros a la TESOFE.

VII.3.9 Cuadro resumen del total de fondos entregados y recibidos, de las diferentes fuentes de financiamiento

Fuentes de financiamiento	EJERCIDO							Total Global
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Octubre 2012	
Federal.- PEF	536,944,900	995,797,400	1,201,296,265	1,022,104,206	998,273,397	1,009,495,412	990,920,074	6,754,831,654
Cuotas de Recuperación								0
Donativos								0
Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos								0
Seguro Médico para una Nueva Generación			1,453,749,861	1,649,407,872	1,178,900,337	1,066,910,766	899,912,194	6,248,881,030
Otros (describir)								0
Total	536,944,900	995,797,400	2,655,046,126	2,671,512,078	2,177,173,734	2,076,406,178	1,890,832,268	13,003,712,684

Cifras en pesos.

Como se observa, es a partir del año 2008 cuando el Centro Nacional empieza a recibir apoyo financiero del Seguro Médico para una Nueva Generación; como ya se ha mencionado, los recursos recibidos se han destinado para la adquisición de vacunas y su distribución (antineumocócica conjugada y rotavirus), el fortalecimiento del sistema informático PROVAC y el Fortalecimiento de la Red de Frío en las entidades federativas.

Lo anterior, con fundamento a lo que se establece en las Reglas de Operación del Seguro para una Nueva Generación de cada año.

VII.3.10 Correspondencia relevante tramitada ante diversas instancias

Por el periodo que se reporta este Centro Nacional no cuenta con correspondencia relevante tramitada ante otras instancias.

VII.4 Fideicomisos.- Los que sean responsabilidad directa.

Durante el periodo 2007-2012, este Centro Nacional no cuenta con fideicomisos.

VIII. Seguimiento y Control

VIII.1 Informes periódicos sobre los avances y situación del programa, proyecto o asunto

Prevenir la mortalidad infantil en sus diferentes ámbitos ha sido una importante tarea de este Centro Nacional, no solo ha enfocado sus esfuerzos en reducir la mortalidad en niños mediante la aplicación de vacunas para prevenir enfermedades, sino también ha llevado a cabo muchas otras tareas inherentes a la prevención, realizando capacitación y difusión tanto para padres de familia como para el personal de salud.

Ha fortalecido las acciones de capacitación mediante la creación y fortalecimiento de los Centros Estatales de Capacitación en las entidades federativas, dando talleres de reanimación neonatal, prevención de accidentes, estimulación temprana.

En el tema de difusión ha impreso y distribuido una importante cantidad de carteles, trípticos, folletos en los diversos temas de infancia, vacunación, adolescencia y cáncer, se han impreso tarjetas mediante las cuales los padres de familia pueden reconocer los signos de alarma, imanes en los cuales las madres de familia pueden tener a la mano el esquema de vacunación, fue impreso el combo de anticoncepción difundido entre la población adolescente.

Respecto al programa de vacunación, el Centro ha llevado a cabo los procesos de adquisición, distribución y seguimiento en la aplicación de las vacunas de BCG, hepatitis B, rotavirus, sarampión, pentavalente, neumococo 23 y heptavalente; así mismo da seguimiento a las vacunas que las entidades federativas adquieren con sus recursos. Prueba de esto, son las tasas de cobertura presentadas anteriormente, a la fecha se ha alcanzado el 95.0 por ciento de coberturas.

El Centro ha mostrado su apoyo, madurez y conocimiento en el tema de vacunación, al colaborar en situaciones de emergencia, como ocurrió con la aparición del virus de la influenza A H1N1, o en fechas recientes, la aparición de casos de sarampión, proponiendo las políticas y lineamientos a seguir para hacer frente a estas situaciones.

VIII.2 Acciones realizadas para corregir o mejorar su ejecución

A fin de cumplir las metas establecidas, pero sobre todo con el compromiso de reducir la mortalidad infantil, este centro nacional durante el periodo que se reporta ha llevado cabo diversas acciones y estrategias bajo el marco del Reglamento Interior de la Salud.

El desarrollo del sistema PROVAC tuvo que retomarse y adecuarse, llevar a cabo un análisis pormenorizado de la información que se había en capturado en sistemas, a fin de que la misma fuera suficiente y relevante para la adecuada toma de decisiones; a fin de fortalecer este sistema de información, se procuraron recursos financieros para que en las entidades federativas se adquirieran equipos de cómputo adecuados y suficientes, adquirieran un servidor que albergara la información completa de las vacunas aplicadas, se contratara personal para que realizara la captura, análisis y en su caso depuración de la información. Así mismo, el Centro se dio a la tarea de realizar diversos talleres de

capacitación, además de la comunicación y capacitación directa con cada responsable del PROVAC y del Programa de Vacunación.

Otro rubro importante que se fortaleció durante este periodo de reporte, fue lo relativo a la Red de frío en las entidades federativas; desde la creación del Programa de Vacunación, no se había dado un impulso y reforzamiento al equipo que almacena y custodia las vacunas; la red de frío en las entidades presentaba un importante desgaste, lo que implicaba un posible riesgo en la custodia de las vacunas, sin contar la falta de los registros de temperatura, el seguimiento de entradas y salidas y el apoyo a las vacunadoras con equipos y materiales para vacunar en las poblaciones de difícil acceso.

Además de las actividades de supervisión y rectoría que se llevaron puntualmente, y a través de las cuales fue posible la aplicación de sanciones a aquellas entidades que no atendieron sus responsabilidades, también ha sido posible el fortalecimiento de la capacitación para los responsables de los programas de infancia, adolescencia, cáncer y vacunación; recibieron capacitación en temas como gerencia, PROVAC, lineamientos de vacunación, detección oportuna del cáncer, reanimación neonatal, entre otros.

VIII.3 Auditorias practicadas y atención a las observaciones determinadas

RESUMEN								
Área operativa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Octubre 2012	Total
11.10.1 Órgano Interno de Control	0	2	5	1	2	5	5	20
11.10.2 Auditoría Superior de la Federación	0	1	0	0	8	0	16	25
11.10.3 Auditoría Gubernamental SFP	5	0	0	0	0	0	0	5
11.10.4 Auditoría Interna								
11.10.5 Otros								
Suma	5	3	5	1	10	5	21	50
Solventadas	5	3	5	1	9	1	0	24
Por solventar	0	0	0	0	1	4	21	26
Generaron responsabilidades	0	0	0	0	0	0	0	

11.10.1 Informe y seguimiento a las observaciones del Órgano Interno de Control								
RESUMEN								
Área operativa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Octubre 2012	Total
Adquisiciones		1	3		1	2	4	11
Recursos Financieros		1	1					2
Manuales								0

Áreas técnicas (control de vacunas) (incumplimiento de metas)			1		1	2		4
Transferencias a las entidades federativas				1		1	1	3
Suma	0	2	5	1	2	5	5	20
Solventadas	0	2	5	1	1	1	0	10
Por solventar	0	0	0	0	1	4	5	10
Generaron responsabilidades		0	0	0				

11.10.2 Auditoría Superior de la Federación

RESUMEN

Área operativa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Octubre 2012	Total
Adquisiciones							4	4
Recursos Financieros							2	2
Manuales							1	1
Áreas técnicas (control de vacunas)	0	1			8		9	18
Suma	0	1	0	0	8	0	16	25
Solventadas		1			8			9
Por solventar	0	0	0	0	0	0	16	16
Generaron responsabilidades		1			0			1

11.10.3 Auditoría Gubernamental SFP

RESUMEN

Área operativa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Junio 2012	Total
Adquisiciones								0
Recursos Financieros								0
Manuales								0
Auditoría al desempeño	5							5
Suma	5	0	0	0	0	0	0	5
Solventadas	5							5
Por solventar	0							0
Generaron responsabilidades	0							

Este Centro Nacional, al igual quizás que el resto de las áreas de la Secretaría de Salud, en aras de rendir cuentas, ha sido objeto de diversas auditorías, realizadas tanto por el Órgano Interno de Control de la propia Secretaría, como por la Auditoría Superior de la Federación.

En el año **2006** fueron determinadas por la Unidad de Auditoría Gubernamental de la Secretaría de la Función Pública. (Auditoría al Desempeño) 5 observaciones:

1. Falta de indicadores en el CENSIA e información detallada y específica que muestre una vinculación y/o correlación entre la adquisición, distribución y aplicación de biológicos y la meta disminuir la inequidad en salud.
2. Falta de la Norma Oficial Mexicana de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA) y desactualización de soportes técnicos del Programa de la Infancia.
3. Falta de redefinición y seguimiento de metas del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia.
4. Falta de evaluación del Programa de Atención para la Salud de la Infancia.
5. Falta de Manuales en la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer.

En el Cuarto Trimestre de **2007**, en la Auditoría 35/07 se determinaron dos observaciones:

- 1.- Deficiencias en la programación, adjudicación y distribución de vacunas.
- 2.- Falta de Entero a la TESOFE por concepto de penas convencionales aplicadas a los proveedores por incumplimiento de contratos e inconsistencias en el Estado del Ejercicio del Presupuesto 2006 y 2007.

Así mismo, la Auditoría Superior de la Federación determinó una observación relativa al pago sin liberación correspondiente de la vacuna de hepatitis B.

En el año 2008 se llevaron a cabo la auditoría número 14/08 y la número 30/08, de las cuales se derivaron las siguientes observaciones:

- 1.- Deficiencias en la planeación, contratación, supervisión y control de servicios profesionales de asesorías.
- 2.- Viajes al extranjero de servidores públicos financiados por proveedores.
- 3.- Fraccionamiento de adquisiciones directas.
- 4.- Inconsistencias en la recepción y distribución de los biológicos Pentavalente Acelular y de la vacuna contra el Rotavirus, ejercicio 2008.
- 5.- Falta de evidencia de aplicación de la vacuna Antineumococcica Heptavalente.

En el año **2009** el Órgano Interno de Control realizó la Auditoría número 18/09, en la cual determinó una observación:

- 1.- Incumplimiento a lo establecido en los Convenios Específicos en materia de transferencia de recursos e insumos 2008 y 2009.

Cabe señalar que esta observación se encuentra atendida en un 99.0 por ciento.

Para el año **2010** se lleva a cabo la Auditoría 08/10, desprendiéndose dos observaciones:

- 1.- Deficiencias del Sistema de Información y Evaluación del Programa de Vacunación Universal (PROVAC).
- 2.- Irregularidades en la contratación y adquisición de insumos para la red de frío.

Así mismo, en el año 2010, la Auditoría Superior de la Federación realizó la revisión a la Cuenta Pública 2009, de la cual se derivaron las siguientes observaciones:

Observación 52: Desconocimiento de las entidades federativas del número de lote de la vacuna neumó - 7 entregada por CENSA.

Observación 53: Insuficientes requisitos del Padrón de Beneficiarios del Seguro Médico para una Nueva Generación.

Observación 56: Falta de controles adecuados de la aplicación de las vacunas neumó-7 que permitan evaluar y dar seguimiento al desarrollo e impacto en la población respecto de las actividades del programa S201 SMNG.

Observación 57: Falta de implementación de controles adecuados para evaluar y dar seguimiento al desarrollo e impacto en la población respecto de las actividades del Programa E036 "Enfermedades prevenibles por vacunación a nivel nacional".

Observación 58: Falta de aplicación de las técnicas actualizadas para la ejecución eficiente y con calidad de las diversas actividades relacionadas con el programa de vacunación.

Observación 59: Falta de controles adecuados de la aplicación de las vacunas Pentavalente, Rotavirus, SR y BG que permitan evaluar y dar seguimiento al desarrollo e impacto en la población respecto de las actividades del programa E036 Enfermedades prevenibles por vacunación a nivel nacional.

Observación 60: Falta de fundamento legal para la liberación de vacunas bajo el "Programa de Liberación Simplificada de Productos Biológicos".

Observación 155: Disminución de la aplicación de 3 a 2 dosis de la vacuna neumó-7.

Como se observa la mayoría de las observaciones se refieren al proceso de adquisición, distribución y aplicación de vacunas. Así mismo, todas las observaciones han sido atendidas y solventes, ya que a la fecha del presente solo se tienen dos observaciones pendientes de solventar:

- 1.- Deficiencias del Sistema de Información y Evaluación del Programa de Vacunación Universal (PROVAC).
- 2.- Irregularidades en la contratación y adquisición de insumos para la red de frío.

De estas observaciones, ya fue enviada información al Órgano Interno de Control para su solventación, nos encontramos en espera de su deliberación, esperamos sea atendida antes del cierre del año.

Al cierre del ejercicio **2011** se presentaba la siguiente situación:

Observaciones determinadas por el Órgano Interno de Control

Auditoria 2010

- Irregularidades en la contratación y adquisición de insumos para la red de frío.

Auditoria 2011

- Deficiencias en la Adquisición de Biológicos, Vacunas, en el ejercicio 2010 y avance de gestión 2011.
- Deficiencias en la adjudicación de equipo e insumos para el Hospital Infantil de Especialidades de Ciudad Juárez.
- Incumplimiento a los Convenios Específicos para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas AFASPE 2010.
- Incumplimiento al fortalecimiento de la Red de Frío 2010.
- Incumplimiento de metas comprometidas en el Programa de Acción Específico 2007 a 2012.

Observaciones determinadas por la Auditoria Superior de la Federación

Al 31 de diciembre de 2011 no se tenían Observaciones pendientes de solventar de la Auditoría Superior de la Federación.

Durante el año **2012** se ha llevado a cabo una auditoria por parte del Órgano Interno de Control, de la cual se derivaron 5 observaciones. A la fecha se tienen pendientes 10 observaciones por atender: 1 del año 2010, 4 del año 2011 y 5 del año 2012, todas ellas hechas por el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud:

NÚMERO DE AUDITORÍA	OBSERVACIÓN	STATUS
01/11	Deficiencias en la adquisición de biológicos (vacunas) en el ejercicio 2010 y avance de gestión 2011	70% de avance
01/11	Deficiencias en la adjudicación de equipo e insumos para el hospital infantil de especialidades de Ciudad Juárez	25% de avance
01/11	Incumplimiento a los convenios Específicos para el fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE) 2010	30% de avance
01/11	Incumplimiento al fortalecimiento de la Red de Frío 201	30% avance
08/10	Irregularidades en la contratación y adquisición de insumos para la red de frío	75%
02/12	Irregularidades en la contratación de Servicios Profesionales de Asesorías durante el ejercicio	Fecha compromiso 21 de septiembre de 2012
02/12	Deficiencias en la planeación en la Adquisición y Distribución de Vacunas para el ejercicio 2011 y primer trimestre de 2012	Fecha compromiso 21 de septiembre de 2012
02/12	Incumplimiento a la cláusula de los Convenios Específicos y Modificatorios para el	Fecha compromiso 21 de septiembre de 2012

NÚMERO DE AUDITORÍA	OBSERVACIÓN	STATUS
	Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE) suscritos en el ejercicio 2011	
02/12	Adquisición improcedente de 140 implantes cocleares en el ejercicio 2010 por un monto de \$26,390,00.00	Fecha compromiso 21 de septiembre de 2012
02/12	Incumplimientos Normativos en el Procedimientos de Adquisiciones de vacunas (biológicos) para el ejercicio fiscal 2011.	Fecha compromiso 21 de septiembre de 2012

Así mismo, Auditoria Superior de la Federación terminó la revisión a la cuenta pública 2011, de la cual se derivaron 16 observaciones (en proceso de confronta):

1. Falta de actualización y difusión de los Manuales de Organización y Procedimientos.
2. El presupuesto original de CENSIA no contempla los recursos presupuestarios para las vacunas de rotavirus y antineumocócica.
3. Envío a destiempo y falta de difusión del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios 2011.
4. Los tipo de vacuna antineumocócica con clave 0145 ó 147, y contra rotavirus clave 150, fueron sustituidos por las claves 148 y 151 respectivamente.
5. Incongruencias en la licitación pública núm. 0001205-018-10 "Adquisición consolidada de vacunas".
6. Falta de estudios científicos y mecanismos para avalar la estrategia de transición de un esquema monovalente a un esquema de vacuna pentavalente contra rotavirus.
7. El CENSIA como unidad requirente, no formalizo los compromisos con el proveedor de la vacuna contra rotavirus, en ningún instrumento jurídico, para dar cabal cumplimiento de los mismos.
8. La garantía del Proveedor Wyeth, S.A. de C.V. no fue expedida a favor de la Tesorería de la Federación, sino de la Secretaría de Salud
9. De acuerdo a las remisiones de Producto terminado (PT) No se incluyo la totalidad de los biológicos entregados a cada entidad federativa, omisión en la actualización de los AFASPES
10. Inclusión de la población de responsabilidad del ISSSTE de 100,001 niños menores de un año de acuerdo al programa de Regionalización Operativa 2011, con Recursos del Programa Seguro Medico para una Nueva generación.
11. Falta de evidencia documental que acredite la ocurrencia del caso fortuito que justifique la procedencia de la excepción a la licitación Pública de la vacuna contra rotavirus pentavalente.
12. Falta de acreditación por parte del CENSIA, de los desperdicios y dosis por aplicar de la vacuna contra rotavirus mediante la documentación correspondiente tal y como lo establece el Manual de Vacunación 2008-2009, vigente para el ejercicio 2011.
13. Los reportes generados por los sistemas PROVAC, SIS y SENAS carecen de utilidad y confiabilidad, ya que no se permite consultar el historial del estado vacunal de los niños, no se obtienen reportes integrales.
14. Envío informal e irregular de los reportes del Estado del ejercicio de los recursos transferidos y resultado del proceso de adjudicación y costos, a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud por falta de reglamentación del SMNG.
15. Falta de indicadores del CENSIA como unidad ejecutora para medir el desempeño de los recursos asignados al programa y objetivos del SMNG
16. Información inconsistente de las dosis recibidas, distribuidas y aplicadas por tipo de biológico y por lote, no se consideran los mismos parámetros de captura, por lo que no es homogénea.

IX. Resultados y beneficios alcanzados

IX.1 Cumplimiento de los objetivos y metas del Programa, 2006-2012

Metas: Reducir la tasa de mortalidad infantil para 2012 en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.7 puntos de tasa anual							
Variables: Núm. Total de muertes en menores de un año / Por cada 1000 nacidos vivos							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011/ ¹	2012
Total de muertes estimadas en menores de un año	ND	30,894	29,609	28,391	27,236	26,138	25,094
Total de nacidos vivos estimados	1,989,683	1,971,734	1,955,284	1,940,107	1,926,148	1,913,353	1,901,394
Programado	16.23	15.53	14.85	14.18	13.5	12.75	12.15
Real	16.2	15.7	15.1	14.6	14.1	13.7	13.2/ ^e
Porcentaje de avance	99.8%	17.2%	27.7%	40.0%	52.2%	62.0%	74.3%

*Tasa estimada por 1,000 nacidos vivos estimados.
 ** Se refiere al porcentaje de la meta alcanzado
 Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Prevenición de mortalidad Infantil. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos reales: DGIS Información de defunciones INEGI/SS 1979 -2009. Fuente 2010 y 2011: DGIS/SS SEED 2010 y 2011, actualizado al 29 de abril de 2011; datos preliminares.
 1/ La información 2011 y 2012 corresponden a estimaciones realizadas en base a las proyecciones de población de CONAPO (2005-2030) y tendencias de los años anteriores.

La mortalidad infantil a nivel nacional ha disminuido consistentemente de 2006 a 2012, aunque no se ha alcanzado la meta planteada en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012, Prevenición de la mortalidad infantil. Esto se debe a que entre los años 2007 y 2010 no se alcanzó la reducción anual programada. Sin embargo, el cumplimiento de la meta será evaluable cuando se conozca el número oficial de defunciones del año 2012.

Sin embargo, con respecto a la tasa de mortalidad infantil reportada en el año 2006, se tiene una reducción del 18.5% con relación a la tasa de mortalidad estimada para el cierre del año 2012.

Meta intermedia: Reducir las defunciones por enfermedades diarreicas agudas (EDA's) en < 5 años en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.8 puntos de tasa anual. VARIABLES: Núm. De muertes en < 5 años por EDA's / Niños < 5 años							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011/ ¹	2012/ ²
Total de muertes estimadas en menores de cinco años por EDA	ND	1,464	1,177	923	778	611	422
Total de población estimada de menores de cinco años	10,258,204	9,866,329	9,693,424	9,578,579	9,493,079	9,418,922	9,352,933
Programado*	19.9	19.1	18.2	17.4	16.6	15.8	14.9
Real**	15.0	14.8	12.1	9.6	8.2	6.5	4.5/ ^e
Porcentaje de avance	75.37%	84%	156%	206%	234%	268%	308%
*Tasas estimadas por 100,000 menores de cinco años. ** Se refiere al porcentaje de la meta alcanzado Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Prevención de mortalidad Infantil. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos reales: DGIS Información de defunciones INEGI/SS 1979 -2009. Fuente 2010 y 2011: DGIS/SS SEED 2010 y 2011, actualizado al 29 de abril de 2011; datos preliminares. La información 2011 corresponde a estimaciones realizadas en base a las proyecciones de población de CONAPO (2005-2030) y tendencias de los años anteriores. N/A: No Aplica. 1/DGIS Cifra estimada 2/ Cifra estimada con base a los datos 2006 a 211							

La mortalidad en niños menores de 5 años debida a EDA's a nivel nacional ha disminuido consistentemente de 2006 a 2012, superando la meta planteada en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012, Prevención de la mortalidad infantil.

En el año 2006 se presentaron 15.0 muertes de niños menores de 5 años por EDA's, por cada 100 mil nacidos vivos, nos comprometimos a alcanzar la reducción de 0.8 puntos de tasa anual; al término de 2012 se espera alcanzar 4.5, lo que nos permite establecer que se disminuyó la tasa en 4.5 por cada 100 mil nacidos vivos, lo que representa un 70.0 por ciento con respecto a lo esperado, cumpliendo con la meta del PAE.

Meta intermedia: Reducir las defunciones por infecciones respiratorias agudas (IRA's) en < 5 años en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 1.5 puntos de tasa anual. Variables: Núm. De muertes en < 5 años por IRA's / Niños < 5 años							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011/¹	2012/²
Total de muertes estimadas en menores de cinco años por IRA	ND	2,905	2,373	2,263	1,949	1,699	1,435
Total de población estimada de menores de cinco años	10,258,204	9,866,329	9,693,424	9,578,579	9,493,079	9,418,922	9,352,933
Programado	35.8	34.1	32.3	30.5	28.7	26.9	25.1
Real*	30.6	29.4	24.5	23.6	20.5	18.0	15.3/ ^e
Porcentaje de avance	85.4%	59.8%	105.6%	114.0%	143.0%	166.4%	191.6%
<p>*Tasas estimadas por 100,000 menores de cinco años. N/A: No Aplica Fuente de información Programado: Metas establecidas en el Programa de Acción Específico 2007-2012 de Prevencción de la Mortalidad Infantil. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos estimados: DGIS, Estimación con base a las defunciones INEGI/SSA 2000-2009, Proyecciones de las Defunciones de México Conteo 2005 1990-2030, CONAPO. 1/ DGIS Cifra estimada 2/ Cifra estimada con base a los datos 2006 a 211</p>							

La mortalidad en niños menores de 5 años debida a IRA's a nivel nacional ha disminuido consistentemente de 2006 a 2012, superando la meta planteada en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012, Prevencción de la mortalidad infantil.

En el año 2006 se presentaron 30.6 muertes de niños menores de 5 años por IRA's, por cada 100 mil nacidos vivos, nos comprometimos a alcanzar la reducción de 1.5 puntos de tasa anual, al término de 2012 se espera alcanzar 15.3, lo que nos permite establecer que se disminuyó la tasa en 15.3 por cada 100 mil nacidos vivos, lo que representa un 191.6 por ciento, con respecto a lo esperado, cumpliendo con la meta del PAE.

Metas: Reducción en un 40% la mortalidad infantil en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano.							
Variables: Núm. total de muertes en menores de un año de los 125 municipios con menor IDH / Núm. total de menores de un año en los 125 municipios con menor IDH							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011/ ¹	2012
Total de muertes estimadas en menores de cinco años en los 125 MMIDH	467	1,317	1,314	1,151	1,132	1,115	1,028
Total de nacidos vivos estimados para los 100 MMIDH	37,511	38,034	38,327	38,996	38,953	39,416	39,834
Programado	34.8	32.48	30.2	27.84	25.52	23.2	20.88
Real*	34.8	34.6	34.3	29.5	29.1	28.3	25.8/ ^e
Porcentaje de avance	100%	1.4%	3.6%	38.1%	41.2%	46.8%	64.3%
<p>*Tasa ajustada, con base en la omisión de defunciones, por 1,000 NVE 1/ Se refiere al porcentaje de la meta alcanzado Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Prevención de mortalidad Infantil. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos reales: DGIS Información de defunciones INEGI/SS 1979 -2010[Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta:18-05-12 ; SEED 2011-Preliminar[Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta:18-05-12]: Proyecciones de las defunciones de México, Censo 2005 1990-2012, CONAPO [Fecha de consulta:18-05-12]; Proyecciones de los nacimientos de México, Censo 2005, 1990-2012. CONAPO [Fecha de consulta:18-05-12] N/A: No Aplica</p>							

La mortalidad infantil en los 125 municipios con menor índice de desarrollo ha disminuido consistentemente de 2006 a 2012, aunque no se ha alcanzado la meta planteada en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012, Prevención de la mortalidad infantil. Esto se debe a que no se han logrado obtener las tasas anuales programadas, creando así un rezago en el cumplimiento de la meta.

Metas: Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema básico completo de vacunación en población de un año de edad.

Variables: Núm. total de niños de un año con esquema de vacunación completo / Núm. total de niños de un año en censo nominal.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/¹
Niños vacunados	1,601,229	1,567,606	1,596,818	1,644,318	1,675,182	1,616,953	1,672,947
Niños Registrados en Censo Nominal	1,682,678	1,648,151	1,688,983	1,720,111	1,758,573	1,691,461	1,719,292
Programado	95	95	95	95	95	95	95
Real	95.2	95.1	94.5	95.6	95.3	95.6	95.8*
Porcentaje de avance	0.2	0.1	-0.52	2.7	0.2	0.1	0.2

*Tasa estimada.

1/ Estimado al 31 de diciembre de 2012.

Durante el periodo 2006-2011, las acciones del Programa Nacional de Vacunación han permitido mantener a nivel sectorial la cobertura con Esquema Básico de Vacunación en los niños de un año de edad por arriba del 95%, exceptuando el año 2008, que registró una cobertura de 94.5%. Al comparar la cobertura de vacunación con el esquema básico completo del 2006, con la cobertura del 2011 se observa incremento de 0.4 puntos porcentuales, pasando de 95.2 por ciento en el 2006 a 95.6 por ciento en el 2011.

Al cierre del 2011, se registró una cobertura con esquema de vacunación completo, en los niños de un año de edad del 95.6%; para el periodo enero-junio 2012, los datos preliminares registran una cobertura con esquema de vacunación completo en los niños de un año de edad del 95.9%.

Al hablar de esquema de vacunación completo, nos referimos a que el niño de un año de edad cuente con una dosis de vacuna BCG, tres dosis de vacuna contra la Hepatitis B, tres dosis de vacuna pentavalente y una dosis de vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis.

Metas: Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema básico completo de vacunación en población de uno a cuatro años de edad.
VARIABLES: Núm. total de niños de uno a cuatro años con esquema de vacunación completo / Núm. total de niños de uno a cuatro años en censo nominal.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/ ¹
Niños vacunados	7,539,228	7,337,059	7,318,542	7,525,974	7,791,048	7,483,725	7,506,466
Niños Registrados en Censo Nominal	7,684,155	7,484,532	7,477,000	7,704,607	7,927,963	7,628,136	7,666,651
Programado	95	95	95	95	95	95	95
Real	98.1	98.0	97.9	97.7	98.3	98.1	97.9
Porcentaje de avance	3.26	3.16	2.9	2.84	3.37	3.16	3.05

1/ Estimado al 31 de diciembre de 2012.
Fuente: Servicios Estatales de Salud.

La cobertura de vacunación con esquema básico completo en los niños de uno a cuatro años al cierre el 2010 fue de 98.3 por ciento, lo cual representa un incremento de 0.2 por ciento en comparación con el cierre del año 2006 que registró una cobertura de 98.1 por ciento.

La cobertura más baja del periodo se registró en el 2009 con una cobertura de 97.7 por ciento, 0.4 puntos porcentuales por debajo de la registrada en el 2006.

Al cierre del 2011, la cobertura con esquema de vacunación completo para este grupo de edad fue de 98.1 por ciento, cifra igual a la registrada en el 2006. Para el periodo enero a junio de 2012, la cobertura de vacunación preliminar fue de 98.1 por ciento, cumpliéndose con la meta establecida.

Metas: Reducir a cero el número de casos de tétanos neonatal para el año 2012.							
Variables: Núm. total de casos de tétanos neonatal							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Número de casos registrados de tétanos neonatal	4	4	1	0	3	1*	0
Programado	1	1	1	1	1	1	1
Real	4	4	1	0	3	1*	0
Porcentaje de avance	300.0	300.0	0	-100.0	200.0	0	0
*Caso probable en estudio no confirmado, de una mujer guatemalteca.							

Durante el periodo 2006-2011, se registraron 4 casos de tétanos neonatal (TNN) en los años 2006 y 2007. En 2008, 2009 y 2011 se logró cumplir con la meta programa al registrarse 1, 0, y 1 casos respectivamente. En 2010, se incrementó nuevamente el número de casos con un registro de 3 casos. De enero a junio de 2012, no se han registrado casos de tétanos neonatal. Sin embargo, en los últimos seis años se ha cumplido con las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS): menos de un caso de TNN por 1.000 nacidos vivos por municipio.

Metas: Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema anti-influenza y anti-neumococo 23 valente a la población mayor de 60 años.							
Variables: Núm. total de población mayor de 60 años con esquema anti-influenza y anti-neumococo 23 valente/ Núm. total de población mayor de 60 años.							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Población mayor de 60 años con esquema anti-influenza y anti-neumococo 23 valente	ND	3,580,098	4,010,972	4,044,245	3,828,640	3,974,656	3,716,358
Población mayor de 60 años.	ND	4,178,565	4,178,096	4,169,325	4,000,669	3,938,603	3,911,956
Programado	95% y mas						
Real	ND	85.7%	96%	97%	95.7%	99.3*	95*
Porcentaje de avance		-10.5	1.05	2.10	0.74	100	100
ND: No disponible *Estimado.							

Durante 2007, se logró una cobertura de 85.7% con esquema anti-influenza y anti-neumococo 23 valente en la población mayor de 60 años. De 2008 a 2011, se lograron coberturas por arriba de 95% siendo la más alta en 2011, para el 2012 se estima una cobertura de vacunación de 95 %.

La población mayor de 60 años de edad, corresponde a la población atendida por los Servicios Estatales de Salud.

Metas: Capacitar al 100% de los médicos del primer nivel de atención de 100 municipios con menor índice de desarrollo humano para el diagnóstico.							
Variables: Médicos del primer nivel de atención en los 100 municipios de menor índice de desarrollo humano.							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Médicos del primer nivel de atención en los 100 municipios de menor índice de desarrollo humano.	No se cuenta con información	No se cuenta con información	No se cuenta con información	79	238	238	238
Programado	No se cuenta con información	71	71	71			
Real	No se cuenta con información	No se cuenta con información	No se cuenta con información	35	35	80	57
Porcentaje de avance	No se cuenta con información	No se cuenta con información	No se cuenta con información	44%	49%	113%	80%

IX.1.1 Basal 2006 o posterior según el caso

Se comenta en las series gráficas IX.1

IX.1.2 Resultados 2007 a 2010

Bajo el enfoque de reducir la mortalidad infantil, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia estableció en su Programa de Acción Específico 2007-2012, una serie de acciones, estrategias y líneas de acción para cumplir con sus objetivos generales y específicos,

Objetivos Generales

- ◆ Reducir la tasa de mortalidad infantil para 2012 en un 25% con relación a la tasa de 2006.
- ◆ Reducir en un 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano con respecto a la tasa de 2006.

Objetivos Específicos

- ◆ Fortalecer las acciones de vacunación a la población menor de un año, asegurando el esquema básico completo.
- ◆ Mejorar el conocimiento de la población sobre el manejo de la enfermedad diarreica y de la infección respiratoria aguda, mediante la promoción de acciones preventivas.
- ◆ Promover conductas de alimentación saludable en la población menor de un año, para reducir la prevalencia de desnutrición en este grupo de edad.
- ◆ Promover el concepto de sexualidad responsable en los adolescentes para reducir la tasa de embarazo en este grupo poblacional.
- ◆ Difundir en el personal de salud los conceptos básicos necesarios para realizar diagnóstico oportuno de los casos de cáncer en la población de un año o menos.

En este sentido, el Centro propone en su PAE realizar las siguientes actividades para cumplir con los objetivos del mismo:

1. Vacunación.

- ◆ Evaluación trimestral de coberturas de vacunación, las cuales deberán ser iguales o superiores al 95% en todos los grupos de edad y para cada uno de los biológicos que formen parte del esquema de vacunación universal.
- ◆ Mantenimiento de la plataforma del Sistema PROVAC, asegurando su constante actualización.
- ◆ Fortalecimiento constante y mantenimiento de la red de frío nacional asegurando la adecuada conservación de los biológicos, a través de estrategias tales como compras coordinadas nacionales lo cual permitirá el control de precios de los productos necesarios ante los distintos proveedores.
- ◆ Acciones Extrasectoriales (CONAVA).

2. Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y desnutrición.

- ◆ Promoción de las acciones preventivas entre la población general para mantener el interés constante de la población.

- ◆ Actualización constante del personal de salud, que asegure la atención médica oportuna y de calidad a estos padecimientos.

3. Adolescencia.

- ◆ Promover la participación activa de la comunidad adolescente en la formación de grupos de ayuda que permitan establecer acciones preventivas en este grupo de edad.

4. Cáncer.

- ◆ Promoción de las acciones preventivas entre la población general para mantener el interés constante de la población.
- ◆ Actualización constante del personal de salud, que asegure la atención médica oportuna y de calidad a estos padecimientos.

Además de lo anterior, el centro debería realizar acciones relacionadas con la Regulación otras acciones extrasectoriales.

Con estos compromisos institucionales, es que el Centro ha llevado a cabo diversas y fructíferas actividades, logrando importantes resultados, los cuales se ven reflejados en las cifras que se reportan y se presentan para la adecuada y continua toma de decisiones, pero sobre todo, se busca una importante mejora en la salud de los niños y los adolescentes.

IX.1.2.1 Acciones realizadas y resultados obtenidos

1. Vacunación

Coberturas de vacunación iguales o superiores al 95%

El Programa de Vacunación Universal, es una política sanitaria, que tiene como propósito lograr la prevención de enfermedades infecciosas, mediante la protección específica en los diferentes grupos de edad de toda la población del país, a través de la aplicación de esquemas completos de vacunación. La vacunación constituye una de las acciones en Salud Pública de mayor costo-beneficio, ya que mediante esta acción se reduce la morbilidad y por ende las complicaciones y secuelas causadas por estos padecimientos, además reduce la mortalidad en la población.

A partir del 2004 se modificó el esquema básico de vacunación para el menor de cinco años de edad, pasando de la aplicación de cinco vacunas que protegen contra diez enfermedades, a seis vacunas que protegían contra once enfermedades. En el 2006, se modifica nuevamente el esquema incorporando, aunque en forma limitada, dos vacunas más con lo cual se aumenta la protección contra trece enfermedades con ocho vacunas. A partir de 2007 se realiza la modificación del esquema con la aplicación de nueve vacunas, protegiéndose contra las mismas trece enfermedades, pero con la reducción de los riesgos que llevaba la vacuna antipoliomielítica oral tipo Sabin y los eventos temporalmente asociados a la vacunación del componente pertussis de células completas de la vacuna pentavalente. El nuevo esquema básico completo de vacunación a partir del 2003 en los menores de cinco años de edad es el siguiente:

VACUNAS									
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
BCG	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG
ANTIPOLIOMELÍTICA	ANTIPOLIOMELÍTICA	ANTIPOLIOMELÍTICA	ANTIPOLIOMELÍTICA	ANTIPOLIOMELÍTICA	ANTIPOLIOMELÍTICA	ANTIPOLIOMELÍTICA	ANTIPOLIOMELÍTICA	ANTIPOLIOMELÍTICA	ANTIPOLIOMELÍTICA
VOP TIPO SABIN	VOP TIPO SABIN	VOP TIPO SABIN	VOP TIPO SABIN	VOP TIPO SABIN	VOP TIPO SABIN	VOP TIPO SABIN	VOP TIPO SABIN	VOP TIPO SABIN	VOP TIPO SABIN
DPT+HB+Hib	DPT+HB+Hib	DPT+HB+Hib	DPT+HB+Hib	DPT+HB+Hib	DPT+HB+Hib	DPT+HB+Hib	DPT+HB+Hib	DPT+HB+Hib	DPT+HB+Hib
				ANTIHEPATITIS B					
SRP	SRP	SRP	SRP	SRP	SRP	SRP	SRP	SRP	SRP
DPT	DPT	DPT	DPT	DPT	DPT	DPT	DPT	DPT	DPT
	ANTIINFLUENZA	ANTIINFLUENZA	ANTIINFLUENZA	ANTIINFLUENZA	ANTIINFLUENZA	ANTIINFLUENZA	ANTIINFLUENZA	ANTIINFLUENZA	ANTIINFLUENZA
			ANTINEUMOCÓCCICA HEPTAVALENTE	ANTINEUMOCÓCCICA HEPTAVALENTE	ANTINEUMOCÓCCICA HEPTAVALENTE	ANTINEUMOCÓCCICA HEPTAVALENTE	ANTINEUMOCÓCCICA HEPTAVALENTE	ANTINEUMOCÓCCICA HEPTAVALENTE	ANTINEUMOCÓCCICA TRECEVALENTE
			ANTIRROTAVIRUS						

VACUNA SEGÚN EDAD								
AL NACER	2 MESES	4 MESES	6 MESES	7 MESES	12 MESES	18 MESES	2 AÑOS	4 AÑOS
BCG	DPaT-VIP+Hib	DPaT-VIP+Hib	DPaT-VIP+Hib			DPaT-VIP+Hib		DPT
ANTIHEPATITIS B	ANTIHEPATITIS B		ANTIHEPATITIS B		SRP			
	ANTIRROTAVIRUS	ANTIRROTAVIRUS	ANTIINFLUENZA	ANTIINFLUENZA	ANTIINFLUENZA (1 AÑO)		INFLUENZA	
	ANTINEUMOCÓCCICA TRECEVALENTE	ANTINEUMOCÓCCICA TRECEVALENTE			ANTINEUMOCÓCCICA TRECEVALENTE			
ANTIPOLIOMELITICA VOP TIPO SABIN								

Esquema Universal Ampliado

ESQUEMA DE VACUNACIÓN 2006	ESQUEMA DE VACUNACIÓN 2007	ESQUEMA DE VACUNACIÓN 2008-2009	ESQUEMA DE VACUNACIÓN 2010	ESQUEMA DE VACUNACIÓN 2011
BCG	BCG	BCG	BCG	BCG
DPT+HepB+Hib	Hep-B para menores de 1 año DPaT+IPV+Hib	Hep-B para menores de 1 año DPaT+IPV+Hib	Hep-B para menores de 1 año DPaT+IPV+Hib	Hep-B para menores de 1 año DPaT+IPV+Hib
OPV	OPV (SNS)	OPV (SNS)	OPV (SNS)	OPV (SNS)
Anti-rotavirus (MUNICIPIOS DE ALTA MARGINACIÓN)	VACUNA ANTI-ROTAVIRUS UNIVERSAL	VACUNA ANTI-ROTAVIRUS UNIVERSAL	VACUNA ANTI-ROTAVIRUS UNIVERSAL	VACUNA ANTI-ROTAVIRUS UNIVERSAL
PCV-7 (MUNICIPIOS DE ALTA Y MOD. MARGINACIÓN)	PCV-7 (MUNICIPIOS DE ALTA Y MOD. MARGINACIÓN)	PCV-7 UNIVERSAL	PCV-7 UNIVERSAL	PCV-13 UNIVERSAL
SRP	SRP	SRP	SRP	SRP
DPT	DPT	DPT	DPT	DPT
	Hep-B en adolescentes	Hep-B en adolescentes	Hep-B en adolescentes	Hep-B en adolescentes
Td	Td	Td	Td	Td
SR	SR	SR	SR	SR
	Influenza estacional	Influenza estacional	Influenza estacional	Influenza estacional
	PCV-23	PCV-23	PCV-23	PCV-23
			VPH en municipios de alto riesgo	VPH (universalización)

Las Acciones Intensivas de vacunación se implantaron con el propósito fundamental de elevar las coberturas de vacunación en un periodo muy corto. Su desarrollo se programó antes de la época de mayor incidencia de los padecimientos que las vacunas previenen o cuando las condiciones epidemiológicas así lo exigieran, con el fin de romper la cadena de transmisión del agente causante de la enfermedad inmunoprevenible (bloqueos vacunales). Las vacunas permiten el control, eliminación o erradicación de muchas enfermedades infecciosas. Cuando se presentan las enfermedades inmunoprevenibles tienen un fuerte impacto económico y traen como consecuencia consultas médicas, hospitalizaciones y muertes prematuras. Por lo tanto, debemos mantener niveles altos de inmunización para reducir su transmisión.

Bajo éste contexto, el Programa de Vacunación Universal busca ofertar permanentemente las vacunas que necesita el menor de cinco años, así como aquellas que se aplican en forma complementaria tanto a este grupo etéreo como a los adolescentes y adultos. A lo largo de la historia, las acciones de Vacunación Universal han sido una prioridad para erradicar, eliminar o controlar enfermedades como la viruela y otras de gran importancia, como poliomielitis, sarampión, difteria, tos ferina, tétanos, tuberculosis meningea y enfermedades neumocóccicas.

Con la finalidad de que los grupos vulnerables se apliquen las vacunas que les corresponden de acuerdo al esquema, se llevan a cabo acciones permanentes de vacunación; las **Actividades Permanentes se llevan a cabo en los servicios** del 1er, 2º y 3er Nivel de Atención del Sistema Nacional de Salud, dichas actividades se desarrollan de manera continua a lo largo de todo el año, mediante actividades de enfocadas a cubrir los Esquemas Básicos de Vacunación y los Esquemas Complementarios en las diferentes edades.

La Vacunación Permanente se ofrece sistemáticamente en las unidades de salud que cuentan con servicios de inmunización; mediante la oferta de vacunas intramuros e instalación de puestos de vacunación en diversos espacios de la comunidad o bien mediante visitas domiciliarias. Este servicio se otorga durante todos los días laborables del año. Su principal objetivo es ofertar permanentemente las vacunas que requieren los menores de ocho años para iniciar y completar los esquema de vacunación de acuerdo a la edad, como son en la actualidad: BCG, anti hepatitis B, Pentavalente (DPaT+VIP+Hib), anti-rotavirus, anti-influenza, antineumocócica conjugada, Triple Viral (SRP) y DPT, así como aquellos inmunógenos que se aplican en forma complementaria en diferentes grupos etarios, tales como las vacunas, Doble Viral (SR), anti hepatitis B, VPH, toxoides tetánico y diftérico, anti-influenza y antineumocócica de 23 serotipos; algunas de las cuales se circunscriben a determinada época del año y a grupos poblacionales seleccionados epidemiológicamente.

En el año 2006 se inició, en tres etapas, la aplicación de la vacuna contra neumococo en niños de 2 a 23 meses de edad.

- En la primera etapa se consideró a los residentes en 58 municipios de bajo índice de desarrollo humano de 9 entidades federativas.
- En la segunda etapa se amplió a 490 municipios con 70% y más de población indígena, en 20,600 localidades de 14 entidades federativas.
- En la tercera etapa, desarrollada en el 2007, se amplió a 595 municipios con 50% y más de población indígena, que incluyen a 27,577 localidades de 16 entidades federativas: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán.

En el 2008, se universalizó la vacuna contra el neumococo en los menores de un año de edad.

A partir de mayo de 2006 se inició la aplicación de vacuna contra **rotavirus** en los niños de 2 a 6 meses de edad, de los 490 municipios con población mayormente indígena en los estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán, con lo que se espera disminuir el número de muertes por diarreas en los menores de un año.

Para el **2007 se universalizó** la aplicación de la vacuna al mismo grupo etario en todo el territorio nacional. Se estima que la vacunación contra rotavirus podrá reducir la mortalidad por enfermedad diarreica hasta en un 60% en los países latinoamericanos. En México, la evaluación del impacto de la vacunación contra rotavirus podrá realizarse de manera óptima cuando se cuente con un conjunto suficiente de datos derivado de la vigilancia epidemiológica específica de las infecciones por rotavirus, y cuando los lactantes vacunados por el programa cumplan la edad hasta la que la vacuna ha probado ser eficaz. Mientras tanto, de manera preliminar, el análisis de la mortalidad por enfermedad diarreica en menores de cinco años sugiere una aceleración de la reducción de la mortalidad al pasar esta reducción de 3.9% anual en promedio entre los años 2000-2005 hasta reducirse 15.8% anual en promedio a partir de 2006.

En Noviembre del 2008, dio inicio la aplicación de la vacuna contra la infección del **VPH**, que protege de la infección por dos virus de alto riesgo de provocar cáncer cervicouterino, 16 y 18 y dos virus de bajo riesgo, 6 y 11 en adolescentes femeninas de 12 a 16 años de edad, habitantes de los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano de los estados de Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz. El esquema consta de tres dosis. Además, como parte de la estrategia, “Todas las Mujeres, una oportunidad de prevención”, también dio inicio la toma de Papanicolaou en mujeres de 25 a 34 años y realización de Pruebas de ADN de VPH en Mujeres de 35 a 64 años, en estos 125 municipios. En **julio de 2011, se universalizó** la vacunación en todas las niñas de 9 años de edad.

En el marco del Programa de Vacunación Universal, tanto en 2008 como en 2009, se llevaron a cabo las tres Semanas Nacionales de Salud, mediante las cuales se aplicaron en 2008 más de 30.7 millones de dosis de vacunas y en 2009 más de 34.2 millones de dosis. En este contexto, México mantiene el esquema básico de vacunación más completo de América Latina, tanto por el número de vacunas que lo integran como por la población a la que beneficia. En el 2008, la cobertura con esquema básico completo de vacunación se mantuvo en 95% en el grupo de un año de edad y de 98% en el grupo de uno a cuatro años. En el 2009, la cobertura con esquema básico completo de vacunación se mantuvo por arriba de 95% en el grupo de un año de edad y en 98% en el grupo de uno a cuatro años.

Cobertura en niños de 1 año de edad.

Durante el periodo 2006-2012 las acciones del Programa Nacional de Vacunación han permitido mantener a nivel sectorial la cobertura con Esquema Básico de Vacunación en los niños de un año de edad por arriba del 95%, exceptuando el año 2008 en el cual se registra una cobertura de 94.5%. Al comparar la cobertura de vacunación con esquema básico completo del 2006, con la cobertura del 2010 se observa disminución 0.2 puntos porcentuales, pasando de 95.2 por ciento en el 2006 a 95.1 por ciento en el 2011.

Cabe resaltar que cada décima de variación ha representado la vacunación de 1,800 a 2,000 niños de un año edad, los cuales generalmente residen en localidades de difícil acceso y su incorporación ha permitido reducir las desigualdades en la prestación de servicios de salud.

METAS: Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema básico completo de vacunación en población de un año de edad.									
Variables: Núm. Total de niños de un año de edad con esquema de vacunación completo/Núm. Total de niños de un año en Censo Nominal.									
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Junio 2012	Sept 2012/ ¹	Dic 2012/ ²
Niños Registrados en Censo Nominal	1,682,678	1,648,151	1,688,983	1,720,111	1,758,573	1,691,461	1,669,304	1,685,264	1,719,292
Niños vacunados	1,601,229	1,567,606	1,596,818	1,644,318	1,684,847	1,616,953	1,600,859	1,608,211	1,672,947
COBERTURA	95.2	95.1	94.5	95.6	95.8	95.6	95.9	95	95
META	95	95.4	95.8						

1/ Preliminar

2/ Estimada

FUENTE: Servicios Estatales de salud

Esta meta nos muestra que la población menor de un año tenga las vacunas que correspondan a su edad, para reducir las enfermedades prevenibles por vacunación y con ello contribuir a la reducción de la mortalidad infantil. Al hablar de esquema e vacunación completo, nos referimos a que el niño de un año de edad cuente con 1 dosis de vacuna BCG, 3 dosis de vacuna contra la Hepatitis B, 3 dosis de vacuna pentavalente y 1 dosis de vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis.

Censo Nominal es el listado por nombre de todos los niños menores de 8 años registrados en el sistema de información PROVAC.

Al cierre del año 2011, se registró una cobertura con esquema de vacunación completo, en los niños de un año de edad del 95.6 por ciento; para el periodo enero-junio 2012, se registra una cobertura con esquema de vacunación completo en los niños de un año de edad del 95.9 por ciento. Para el corte de septiembre de 2012 las cifras preliminares muestran una cobertura de 95.4 por ciento y se estima una cobertura de 95.8 por ciento para el cierre de 2012. Lo que indica que será posible cumplir con la meta programada en el Programa de Acción Específico.

BIOLOGICO										
METAS: Mantener por arriba del 95% la cobertura de vacunación por tipo de biológico en niños de un año de edad.										
Variables: Núm. Total de niños de un año de edad vacunados por tipo de biológico/Núm. Total de niños de un año en Censo Nominal.										
	Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Junio 2012/	Septiembre 2012/ ¹	Diciembre 2012/ ²
Pentavalente	Niños Registrados en Censo Nominal	1,682,678	1,648,151	1,688,983	1,720,111	1,758,573	1,691,461	1,669,304	1,685,264	1,719,292
	Niños vacunados	1,649,024	1,611,892	1,636,625	1,670,916	1,728,677	1,655,941	1,629,241	1,641,088	1,672,947
	PROGRAMADO	95	95	95	95	95	95	95	95	95

BIOLOGICO	METAS: Mantener por arriba del 95% la cobertura de vacunación por tipo de biológico en niños de un año de edad. Variables: Núm. Total de niños de un año de edad vacunados por tipo de biológico/Núm. Total de niños de un año en Censo Nominal.									
	Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Junio 2012/ ¹	Septiembre 2012/ ¹	Diciembre 2012/ ²
	REAL	98	97.8	96.9	97.14	98.3	97.9	97.6	97.4	97.3
	PORECENAJE DE AVANCE		-0.2	-0.9	0.24	1.16	-0.4	-0.3	-0.2	-0.1
Triple Viral	Niños Registrados en Censo Nominal	1,682,678	1,648,151	1,688,983	1,720,111	1,758,573	1,691,461	1,669,304	1,685,264	1,719,292
	Niños vacunados	1,620,419	1,588,818	1,612,979	1,649,586	1,697,023	1,628,877	1,604,237	1,617,951	1,647,918
	PROGRAMADO	95	95	95	95	95	95	95	95	95
	REAL	96.3	96.4	95.5	95.9	96.5	96.3	96.1	96.0	95.8
	PORECENAJE DE AVANCE		0.1	-0.9	0.4	0.6	-0.2	-0.2	-0.1	-0.2
BCG	Niños Registrados en Censo Nominal	1,682,678	1,648,151	1,688,983	1,720,111	1,758,573	1,691,461	1,669,304	1,685,264	1,719,292
	Niños vacunados	1,674,265	1,643,207	1,683,916	1,716,671	1,751,539	1,683,004	1,662,627	1,680,930	1,713,991
	PROGRAMADO	95	95	95	95	95	95	95	95	95
	REAL	99.5	99.7	99.7	99.8	99.6	99.5	99.6	99.7	99.7
	PORECENAJE DE AVANCE		0.2	0	0.1	-0.2	-0.1	0.1	0.1	-0.1
Anti hepatitis B	Niños Registrados en Censo Nominal	1,682,678	1,648,151	1,688,983	1,720,111	1,758,573	1,691,461	1,669,304	1,685,264	1,719,292
	Niños vacunados	1,649,024	1,611,892	1,636,625	1,670,228	1,728,677	1,657,632	1,629,241	1,640,843	1,672,892
	PROGRAMADO	95	95	95	95	95	95	95	95	95
	REAL	98	97.8	96.9	97.1	98.3	98	97.6	97.4	97.3
	PORECENAJE DE AVANCE		-0.2	-0.9	0.2	1.2	-0.3	-0.4	-0.2	-0.1

1/Preliminar

2/ Estimación

FUENTE: Servicios Estatales de Salud

La cobertura de vacunación en los niños de un año de edad por tipo de biológico ha presentado las siguientes variaciones.

Pentavalente: La cobertura de vacunación con este biológico ha presentado fluctuaciones durante el período 2006-2010. La cobertura más baja se registró en el año 2008 con una cobertura de 96.9 por ciento, disminución de 1.1 puntos porcentuales en comparación con el año 2006. La cobertura más alta se registró en el 2010, siendo del 98.3 por ciento, con un incremento de 0.3 puntos porcentuales en comparación con el año 2006, y de 1.16 puntos porcentuales en comparación con el año 2009. Al cierre del 2011 la cobertura fue de 97.9 por ciento, para el período enero-junio de 2012 se registra una

cobertura de 97.6 por ciento. Para el corte de septiembre de 2012 la cifras preliminares muestran una cobertura de 97.4 por ciento y se estima una cobertura de 97.3 por ciento para el cierre de 2012.

Triple viral (SRP): La cobertura se mantiene por arriba del 95 por ciento. En el 2006 la cobertura fue de 96.3, incrementando una décima porcentual en el 2007 (96.45), en 2008 se registró una cobertura de 95.5 por ciento, la más baja del periodo 2006-20011, en el 2009 la cobertura fue de 95.9 por ciento (incremento 0.4 puntos porcentuales con relación al 2008). Para el 2010 se reportó un incremento de 0.6 por ciento. Al cierre del 2011 la cobertura con SRP se mantiene por arriba del 95 por ciento registrando una cobertura de 96.3 por ciento, cifra igual a la registrada en el 2006. Para el período enero-junio de 2012 se registra una preliminares muestran una cobertura de 96.0 por ciento y se estima una cobertura de 95.8 por ciento para el cierre de 2012.

BCG: Durante el periodo 2006-2011 la cobertura de vacunación con BCG se ha mantenido por arriba del 99 por ciento, registrando en el año 2009 una cobertura de 99.8 por ciento, la más alta del periodo. En el 2006 se registra una cobertura de 99.5por ciento, la más baja del periodo 2006-2010. En 2011, la cobertura con este biológico se mantiene por arriba del 99 por ciento, registrando una cobertura igual a la del 2006 (99.5%). Para el período enero-junio de 2012 se registra una cobertura de 99.6 por ciento. Para el corte de septiembre de 2012 las cifras preliminares muestran una cobertura de 99.7 por ciento y se estima una cobertura de 99.7 por ciento para el cierre de 2012.

Anti hepatitis B: La cobertura con este biológico se ha mantenido por arriba del 95 por ciento durante el periodo 2006-2010. En 2011 la cobertura fue de 98 por ciento. Para el período enero-junio de 2012 se registra una cobertura de 97.6 por ciento. Para el corte de septiembre de 2012 la cifras preliminares muestran una cobertura de 97.4 por ciento y se estima una cobertura de 97.3 por ciento para el cierre de 2012.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Jun. 2012/2	Sep. 2012/3	Dic. 2012/4
ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1								
Nacional	95.16	95.11	94.54	95.59	95.81	95.6	95.9	95.43	95.79
Aguascalientes	99.34	98.35	97.72	98.35	98.46	98.3	98.4	98.11	98.06
Baja California	94.63	93.93	96.86	95.85	93.26	93.2	95.43	95.16	95.59
Baja California Sur	98.35	97.75	98.47	98.03	99.28	98.6	98.35	98.08	98.58
Campeche	100	100	99.99	99.99	100	100	99.99	100	99.99
Coahuila	98.54	98.54	97.11	94.52	98.64	98.6	95.22	97.53	96.52
Colima	97.99	96.67	93.84	98.7	97.06	97.3	98.38	95.27	95.63
Chiapas	95.07	96.91	95.99	97.58	94.77	95.3	97.03	96.57	96.09
Chihuahua	95.83	94.74	93.59	87.99	94.97	93.5	90.41	93.27	92.2
Distrito Federal	91.68	89.71	82.79	88.39	90	90.8	90.53	90.9	91.39
Durango	95.19	95.54	97.2	96.83	96.94	96.1	96.99	96.32	97.06
Guanajuato	98.49	98.49	98.94	98.62	96.66	98.5	97.99	98.61	98.33
Guerrero	97.81	92.92	91.11	91.24	98.49	95.3	92.99	92.27	93.04
Hidalgo	98.09	97.41	97.9	96.87	99.77	98.4	97.58	97.59	98.05
Jalisco	91.41	90.29	96.62	94.65	93.35	93.4	94.43	93.19	95.55

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Jun. 2012/2	Sep. 2012/3	Dic. 2012/4
ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1								
México	85.4	88.79	87.16	90.27	90	90	90.22	90.37	91.03
Michoacán	99.52	99.11	99.14	99.7	99.14	99.5	99.55	99.16	99.36
Morelos	94.28	90.13	93.45	92.95	96.4	93.6	93.98	91.73	95.34
Nayarit	99.13	99.64	98.3	99.32	98.31	99.7	98.91	99.06	98.66
Nuevo León	95.75	95.71	95.27	96.48	95.27	94.9	96.34	95.6	95.58
Oaxaca	93.99	96.54	92.76	96.66	97.45	95.6	97.1	95.16	96.55
Puebla	96.23	96.52	96.53	97.17	95.73	95.7	96.94	96.56	96.48
Querétaro	97.25	96.71	95.24	96.89	98.15	97.1	97.28	96.21	96.48
Quintana Roo	76.09	76.09	92.37	97.77	90	90	96.47	91.02	95.1
San Luis Potosí	100	100	100	99.94	99.87	99.9	99.91	99.99	99.95
Sinaloa	99.05	99.08	99.41	99.19	99.19	99.2	99.18	99.21	99.3
Sonora	97.83	98.92	98.03	98.14	98.52	98.2	98.26	98.51	98.11
Tabasco	99.82	99.15	99.38	99.08	100.04	99.7	99.3	99.25	99.49
Tamaulipas	99.82	97.63	98.99	98.81	99.16	98.8	98.93	98.25	99.08
Tlaxcala	98.5	98.89	99.26	99.3	98.16	98.4	99.07	99.05	98.98
Veracruz	98.83	98.21	88.93	98.37	99.15	97.6	98.77	94.87	94.51
Yucatán	94.88	96.08	96.62	96.69	97.06	96.2	96.9	96.38	96.75
Zacatecas	98.88	98.83	99.58	99.93	98.88	98.9	99.76	99.19	99.54

1/ Esquema Completo de Vacunación.

2/ Corte al 30 de junio de 2012

/2 Corte al 30 de septiembre de 2012

/3 Estimación del 31 de diciembre de 2012

FUENTE: Servicios Estatales de Salud

En el 2006, los estados con mayor cobertura de vacunación en los niños de 1 año de edad, fueron: Campeche, San Luis Potosí, Tabasco y Tamaulipas, con coberturas de 100,100, 99.82 y 99.82 por ciento respectivamente, los estados con menor coberturas de vacunación en los niños de 1 año de edad fueron Distrito Federal, Jalisco, México y Quintana Roo, con coberturas del 91.68, 91.41, 85.40 y 76.09 por ciento, respectivamente.

Al cierre del 2011, los estados con mayor cobertura de vacunación en los niños de un año de edad fueron Campeche con cobertura de 100 por ciento, San Luis Potosí con cobertura de 99.95 por ciento, Nayarit con cobertura de 99.74 por ciento y Tabasco con una cobertura de 99.67 por ciento, los estados con menor cobertura fueron Baja California con 93.18 por ciento, Distrito Federal con 90.75 por ciento, México con cobertura de 85.97 por ciento y Quintana Roo con cobertura de 81.82 por ciento.

Para el cierre del 2012 se estima que los estados con mayor cobertura de vacunación en el grupo de niños de 1 año de edad son: Campeche, San Luis Potosí, Zacatecas, Tabasco, Michoacán, Sinaloa y Tamaulipas, con coberturas de 99.99, 99.95, 99.54, 99.49, 99.36, 99.3 y 99.08 por ciento respectivamente.

Se estima que los estados con menor cobertura el cierre de 2012 son: México con 91.03, Distrito Federal con una cobertura de 91.39, Chihuahua con 92.2, Guerrero con cobertura de 93.4 y Veracruz con una cobertura de 94.51 por ciento.

Es importante destacar que CENSIA, como parte de sus funciones y facultades, realiza diversas visitas de supervisión a las entidades federativas que en su caso, presenten bajas coberturas, ello con la finalidad de identificar si existe alguna problemática que influya en esta situación.

Cobertura en niños de 1 a 4 años de edad

METAS: Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema completo de vacunación en población de uno a cuatro años de edad.

Variables: Núm. Total de niños de un a cuatro años de edad con esquema de vacunación completo/Núm. Total de niños de un año en Censo Nominal.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Jun. 2012	Sep. 2012/ ¹	Dic. 2012/ ²
Niños Registrados en Censo Nominal	7,684,155	7,484,532	7,477,000	7,704,607	7,927,963	7,628,136	7,559,794	7,555,119	7,666,651
Niños vacunados	7,539,228	7,337,059	7,318,542	7,525,974	7,791,048	7,483,725	7,406,985	7,397,918	7,506,466
PROGRAMADO	95	95	95	95	95	95	95	95	95
REAL	98.1	98	97.9	97.7	98.3	98.1	98	97.9	97.9
PORECENAJE DE AVANCE		-0.1	-0.1	-0.2	0.6	-0.2	-0.1	-0.1	0.0

1/ Preliminar

2/ Estimada

Fuente: Servicios Estatales de Salud.

Al cierre del 2011, la cobertura con esquema de vacunación completo para este grupo de edad fue de 98.1 por ciento, cifra igual a la registrada en el 2006. Para el periodo enero-junio 2012, se registra una cobertura con esquema de vacunación completo en los niños de uno a cuatro años de edad 98 por ciento. Para el corte de septiembre de 2012 las cifras preliminares muestran una cobertura de 97.9 por ciento y se estima una cobertura de 97.9 por ciento para el cierre de 2012.

La cobertura de vacunación en los niños de uno a cuatro años de edad por tipo de biológico ha presentado las siguientes variaciones.

Pentavalente: La cobertura de vacunación con este biológico ha presentado fluctuaciones durante el período 2006-2010, sin embargo, se ha mantenido por arriba del 95 por ciento, logrando coberturas de más del 99 por ciento. Durante el 2006 y 2010 se registraron las coberturas más altas. Al cierre del 2011, la cobertura de vacunación con este biológico, en los niños de 1 a 4 años de edad fue de 99.2 por ciento. Para el periodo enero-junio 2012, se registra una cobertura de 99.2 por ciento. Para el corte de septiembre de 2012 las cifras preliminares muestran una cobertura de 99.4 por ciento y se estima una cobertura de 99.0 por ciento para el cierre de 2012.

Triple viral (SRP): La cobertura de vacunación para este biológico se mantiene por arriba del 95 por ciento, en el 2006 la cobertura fue de 98 por ciento, durante el 2007 presentó una disminución de 0.1 por ciento y para el 2008 se presentó una disminución de 0.3 por ciento con relación a la cobertura registrada en el 2006, durante el 2009 se presentó un leve incremento y para el cierre del 2010 se logra una cobertura igual a la registrada al cierre de 2006 (98.5 por ciento). Durante el 2011, la cobertura con SRP se mantiene por arriba del 95 por ciento, registrándose una cobertura de 98.5 por ciento. Para el

periodo enero-junio 2012, se registra una cobertura de 98.4 por ciento. Para el corte de septiembre de 2012 las cifras preliminares muestran una cobertura de 98.6 por ciento y se estima una cobertura de 99.9 por ciento para el cierre de 2012.

BCG: La cobertura de vacunación se ha mantenido por arriba del 99 por ciento, registrando en el año 2010 una cobertura de 100 por ciento, la más alta del periodo. Durante el 2011 la cobertura con este biológico se mantiene por arriba del 99 por ciento, registrando una cobertura de 99.8 por ciento. Para el periodo enero-junio 2012, se registra una cobertura de 99.7 por ciento. Para el corte de septiembre de 2012 las cifras preliminares muestran una cobertura de 99.3 por ciento y se estima una cobertura de 99.7 por ciento para el cierre de 2012.

Sabin: La cobertura de vacunación con este biológico, se ha mantenido por arriba del 95 por ciento durante el periodo 2006-2010. Al cierre del 2010, se registró una cobertura de 99.6 por ciento, siendo la más alta del periodo. Durante el 2011, la cobertura fue de 99.2 por ciento. Para el periodo enero-junio 2012, se registra una cobertura de 99.2 por ciento. Para el corte de septiembre de 2012 las cifras preliminares muestran una cobertura de 99.4 por ciento y se estima una cobertura de 99.0 por ciento para el cierre de 2012.

BIOLOGICO	METAS: Mantener por arriba del 95% la cobertura de vacunación por tipo de biológico en niños de uno a cuatro años de edad. Variables: Núm. Total de niños de uno a cuatro años de edad vacunados por tipo de biológico/Núm. Total de niños de uno a cuatro años de edad en Censo Nominal.									
	Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Junio 2012/ ¹	Sep. 2012/ ¹	Dic. 2012/ ²
Pentavalente	Niños Registrados en Censo Nominal	7,684,155	7,484,532	7,477,000	7,704,607	7,927,963	7,628,136	7,559,794	7,555,119	7,666,651
	Niños vacunados	7,630,366	7,424,656	7,402,230	7,635,266	7,872,467	7,567,111	7,499,315	7,509,492	7,593,616
	PROGRAMADO	95	95	95	95	95	95	95	95	95
	REAL	99.3	99.2	99	99.1	99.3	99.2	99.2	99.4	99.0
	PORECENAJE DE AVANCE		-0.1	-0.2	0.1	0.2	-0.1	0	0.2	-0.3
Triple Viral	Niños Registrados en Censo Nominal	7,684,155	7,484,532	7,477,000	7,704,607	7,927,963	7,628,136	7,559,794	7,555,119	7,666,651
	Niños vacunados	7,568,893	7,364,779	7,342,414	7,573,629	7,809,044	7,513,714	7,438,837	7,447,303	7,662,087
	PROGRAMADO	95	95	95	95	95	95	95	95	95
	REAL	98.5	98.4	98.2	98.3	98.5	98.5	98.4	98.6	99.9
	PORECENAJE DE AVANCE		-0.1	-0.2	0.1	0.2	0	-0.1	0.2	1.4
BCG	Niños Registrados en Censo Nominal	7,684,155	7,484,532	7,477,000	7,704,607	7,927,963	7,628,136	7,559,794	7,555,119	7,666,651
	Niños vacunados	7,668,787	7,469,563	7,462,046	7,527,401	7,927,963	7,612,879	7,537,114	7,504,613	7,646,675
	PROGRAMADO	95	95	95	95	95	95	95	95	95
	REAL	99.8	99.8	99.8	97.7	100	99.8	99.7	99.3	99.7
	PORECENAJE DE AVANCE		0	0	-2.1	2.3	-0.2	-0.1	-0.4	0.4
Sabin	Niños Registrados en Censo Nominal	7,684,155	7,484,532	7,477,000	7,704,607	7,927,963	7,628,136	7,559,794	7,555,119	7,666,651

BIOLOGICO	METAS: Mantener por arriba del 95% la cobertura de vacunación por tipo de biológico en niños de uno a cuatro años de edad. Variables: Núm. Total de niños de uno a cuatro años de edad vacunados por tipo de biológico/Núm. Total de niños de uno a cuatro años de edad en Censo Nominal.									
	Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Junio 2012/	Sep. 2012/ ¹	Dic. 2012/ ²
Niños vacunados		7,630,366	7,424,656	7,394,753	7,581,334	7,896,251	7,567,111	7,499,315	7,509,492	7,593,616
PROGRAMADO		95	95	95	95	95	95	95	95	95
REAL		99.3	99.2	98.9	98.4	99.6	99.2	99.2	99.4	99.0
PORECENAJE DE AVANCE			-0.1	-0.3	-0.5	1.2	-0.4	0	0.2	-0.3

1/ Preliminar

2/ Estimación

FUENTE: Servicios Estatales de Salud

**COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**

ENTIDAD FEDERATIVA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Jun. 2012/1	Sep. 2012/2	Dic. 2012/3
	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1	PORCENTA JE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1
Nacional	98.11	98.03	97.88	97.68	98.27	98.11	98.8	97.92	97.91
Aguascalientes	99.80	99.47	99.34	99.34	99.34	99.34	99.34	99.34	99.34
Baja California	97.58	96.83	97.88	97.88	97.88	97.88	97.88	97.88	97.88
Baja California Sur	99.46	99.17	99.34	99.34	99.34	99.34	99.34	99.34	99.34
Campeche	100.00	100.00	100	100	100	100	100	100	100
Coahuila	99.54	99.54	98.71	98.71	98.71	98.71	98.71	98.71	98.71
Colima	99.16	98.74	98.49	98.49	98.49	98.49	98.49	98.49	98.49
Chiapas	97.92	98.57	98.12	98.12	98.12	98.12	98.12	98.12	98.12
Chihuahua	98.67	98.30	96.65	96.65	96.65	96.65	96.65	96.65	96.65
Distrito Federal	96.96	96.26	94.47	94.96	95.72	96.57	96.06	95.24	95
Durango	98.44	98.51	98.74	98.74	98.74	98.74	98.74	98.74	98.74
Guanajuato	99.03	99.03	99.21	99.21	99.21	99.21	99.21	99.21	99.21
Guerrero	99.29	98.10	97.42	97.42	97.42	97.42	97.42	97.42	97.42
Hidalgo	99.51	99.27	99.36	99.36	99.36	99.36	99.36	99.36	99.36
Jalisco	95.16	95.04	96.79	96.79	96.79	96.79	96.79	96.79	96.79
México	95.15	95.81	94.68	94.81	96.05	95.27	95.2	95.33	95.0
Michoacán	99.83	99.71	99.71	99.71	99.71	99.71	99.71	99.71	99.71
Morelos	98.22	96.61	97.65	97.65	97.65	97.65	97.65	97.65	97.65
Nayarit	99.67	99.87	99.55	99.55	99.55	99.55	99.55	99.55	99.55
Nuevo León	98.53	98.65	98.44	98.44	98.44	98.44	98.44	98.44	98.44
Oaxaca	98.27	98.89	98.33	98.33	98.33	98.33	98.33	98.33	98.33
Puebla	98.65	98.86	98.7	98.7	98.7	98.7	98.7	98.7	98.7
Querétaro	99.00	98.54	98.63	98.63	98.63	98.63	98.63	98.63	98.63
Quintana Roo	94.34	94.34	98.03	98.03	98.03	98.03	98.03	98.03	98.03
San Luis Potosí	99.99	100.00	99.98	99.98	99.98	99.98	100	100	100
Sinaloa	99.74	99.75	99.77	99.77	99.77	99.77	99.77	99.77	99.77
Sonora	99.27	98.18	99.16	99.16	99.16	99.16	99.16	99.16	99.16
Tabasco	99.95	99.77	99.82	99.82	99.82	99.82	99.82	99.82	99.82
Tamaulipas	99.84	99.39	99.61	99.61	99.61	99.61	99.61	99.61	99.61
Tlaxcala	99.51	99.64	99.62	99.62	99.62	99.62	99.62	99.62	99.62
Veracruz	99.67	99.53	98.53	98.53	98.53	98.53	98.53	98.53	98.53
Yucatán	98.27	97.35	98.11	98.11	98.11	98.11	98.11	98.11	98.11
Zacatecas	99.63	99.52	99.66	99.66	99.66	99.66	99.66	99.66	99.66

1/ Esquema completo de vacunación

/1 Corte al 30 de junio de 2012

/2 Corte al 30 de septiembre de 2012

/3 Estimación del 31 de diciembre de 2012

FUENTE: Servicios Estatales de Salud

Al 30 de junio de 2012, todos los estados tuvieron coberturas de vacunación con esquema completo en niños de 1 a 4 años de edad por arriba del 95 por ciento. Los estados con mayor cobertura de vacunación fueron Campeche y San Luis Potosí con cobertura de 100 por ciento; los estados con menor cobertura fueron Distrito Federal, Jalisco, Quintana Roo y México.

Al cierre de 2012, Se estiman coberturas por arriba del 95 por ciento en todos los estados. Los estados con mayor cobertura de vacunación fueron Campeche y San Luis Potosí con cobertura de 100 por ciento; Seguidos de Tabasco con una cobertura de 99.82 por ciento, Sinaloa con 99.77 por ciento y Michoacán con una cobertura de 99.71 por ciento. Los estados con menor cobertura fueron Distrito Federal, y México con coberturas de 95 por ciento, Chihuahua con cobertura de 96.65 por ciento y Jalisco, con una cobertura de 96.79 por ciento.

Difusión

Con la finalidad de fomentar entre la población la vacunación, se ha desarrollado la "Campaña Permanente de vacunación", la cual tiene como objetivo principal motivar a las personas a asistir a tiempo a las unidades de salud a vacunar oportunamente a sus hijos menores de 5 años, y especialmente a los menores de 1 año de edad para que completen su esquema de vacunación, principalmente a los 2, 4, 6, 12 y 18 meses de edad.



Así mismo, se ha desarrollado una comunicación social masiva de forma original, eficiente e interactiva, a través del marketing móvil, la vinculación con el sector privado y con las ONG's.

• Semanas Nacionales de Vacunación

Las Semanas Nacionales de Vacunación tienen como propósito fundamental elevar las coberturas de vacunación en un período corto. Se realizan antes de la época de mayor incidencia de los padecimientos que previenen, o cuando las condiciones epidemiológicas así lo requieren, con el fin de romper la cadena de transmisión del agente causante de la enfermedad. Las Semanas Nacionales de Salud han sido el primer evento de salud pública en otorgar a la niñez mexicana acciones integradas de atención primaria cuyo eje central son las acciones de vacunación.

En México se realizan cada año tres Semanas Nacionales de Salud. Las dos primeras en febrero y mayo, tienen como actividad central la aplicación de vacuna Sabin a todos los menores de cinco años, con el propósito de mantener la erradicación del poliovirus silvestre del territorio nacional. La tercera en el mes de octubre, se aplican dos vacunas: triple viral (SRP) a todos los niños de nuevo ingreso a la instrucción primaria, así como a los niños de 6 y 7 años no inscritos en el Sistema Educativo Nacional; y toxoide tetánico diftérico (Td) a los alumnos de sexto grado de primaria.

En las tres Semanas Nacionales se aplican todas las vacunas para iniciar o completar esquemas vacúnales en los menores de cinco años (BCG; pentavalente, rotavirus, neumococo, sarampión, rubeola, parotiditis, hepatitis, B, tétanos, difteria, poliomieltis), así como toxoide tetánico diftérico (Td) a las mujeres en edad reproductiva, principalmente a las embarazadas para prevenir el tétanos neonatal.

También se proporciona a las mujeres en edad fértil un micronutriente llamado ácido fólico para evitar que sus hijos nazcan con algunas malformaciones congénitas, además se proporcionan sobres con sales hidratantes "Vida Suero Oral" y se proporciona información a las madres de los niños menores de cinco años para el uso adecuado de las sales hidratantes en el tratamiento de los cuadros diarreicos.

En las Semanas de mayo y octubre, en los municipios considerados de riesgo adicionalmente se otorgan otras acciones de salud como: ministración de megadosis de vitamina "A" a niños de 6 meses a 4 años de edad para contribuir en la disminución de la mortalidad infantil, particularmente la causada por diarreas y sarampión; y se administra Albendazol a niños de 2 a 14 años de edad para reducir la tasa de infestación por parásitos intestinales, disminuir el impacto negativo de las parasitosis en el crecimiento y desarrollo infantil, así como en el rendimiento escolar.

Consideramos a las Semanas Nacionales de Salud como una de las estrategias más importantes de los Programas de Acción de "Infancia" y "Adolescencia", porque con ellas se han fortalecido de manera significativa la coordinación y los vínculos de trabajo entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.



Desde el 2006 al 2010, se realizaron tres Semanas Nacionales de Vacunación cada año, aplicándose en promedio 35 millones de dosis de vacunas cada año. Durante el 2011 se han realizado dos Semanas Nacionales de Vacunación, está programa para realizarse la tercera en la primera semana de octubre, para 2012, se tiene programado realizar tres Semanas Nacionales de Vacunación.

En el año 2012 se han realizado 3 Semanas Nacionales:



Del 25 de febrero al 2 de marzo de 2012 se llevó a cabo la 1er. Semana, la cual tenía como objetivos aplicar a los niños menores de 1 año de edad vacunas contra rotavirus, hepatitis B, BCG, neumococo y pentavalente; vacunar a los menores de 5 años de edad con vacuna Sabin; vacunar a mujeres embarazadas contra tétanos y difteria.

Del 26 de mayo al 1 de junio se realizó la Segunda Semana Nacional de Salud, en la cual la actividad principal es la aplicación de la vacuna anti poliomelítica a las niñas y niños menores de 5 años. También se hizo énfasis en la vacunación familiar, la cual abarca a todos los grupos de edad: los niños de 0 a 9

años, los adolescentes de 10 a 19 años, mujeres y hombres de 20 a 49 años y adultos mayores de 60 a más años de edad.

Del 1º al 5 de octubre se realizó la Tercera Semana Nacional de Salud, en la cual la actividad principal es la aplicación de la vacuna triple viral (SRP) a aplicar en población de seis y siete años de edad (primer ingreso a educación primaria y no escolarizada).

Entre otras, también se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Se buscó complementar los esquemas de vacunación y se aplicaron refuerzos de otras vacunas.
- Se aplicó refuerzo de Tétanos y difteria (Td) a la población que fue susceptible.
- Se fortaleció la vacunación con Td a mujeres embarazadas y grupos de riesgo como por ejemplo los municipios con casos de tétanos neonatal y no neonatal.
- Se entregaron sobres de Vida Suero Oral, así como se les dio información sobre cómo prevenir la diarrea y como preparar el sobre de Vida Suero Oral.
- Se distribuyó Albendazol para niños y niñas como tratamiento antiparasitario.
- Se distribuyó Ácido Fólico a las mujeres en edad fértil.

De enero a junio de 2012 se aplicaron más de 24.3 millones de dosis de todas las vacunas durante la 1ª y 2ª Semanas Nacionales de Salud. En la 1ª Semana Nacional de Salud se logró 97.6% de la meta programada y para la 2ª Semana Nacional de Salud se tiene un logro 95.7%.

- **Capacitación**

Durante el 2007 se realizaron tres reuniones nacionales con los responsables estatales de vacunación, en el cual se incluyeron los siguientes temas: lineamientos de vacunación, vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación, vigilancia de la seguridad de las vacunas, supervisión, red de frío, esquemas de vacunación.

Durante el 2008, se realizaron cinco reuniones nacionales con los responsables estatales de vacunación, en el cual se incluyeron los siguientes temas: Campaña nacional de vacunación contra sarampión, rubeola en personas de 19 a 29 años de edad, lineamientos de vacunación, vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación, vigilancia de la seguridad de las vacunas, supervisión, red de frío, esquemas de vacunación, monitoreos rápidos de cobertura.

Durante el 2009 se realizaron cuatro reuniones nacionales con los responsables estatales de vacunación, en el cual se incluyeron los siguientes temas: Campaña de vacunación contra influenza A H1 N1, lineamientos de vacunación, vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación, vigilancia de la seguridad de las vacunas, supervisión, Curso Taller nacional de actualización en red de frío, esquemas de vacunación.

Durante el 2010 se realizaron tres reuniones nacionales con los responsables estatales de vacunación, en el cual se incluyeron los siguientes temas: Sistema de información PROVAC, resultados de la vacunación contra influenza A H1 N1, lineamientos de vacunación, vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación, vigilancia de la seguridad de las vacunas, supervisión, red de frío, esquemas de vacunación.

Durante el 2011 se realizaron dos reuniones nacionales con los responsables estatales de vacunación, en el cual se incluyeron los siguientes temas: Actualización del sistema de información PROVAC, lineamientos de vacunación, vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación, vigilancia de la seguridad de las vacunas, supervisión, red de frío, esquemas de vacunación.

Durante el primer semestre del año se han realizado dos reuniones nacionales: una con los responsables del programa de vacunación universal con los siguientes temas: PROVAC, estado actual de la red de frío, panorama epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacunación, acuerdos del CONAVA, vigilancia de la seguridad de las vacunas, supervisión, Consejos estatales de vacunación, coberturas de vacunación, y un taller para capacitación del PROVAC.

Mantenimiento de la plataforma del Sistema PROVAC,

Es indudable que los sistemas de información son primordiales para el adecuado respaldo de la información oportuna, dentro de los programas de atención a la salud de niños y adolescentes era imprescindible contar con un sistema de información que permitiera dar seguimiento a los niños que han nacido y a los cuales se les aplican vacunas; en este sentido, nace el sistema informático denominado PROVAC. El PROVAC es una aplicación automatizada que permite el registro nominal de los recién nacidos, menores de 13 años, así como el registro de adolescentes, mujeres embarazadas y adultos mayores del país. Su principal función es la estimación de coberturas de vacunación a través del registro, y evaluar el estado nutricional y control de las actividades del estado nutricional del vacunado, por lo que es importante concentrar la información de los menores de 13 años, adolescentes, mujeres embarazadas y adultos.

Este sistema ha venido evolucionando con el transcurrir de los años por diferentes circunstancias, por un lado ha cambiado el esquema de vacunación y por otro, se han hecho diversos cambios que permitan mejor funcionalidad del sistema. Su evolución de los últimos años puede apreciarse en los siguientes párrafos:

Año 2006

El sistema de información para el registro de acciones de vacunación denominado PROVAC, se encontraba con serias deficiencias. La versión vigente 4.11 no permitía la captura de la totalidad de biológicos que integraban el esquema de vacunación universal y la plataforma informática no contaba con la flexibilidad necesaria para la inclusión de nuevos biológicos.

El sistema emitía reportes de cobertura por grupo de edad (menores de un año, un año y de uno a cuatro años) únicamente para los menores de cinco años.

Únicamente emitía reporte para cinco biológicos, el resto se manejaba con formatos paralelos no nominales.

Las coberturas que emitía el sistema utilizaban como denominador la población capturada en censo nominal, lo cual resultaba en coberturas muy sobre-estimadas.

La concordancia entre la población CONAPO y la población capturada en el censo nominal por parte de las entidades federativas para el 2006, era de 57%.

Año 2007

Se dio inicio al diagnóstico situacional del PROVAC, con la finalidad de evaluar:

- a. Plataforma del sistema
 1. Posibilidades de actualizar la plataforma ya existente.
 2. Capacidad de la plataforma existente para incluir nuevos biológicos.
 3. Evaluación de los cálculos, numeradores y denominadores utilizados para la obtención de coberturas.
- b. Infraestructura existentes
 1. Necesidades estatales para mejorar la operación del sistema.
 - Recursos humanos.
 - Recursos financieros.
 - Equipo de cómputo existente y condiciones del mismo.

Durante este año, aún fue necesario emitir coberturas con el sistema 4.11 vigente.

La concordancia entre la población CONAPO y la población capturada en el censo nominal por parte de las entidades federativas para el 2007, fue de 58%.

Año 2008

Una vez finalizado el diagnóstico situacional en el tercer trimestre del año y a instancias del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, se procedió a contactar al Instituto Nacional de Salud Pública, debido a su gran experiencia en el desarrollo de sistemas de información. Fue entonces que se iniciaron los trabajos para el desarrollo de la versión **5.1**.

A la par de este desarrollo por parte del INSP, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, se dio a la tarea de desarrollar la plataforma PROVAC **5.0**

Este fue el último año en el que se emitieron coberturas con el sistema PROVAC 4.11 **La concordancia entre la población CONAPO y la población capturada en el censo nominal por parte de las entidades federativas para el 2006, era de 56%.**

Año 2009

Se procedió a equipar a todas las jurisdicciones de las 32 entidades federativas con 341 equipos de cómputo.

Se asignaron recursos financieros a las entidades federativas para la contratación de capturistas para el sistema PROVAC.

Se instaló por parte de los desarrolladores del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia la **nueva plataforma 5.0**, que incluye los 14 biológicos del esquema de vacunación.

Fueron unificados los catálogos de las localidades ya que anteriormente, se contaba con 36; en ese año y por primera vez se utilizó el catálogo único INEGI.

Durante el segundo semestre del año, se dio instrucción a las 32 entidades federativas para que efectuaran en un primer tiempo la captura de todos los menores de un año en la nueva plataforma, lo anterior debido a que el grupo más vulnerable en términos de enfermedades prevenibles por vacunación con los niños menores de un año; y por consiguiente, representa el principal grupo a vigilar en materia de vacunación.

Durante el año 2009, los trabajos para la actualización de la plataforma se encontraban en pleno desarrollo, las coberturas obtenidas aún no podían considerarse como definitivas ya que el proceso de captura de niños menores de un año en la plataforma aún no estaba concluido.

La concordancia entre la población CONAPO y la población capturada en el censo nominal por parte de las entidades federativas para el 2009, fue de 73%.

Año 2010

Se dio continuidad a la dotación de equipos de cómputo en las 32 entidades federativas.

Se otorgó nuevamente recursos para la contratación de recursos humanos (capturistas) para el PROVAC.

Se dio continuidad a la captura de niños menores de un año en el sistema PROVAC por parte de las entidades federativas, con lo que se logró una concordancia para el año 2010 de 89%.

Durante el año 2010, el sistema PROVAC 5.0 emitió reporte de coberturas para niños menores de uno, de uno; y de uno a cuatro años. Estas coberturas aún son susceptibles de mejora ya que las entidades federativas, al haberse concentrado en incorporar niños al Censo Nominal, se vieron en la necesidad de retrasar la captura de las acciones de vacunación, por lo que su totalidad aún no estaba reflejada en el sistema al momento del cierre.

Año 2011

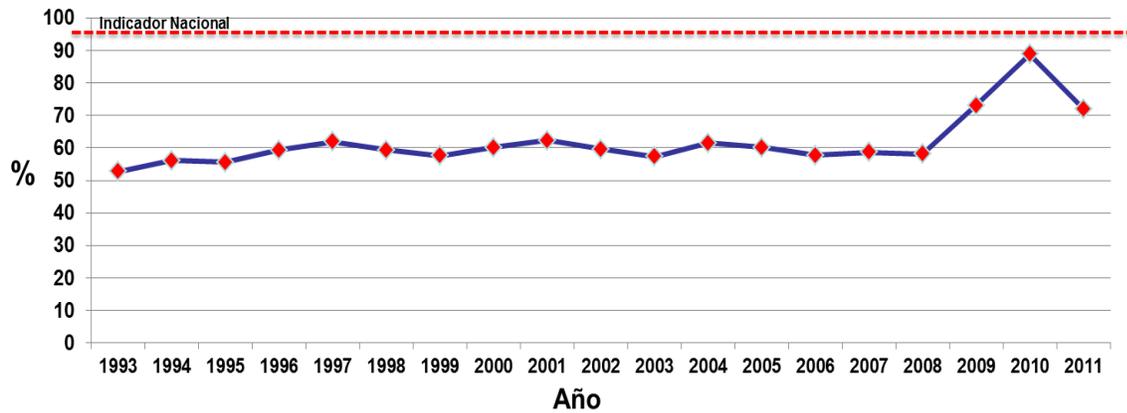
Actualmente las entidades federativas continúan incorporando niños al censo nominal y registrando acciones de vacunación en el sistema. Al finalizar la captura de niños menores de un año, se procederá a incorporar a todos los niños menores de un año. El Instituto Nacional de Salud Pública está efectuando la prueba piloto de la versión 5.1 en el estado de Morelos.

Una vez finalizada la prueba piloto (se espera terminar durante el cuarto trimestre 2011), se procederá a la implementación en las 32 entidades federativas a través de los siguientes procesos:

- a. Capacitación sectorial.
- b. Capacitación a los responsables estatales.
- c. Capacitación a los responsables jurisdiccionales.
- d. Capacitación al personal operativo del programa.
- e. Validación interna y revisión de procesos por parte del CeNSIA.
- f. Validación externa (usuarios e instancias externas).

La siguiente gráfica muestra las concordancias entre el censo nominal y la población CONAPO del 95% o más.

Gráfica 1. Comportamiento de la concordancia poblacional, niños < 1 año, Sector México 1993 - 2011



En el primer semestre del año, se liberó la versión 5.04 del PROVAC, la cual estabiliza el sistema y permitirá la generación de información sectorial y por institución de las coberturas de vacunación.

De igual manera durante este año, se iniciará la implementación de la versión en línea de este Sistema de Información, denominada e-Prov@c; esta nueva modalidad facilitará la captura de registros de dosis aplicadas en una unidad vacunadora, y en ese momento, la información podrá ser consultada por la Jurisdicción Sanitaria, nivel Estatal, Instituciones, CeNSIA, etc. Las principales ventajas son:

- ✓ Obtención de reportes en línea para realizar análisis de información de forma eficaz
- ✓ Disminuir la duplicidad en el registro de los niños incorporados
- ✓ Facilitar la ubicación de niños que fueron registrados en una localidad y los refuerzos se aplican en otra localidad
- ✓ Manejar de forma segura de la información
- ✓ Obtener información sobre el estado vacunal de los niños de acuerdo a su derechohabencia (SPSS, IMSS, ISSSTE)

En resumen, de manera general, el PROVAC ha presentado la siguiente evolución:

Año	Acción
1991	• Nace el PROVAC, se termina de implementar el 1993
1995	• Se integran variables de componentes de nutrición (peso y talla)
1996	• Se obtiene información desglosa por Institución
1998	• Se incorporan los niños menores de 8 años
1999	• Se incorpora el registro de la CURP
2008	• Se implementa el PROVAC 5.0
2009 – 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Se implementa la herramienta cartográfica • Se crean la versión 5.02 • Se realizan mejoras en la generación de reportes, así como en el envío y recepción de información

Año	Acción
2011	<ul style="list-style-type: none">Se generan las versiones 5.03b, 5.03c
2012	<ul style="list-style-type: none">Se libera la versión 5.04 la cual estabiliza el sistemaSe dará inicio a la implementación de la versión en línea e-Prov@c

Fortalecimiento constante y mantenimiento de la red de frío nacional

El Programa de Vacunación Universal busca ofertar permanentemente las vacunas que necesita el menor de cinco años, así como aquellas que se aplican en forma complementaria tanto a este grupo etéreo como a los adolescentes y adultos. A lo largo de la historia, las acciones de Vacunación Universal han sido una prioridad para erradicar, eliminar o controlar enfermedades como la viruela y otras de gran importancia, como poliomielitis, sarampión, difteria, tos ferina, tétanos, tuberculosis meningea y enfermedades neumocóccicas.

Si bien, la vacunación se ha enfocado a la atención prioritaria de la población infantil, el avance tecnológico ha incorporado vacunas que pueden aplicarse durante todas las etapas de la vida, lo cual abre la oportunidad de ampliar el enfoque de la vacunación hacia todo el núcleo familiar, permitiendo con ello incidir favorablemente en la salud familiar durante toda la vida, al disminuir las enfermedades prevenibles por vacunación en nuestro país, bajo un enfoque de riesgo epidemiológico y priorizando los grupos etéreos y comunidades más vulnerables. Contar con acciones Intensivas permite elevar las coberturas de vacunación en un periodo muy corto.

Los insumos básicos del Programa son los productos biológicos o vacunas, mismas que desde su fabricación hasta la aplicación a la población, requieren de un ambiente que asegure la temperatura constante entre 2º C a 8º C , el control de exposición a la luz y la limpieza, para mantener su potencia, capacidad inmunogénica y evitar su contaminación.

En la red de frío o cadena de frío participan varios elementos: los recursos humanos que incluye a las personas que manipulan las vacunas (almacenamiento y distribución) y el personal de salud que las administran; Los recursos materiales tienen dos partes que son complementarias; la cadena fija, que incluye las cámaras de almacenamiento y frigoríficos y registros de termometría que incluyan sistemas de alarma y generadores eléctricos que se activan automáticamente en caso de falla de energía o desconexión accidental. La cadena móvil que incluye los vehículos de distribución, contenedores o termos portátiles, así como el equipo de termometría que permita evaluar el buen estado y conservación de las vacunas.

La Organización Panamericana de la Salud define a la “Cadena o Red de frío” como el sistema logístico que comprende al personal, equipo y procedimientos para conservar, transportar y mantener las vacunas en condiciones óptimas de calidad (condiciones adecuadas de luz y temperatura), desde el lugar de fabricación, hasta las personas que habrán de ser vacunadas. Así mismo señala que cualquier falla del sistema pone en riesgo la calidad y potencia del biológico.

Los programas de inmunización requieren de un adecuado funcionamiento y cumplimiento de la cadena de frío; ésta cadena o red está constituida por un complejo de eslabones que no deben tener fallas para poder garantizar la adecuada conservación de los biológicos. Una vacuna es una sustancia termolábil; para garantizar su inmunogenicidad y eficacia protectora es indispensable mantener permanentemente en buen estado todos y cada uno de los eslabones de la cadena de frío. Que una vacuna pierda potencia representa por un lado, que su adquisición haya sido inútil (recurso mal invertido) y por el otro, que no

cumpla con su objetivo: prevenir enfermedades y posibles pandemias. En general, la red de frío está compuesta por cuatro niveles de intervención:

1. El laboratorio o fabricante.
2. El centro de almacenamiento y distribución.
3. Los Centros Estatales de Vacunación.
4. Los puntos de vacunación.

En la red de frío participan varios elementos, todos ellos fundamentales; en primer lugar están los recursos humanos que incluye a las personas que manipulan las vacunas (almacenamiento y distribución) y el personal de salud que las administran; Los recursos materiales tienen dos partes que son complementarias; la cadena fija, que incluye las cámaras de almacenamiento y frigoríficos y registros de termometría que incluyan sistemas de alarma y generadores eléctricos que se activan automáticamente en caso de falla de energía o desconexión accidental. La cadena móvil que incluye los vehículos de distribución, contenedores o termos portátiles, así como el equipo de termometría que permita evaluar el buen estado y conservación de las vacunas.

Esto significa, que la cadena de frío no solo se refiere a las cámaras frigoríficas, congeladores o refrigeradores, la cadena de frío implica conservar en buenas condiciones la vacuna hasta el momento en que ésta es aplicada a la población. En la mayoría de las entidades, la vacunación se da en los centros de salud, sin embargo muchas otras ocasiones las vacunadoras son las que tienen que trasladarse de su centro de trabajo a las comunidades que se encuentran en zonas rurales, comunidades ubicadas en la sierra, donde el acceso es complicado. Como se comentó, la vacunación se ha convertido en un proceso permanente, no solo se lleva a cabo durante las Semanas Nacionales de Vacunación, busca la aplicación continua de vacunas a fin de evitar la aparición de brotes o en su caso se vuelve intensiva cuando aparecen pandemias, como actualmente se vive en el país.

El Programa de Vacunación Universal requiere de grandes esfuerzos de coordinación entre sectores, instituciones y organizaciones de todo el país; uno de estos esfuerzos es precisamente el de garantizar los recursos fundamentales que intervienen en el sistema de la Cadena de Frío: el humano, que administra y manipula las vacunas, el material para el almacenamiento, conservación y la distribución de las vacunas, y el financiero, para asegurar la operación de los recursos humanos y materiales.

Son los centros estatales de vacunación los encargados de recibir y aplicar las vacunas que adquiere la federación, sin embargo los espacios físicos requeridos para la custodia de las vacunas en tanto no se apliquen, se encuentran en condiciones muy precarias, para aquellos que ya cuentan con algún espacio y equipamiento, sin embargo la mayoría de los servicios estatales o jurisdicciones no cuentan con la infraestructura adecuada para la custodia de las vacunas que se les envían. Desafortunadamente la gran parte de los Servicios de Salud del país se ha visto obligado a adaptar equipos domésticos para almacenar los biológicos, poniendo en riesgo la temperatura y condiciones que deben guardar los mismos.

En la mayoría de las Entidades federativas se tiene deficiencia de equipo, esto es debido a varias causas:

- Equipo obsoleto tanto en cadena fija como en la móvil (Más de 17 años de funcionamiento)
- Se ha incrementado el número de biológicos y ha habido modificaciones en la presentación de los biológicos que se aplican en el país, algunos con presentación unidosis por lo que es

necesario incrementar la capacidad en las cámaras de almacenamiento a nivel estatal, municipal y local.

- Se ha ampliado las edades de aplicación de biológicos por lo que se requiere fortalecer la capacidad de almacenamiento y distribución en los diferentes niveles.
- Se requiere equipo de cómputo que permita agilizar la información en todos los niveles, para con ello poder tomar medidas en forma oportuna.
- Es necesario modernizar los sistemas de registro de monitoreo de termometría, distribución y conservación de los biológicos.
- El Programa de Vacunación Universal, actualmente maneja un alto volumen de vacunas. El incremento de dosis vacunales para cubrir las demandas del Programa, así como la introducción al sistema de nuevas vacunas, ha sobrepasado prácticamente el volumen de espacio frigorífico disponible con el que inicio el Programa de Vacunación.
- Los almacenes estatales y Jurisdiccionales de Vacunas disponibles, corresponden a instalaciones de antigua construcción e implementación, la mayoría de ellos se encuentran en lugares improvisados, ambientes reducidos, en ciertos casos, ambientes con altos niveles de contaminación.
- Los Almacenes Jurisdiccionales y establecimientos de Salud, en la actualidad presentan serias limitaciones, no solo ambientales sino de espacio físico suficiente, por lo que es necesario que puedan implementarse de acuerdo con ciertos requerimientos técnicos como demanda la construcción, renovación e implementación de este tipo de instalaciones.
- En otros aspectos, las instalaciones frigoríficas en actual funcionamiento, por las características de sus instalaciones, no permitirán realizar innovaciones e instalar en los ambientes que ocupan, mayor número de equipos frigoríficos que el sistema de Vacunación demandará los futuros años. Requiriéndose el reemplazo de la mayor parte de los equipos y la construcción en su caso de obras para contener los equipos en almacenes específicos para la guarda y conservación de vacunas en los diferentes niveles de la cadena de frío.

En virtud de que en el Programa de Vacunación Universal, NO DEBEN EXISTIR OPTIMIZACIONES, relativas a disponibilidad de productos biológicos ni a espacio físico para el almacenamiento de vacunas, y que la infraestructura existente para la custodia de vacunas en la mayoría de las entidades federativas era obsoleta e insuficiente, se llevó a cabo el proyecto “Fortalecimiento de la Red de Frío en las entidades federativas”.

En este sentido, en el año 2009 el Centro Nacional adquirió insumos y mobiliario necesarios para fortalecer la red de frío, en el monto total ejercido en ese año fue de 457 330.0 miles de pesos. Para el año 2010, se recibió recurso del Seguro Médico para una Nueva Generación por un monto de 821 032.4 miles de pesos, dichos recursos fueron transferidos a las entidades federativas para que ellas adquirieran los bienes e insumos requeridos para completar su red de frío.

Las siguientes tablas muestran el monto otorgado a las entidades federativas por concepto de red de frío, así como el avance de comprobación de dichos recursos.

**Comparativo de recursos transferidos Vs. Comprobados por las entidades federativas
Octubre de 2012**

ENTIDAD FEDERATIVA	2009	2010		TOTAL TRANSFERIDO POR ENTIDAD FEDERATIVA	COMPROBADO AL 10 DE OCT DE 2012	PENDIENTE DE COMPROBAR 2010
	TRANSFERIDO EN ESPECIE	TRANSFERIDO EN RECURSO MONETARIO		-RECURSOS-		
		1a PARTE	2a PARTE			
Aguascalientes	9,574,643.25	2,826,585.55	1,794,144.15	4,620,729.70	4,620,729.70	-
Baja California	9,359,136.49	9,731,266.60	4,755,188.10	14,486,454.70	14,486,454.70	-
Baja California Sur	3,031,772.57	4,646,982.15	171,900.00	4,818,882.15	4'818,882.15	
Campeche	5,229,355.10	4,367,874.65	1,108,710.00	5,476,584.65	5,445,241.55	31,343.10
Coahuila	936,379.54	4,644,182.67	400,500.00	5,044,682.67	4'624,472.40	420,210.27
Colima	14,539,654.15	5,871,124.90	2,818,820.10	8,689,945.00	7'585,966.46	1'103,978.45
Chiapas	793,362.52	12,860,805.75	3,023,100.00	15,883,905.75	12'359,362.39	3'524,543.36
Chihuahua	15,550,800.89	24,685,846.07	1,855,671.00	26,541,517.07	26'541,517.07	
Distrito Federal	9,819,072.99	19,395,839.52	19,014,444.15	38,410,283.67	38,320,318.23	89,965.44
Durango	14,436,189.74	9,622,089.57	2,478,993.60	12,101,083.17	12,100,878.66	204.51
Guanajuato	20,219,333.50	12,163,550.35	7,715,101.50	19,878,651.85	19'878,652.35	
Guerrero	17,157,480.20	12,109,439.67	15,562,969.10	27,672,408.77	27,672,408.67	-
Hidalgo	15,346,923.47	23,097,240.60	14,173,900.00	37,271,140.60	32'407,130.06	4'864,010.54
Jalisco	17,883,653.82	36,795,269.42	25,187,319.25	61,982,588.67	61'982,588.42	
México	27,763,314.81	61,916,043.75	55,021,596.70	116,937,640.45	108'766,967.25	8'170,673.50
Michoacán	18,608,848.61	21,340,265.87	5,846,644.75	27,186,910.62	17'366,684.56	9'820,226.31
Morelos	9,662,760.76	13,298,936.37	8,565,115.90	21,864,052.27	20'389,465.19	874,598.40
Nayarit	16,523,744.86	9,628,930.30	1,230,940.10	10,859,870.40	9'707,989.77	1,151,880.63
Nuevo León	17,738,125.65	22,453,913.30	3,337,550.00	25,791,463.30	25'791,463.30	-
Oaxaca	22,007,033.83	10,786,556.55	7,372,515.20	18,159,071.75	18',159,071.75	-
Puebla	16,960,947.10	21,135,317.90	34,905,647.95	56,040,965.85	42'197,978.72	13,842,987.13
Querétaro	15,096,733.24	1,799,198.85	1,919,390.05	3,718,588.90	3'718,588.90	-
Quintana Roo	12,744,806.48	7,033,637.75	2,302,128.65	9,335,766.40	9'335,766.40	-
San Luis Potosí	13,115,202.34	11,036,409.30	2,507,817.85	13,544,227.15	13',544,227.15	-
Sinaloa	16,175,850.61	8,804,351.05	3,039,169.40	11,843,520.45	11'843,520.05	-
Sonora	14,893,325.21	14,573,628.20	1,277,215.00	15,850,843.20	13'198,206.66	2,652,636.54
Tabasco	19,714,006.02	28,191,139.32	10,420,736.82	38,611,876.14	38'611,876.32	-
Tamaulipas	17,129,686.15	6,384,153.40	3,561,145.00	9,945,298.40	9'945,298.40	-
Tlaxcala	9,715,904.49	3,233,552.40	858,302.25	4,091,854.65	4,091,854.40	-
Veracruz	31,068,561.93	43,218,347.10	46,308,956.67	89,527,303.77	89'527,304.10	-
Yucatán	11,881,620.39	13,039,206.52	11,540,935.60	24,580,142.12	24'580,142.52	
Zacatecas	12,651,806.59	19,128,316.70	21,135,845.25	40,264,161.95	40'264,160.70	-
	457,330,037.30	499,820,002.11	321,212,414.09	821,032,416.19	774'485,158.18	46'547,258.18

En esta tabla se puede observar el avance importante que se ha dado para que las entidades federativas comprueben los recursos transferidos, al 30 de junio de 2012 de los recursos transferidos en 2010 se ha comprobado el 94.0 por ciento, es decir, 771,708.8 miles de pesos, quedando pendiente 49,323.6 miles de pesos. Al mes de octubre de 2012 se han comprobado 46,547.3 miles de pesos, es decir el 94.3 por ciento del total ministrado en el año 2010.

El CeNSIA, como parte del seguimiento al fortalecimiento de la cadena de frío, durante el 2010, realizó 32 visitas de supervisión a todas las Entidades Federativas, con el objetivo de verificar la correcta utilización y distribución al interior del Estado de los insumos enviados en el fortalecimiento de la cadena de frío del 2009. El principal hallazgo durante estas visitas fue relacionado con las cámaras frías; debido a la no liberación de los recursos financieros por parte de las áreas administrativas correspondientes, para poder realizar la construcción de los espacios físicos necesarios para la instalación de las cámaras frías.

Durante el 2011, se realizaron 32 visitas de supervisión a todas las Entidades federativas para dar seguimiento al fortalecimiento de la cadena de frío 2010, así como, verificar los avances en la instalación de las cámaras frías de 2009, el objetivo de estas visitas fue observar el ejercicio de los recursos enviados para el fortalecimiento de la cadena de frío durante 2010, el principal hallazgo en estas visitas fue que debido a la liberación irregular del recurso financiero por parte de las áreas administrativas estatales, la instalación de las cámaras frías avanzó lentamente, sin embargo, ya se encuentran en proceso de instalación en la mayoría de los Estados.

En el anexo 4 se muestra la relación de bienes e insumos que fueron adquiridos y enviados a las entidades federativas para el Fortalecimiento de su red de frío en el año 2009.

Durante enero-junio de 2012, se realizaron 16 visitas de supervisión a 16 Entidades federativas con el objetivo de dar seguimiento al fortalecimiento de la cadena de frío 2010, así como, verificar los avances en la instalación de las cámaras frías de 2009, el principal hallazgo fue que las cámaras frías ya se encuentran en proceso de instalación en la mayoría de los Estados.

En seguimiento a las actividades de rectoría, se ha llevado el tema al Consejo Nacional de Salud, donde se acordó que todas las entidades federativas se comprometían a instalar sus cámaras frías antes de finalizar el año 2012. Se han realizado oficios a los C. Gobernadores de los Estados, solicitando su inmediata intervención para la conclusión de la infraestructura y/o el otorgamiento de recursos para la instalación de las cámaras de Red de Frío, firmado por Secretario de Salud Federal. De igual manera y como tema recurrente se ha presentado el avance en la instalación de las cámaras frías en la entidades federativas, en dichas reuniones los DSS se han comprometido a la instalación de las cámaras frías en el 2012.

En la siguiente tabla se presenta el estatus que guarda la instalación de cámaras frías en las entidades federativas:

ENTIDAD FEDERATIVA	ESTATAL		JURISDICCIONAL		RESUMEN				OBSERVACIONES	
	ENVIADAS CENSIA	INSTALADAS	ENVIADAS CENSIA	INSTALADAS	TOTAL ENVIADAS	CÁMARAS INSTALADAS	AVANCE PORCENTUAL EN LA INSTALACIÓN DEL TOTAL DE CÁMARAS ENVIADAS			
							Junio 2012	Octubre 2012		
TOTALES	78	39	141	77	219	117				
01	AGUASCALIENTES	3	0	4	0	7	0	30	30	(1)
02	BAJA CALIFORNIA***	3	3	0	0	3	3	100	100	
03	BAJA CALIFORNIA SUR	0	0	2	2	2	2	100	100	
04	CAMPECHE	0	0	2	1	2	1	60	70	(1) (2)
05	COAHUILA									
06	COLIMA	3	1	4	0	7	1	30	70	(1)
07	CHIAPAS									
08	CHIHUAHUA	3	3	4	2	7	5	70	70	(1) (3)
09	DISTRITO FEDERAL	0	0	6	6	6	6	100	100	
10	DURANGO	3	0	4	0	7	0	30	50	(2)
11	GUANAJUATO	3	3	6	5	9	9	100	100	
12	GUERRERO	3	0	4	0	7	0	30	70	(2)
13	HIDALGO	0	0	4	4	4	4	100	100	
14	JALISCO	3	3	4	4	7	7	100	100	
15	MÉXICO	3	3	6	4	9	7	70	70	(1) (3)
16	MICHOACÁN	3	3	6	6	9	9	100	100	
17	MORELOS	3	0	4	4	7	4	60	70	(1) (2)
18	NAYARIT	3	0	4	0	7	0	30	30	(2)
19	NUEVO LEÓN	3	3	6	6	9	9	100	100	
20	OAXACA	3	0	4	0	7	0	30	70	(2)
21	PUEBLA***	3	3	8	8	11	11	100	100	
22	QUERÉTARO	3	0	4	0	7	0	30	70	(1)
23	QUINTANA ROO	3	3	4	4	7	7	100	100	
24	SAN LUIS POTOSÍ	3	3	6	6	9	9	100	100	
25	SINALOA	3	0	4	0	7	0	30	70	(1)
26	SONORA	3	0	6	0	9	0	30	70	(2)
27	TABASCO	3	0	4	0	7	0	30	30	(1)
28	TAMAULIPAS	3	2	8	0	11	2	30	30	(1)
29	TLAXCALA	3	0	4	0	7	0	30	70	(2)
30	VERACRUZ	3	0	8	6	11	6	60	70	(1) (2)
31	YUCATÁN	3	3	4	2	7	5	70	70	(2) (3)
32	ZACATECAS	3	3	7	7	10	10	100	100	

* EL COSTO UNITARIO DE LAS CÁMARAS ESTATALES ES DE: 980,000.00

** EL COSTO UNITARIO DE LAS CÁMARAS JURISDICCIONALES ES DE: 685,000.00

*** EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA DONÓ LAS 4 CÁMARAS FRÍAS JURISDICCIONALES AL ESTADO DE PUEBLA, MISMAS QUE YA FUERON INSTALADAS

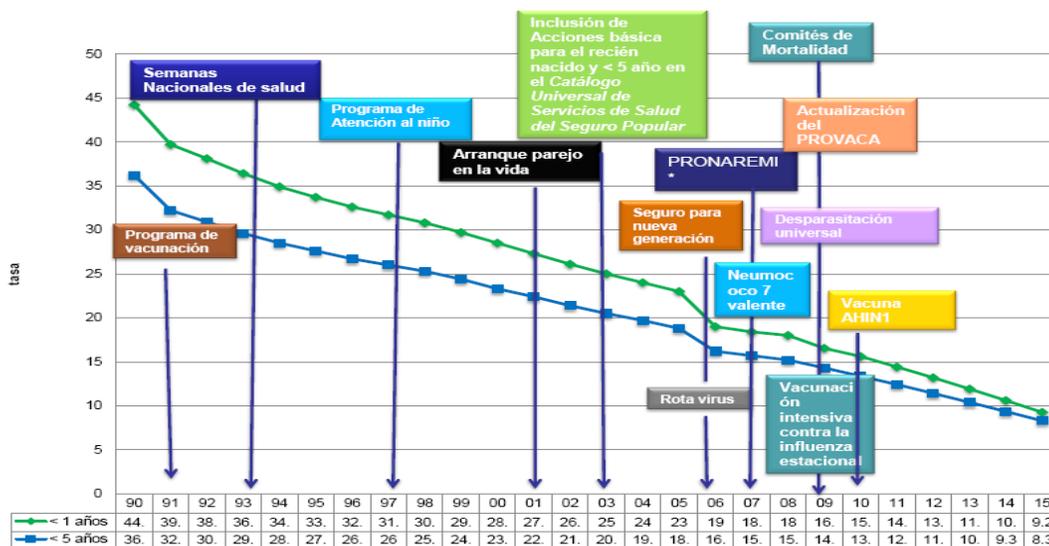
ÍNDICE PARA EVALUAR EL PORCENTAJE DE INSTALACIÓN DE CÁMARAS FRÍAS
(1) 30% Con calendario para instalación
(2) 30% Con terreno para instalación
(3) 40% Con recurso financiero para instalar

2. Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y desnutrición.

Como se ha podido observar, reducir la mortalidad de niños menores de cinco años en dos terceras partes entre 1990 y 2015 fue la meta propuesta por la ONU para dar cumplimiento a este objetivo, sin embargo, éste es, junto con el objetivo de mejorar la salud materna, uno de los más difíciles de cumplir, dado que para lograrlo se requiere implantar intervenciones técnicas efectivas y eficientes que incidan en los factores que causan las muertes infantiles, como la malnutrición, las infecciones y las enfermedades parasitarias; se mejoren los procesos de atención del binomio madre-hijo y se ejecuten acciones específicas que frenen los daños a la salud que provocan enfermedades como el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo.

En México, uno de los principales logros en materia de salud durante el último siglo, es el importante descenso de la mortalidad general y en los grupos de infantes y menores de cinco años, lo cual es resultado de la implantación de políticas de salud orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población, a través de la puesta en operación de estrategias y programas de promoción, prevención y atención de enfermedades prevenibles por vacunación, programas de apoyo alimentario y los destinados a ampliar y mejorar la prestación de servicio de salud en el país.

Tendencia de la tasa de mortalidad infantil <1 año y <5 años, 1990-2015



De 1990 a 2007, la tasa de mortalidad en hombres menores de cinco años pasó de 51.5 a 20.4 defunciones por mil niños de esa edad y entre las mujeres pasó de 42.8 defunciones a 16.5 muertes por mil niñas menores de cinco años. Por su parte, la mortalidad infantil en hombres descendió un 59.7 por ciento durante el mismo periodo, mientras que entre las mujeres la mortalidad infantil pasó de 35.0 muertes por mil niñas en 1990 a 13.9 defunciones en 2007.

Cabe señalar que la reducción establecida como meta para 2015 fue superada en los casos de mortalidad por enfermedades diarreicas y por infecciones respiratorias, mientras que la tasa de mortalidad en menores de cinco años registrada en 2007 debe disminuir un 17.1 por ciento para cumplir con la meta fijada y para el caso de la mortalidad infantil la reducción esperada debe ser de 20.2 por ciento en los próximos ocho años.

Si bien se han logrado avances importantes a nivel nacional, también es necesario destacar que siguen presentándose desigualdades importantes en las condiciones de salud de la población a nivel estatal y municipal. Por ejemplo, Guerrero, Chiapas y Oaxaca son los estados que registran las tasas de mortalidad en menores de cinco años y de mortalidad infantil más altas del país, mientras que las tasas más bajas corresponden a los estados de Nuevo León, Distrito Federal y Baja California. La probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años de vida en Guerrero es 1.9 veces mayor a la probabilidad que existe en Nuevo León; misma probabilidad tanto para niños como para las niñas. Por su parte, la probabilidad de fallecer antes del primer año de vida en Guerrero es dos veces mayor a la de Nuevo León; mientras que la probabilidad en Chiapas es 1.8 veces mayor a la probabilidad de que un menor de un año muera en el Distrito Federal.

Según el censo nacional de población y vivienda del INEGI 2010 en México, la población menor de 5 años de edad es de 10,528,322 de los cuales 5,346,943 son niños y 5,181,379 son niñas.

Respecto al comportamiento de la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años, se ha observado una notable caída de 2006 a 2011 (cifra preliminar). Las cifras preliminares de 2011 indican que a nivel nacional, se registró una tasa de mortalidad de 16.3 defunciones por 100 mil niños mexicanos de este grupo poblacional (15.2%). La tasa de mortalidad más elevada se registró en Guerrero con 22.2 defunciones por cada 100 mil niños de este grupo etario, a diferencia de Nuevo León, estado que registró la tasa más baja dentro de las entidades federativas con 11.7 defunciones. Tabla 1.

ENTIDAD FEDERATIVA	TABLA 1. TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS, POR ENTIDAD FEDERATIVA.						ESTIMADO AL 31/12/2012	COMPROMISO PAE
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{1/}	2012
Nacional	19.2	18.5	17.9	17.3	16.8	16.3	15.7	N.D.
Aguascalientes	16.8	16.4	15.8	15.2	14.8	14.3	13.9	N.D.
Baja California	15	14.7	14.3	13.9	13.5	13.1	12.7	N.D.
Baja California Sur	15.6	15.2	14.8	14.3	13.8	13.6	13.2	N.D.
Campeche	19.3	18.7	18.1	17.6	17.1	16.5	16	N.D.
Coahuila	15.2	14.7	14.3	13.9	13.4	13	12.6	N.D.
Colima	15.7	15.3	15	14.4	14	13.7	13.3	N.D.
Chiapas	26.3	25.3	24.5	23.6	22.9	22.1	21.4	N.D.
Chihuahua	17.1	16.6	16.1	15.5	15.1	14.6	14.1	N.D.
Distrito Federal	14.5	14	13.6	13.2	12.8	12.5	12.1	N.D.
Durango	19.7	19	18.3	17.8	17.2	16.6	16.1	N.D.
Guanajuato	20.2	19.4	18.8	18.2	17.6	17.1	16.5	N.D.
Guerrero	26.6	25.5	24.6	23.8	22.9	22.2	21.4	N.D.
Hidalgo	20.6	19.9	19.3	18.6	18.1	17.5	16.9	N.D.
Jalisco	17.1	16.5	16	15.5	15	14.6	14.1	N.D.
México	18.1	17.5	17	16.5	16.1	15.6	15.1	N.D.
Michoacán	21.4	20.6	19.9	19.2	18.6	18	17.4	N.D.
Morelos	16.8	16.3	15.8	15.3	14.9	14.5	14	N.D.
Nayarit	18.9	18.1	17.7	17.1	16.6	16.1	15.5	N.D.
Nuevo León	13.6	13.2	12.8	12.4	12.1	11.7	11.4	N.D.
Oaxaca	24.1	23.1	22.3	21.5	20.8	20.1	19.4	N.D.
Puebla	22.5	21.7	21	20.3	19.6	19	18.4	N.D.
Querétaro	18.7	18.1	17.6	17	16.5	16	15.5	N.D.
Quintana Roo	16.5	16.1	15.6	15.2	14.7	14.3	14	N.D.
San Luis Potosí	19.9	19.3	18.6	18	17.5	16.9	16.3	N.D.
Sinaloa	17.7	17.1	16.6	16	15.6	15	14.6	N.D.
Sonora	16	15.5	15	14.5	14.1	13.7	13.2	N.D.
Tabasco	20.3	19.6	18.9	18.4	17.8	17.2	16.7	N.D.
Tamaulipas	15.6	15.1	14.7	14.2	13.8	13.4	12.9	N.D.
Tlaxcala	20.2	19.5	18.9	18.3	17.7	17.1	16.6	N.D.
Veracruz	22.4	21.5	20.8	20.1	19.4	18.8	18.1	N.D.
Yucatán	18.9	18.3	17.7	17.2	16.6	16.1	15.6	N.D.
Zacatecas	21.3	20.6	19.8	19.2	18.6	18	17.5	N.D.

TABLA 1.

1/ Tasas calculadas a partir de las Proyecciones de las defunciones y de los nacimientos de México estimados por CONAPO, por cada 1000 NVE. Metodología establecida por el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM. 2009 y 2010, cifras actualizadas por lo que difieren con el Quinto Informe de Gobierno.

e/ Cifras estimadas

N.D. No Disponible, no se establecieron metas en el Programa de acción Específico 2007-2012: Prevención de la mortalidad infantil, para este rubro específico.

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Proyecciones de las Defunciones de México CONTEO2005 1990 - 2030, CONAPO [Base de datos en Internet]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. [Fecha de consulta: 25-09-2012].

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Proyecciones de los nacimientos estimados de México CONTEO2005 1990 - 2012, CONAPO [Base de datos en Internet]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. [Fecha de consulta: 25-09-2012]. Corresponden al total de mortalidades anuales estimadas a partir de las "Proyecciones de las Defunciones de México CONTEO2005 1990 - 2030, CONAPO", por lo que no corresponde su actualización con cifras de defunciones observadas de 2012.

La tasa de mortalidad en niños menores de 1 año también ha presentado una notable caída de 2006 a 2011 (cifra preliminar). Las cifras preliminares de 2011 indican que a nivel nacional se

registró una tasa de mortalidad infantil de 13.7 defunciones por mil nacidos vivos estimados (NVE) (15.8%), con un avance de 63%, respecto a la reducción necesaria para cumplir con la meta de 2012. Para las entidades federativas, la tasa de mortalidad más elevada se registró en Guerrero con 19.1 defunciones por cada 1000 niños NVE, a diferencia de lo presentado en Zacatecas, estado que registró la tasa más baja dentro de las entidades federativas con 15.2 defunciones. Tabla 2.

De acuerdo a lo señalado en el Programa de Acción, el reto principal era reducir la tasa de mortalidad infantil para 2012 en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.7 puntos de tasa anual.

ENTIDAD FEDERATIVA	TABLA 2. TASA DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD, POR ENTIDAD FEDERATIVA: 2000-2011						ESTIMADO AL 31/12/2012	COMPROMISO PAE
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{/1}	2012
Nacional	16.2	15.7	15.1	14.6	14.1	13.7	13.2	12.15*
Aguascalientes	14.1	13.7	13.2	12.7	12.3	11.9	11.5	10
Baja California	12.6	12.3	11.9	11.5	11.2	10.8	10.5	8.5
Baja California Sur	12.9	12.6	12.2	11.9	11.4	11.1	10.7	8.8
Campeche	16.5	16	15.4	15	14.4	14	13.5	12.4
Coahuila	12.8	12.5	12.1	11.7	11.3	10.9	10.5	8.8
Colima	13.2	12.8	12.5	12	11.6	11.3	11	9.1
Chiapas	22.6	21.7	21	20.2	19.5	18.9	18.2	18.5
Chihuahua	14.3	13.9	13.4	13	12.5	12.1	11.7	10.2
Distrito Federal	12	11.6	11.3	10.9	10.6	10.3	9.9	7.9
Durango	16.9	16.3	15.7	15.2	14.7	14.2	13.7	12.8
Guanajuato	17.1	16.5	15.9	15.4	14.9	14.4	13.9	13
Guerrero	23.1	22.2	21.4	20.6	19.8	19.1	18.4	19
Hidalgo	17.7	17	16.5	15.9	15.4	14.9	14.4	13.6
Jalisco	14.4	13.9	13.5	13	12.6	12.2	11.8	10.3
México	15.1	14.7	14.2	13.8	13.3	12.9	12.5	11
Michoacán	18.3	17.6	17	16.4	15.9	15.3	14.8	14.2
Morelos	14.1	13.7	13.3	12.8	12.4	12	11.7	10.1
Nayarit	16.1	15.5	15	14.5	14	13.6	13	12
Nuevo León	11.3	11	10.7	10.3	10	9.7	9.4	7.2
Oaxaca	20.7	19.8	19.1	18.4	17.8	17.1	16.5	16.6
Puebla	19	18.3	17.7	17.1	16.5	15.9	15.4	14.9
Querétaro	15.8	15.3	14.8	14.3	13.9	13.4	13	11.7
Quintana Roo	13.8	13.4	13	12.7	12.3	11.9	11.5	9.7
San Luis Potosí	16.9	16.3	15.8	15.3	14.7	14.2	13.7	12.8
Sinaloa	15.1	14.6	14.1	13.6	13.2	12.8	12.3	11
Sonora	13.4	13	12.5	12.1	11.7	11.4	11	9.3
Tabasco	17.1	16.6	16	15.5	14.9	14.4	13.9	13.1
Tamaulipas	13.1	12.7	12.3	11.9	11.6	11.2	10.8	9.1
Tlaxcala	16.9	16.4	15.8	15.3	14.8	14.3	13.8	12.8
Veracruz	19.2	18.5	17.9	17.2	16.6	16	15.5	15.2
Yucatán	16.1	15.6	15.1	14.6	14.1	13.6	13.2	12
Zacatecas	18.1	17.4	16.8	16.2	15.7	15.2	14.7	14

TABLA 2.

1/ Tasas calculadas a partir de las Proyecciones de las defunciones y de los nacimientos de México estimados por CONAPO, por cada 1000 NVE. Metodología establecida por el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM. 2009 y 2010, cifras actualizadas por lo que difieren con el Quinto Informe de Gobierno.

e/ Cifras estimadas

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Proyecciones de las Defunciones de México CONTEO2005 1990 - 2030, CONAPO [Base de datos en Internet]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. [Fecha de consulta: 25-09-2012].

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Proyecciones de los nacimientos estimados de México CONTEO2005 1990 - 2012, CONAPO [Base de datos en Internet]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. [Fecha de consulta: 25-09-2012]. Corresponden al total de mortalidades anuales estimadas a partir de las "Proyecciones de las Defunciones de México CONTEO2005 1990 - 2030, CONAPO", por lo que no corresponde su actualización con cifras de defunciones observadas de 2012.

***Meta expresada en tasa % valor inicial 2006 tasa de 16.2 por 1000 nacidos vivos estimados.**

Dentro de las 10 principales causas de muerte en los niños mexicanos menores de 5 años de edad en 2011, se encuentran en los primeros tres lugares: el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, con una tasa de mortalidad estimada de 30 defunciones por cada 100 mil niños menores de 5 años de edad, en segundo lugar se ubica la sepsis bacteriana del recién nacido (24 defunciones por cada 100 mil niños menores de 5 años de edad), y las malformaciones congénitas del corazón, no especificadas en tercer lugar con 22.6 defunciones por cada 100 mil niños menores de 5 años de edad. (Ver Tabla 3.)

TABLA 3. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS;
MÉXICO 2011^{e/}

Causa	Defunciones	Tasa de mortalidad ^{1/}
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	2,829	30.0
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	2,261	24.0
Malformación congénita del corazón, no especificada	2,133	22.6
Neumonía, no especificada	1,051	11.2
Neumonía congénita, organismo no especificado	836	8.9
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	707	7.5
Inmadurez extrema	678	7.2
Asfixia del nacimiento, no especificada	648	6.9
Bronconeumonía, no especificada	603	6.4
Septicemia, no especificada	565	6.0

TABLA 3.

1/ Tasas calculadas a partir de las defunciones reportadas por INEGI/SS; de las Proyecciones de las defunciones y de las Proyecciones de la Población estimados por CONAPO, por cada 100 mil habitantes de ese grupo de edad. Metodología establecida por el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM Para 2010 son cifras definitivas, por lo que difieren con el Quinto Informe de Gobierno.

e/ Cifras estimadas

FUENTE: Dirección General de Información en Salud (DGIS)/Secretaría de Salud- Base de datos defunciones 1979-2010 [Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta: 06-06-12]; 2011-SEED (preliminar), [Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta: 18-06-12]; Proyecciones de la Población de México Conteo 2005 1990-2012, CONAPO [Fecha de consulta: 18-06-12]; Proyecciones de las defunciones de México Conteo 2005 1990-2030, CONAPO [Fecha de consulta: 18-06-12]

En relación a las principales causas de muerte en los niños menores de 5 años se encuentran las propiciadas por la Enfermedad Digestiva Aguda (EDA), mostrando un comportamiento hacia la reducción entre 2006 y 2011 (cifra preliminar), con una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por EDA de 15.1 defunciones por cada 100 mil niños menores de 5 años en 2006 a 8.1 en 2011 (46.4%). La tasa de mortalidad más elevada se registró en Chiapas con 38.7 defunciones por cada 100 mil niños menores de 5 años de edad, a diferencia de lo presentado por Colima, estado que registró la tasa más baja dentro de las entidades federativas con 1.7 defunciones (véase Tabla 4).

Otra de las principales causas de muerte en este grupo de edad son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), presentando una tendencia hacia la reducción de 2006 a 2011 (pasando de 30.8 a 24.1 defunciones estimadas por cada 100 mil menores de 5 años), de acuerdo a los datos mostrados en la tabla 4. Datos que representan una reducción de 21.8 % con respecto a la tasa 2006. La entidad federativa que presentó la tasa de mortalidad más elevada fue Chiapas con 53.8 defunciones por cada 100 mil niños menores de 5 años de edad, a diferencia de Nuevo León, estado que registró la tasa más baja dentro de las entidades federativas con 2.6 defunciones (Véase Tabla 5).

ENTIDAD FEDERATIVA	TABLA 4. TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DIARREICAS, EN MENORES DE 5 AÑOS, POR ENTIDAD FEDERATIVA 2000-2012						OBSERVADO AL 05/10/2012	ESTIMADO AL 31/12/2012	COMPROMISO PAE
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{1/}	2012 ^{2/}	2012
Nacional	15.1	14.8	12.1	9.6	8.5	8.1	4.7	5.7	14.9
Aguascalientes	8.5	6.1	7.9	3.6	6.7	1.9	3.6	2.7	7.8
Baja California	4.7	4	2.5	3.6	2.2	2.6	3.1	2.9	3.5
Baja California Sur	8.2	2.1	10.4	6.2	6.9	7.8	8.1	7.3	9.1
Campeche	13.9	21.3	4.3	7.2	6.5	5.1	8.5	9.1	8.3
Coahuila	5.2	5.7	7.1	2.1	4.7	3.2	1.7	4.6	1
Colima	7.7	13.7	2	6	0	1.7	0	5.2	8.2
Chiapas	63.4	56	43	46.7	34.2	38.7	21	47	53.1
Chihuahua	9.3	10.2	8.8	5	8.3	8.1	2.4	8.3	11.2
Distrito Federal	6	6.6	4.5	6.1	3.7	3.2	2.6	5	7.1
Durango	5.8	8	8.2	5.6	8.1	6	2.9	6.9	0
Guanajuato	7.9	10.3	8.7	6.4	3.2	4.9	4.1	6.9	6
Guerrero	21.7	32.7	21.8	10.4	10.6	14.6	3.4	18.6	11.5
Hidalgo	10.3	17.6	9.9	6.8	3	7.2	3.3	9.1	7.9
Jalisco	9.3	6	6.3	4.4	4.7	3.8	4.1	5.7	7.3
México	14.9	14.9	11.3	10.2	8.6	8.7	5.2	11.4	23.4
Michoacán	10.7	14	15.6	9	9.8	8	3.5	11.2	6.9
Morelos	10.2	13.2	11.3	5	7.1	7.2	3.6	9	9.9
Nayarit	14.5	3.4	12.9	10.8	4.2	3	6.2	8.1	7.2
Nuevo León	3.8	3.9	4.2	2.4	2.8	3.5	0.8	3.4	0.9
Oaxaca	38.5	28.7	29.8	23.9	20	17.8	8	26.5	38
Puebla	17.6	19.8	14.4	11	10.9	10	6.5	14	26.5
Querétaro	7.5	15.2	9.5	7	7.1	6.8	4.4	8.8	5.2
Quintana Roo	17.5	16.6	12.3	10.4	10.5	13.7	1.5	13.5	21.3
San Luis Potosí	15.9	20.1	16	4.7	8.3	4.8	2.2	11.6	14.1
Sinaloa	8.3	6.8	7	5.4	7.6	3.6	0.5	6.5	2.9
Sonora	10.2	7.4	7.6	4.5	8.4	5.3	4.7	7.2	11.3
Tabasco	15.6	14	9.5	8	7.6	8.8	6.6	10.6	17.1
Tamaulipas	5.8	4.9	5.7	1.4	2.5	2.4	1.1	3.8	3.9
Tlaxcala	14.1	13.5	8.2	7.4	9	5.9	3.7	9.7	20.4
Veracruz	17.9	14.5	12.5	10.6	11.2	8.9	3.3	12.6	15.7
Yucatán	26.5	15.3	15.4	12.3	13.4	12.2	4.9	15.9	28
Zacatecas	7.9	11.2	10.7	6.3	3.2	9.2	0	8.1	3.8

TABLA 4.

1/ Tasas calculadas a partir de las defunciones reportadas por INEGI/SS; de las Proyecciones de las defunciones y de las Proyecciones de la Población estimados por CONAPO, por cada 100 mil habitantes de ese grupo de edad. Metodología establecida por el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM Para 2010 son cifras definitivas, por lo que difieren con el Quinto Informe de Gobierno.

2/ Tasa de mortalidad proyectada en base a las cifras de los años 2006 a 2011, mediante cálculo de tendencias.

e/ Cifras estimadas

FUENTE: Dirección General de Información en Salud. Defunciones cifras oficiales 1979 -2010 INEGI/SS [Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta: 08-10-12]; SEED 2011 [Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta: 08-10-12]; SEED 2012-Preliminar [Fecha de actualización: 05-10-12, Fecha de consulta: 08-10-12]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. Secretaría de Salud. Proyecciones de la Población de México Conteo 2005 1990-2012 CONAPO [Base de datos en Internet]. Dirección General de Información en Salud. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. [Fecha de consulta: 08-10-12].

ENTIDAD FEDERATIVA	TABLA 5. TASA DE MORTALIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, POR ENTIDAD FEDERATIVA 2000-2012						OBSERVADO AL 05/10/2012	ESTIMADO AL 31/12/2012	COMPROMISO PAE
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{1/}	2012 ^{2/}	2012
Nacional	30.8	29.4	24.5	23.6	22.9	24.1	13.7	20.5	25.1
Aguascalientes	17	8.7	17.6	9.8	3.9	4.7	1.8	1.9	2.7
Baja California	16.7	15.3	12.7	11.9	10.7	10.2	8.7	8.2	13
Baja California Sur	26.7	16.5	12.4	12.4	3.4	15.5	14.2	5	21.6
Campeche	15.3	15.6	14.3	20.1	18	24.4	21.3	23.8	1
Coahuila	18.4	11.9	13.3	9.7	7.7	11.7	4.8	7.2	4.3
Colima	7.7	7.8	15.9	13.9	12.7	8.7	12	12.9	0
Chiapas	56.8	57.5	50.2	50.1	42.1	53.8	27.6	45.6	30.7
Chihuahua	20.6	27.5	21.6	16.6	15	16.9	13.2	13.6	18.7
Distrito Federal	33.8	37.1	25.5	26.2	24	19.7	15.7	16.8	43.5
Durango	13.5	10.6	17	12.5	14.1	6	6.6	9.2	1.7
Guanajuato	25.1	22	19.3	12.8	10.7	15.3	5.4	8.5	16
Guerrero	22.9	22.3	21.8	25.9	18.6	33.5	5.8	28.8	3.1
Hidalgo	27	14.1	13.5	16.4	16.4	26.8	9.4	19.9	12.6
Jalisco	17.2	14.7	11.4	15	12.5	12.4	7.5	11.2	6.7
México	57.5	56.9	45.8	42.2	42	42.7	28.3	35.6	74.1
Michoacán	33.6	27.3	18.6	25.5	22.1	21.7	9.8	18	17.3
Morelos	13.6	12.5	14.8	22.8	9.1	20.5	5.1	18.8	4.9
Nayarit	22.3	14.9	21.2	13.2	11.3	13.4	11.2	9.7	4.1
Nuevo León	7.3	9	7.6	8.5	6.9	2.6	6.2	4	0
Oaxaca	35.1	37.2	28.6	30.4	26.9	28.3	15.9	24.7	20.1
Puebla	46	50.8	41.3	33.8	36	35.3	19.6	30	53.1
Querétaro	19.9	21.5	19.1	17.8	11.2	20.4	10	15.3	10.4
Quintana Roo	28.4	20.7	10.6	8.8	10.5	16.9	4.4	7	22.6
San Luis Potosí	30.3	25	26.9	21.8	17.6	15.5	6.2	12.7	14.8
Sinaloa	17.8	21.8	14.4	15.2	10.8	16.3	5.6	12.1	2.8
Sonora	20.4	18.3	15.1	13.6	12.5	14.5	16	10.9	14.5
Tabasco	30.2	18.6	17.9	14.4	20.6	28.4	19.7	21.1	22.8
Tamaulipas	10.6	6.7	7.1	8.7	6.8	3.7	2.2	4	2.2
Tlaxcala	45.1	30.6	21.9	16.5	30.8	20.1	14.9	14.5	51.3
Veracruz	25.8	24.7	19.6	23.4	23.5	22.4	12.9	21.6	11.9
Yucatán	27.7	19	13.6	18.5	20.4	17.6	10.9	15.4	16.3
Zacatecas	22.2	23.8	29.9	18.1	15	17.4	7.5	14.9	10.1

TABLA 5.

1/ Tasas calculadas a partir de las defunciones reportadas por INEGI/SS; de las Proyecciones de las defunciones y de las Proyecciones de la Población estimados por CONAPO, por cada 100 mil habitantes de ese grupo de edad. Metodología establecida por el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM Para 2010 son cifras definitivas, por lo que difieren con el Quinto Informe de Gobierno.

2/ Tasa de mortalidad proyectada en base a las cifras de los años 2006 a 2011, mediante cálculo de tendencias.

e/ Cifras estimadas

FUENTE: Dirección General de Información en Salud. Defunciones cifras oficiales 1979 -2010 INEGI/SS [Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta: 08-10-12]; SEED 2011 [Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta: 08-10-12]; SEED 2012-Preliminar [Fecha de actualización: 05-10-12, Fecha de consulta: 08-10-12]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. Secretaría de Salud. Proyecciones de la Población de México Conteo 2005 1990-2012 CONAPO [Base de datos en Internet]. Dirección General de Información en Salud. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. [Fecha de consulta: 08-10-12].

Respecto a la tasa de mortalidad en este grupo etario por desnutrición, se observa una tendencia hacia la reducción de 2006 a 2011 (pasando de 7.9 a 4.4 defunciones estimadas por cada 100 mil menores de 5 años), de acuerdo a los datos mostrados en la tabla 6. Datos que representan una reducción de 44.6% con respecto a la tasa 2006. La entidad federativa que presentó la mayor tasa de mortalidad a causa de esta enfermedad fue Oaxaca, con 20.8 defunciones por cada 100 mil niños menores de 5 años de edad, a diferencia de Baja California, entidad que presentó 0.6 defunciones por cada 100 mil habitantes de este grupo de edad para 2011 (véase Tabla 6).

ENTIDAD FEDERATIVA	TABLA 6. TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN, EN MENORES DE 5 AÑOS, POR ENTIDAD FEDERATIVA 2006-2012						OBSERVADO AL 05/10/2012	ESTIMADO AL 31/12/2012	COMPROMISO PAE
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{/1}	2012 ^{/2}	2012
Nacional	7.6	7.2	7.1	6.6	6.5	4.6	2.2	4.8	N.D.
Aguascalientes	4.2	2.6	6.2	0.9	0.0	2.7	0.9	0.7	N.D.
Baja California	2.9	3.3	4.0	2.9	3.6	0.7	2.8	1.8	N.D.
Baja California Sur	8.2	2.1	12.4	8.3	6.2	2.0	2.0	4.3	N.D.
Campeche	4.2	2.8	5.7	4.3	4.3	1.4	1.4	2.7	N.D.
Coahuila	1.6	1.6	1.2	1.3	1.7	0.9	0.9	1.0	N.D.
Colima	5.8	3.9	2.0	2.0	10.0	6.0	2.0	6.9	N.D.
Chiapas	11.4	16.3	13.6	15.1	13.5	6.3	3.5	9.4	N.D.
Chihuahua	12.8	8.0	10.1	9.6	10.1	8.9	3.1	8.6	N.D.
Distrito Federal	3.7	3.8	3.8	3.4	2.1	4.2	1.0	3.2	N.D.
Durango	1.9	2.7	4.1	2.1	5.0	5.0	2.9	5.5	N.D.
Guanajuato	4.6	5.5	2.8	5.0	4.6	1.3	1.3	2.2	N.D.
Guerrero	8.5	5.8	7.6	7.8	9.6	9.5	1.7	9.8	N.D.
Hidalgo	6.9	5.7	7.6	5.0	4.6	1.9	0.5	2.2	N.D.
Jalisco	4.0	4.8	4.2	4.1	4.0	3.4	1.5	3.5	N.D.
México	12.5	10.9	9.3	7.5	7.1	3.7	2.5	2.8	N.D.
Michoacán	6.1	5.6	5.7	7.0	4.6	3.5	0.9	3.9	N.D.
Morelos	4.1	6.2	4.9	3.6	6.5	1.4	0.7	3.1	N.D.
Nayarit	6.7	5.7	3.5	6.0	4.9	6.2	0.0	5.2	N.D.
Nuevo León	1.8	0.5	0.8	1.1	1.9	1.3	0.0	1.4	N.D.
Oaxaca	10.7	13.8	19.3	12.0	18.1	17.7	7.6	19.3	N.D.
Puebla	17.6	13.3	11.9	12.4	12.4	11.5	4.9	9.9	N.D.
Querétaro	6.2	1.9	1.9	1.3	1.9	1.3	0.6	0.0	N.D.
Quintana Roo	4.2	4.1	4.9	6.4	3.1	2.3	0.7	3.0	N.D.
San Luis Potosí	5.6	4.5	4.6	4.3	5.6	3.5	1.8	4.0	N.D.
Sinaloa	2.9	1.7	3.9	2.2	3.2	1.4	1.4	2.1	N.D.
Sonora	5.5	4.8	4.4	3.2	4.1	3.7	4.2	3.1	N.D.
Tabasco	7.5	11.4	10.0	13.9	8.1	4.9	3.3	7.4	N.D.
Tamaulipas	3.4	2.8	2.5	2.5	4.7	2.6	1.1	3.2	N.D.
Tlaxcala	9.7	9.0	4.6	9.2	7.4	2.8	5.6	3.6	N.D.
Veracruz	11.0	11.1	11.8	9.3	7.8	4.0	1.6	4.5	N.D.
Yucatán	4.2	8.6	4.3	6.8	7.4	6.7	2.4	7.5	N.D.

ENTIDAD FEDERATIVA	TABLA 6. TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN, EN MENORES DE 5 AÑOS, POR ENTIDAD FEDERATIVA 2006-2012						OBSERVADO AL 05/10/2012	ESTIMADO AL 31/12/2012	COMPROMISO PAE
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{/1}	2012 ^{/2}	2012
Nacional	7.6	7.2	7.1	6.6	6.5	4.6	2.2	4.8	N.D.
Zacatecas	4.3	3.0	4.6	9.4	3.2	6.6	0.0	6.9	N.D.

TABLA 6.

1/ Tasas calculadas a partir de las defunciones reportadas por INEGI/SS; de las Proyecciones de las defunciones y de las Proyecciones de la Población estimados por CONAPO, por cada 100 mil habitantes de ese grupo de edad. Metodología establecida por el Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los ODM Para 2010 son cifras definitivas, por lo que difieren con el Quinto Informe de Gobierno.
2/ Tasa de mortalidad proyectada en base a las cifras de los años 2006 a 2011, mediante cálculo de tendencias.

e/ Cifras estimadas

FUENTE: Dirección General de Información en Salud. Defunciones cifras oficiales 1979 -2010 INEGI/SS [Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta: 08-10-12]; SEED 2011 [Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta: 08-10-12]; SEED 2012-Preliminar [Fecha de actualización: 05-10-12, Fecha de consulta: 08-10-12]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. Secretaría de Salud. Proyecciones de la Población de México Conteo 2005 1990-2012 CONAPO [Base de datos en Internet]. Dirección General de Información en Salud. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>. [Fecha de consulta: 08-10-12].

Continuando con el fortalecimiento de acciones para la salud de la infancia, se han desarrollado otra serie de acciones, entre ellas las siguientes:

- ◆ Vinculación con la Dirección General de Información en Salud (DGIS) para la integración del indicador e instrumento de evaluación de desarrollo en los niños menores de 5 años de edad.
- ◆ Distribución de un 1.5 millones de dosis de albendazol en los 125 municipios con menor IDH (SNS y ONG Operación Bendición México)
- ◆ Difusión del lavado de manos y los signos de alarma de deshidratación. (Distribución de 50,000 carteles)
- ◆ Colaboración con la Asociación Un Kilo de Ayuda, con el grupo ESIAN, el Programa Cinco Pasos y con el Programa Oportunidades.
- ◆ Primer curso de reanimación pediátrica avanzada con sede en la Ciudad de México del 21 al 25 de septiembre con 38 asistentes.
- ◆ Se han instalado 24 Comités Estatales de Mortalidad Infantil
- ◆ Elaboración y piloteo de la Autopsia Verbal Única para Afecciones perinatales, Malformaciones Congénitas, Enfermedades Diarreicas Agudas, Infecciones Respiratorias Aguda, Accidentes, Enfermedades prevenibles por vacunación y Cáncer. Resultados del piloto: 01 de noviembre de 2009, se someterán a consenso sectorial para proponer su uso obligatorio a partir de enero de 2010 en las 32 entidades federativas.
- ◆ Elaboración y propuesta para la instalación del Grupo Técnico Nacional para la prevención de la mortalidad en la infancia a partir de año 2010.
- ◆ Lineamientos de ministración de vitamina A en recién nacido, distribuidos a las 32 entidades federativas.
- ◆ Actualización del formato SIS para el reporte de las ministraciones.
- ◆ Primer curso de reanimación neonatal dirigido a personal operativo de los 125 municipios con menor IDH (38asistentes, personal médico y de enfermería).
- ◆ Material de promoción de Síndrome de Muerte Súbita del lactante (tarjeta de cuna y lineamientos).
- ◆ En 2012 se actualizó y adaptó el manual de Atención Pediátrica Hospitalaria: Pautas para el tratamiento de enfermedades comunes en la infancia con recursos limitados (publicado por la OMS y OPS para Latinoamérica 2007), el cual se encuentra en proceso de edición.

- ♦ Actualización en el 2012 del Lineamiento de Evaluación del Desarrollo y Estimulación Temprana en el menor de cinco años de edad (publicado en 2006).

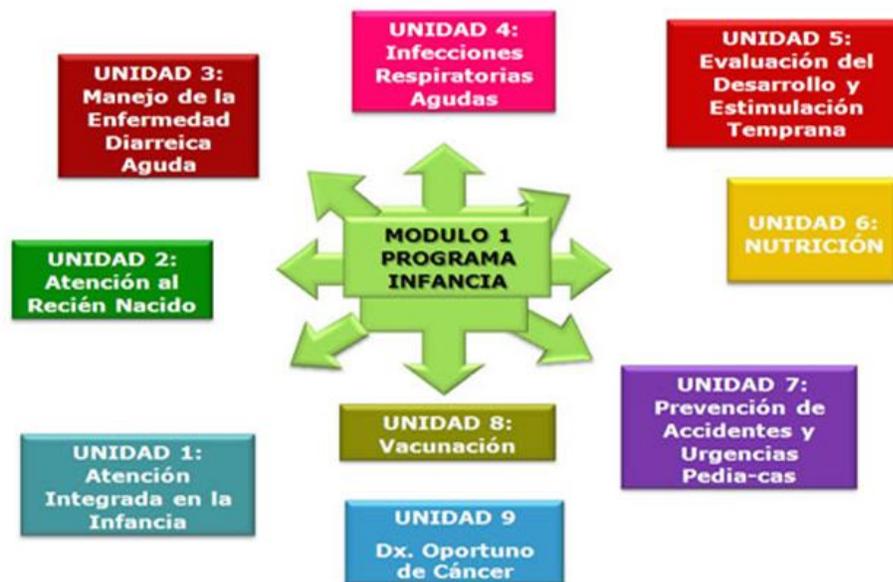
Bajo el enfoque de “reducir y prevenir la mortalidad infantil, el Programa de Atención a la Salud de la Infancia, ha tenido a bien realizar diversas acciones para cumplir con los indicadores y metas que tenía programados, entre ellas destacan las siguientes:

- **Actividades de Capacitación.**

Se retomó la estrategia de los Centros Regionales y Estatales de Capacitación (CRC/CEC) en el 2007, año desde el cual se supervisó el proceso de re-instalación de 31 CEC en las entidades federativas; Morelos se encuentra en proceso de instalación. Se re-instalaron 3 CRC en los estados de Zacatecas, Tabasco y Veracruz. Todos estos centros que se supervisan anualmente para garantizar la calidad de la estrategia.

Se ha detectado que entre las principales causas de una atención inadecuada, destacan las deficiencias en la capacitación de los trabajadores en los padecimientos básicos más comunes, de ahí que este Centro Nacional, implemente estrategias de capacitación que permitan abarcar los niveles estatal, jurisdiccional y local, con la finalidad de fortalecer y asegurar que los accesos de salud sean suficientes y de calidad.

Los Centros Estatales de Capacitación (CEC) son un sistema integrado por unidades de salud de primer nivel y un hospital de referencia, que desarrolla actividades asistenciales de calidad y realiza actividades docentes.



A continuación, se muestran las siguientes actividades de capacitación. Es a través de dichas actividades que se brinda soporte a las acciones en la reducción de Mortalidad Infantil, creando y fortaleciendo al Recurso Humano que participa en dichas acciones.

Capacitaciones Nacionales						
Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Supervisión a Centros Estatales y Regionales de Capacitación	N/A	N/A	**	8	6	N/A
Evaluación a los Centros Estatales de Capacitación	N/A	N/A	N/A	N/A	2	N/A
Cursos de Atención Integrada a la Salud de la Infancia y la Adolescencia	N/A	N/A	N/A	6	2	4
Curso de Instructores en Reanimación Neonatal	N/A	N/A	1	1	N/A	N/A
Curso para proveedores en Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal	N/A	N/A	N/A	1	2	8
Curso de Información, regionalización e infraestructura	N/A	N/A	N/A	N/A	1	1

N/A No aplica

Responsable de documentación que avala ésta información: Dra. Ana Ma. Santibáñez Copado, Supervisor Médico de Área Normativa, Responsable de la Coordinación de los Centros Estatales y Centros Regionales de Capacitación.

Se cuenta con información a partir de 2009, ya que es en esta fecha en la cual se re instalan 29 Centros Estatales de Capacitación (CEC) y 3 Centros Regionales. Y es a partir de esta fecha, que se inicia con los cursos de capacitación, con el tema de Atención Integrada a la Salud de la Infancia y la Adolescencia en el estado de Oaxaca.

En materia de Capacitación, en la presente administración, este Centro Nacional ha realizado las siguientes actividades:

- ♦ Durante el periodo 2007-2012 se realizó la capacitación permanente al personal de salud y a la comunidad, mediante los cursos de Atención Integrada a la Salud de la Infancia y la Adolescencia y de actualización científica para Pediatras Capacitadores, para promover la equidad de la atención médica en la población infantil y adolescente y fortalecer la calidad de la misma.
- ♦ En el 2011 se comenzó con la Educación Médica Continua en línea, con el objetivo de mantener actualizados a los responsables de los CEC y CRC y a los Pediatras Capacitadores de las 32 entidades federativas, con la finalidad de tener a nuestro personal de salud actualizado en materia de la Infancia y la Adolescencia.
- ♦ En el 2012 se implementó el proyecto de capacitación en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Complementario en el Primer Nivel de Atención. Así, a través de la capacitación en el uso del manual de bolsillo de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, se enseña a los profesionales de la salud que están en contacto con pacientes en el primer nivel de atención, a reconocer datos de urgencia y prioridad, dar atención inmediata de los datos de urgencia, establecer el diagnóstico principal y diferencial, dar tratamiento específico, monitorización y plan de alta con seguimiento en domicilio o por la consulta externa. Esta estrategia se inició en Marzo del presente año, hasta el momento se han realizado cuatro cursos (2 en el Distrito Federal, 1 en el Estado de Yucatán y 1 en el estado de Puebla) con lo que contamos con un total de 160 instructores capacitados para que puedan replicar este curso en todas las entidades federativas.
- ♦ En el 2012 se implementó la Estrategia de AIEPI Comunitario, con cursos dirigidos a la comunidad, capacitando principalmente a líderes comunitarios (Regidores de salud, técnicos de atención primaria a la salud, parteras, vocales de oportunidades, entre otros) en el estado de México y D.F.
- ♦ Se continuó con el “Programa Nacional para Reducir el Riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)”, el cual dio inicio en el 2005, cuyo objetivo es difundir en el personal de salud y la población general, las recomendaciones para disminuir el riesgo de SMSL, a través de la capacitación

en las recomendaciones para prevenir este padecimiento, por medio de material de difusión (tarjetas con recomendaciones).

- ◆ En el 2008 se inició con la capacitación en la Atención Crítica del Recién Nacido (ACoRN), el cual es un programa diseñado para la enseñanza de un método sistematizado para identificar y estabilizar a los recién nacidos en riesgo de presentar complicaciones en las primeras horas de vida o días después del nacimiento. Se han capacitado 337 proveedores del curso y 66 instructores en la República Mexicana y Ecuador.
- ◆ Se otorgó capacitación permanente al personal de salud y comunitario, para la reanimación neonatal y atención integral del recién nacido, en vinculación con los programas de Arranque Parejo en la Vida (APV) y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR).
- ◆ Se capacitó a personal de salud de primer nivel de atención en materia de evaluación del desarrollo psicomotor en el menor de 5 años, con énfasis en detección de signos de alarma; en dicha evaluación se contemplan los reflejos primarios y las áreas: motriz gruesa, motriz fina, lenguaje, social-adaptativo.
- ◆ Se capacitó a los padres sobre técnicas de estimulación temprana para el niño neurológicamente sano, para que tengan la oportunidad de optimizar su desarrollo.
- ◆ Del 2007 a la fecha se han realizado actividades en torno a la capacitación del personal de salud en temas relevantes en la nutrición en la infancia y la adolescencia y la lactancia materna.
- ◆ Para la prevención y atención oportuna de IRA y EDA, continuamente se realizan actividades de capacitación para la promoción de la salud, atención de casos y vigilancia epidemiológica. Además, se realizan actividades específicas dentro del marco de las Semanas Nacionales de Salud, como la distribución de sobres de Vida Suero Oral (VSO), ministración de albendazol a la población de 2 a 14 años y la distribución de mensajes preventivos de EDA e IRA a la población general. Una estrategia importante fue la introducción de sales de baja osmolaridad para el tratamiento de la diarrea en el 2006, y actualmente se encuentra en gestión la introducción del zinc, siguiendo las recomendaciones emitidas por la OMS. En el 2009 se elaboraron carteles y guías anticipatorias con recomendaciones para prevenir accidentes en el hogar en 3 grupos de edad; menores de 1 año, de 4 a 5 años de edad y de 5 a 9 años de edad. Estos mismos fueron actualizados en el 2011 y se distribuyeron en todas las unidades de la Secretaría de Salud.
- ◆ En el 2011 se inició con la estrategia de capacitación Reanimación Cardiopulmonar (RCP) Pediátrica Básica, Intermedia y Avanzada (los últimos incluyen Reanimación Neonatal), avalados por el Consejo Español de Reanimación, el Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal y la Red Iberoamericana para el Estudio de la Parada cardiorrespiratoria en la Infancia (RIBEPCI). En el 2011 se impartieron 5 cursos de RCP Pediátrica Avanzada, 4 cursos de RCP Pediátrica Básica y 2 cursos de RCP Pediátrica Intermedia, contando con un total de 184 personas capacitadas para brindar el soporte vital a la población infantil, en caso de paro cardiorespiratorio. En septiembre del 2011 también se impartió el primer curso para formar instructores, certificándose un total de 20 instructores nacionales.
- ◆ En 2011 se impartieron dos cursos de Lactancia Materna, y formamos parte del Subcomité Nacional de Lactancia Materna. Se trabaja en un programa de capacitación de lactancia materna en centros de salud con agentes comunitarios, a nivel nacional.

- **Manuales y difusión de los programas**

- ◆ Se concluyó la realización del manual de Enfermedades Diarreicas Agudas, el cual fue impreso y distribuido a todas las EF; se imprimieron 33000 manuales.
- ◆ Se ha iniciado la elaboración de manual de nutrición, manual de atención integral al menor de un año y manual de prevención de accidentes.

- ◆ Elaboración de block de orientación alimentaria Infancia y Adolescencia.
- ◆ Guía de alimentación para padres, madres y responsables de menores de 5 años.
- ◆ Trabajo conjunto con la Sra. Chepina Peralta, para la elaboración de DVD con menús.
- ◆ En el periodo que se reporta se han impreso y distribuido en los Servicios de Salud de las 32 entidades federativas una importante cantidad de folletos, trípticos y carteles, los cuales tienen la finalidad de informar a la población sobre aspectos importantes a considerar para la salud de los niños, entre ellos: prevención de accidentes, temporada de calor, prevención de enfermedades diarreicas, entre otros.
- ◆ Con la finalidad de promover la cultura del autocuidado y ampliar la información en salud, buscamos los medios masivos para llegar a la población en forma más efectiva por lo que lanzamos spot's en Radio Comunitaria y participamos en la "Línea de la Salud" en televisión, así mismo se tuvo colaboración con "Sesame Work Shop", para hacer más atractivo a la población infantil nuestros mensajes.
- ◆ Se desarrollaron e implementarán nuevos lineamientos operativos acordes a la transición epidemiológica del país y a los estándares internacionales en materia de alimentación al seno materno, zinc, micronutrientes y hierro.
- ◆ Difusión del material de promoción para padres en relación a la prevención de accidentes por grupo de edad hasta los 9 años (block de guía anticipatoria y carteles).
- ◆ Durante el 2012 se elaboró el cartel para la prevención del golpe de calor, de los cuales se distribuyeron 15,306 ejemplares a las entidades federativas. De igual manera, se elaboró un imán con las recomendaciones para preparar y otorgar a los menores de cinco años el Vida Suero Oral, de distribuyéndose 148, 600 piezas en las entidades federativas. Se elaboraron a su vez las hojas de recomendaciones para el manejo en el hogar de EDA e IRA, mismas que se encuentran en proceso de impresión.
- ◆ Difusión de cápsulas educativas (DVD) para cuidadores primarios de menores de 5 años en prevención de accidentes en el hogar y cuidados del recién nacido y menor de un año, las cuales fueron distribuidas en las 32 entidades federativas.

3. Participación activa de la comunidad adolescente en la formación de grupos de ayuda que permitan establecer acciones preventivas en este grupo de edad.

El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA) beneficia a la población de 10 a 19 años de edad, involucrando al sector y a las instituciones públicas y privadas vinculadas a este grupo poblacional. Su objetivo es "Mejorar las condiciones de salud del grupo adolescente a través de la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y la atención integral en todas las unidades del Sector Salud del país". Este programa se sustenta en la conjugación de cuatro enfoques: I) Factores protectores de riesgo, II) los derechos de los adolescentes, III) equidad de género, y IV) la promoción de la salud.

Para el sexenio se integró al PASA como una línea de acción del Programa de Acción para la Prevención de la Mortalidad Infantil, por tanto para el periodo del 2011 al 2012, la meta fundamental del Programa que contribuye al cumplimiento del objetivo plasmado en el PRONAREMI sobre la reducción de embarazos en adolescentes, es la publicación del Proyecto de norma oficial mexicana nom-047-SSA2-2010, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad, en el Diario Oficial de la Federación. Para la operación del PASA se cuenta con 32 Responsables Estatales de Atención a la Salud de la Adolescencia, quienes coordinan las estrategias con las Jurisdicciones Sanitarias.

El PASA está compuesto por cinco estrategias prioritarias:

- Grupo de Adolescentes Promotores de la salud GAPS.
- Semana Nacional de Salud de la Adolescencia SNSA.
- Proyecto de NOM 047 para la Atención del Grupo Etario de 10 a 19 años.
- Plan Nacional para la Prevención de la Violencia y el Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes PNPVMNNA.
- Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia GAIA.

Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud GAPS

Los GAPS, son grupos formados con población adolescente de 10-19 años en las Unidades de Salud del Primer Nivel, quienes son capacitados en temas de salud; para que posteriormente desarrollen actividades de promoción en su comunidad (principalmente con sus pares), con énfasis en la salud sexual y reproductiva. Cabe mencionar que la estrategia GAPS dio inicio en el año 2008, actualmente se cuenta con 1,400 GAPS.

Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud GAPS	
2008	Ejecución piloto de la estrategia para validar y sistematizar el modelo GAPS.
2009	Ejecución de 10 cursos de capacitación para un total de 344 personas capacitadas (personal de salud).
2010	Ejecución de 5 Encuentros Regionales GAPS en Tamaulipas, Michoacán, Sinaloa, Oaxaca y Guanajuato, asimismo, y a petición de los Estados se ejecutaron 15 Réplicas de Cursos GAPS.
2011	Realización de Consultas Nacionales sobre Estrategias y Políticas en Salud para Adolescentes Promotores de la Salud Región Norte y Sur. Se realizaron 3 cursos de capacitación en la estrategia. Inclusión del apartado en la Cartilla Nacional de Salud para Adolescentes de 10-19 años para el registro de acciones de GAPS. Inclusión de variables en el Sistema de Información en Salud SIS para el registro de las acciones que realizan los GAPS.
2012	Iniciar proceso de acreditación de los GAPS, así como, realizar visitas de supervisión y seguimiento de la estrategia. Continuar fortaleciendo la Estrategia principalmente en cuanto a las acciones de promoción que realizan los GAPS. Diseñar y desarrollar materiales de apoyo para los GAPS que faciliten las acciones de promoción que realizan en su comunidad. Sumar a otros actores institucionales en la formación de GAPS.

Semana Nacional de Salud de la Adolescencia

La Semana Nacional de Salud de la Adolescencia, es una actividad intensiva cuyo objetivo consiste en promover estilos de vida saludables entre la población adolescente (10 a 19 años de edad), a través de la oferta de servicios, información y orientación. La organización técnica y logística corresponde a los Servicios Estatales de Salud, bajo el liderazgo del Responsable Estatal del PASA, quien coordina durante la Semana una serie de actividades (deportivas, culturales y artísticas) y eventos (inauguraciones, foros, talleres, clausuras, etc.)

Semana Nacional de Salud de la Adolescencia SNSA	
2005	La Semana se ajustó a diversas necesidades estatales y regionales, por lo que no se realizó en todas las Entidades Federativas y la fecha de ejecución no fue la misma
2006	Se inicio la elaboración de un documento técnico en el que se establecieron algunos criterios de organización.
2007	Se desarrolló un spot de radio.

Semana Nacional de Salud de la Adolescencia SNSA		
2008	Ejecución de la Semana en 18 Entidades Federativas.	
2009	Ejecución de la Semana en las 31 Entidades Federativas y 8 visitas de asesoría.	A partir del 2009 se acordó que cada año la Semana tendría un énfasis temático diferente: prevención del embarazo adolescente, prevención de ITS y VIH/SIDA
2010	Ejecución de la Semana en las 31 Entidades Federativas y el D.F. (32 visitas: 17 visitas en la fase de planeación, 14 durante la ejecución y 1 reprogramada a petición de la Entidad Federativa).	Énfasis temático: prevención del embarazo adolescente.
2011	Ejecución de la Semana en las 31 Entidades Federativas y el D.F. Se contó con la participación del GAIA, del Grupo Sectorial de Salud de la Adolescencia (IMSS-Oportunidades, ISSSTE, SEDENA y PEMEX) y Grupo Interinstitucional de Salud de la Adolescencia (21 Instituciones y OSC).	Énfasis temático: prevención de accidentes en población adolescente.
2012	La SNSA 2012 se llevará a cabo del 24 al 28 de septiembre, teniendo como sedes de Inauguración y Clausura, las Ciudades de San Luis Potosí y Querétaro respectivamente. Se espera que para el 2012 se realice como evento presidencial, con cobertura en todo el país. Contar con spot televisivo. Sumar a los actores institucionales pendientes (SEP, SEMAR, CONADE).	Énfasis temático: prevención de violencia entre pares.

Proyecto de NOM 047 para la Atención del Grupo Etario de 10 a 19 años

El proyecto de NOM es el documento legal que estipulará el protocolo de atención a la salud en todo el país y para todos los sectores, mismo que incluirá un apartado de salud sexual y reproductiva y que tiene por objeto realizar acciones de prevención del embarazo en ese grupo etéreo.

Proyecto de NOM 047 para la Atención del Grupo Etario de 10 a 19 años	
2006 a 2008	Todos los trabajos de la NOM 047 fueron suspendidos en éste periodo.
2009	Se llevaron a cabo 4 Reuniones del Grupo Técnico.
2010	Se llevaron a cabo 12 reuniones del Grupo Técnico y 1 Reunión del Subcomité de Infancia Adolescencia y Envejecimiento. El 23 de noviembre de 2010, fue aprobado como Proyecto de Norma por el Comité Nacional de Normalización.
2011	Se llevaron a cabo 3 reuniones de asesoría en COFEMER y 1 reunión Grupo Técnico. Cambio de nombre a Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2010, para la Atención a la Salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, y modificación al cuerpo de la NOM047 por disposición del Jurídico de la Secretaría de Salud. Se realizaron modificaciones a la Manifestación de Impacto Regulatorio del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-047.
2012	Esta en proceso la Publicación de la NOM-047-SSA2-2010 en el Diario Oficial de la Federación. Realización de dos capacitaciones regionales para Servicios de Salud Estatales en la aplicación y operatividad de la NOM-047.

Plan Nacional para la Prevención de la Violencia y el Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes

El Plan Nacional para la Prevención de la Violencia y el Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes, tiene como objetivo: prevenir la violencia y el maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes, a través de la información y sensibilización acerca de las causas y consecuencias que origina el maltrato infantil y adolescente; promoviendo la crianza, cuidado y educación, con afecto y libre de violencia y maltrato en los principales ámbitos donde se desenvuelve este grupo poblacional como: la familia, la escuela y la comunidad.

Plan Nacional para la Prevención de la Violencia y el Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes	
2008	Se inició la elaboración del Plan.
2009	Se estableció la primera parte de las acciones del Plan: objetivos, vinculación y acciones.

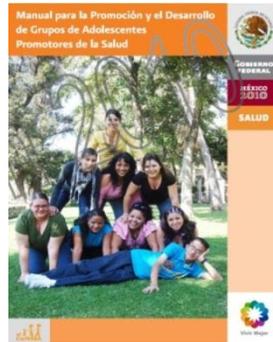
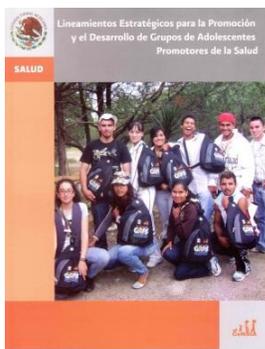
Plan Nacional para la Prevención de la Violencia y el Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes PNPVMNNA	
2010	Se diseñaron materiales dirigidos a madres, padres, cuidadores(as), distribuidos durante la Segunda Semana Nacional de Salud y se realizó Curso-Taller Introductorio de Prevención de Violencia y Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes, dirigido a Responsables Estatales del PASA. Se conformó el Grupo Técnico de Capacitación para la Prevención de la Violencia y el Maltrato a NNA (Hospital Infantil de México, Hospital Pediátrico de Iztapalapa, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Psiquiatría y Centro Nacional de Equidad de Género).
2011	Se llevaron a cabo 2 Cursos Piloto en Querétaro y el D.F. y Cursos Regionales. Se realizó sondeo y visitas a personal operativo en unidades de salud de primer nivel de los servicios de Salud del Distrito Federal, con el fin de detectar necesidades de capacitación y atención de casos de Violencia y Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes.
2012	Se tiene contemplada la presentación del Anteproyecto de la Norma de Atención Integral de la Violencia y el Maltrato a NNA, ante el Comité Nacional de Normalización de la Secretaría de Salud. Contar con variables específicas para el registro de casos de violencia y maltrato en NNA. Establecer herramientas de detección y modelos de atención médica integral para casos de violencia y maltrato. Contar con Servicios Especializados en atención de casos de violencia y maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes. Sumar a otros actores institucionales involucrados en el tema.

Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia GAIA

El GAIA es un grupo conformado con el objetivo de unificar y fortalecer los distintos componentes de salud creados dentro de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y dirigidos a la población adolescente, a la vez de mejorar la coordinación federal y estatal en materia de atención integral de la adolescencia. Para efectos de dicha coordinación ha sido emitido el Proyecto de Colaboración en Salud Integral para Adolescentes: CeNSIA, CNEGySR, CENSIDA, CENAPRECE, DGPS, STCONAPRA, CENADIC/ Plan de Trabajo 2011- 2012.

El GAIA está actualmente conformado por: CeNSIA, DGPS, CENSIDA, CNEGySR, CENADIC, STCONPRA y CENAPRECE.

Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia GAIA	
2009	4 Reuniones GAIA. (las reuniones correspondientes a este grupo Técnico se incluyen en las reuniones de trabajo de la NOM que se sita en este documento)
2010	En el 2010 como parte de los acuerdos del grupo, para evitar reducir las acciones al ámbito de salud sexual y reproductiva, se establece cambiar el nombre de este equipo de Salud Sexual y Reproductiva, a Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia GAIA. 12 Reuniones GAIA.
2011	12 Reuniones GAIA (a partir de este año se deja de tratar la NOM-047 en el GAIA). Uno de los principales productos del GAIA es un Oficio Conjunto firmados por los Directores Generales y Secretarios Técnicos con el cual se ratifica a los Secretarios de Salud de las Entidades Federativas la coordinación.
2012	Contar con 32 Planes de Trabajo Estatales del GAIA. Elaborar el Plan del Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia (GAIA) para el sexenio 2012-2018; donde se integre un presupuesto específico de cada instancia integrante del GAIA para acciones específicas de salud en adolescentes. Crear el Consejo Nacional de Salud de la Adolescencia con representación de instancias del Sector Salud, ONG's, etc.



Documentos Técnicos y Difusión

En el periodo que se reporta se han impreso y distribuido los siguientes materiales de promoción y difusión de las estrategias del PASA:

- Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud.
- Manual para la Promoción y el Desarrollo de Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud (2da. Edición).
- Lineamientos Operativos de la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (se actualizan cada año).
- Carteles de la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (se actualizan cada año).
- Plan Nacional de Prevención de la Violencia y el Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes.
- Carteles y trípticos de prevención de violencia entre pares y prevención del maltrato.



4. Promoción de las acciones preventivas entre la población general y actualización constante del personal de salud, que asegure la atención médica oportuna y de calidad para niños y adolescentes con cáncer.

Introducción

Antes de 2005, el impacto social y económico que condicionaba el cáncer en los niños, niñas y los adolescentes de México, provocaba que aproximadamente del 65% al 90% de las familias sin seguridad social no contaran con los recursos económicos necesarios para su atención, y por lo tanto tuvieran que enfrentarse a gastos catastróficos o al abandono del tratamiento por falta de recursos, lo que en los casos más graves podía representar la muerte. Para tal efecto, consciente del problema de Salud Pública que representa esta enfermedad, en 2005 el Gobierno Federal creó por Decreto Presidencial el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (CONACIA), dando el carácter de órgano consultivo e instancia permanente de coordinación y concertación de las acciones del Sector Público, Social y Privado en materia de investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer en la población menor de 18 años en la República Mexicana.

De los objetivos de creación de dicho Consejo, se deriva el Programa de Acción para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, cuyo principal objetivo es brindar a los pacientes con este padecimiento un diagnóstico temprano y un tratamiento multidisciplinario, oportuno, gratuito y de calidad, otorgado por expertos en centros hospitalarios acreditados, y así lograr disminuir la mortalidad y aumentar la supervivencia por cáncer en este grupo de edad, así como su calidad de vida.

Este Programa se vincula con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, al reconocer que para alcanzar una igualdad de oportunidades y mejorar las condiciones de salud de la población, se deben brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad del paciente, y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal; se vincula con el Programa Nacional de Salud 2007-2012; al contemplar entre sus objetivos el otorgar servicios de salud con calidad y seguridad, y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud; y se vincula con las metas del Programa de Acción para la Prevención de la Mortalidad Infantil 2007-2012, ya que este contempla estandarizar la detección oportuna de cáncer en la población de un año y menos, y

capacitar a los médicos del primer nivel de atención de los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano para el diagnóstico oportuno de cáncer en la población de un año y menos.

Este Programa busca dar respuesta en forma alineada no solo a los objetivos planteados en los documentos arriba citados, sino a compromisos que en materia de mortalidad infantil se han adquirido a nivel Nacional e Internacional.

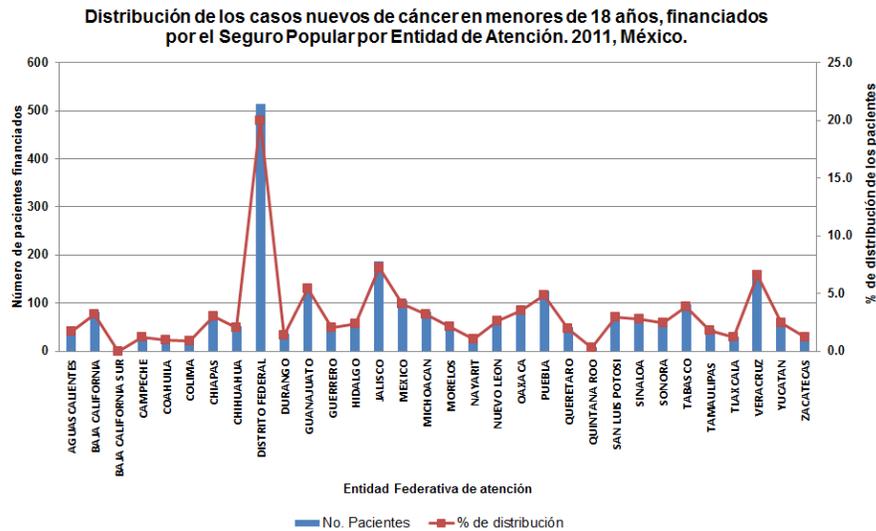
Acciones y logros

Tipos de cáncer más frecuentes en los menores de 18 años y su financiamiento por el Seguro Popular.

La incorporación en febrero de 2008, de todos los tipos de cáncer en menores de 18 años al financiamiento por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPcGC) del Seguro Popular. En 2011 la cobertura financiera total fue de 2,516 casos nuevos de cáncer en los menores de 18 años afiliados al Seguro Popular, de los cuales el 47.53% (1222 casos) correspondió a casos de Leucemia (Leucemia Aguda Linfoblástica, 38.55%; Leucemia Aguda Mieloblástica, 7.16%; y Leucemias Crónicas y Síndrome Preleucémico, 1.83%); el 10.77% (255 casos), a casos de Linfoma (Enfermedad de Hodgkin, 5.37%; y Linfoma no Hodgkin, 4.55%); el 9.88% a tumores del Sistema Nervioso Central (astrocitomas 3.58%; otros tumores no especificados, 2.80%; meduloblastomas, 2.53%; y ependimomas, 0.97%); el 5.95% a tumores germinales; el 5.13% a tumores óseos; el 4.67% a sarcomas; el 4.05% a retinoblastomas; el 3.11% a tumores renales (incluyendo al tumor de Wilms); el 3.07% a histiocitosis; el 2.61% a tumores hepáticos; el 2.10% a carcinomas; y el 1.98% a neuroblastomas. (Ver Tabla 1). Las entidades federativas en las que se atendió el mayor número de casos nuevos de cáncer durante 2011, son el Distrito Federal, Jalisco, Veracruz, Guanajuato y Puebla (Fig. 1).

Tabla 1. Tipos de cáncer en los menores de 18 años, financiados por el Seguro Popular en 2011.			
LEUCEMIAS	LAL	991/1222	81.10%
	LAM	184/1222	15.06%
	Otras leucemias	47/1222	3.85%
	TOTAL	1222/2571	47.53%
LINFOMAS	L. No Hodgkin	117/255	45.88%
	E. Hodgkin	138/255	54.12%
	TOTAL	255/2571	10.70%
T. SNC	Astrocitomas	92/254	36.22%
	Ependimoma	25/254	9.84%
	Meduloblastoma	65/254	25.59%
	Otros tumores no especificados del SNC	72/254	28.35%
	TOTAL	254/2571	9.88%
T. GERMINALES		153/2571	5.95%
T. OSEOS	S. Ewing	38/132	28.79%
	Osteosarcoma	94/132	71.21%
	TOTAL	132/2571	5.13%
SARCOMAS	S. Partes Blandas	120/2571	4.67%
RETINOBLASTOMA		104/2571	4.05%
T. RENAL	T. Renales no Wils	6/80	7.50%
	T. Wilms	74/80	92.50%
	TOTAL	80/2571	3.11%
HISTIOCITOSIS		79/2571	3.07%
T. HEPÁTICOS	Hepatoblastoma	56/67	83.58%
	Hepatocarcinoma	11/67	16.42%
	TOTAL	67/2571	2.61%
CARCINOMAS		54/2571	2.10%
NEUROBLASTOMA		51/2571	1.98%
Fuente: CNPSS, Sistema de información de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC), 2008-2010			

Figura 1

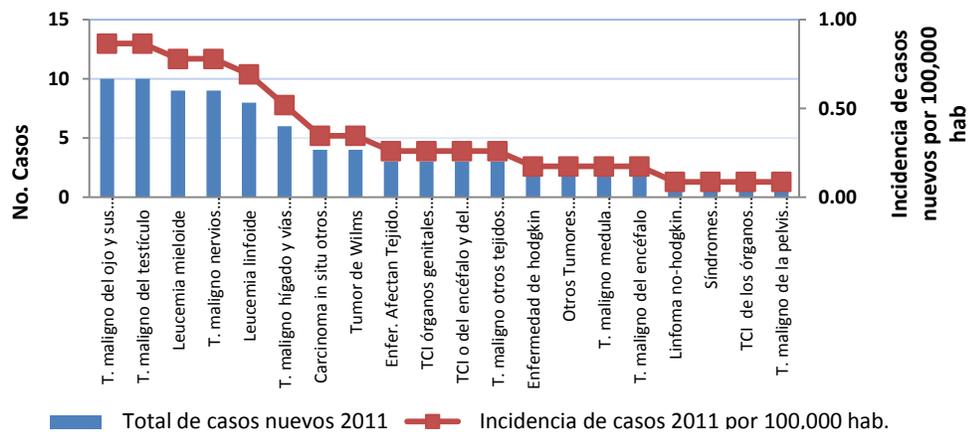


Fuente: Base de datos proporcionada por el Seguro Popular correspondiente al año 2011.

Durante 2011, se financiaron 84 casos nuevos de cáncer en menores de 1 año, siendo los tipos de cáncer más frecuentes los tumores malignos del ojo y sus anexos (10), los tumores malignos de testículo (10), la Leucemia mieloide (9), Tumores maligno de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo (9) y Leucemia Linfoide (8). Así mismo, se financiaron en ese mismo año 814 casos nuevos de cáncer en los niños de 1 a 4 años de edad, siendo los tipos de cáncer más frecuentes la Leucemia Linfoide (312), Tumor malignos del ojo y sus anexos (81), el Tumor de Wilms (50), Tumor maligno de encéfalo (49) y la Leucemia Mieloide (46). (Figuras 2 y 3).

Figura 2

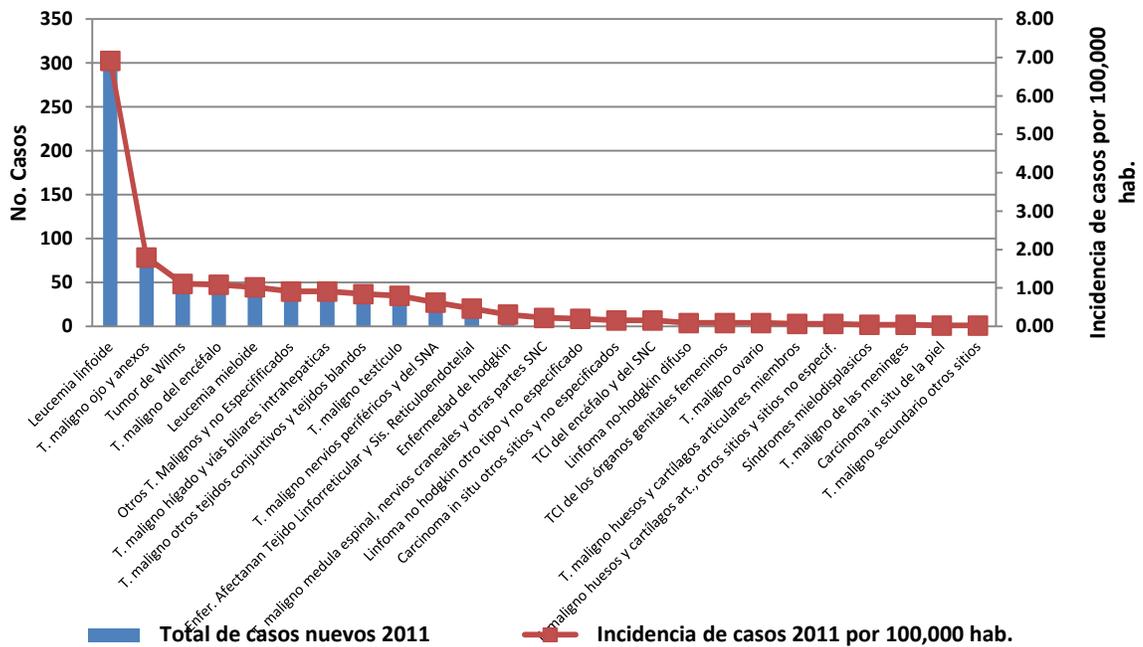
Incidencia de los diferentes tipos de cáncer en menores de un año de edad derechohabientes al Seguro Popular, 2011



Fuente: SGGC, DAPM, DGGSS, CNPSS

Figura 3.

Incidencia de los diferentes tipos de cáncer en los menores de 1 a 4 años de edad derechohabientes al Seguro Popular, 2011



Fuente: SGGC, DAPM, DGGSS, CNPSS.

Dentro de los casos financiados las patologías más frecuentes en niños de 5 a 9 años son: la leucemia linfóide (321), tumor maligno de encéfalo (72), enfermedad de Hodgkin (55), leucemia mieloide (50) y los tumores malignos de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos (23). En el grupo de edad de 10 a 14 años los tipos de cáncer más frecuentes son la leucemia linfóide (220), tumor maligno de encéfalo (56), leucemia mieloide (54), tumores malignos de los huesos y de los cartílagos articulares de los miembros (49) y la enfermedad de Hodgkin (36). En el grupo de edad de 15 a 17 años los tipos de cáncer más frecuentes son la leucemia linfóide (133), leucemia mieloide (34), enfermedad de Hodgkin (28), tumores malignos de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos (28), tumores malignos de testículo (26) y tumores malignos de los huesos y de los cartílagos articulares de los miembros (26).

Unidades Médicas Acreditadas para la atención de los menores de 18 años con cáncer

Con la finalidad de beneficiar a los menores de 18 años que padecen cáncer y sus familias se inició la consigna por parte del Gobierno Federal de contar con al menos una Unidad Médica Acreditada en cada una de las Entidades Federativas; estas Unidades Médicas debían contar con los recursos y procesos necesarios para brindar la atención integral de estos pequeños. La Acreditación de Unidades Médicas para la atención de los menores de 18 años con cáncer en el país, se inició en mayo de 2005.

En el 2010 se acreditaron dos Unidades Médicas más para la atención de menores de 18 años con Hematopatías Malignas; una Unidad Médica más fue acreditada para atender menores de 18 años con Tumores Sólidos dentro y fuera del Sistema Nervioso Central; y se acreditó una Unidad Médica más para la realización de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH) como parte de los procedimientos terapéuticos del cáncer en menores de 18 años.

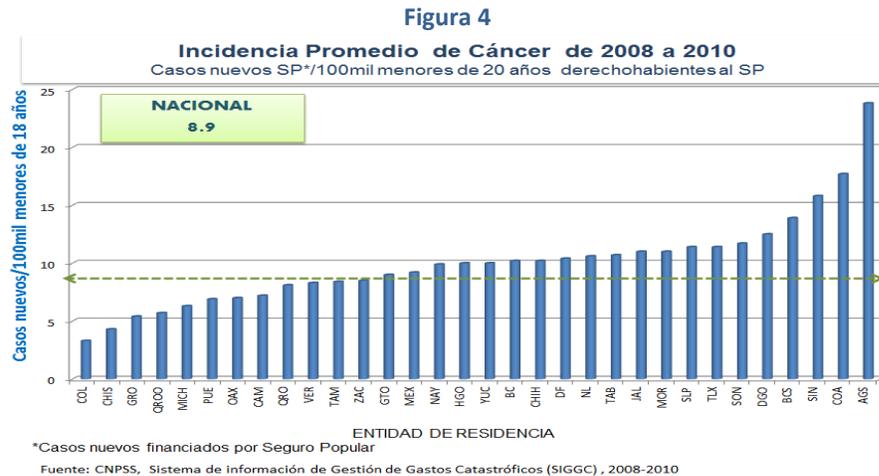
En 2011 se desacreditaron dos Unidades Médicas que atendían a pacientes menores de 18 años con cáncer (el Hospital General de Mexicali en Baja California y el Hospital General de Ciudad Juárez en Chihuahua), y se acreditaron dos Unidades Médicas más, el Hospital Infantil de Especialidades de Ciudad Juárez en Chihuahua y el Hospital Regional de Coatzacoalcos Veracruz “Valentín Gómez Farías”. A la fecha, nuestro país cuenta con 52 Unidades Médicas Acreditadas para la atención de los niños, niñas y adolescentes con cáncer en 31 Entidades Federativas. La Tabla 2 muestra la relación de Unidades Médicas Acreditadas por Entidad Federativa, y por tipo de acreditación.

Tabla 2. Unidades Médicas Acreditadas para la atención de los menores de 18 años con cáncer, por tipo de acreditación y entidad federativa.

Entidad Federativa	Unidad Médica Acreditada (Uma)	Acreditación Hematopatías Malignas	Acreditación Tumores Fuera del SNC	Acreditación Tumores Dentro del SNC	Acreditación Trasplante Médula Ósea
Aguascalientes	Hospital Centenario Miguel Hidalgo	✓	✓	✓	X
Baja California	Hospital General de Mexicali	Perdió la acreditación en 2011			
	Centro Oncológico Pediátrico de Baja California	✓	✓	✓	X
	Hospital General de Tijuana	✓	✓	✓	X
Baja California Sur	No cuenta con UMA	NA	NA	NA	NA
Campeche	Centro Estatal de Oncología de Campeche	✓	✓	✓	X
Coahuila	Hospital Infantil "Dr. Federico Gómez"	✓	X	X	X
Colima	Hospital Regional Universitario	✓	✓	✓	X
Chiapas	Hospital de Especialidades Pediátricas de Tuxtla Gtz.	✓	✓	X	X
	Hospital General de Tapachula	✓	X	X	X
Chihuahua	Hospital General de Cd. Juárez	Perdió la acreditación en 2011			
	Centro Estatal de Cancerología de Chihuahua	✓	✓	✓	X
	Hospital Infantil del Estado de Chihuahua	✓	✓	✓	X
Distrito Federal	Hospital Pediátrico Moctezuma	✓	✓	X	X
	Instituto Nacional de Pediatría	✓	✓	✓	✓
	Hospital Infantil de México "Federico Gómez"	✓	✓	✓	✓
	Hospital General de México	✓	✓	✓	X
	Instituto Nacional de Cancerología	✓	✓	✓	✓
	Hospital ABC	X	X	X	✓
	Hospital Privado Durango	X	X	X	✓
	Hospital Juárez de México	✓	✓	✓	X
Durango	Centro Estatal de Cancerología de Durango	✓	✓	✓	X
Guerrero	Instituto Estatal de Cancerología de Guerrero	✓	✓	X	X
Guanajuato	Hospital General de Celaya	✓	✓	✓	X
	Hospital General Regional de León	✓	✓	✓	X
	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.	✓	✓	✓	✓
Hidalgo	Hospital del Niño DIF	✓	✓	✓	X
Jalisco	Hospital Civil "Dr. Juan I. Menchaca"	✓	✓	✓	✓
	Hospital General de Occidente	✓	✓	✓	X
Michoacán	Hospital Infantil Morelia	✓	X	X	X
México	Hospital del Niño IMIEM	✓	✓	✓	X
Morelos	Hospital del Niño Morelense	✓	✓	✓	X
Nayarit	Centro Estatal de Cancerología de Nayarit	✓	✓	X	X
Nuevo León	Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"	✓	✓	✓	✓
	Hospital San José Tec de Monterrey	✓	✓	✓	X
Oaxaca	Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso"	✓ (Excepto LLA)	✓	X	X
	Hospital de la Niñez Oaxaqueña	✓	✓	✓	X
Puebla	Hospital del Niño Poblano	✓	✓	✓	✓
Quintana Roo	Hospital General de Chetumal	✓	X	X	X
Querétaro	Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer	✓	✓	✓	X
San Luis Potosí	Hospital General "Dr. Ignacio Morones Prieto"	✓	✓	✓	X
Sinaloa	Hospital Pediátrico de Sinaloa	✓	✓	✓	X
Sonora	Hospital Infantil de Sonora	✓	✓	✓	X
Tabasco	Hospital del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón"	✓	✓	✓	X
	Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Cassasus"	✓	✓	X	✓
Tamaulipas	Hospital General "Dr. Carlos Canseco"	✓	X	X	X
	Hospital Infantil de Tamaulipas	✓	✓	✓	X
Tlaxcala	Hospital Infantil de Tlaxcala	✓	✓	✓	X
Veracruz	Hospital Regional de Río Blanco	✓	X	X	X
	Hospital Regional de Poza Rica	✓	X	X	X
	Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa"	✓	✓	✓	X
	Hospital de Alta Especialidad de Veracruz	✓	✓	✓	X
	Hospital Regional de Coatzacoalcos	✓	X	X	X
Yucatán	Hospital General "Dr. Agustín O'Horán"	✓	✓	✓	X
Zacatecas	Hospital General de Zacatecas	✓	✓	✓	X

Incidenca y Mortalidad por cáncer en los menores de 18 años

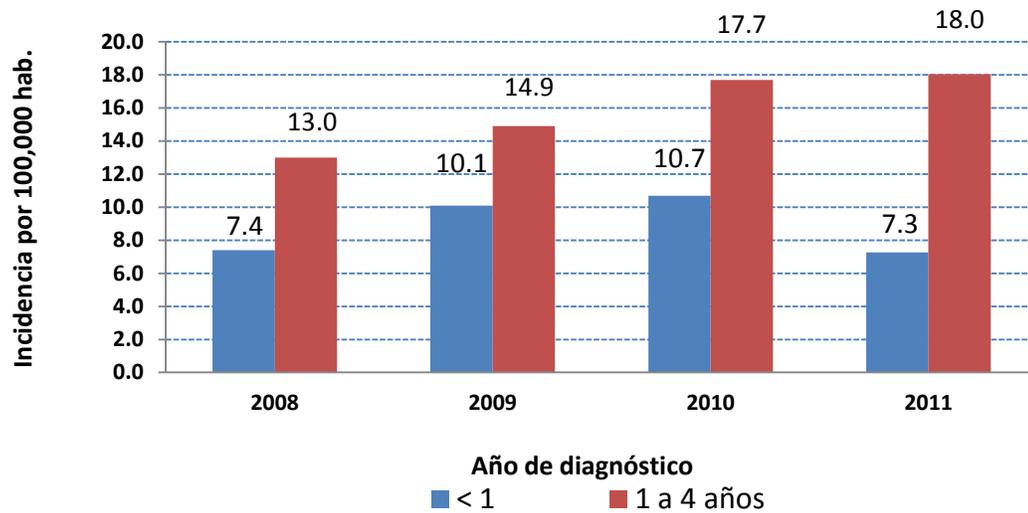
La tasa de incidencia promedio de cáncer en los pacientes menores de 18 años que son responsabilidad de la Secretaría de Salud y que fueron financiados por el Seguro Popular, para los años 2008 a 2010, fue de 8.9 casos nuevos por 100 mil menores de 18 años (Figuras 4).



La tasa de incidencia estimada de cáncer en menores de 1 año derechohabientes del Seguro Popular en 2008 fue de 7.4 casos nuevos/100 mil menores de 1 año; en 2009 fue de 10.1 casos nuevos/100 mil menores de 1 año; en 2010 fue de 10.7 casos nuevos/100 mil menores de 1 año; y en 2011 fue de 7.3 casos nuevos/100 mil menores de 1 año. Así mismo, la tasa de incidencia estimada de cáncer en los niños de 1 a 4 años de edad derechohabientes del Seguro Popular en 2008 fue de 13 casos nuevos/100 mil niños de 1 a 4 años; en 2009 fue de 14.9 casos nuevos/100 mil niños de 1 a 4 años, y en 2010 fue de 17.7 casos nuevos/100 mil niños de 1 a 4 años; y en 2011 fue de 18.0 casos nuevos/100 mil niños de 1 a 4 años. (Figura 5). En el grupo de edad de los 5 a 9 años derechohabientes del Seguro Popular, la tasa de incidencia estimada de cáncer en 2008 fue de 7.9 casos nuevos/100 mil niños de 5 a 9 años; en 2009 fue de 10.2 casos nuevos/100 mil niños de 5 a 9 años; en 2010 fue de 10.3 casos nuevos/100 mil niños de 5 a 9 años; y para 2011 de 11.6/100 mil niños de 5 a 9 años. Por lo que respecta a los niños de 10 a 14 años de edad derechohabientes del Seguro Popular para 2008 fue de 7.1 casos nuevos/100 mil niños de 10 a 14 años; para 2009 fue de 8.4 casos nuevos/100 mil niños de 10 a 14 años; para 2010 fue de 8.5 casos nuevos/100 mil niños de 10 a 14 años; y para 2011 fue de 9.1 casos nuevos/100 mil niños de 10 a 14 años. Para el grupo de edad de los de 15 a 19 años edad derechohabientes del Seguro Popular, para 2008 fue de 3.5 casos nuevos/100 mil niños de 15 a 19 años; para 2009 fue de 5.2 casos nuevos/100 mil niños de 15 a 19 años; y para 2010 de 5.6 casos nuevos/100 mil niños de 15 a 19 años; y para 2011 fue de 7.0 casos nuevos/100 mil niños de 15 a 19 años. (Figura 6)

Figura 5

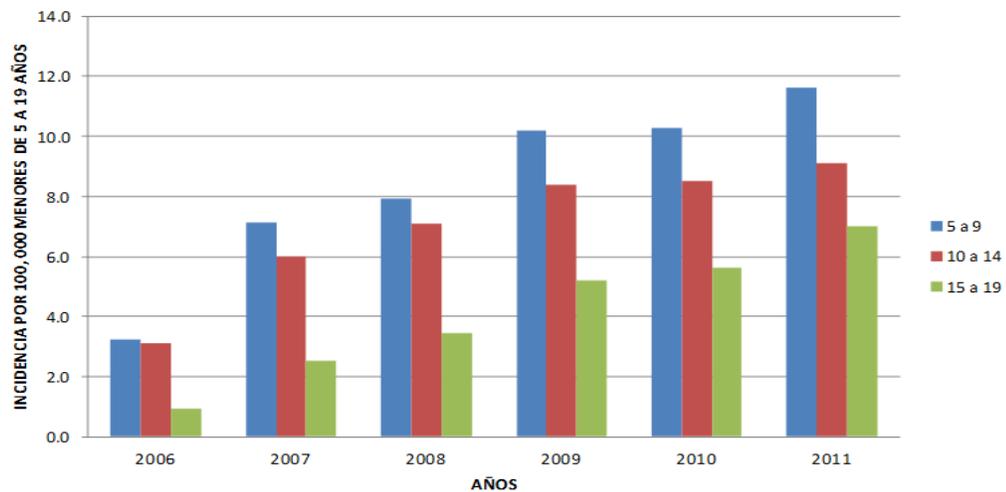
Incidenicia de cáncer en niños menores de 1 año y de 1 a 4 años de edad, derechohabientes al Seguro Popular 2008 - 2011



Fuente: SGGC, DAPM, DGGSS, CNPSS.

Figura 6

Incidenicia por grupo de edad y año de financiamiento por el Fondo Contra Gastos Catastróficos de la CNPSS, de 2006 a 2010



Este incremento observado en la incidenicia de cáncer en estos grupos de edad, no parece ser un incremento real, consideramos que puede deberse a que al haber mayor oferta en los servicios médicos para la atención de estos pacientes, y al ser financiados por el Seguro Popular, hay una mayor demanda de servicios y por tanto un mayor registro de casos.

Las tasas de incidenicia por cáncer varían ampliamente en las 32 Entidades Federativas, encontrándose las tasas de incidenicia más altas en 2010 en Baja California, Baja California Sur, Durango, Querétaro y Sinaloa en los menores de 1 año de edad; en Aguascalientes, Colima, Durango, San Luis Potosí y Tabasco

para el grupo de edad de 1 a 4 años; Baja California Sur, Aguascalientes, Tlaxcala, Sinaloa y Yucatán para el grupo de edad de 5 a 9 años; Colima, Chihuahua, Aguascalientes, Sinaloa y Campeche para el grupo de edad de 10 a 14 años; y Aguascalientes, Colima, Sonora, Campeche y Morelos para el grupo de edad de 15 a 19 años.

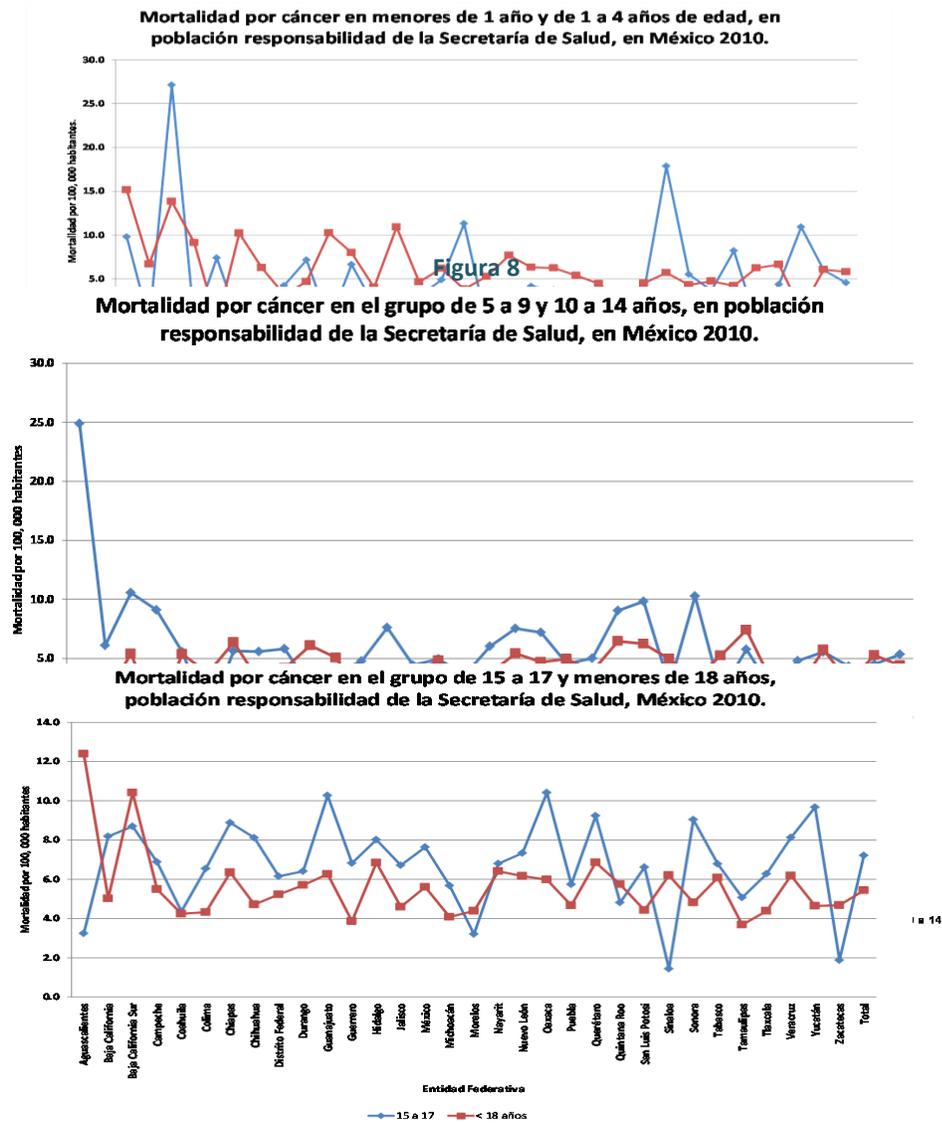
Para 2011 no se cuenta con la base de datos completa que especifique lugar de residencia, por lo que no es posible generar datos de incidencia para este año.

De acuerdo a la información disponible en el Sistema Nacional de Información en Salud (DGIS) en el Subsistema de Defunciones de cifras oficiales definitivas para el año 2010, el cáncer en los menores de 20 años, fue la tercera causa de muerte en el Sector Salud habiéndose registrado 2,047 defunciones por esta causa, y fue la quinta causa de muerte en la Secretaría de Salud con 1,162 registros de defunción. Para la población de la Secretaría de Salud, las defunciones por cáncer por grupo de edad presentan el siguiente comportamiento: en menores de 1 año fue la decimosexta causa (53 registros), de 1 a 4 años fue la tercera causa (258 registros), de 5 a 9 años fue la primera causa (313), de 10 a 14 años fue la primera causa (276 registros), de 15 a 17 años fue la cuarta causa (262 registros).

De acuerdo al mismo sistema de información, para el año 2011 el cáncer en los menores de 20 años fue la quinta causa de muerte en el Sector Salud habiéndose registrado un total de 2,378 defunciones por esta causa, y fue la sexta causa de muerte en la Secretaría de Salud con 1,409 registros de defunción. Para la población de la Secretaría de Salud, las defunciones por cáncer por grupo de edad presentan el siguiente comportamiento: en los menores de un año, fue la vigésimo primer causa de muerte en el Sector Salud habiéndose registrado 97 defunciones por esta causa, la segunda en el grupo de 1 a 4 años con 467 de defunción, la primera en los grupos de 5 a 9 años y de 10 a 14 con 530 y 496 registros de defunción respectivamente, y la tercera en el grupo de 15 a 19 años con 788 registros de defunción.

En el 2010, la tasa de mortalidad por cáncer en el Sistema Nacional de Salud fue de 5.6 defunciones/100 mil menores de 18 años de edad. En la Secretaría de Salud la tasa de mortalidad fue de 5.3 defunciones/100 mil menores de 18 años de edad. Por grupo de edad y entidad de residencia presenta el siguiente comportamiento: 4.6 defunciones/100 mil menores de un año de edad, las entidades federativas con mayor tasa de mortalidad en este grupo fueron: Aguascalientes, Baja California Sur, Michoacán, Sinaloa, y Yucatán; 5.8 defunciones/100 mil menores de uno a cuatro años de edad, las Entidades Federativas con mayor tasa de mortalidad en este grupo son: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Durango, e Hidalgo; 5.3 defunciones/100 mil menores de cinco a nueve años de edad, las Entidades Federativas con mayor tasa de mortalidad en este grupo son: Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Quintana Roo, y Sinaloa; 4.4 defunciones/100 mil habitantes de diez a catorce años de edad, las Entidades Federativas con mayor tasa de mortalidad en este grupo son: Chiapas, Durango, Querétaro, Quintana Roo, y Tabasco; 7.2 defunciones/100 mil de habitantes de quince a diecisiete años de edad, las Entidades Federativas con mayor tasa de mortalidad en este grupo son: Guanajuato, Oaxaca, Querétaro, Sonora, y Yucatán. (Figuras 7, 8 y 9).

Figura 7



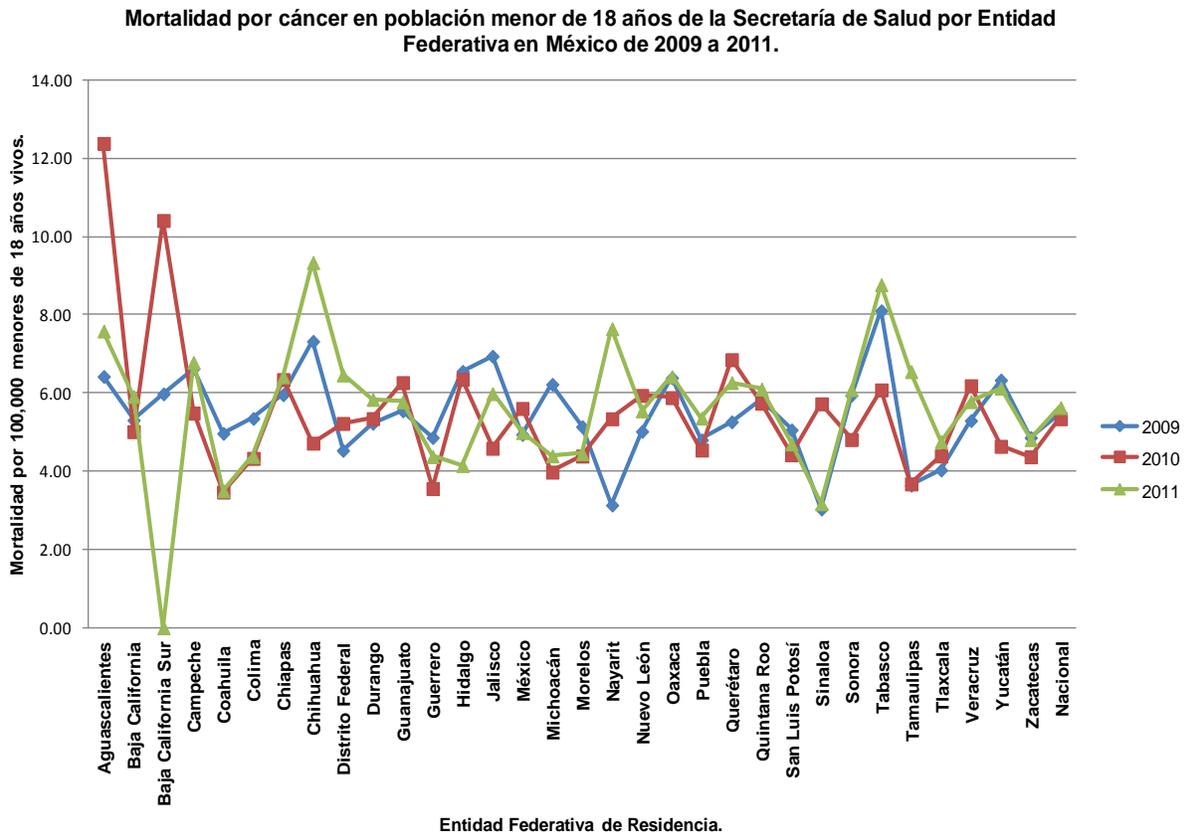
Fuente: Cubos dinámicos de la DEIGISINEGI consultado el 28 de marzo de 2012.
Filtros: Población perteneciente a la Secretaría de Salud (Derechohabiencia Ninguna, Seguro Popular, y No específica). Año de registro de la defunción. Edad (15 a 17 y <18 años).
Entidad de Residencia. Defunciones por Lista de GBD de 165.

Para 2011, la tasa de mortalidad por cáncer en el Sistema Nacional de Salud fue de 5.62 defunciones/100 mil menores de 20 años. En la Secretaría de Salud la tasa de mortalidad fue de 5.63 defunciones/100 mil menores de 18 años de edad. Por grupo de edad y entidad de residencia presenta el siguiente comportamiento: 6.2/100 mil menores de un año, siendo las entidades federativas con una mayor tasa de mortalidad en este grupo: Querétaro, Quintana Roo, Durango, Yucatán y Guerrero; 6.7/100 mil menores de 1 a 4 años de edad, siendo las entidades federativas con una mayor tasa de mortalidad en este grupo: Durango, Tabasco, Nayarit, Colima y Zacatecas; 5.0/100 mil menores de 5 a 9 años de edad, siendo las entidades federativas con una mayor tasa de mortalidad en este grupo: Aguascalientes, Nayarit, Quintana Roo, Tabasco y Jalisco; 4.5/100 mil habitantes de 10 a 14 años de edad, siendo las entidades federativas con una mayor tasa de mortalidad en este grupo: Chihuahua, Tamaulipas, Baja

California, Sonora y Tabasco; y 7.7/100 mil habitantes de 15 a 19 años de edad, siendo las entidades federativas con una mayor tasa de mortalidad en este grupo: Tabasco, Tamaulipas, Chihuahua, Campeche y Nuevo León.

La Figura 10 muestra el comparativo de la mortalidad por cáncer en los menores de 18 años, por Entidad Federativa de 2009 a 2011, en la Secretaría de Salud.

Figura 10



Fuente:
Cubos dinámicos de la DGIS/INEGI consultado el 28/junio/2012 para las defunciones del año 2009 y 2010; y Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) consultado el 28/junio/2012 para las defunciones de 2011.
Filtros: Población perteneciente a la Secretaría de Salud (Derechohabiencia Ninguna, Seguro Popular, y No especifica), Año de defunción, Edad (<1 a 17 años). Defunciones por Lista de GBD, apartado de Enfermedades No Transmisibles en el sub apartado de Tumores Malignos.

Lo anteriormente expuesto se estimó considerando al cáncer como causa básica de muerte en la Secretaría de Salud (población sin derechohabiencia, Seguro Popular y no especificado) y en el resto de las Instituciones del Sector Salud (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR), otra derechohabiencia y más de una) en el grupo de menores de 18 años de edad.

Principales Acciones realizadas en el Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia 2007-2012

COORDINACIÓN Y VINCULACIÓN

PRONAREMI 2007-2012

- A. Inclusión de acciones correspondientes al Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, dentro del Programa para la Prevención de la Mortalidad Infantil, Programa prioritario de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, enfocado a la atención de los 125 Municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano, con un Objetivo Específico y una estrategia:

Objetivo específico: 5. Difundir en el personal de salud los conceptos básicos necesarios para realizar el diagnóstico oportuno de los casos de cáncer en la población de un año o menos.

- a. Detectar oportunamente el cáncer en menores de un año a través de la capacitación al personal de salud.

CONSEJOS ESTATALES PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

- B. Instalación de Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.

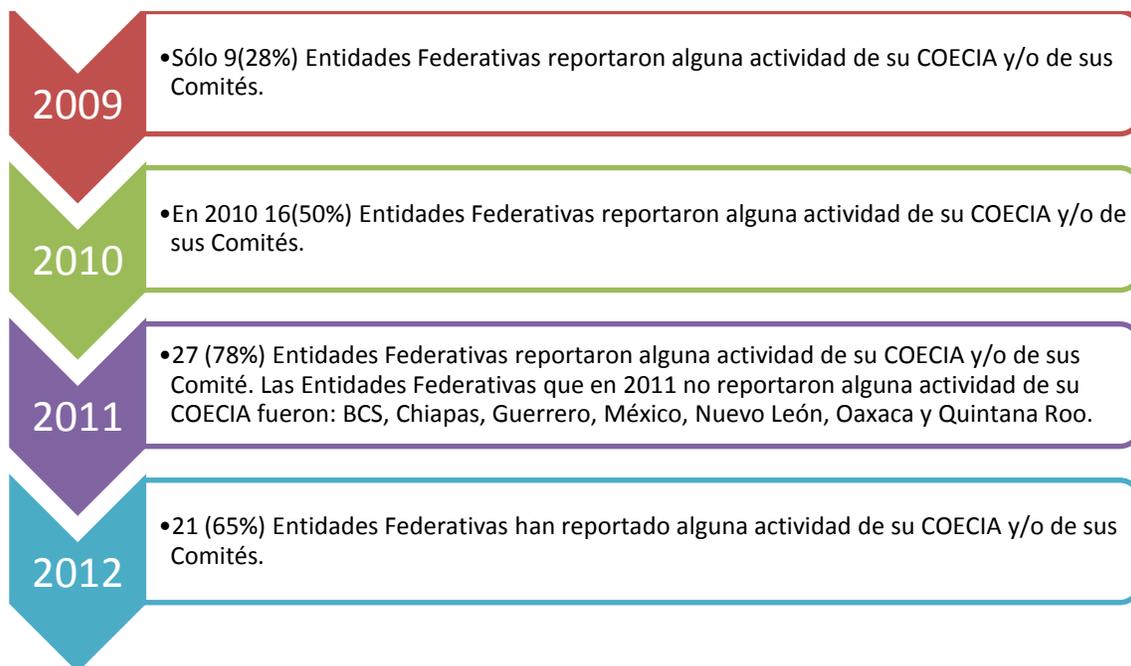
Con el objetivo de extender las acciones del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia y como una atribución del mismo, se crearon los Consejos Estatales de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (COECIAS), con la finalidad de proporcionar un foro que cuente con la colaboración de los tomadores de decisiones a nivel Estatal e involucre a todos los actores relacionados con la atención integral de los menores de 18 años con cáncer, en cada una de las Entidades Federativas. El siguiente cuadro muestra el histórico de la instalación de los mismos:

Año	No. de Consejos Estatales instalados
2005	21 Consejos
2006	6 Consejos
2007	2 Consejos
Total	29 Consejos

Los estados que se encuentran pendientes de conformar su Consejo estatal de Cáncer son Jalisco y Sinaloa.

Como resultado del constante cambio de las Autoridades Sanitarias en las Entidades Federativas, el funcionamiento continuo de los Consejos Estatales representa un reto permanente ya que en muchas ocasiones no se da la continuidad requerida para lograr los resultados esperados; durante 2010 la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, se planteó el reto y la

necesidad de consolidar el funcionamiento de los COECIAS a través de la instalación y/o reinstalación de los mismos, contando con la participación de las autoridades vigentes en cada Estado. Una de las estrategias para dar atención a este punto fue que durante los primeros meses de 2010 se enviaron a las Entidades Federativas los Lineamientos de Operación de los Consejos Estatales elaborados por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA), documento que señala cuales son las funciones de los COECIAS. Los COECIAS se encuentran conformados por un Comité Técnico, un Comité Normativo y un Comité Financiero, mismos que deben sesionar a la par de los Consejos Estatales. Para 2011 y dando continuidad al reto de que los COECIAS en las 31 Entidades Federativas se encuentren funcionando al 100%, y den respuesta a la problemática que en materia de cáncer se identifique al interior de cada Estado, a través de las visitas de supervisión la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia ha dado puntual seguimiento a los avances en este tema. El siguiente cuadro muestra el comparativo de la operación de los COECIAS de 2009 a 2012.



RESPONSABLES ESTATALES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

El Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia desde su nacimiento quedó a cargo del Responsable Estatal del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, sin embargo esto no es lo ideal ya que pone en riesgo la operación y el logro de las metas de ambos programas al contar con dos componentes de alta responsabilidad bajo la operación de un solo Recurso Humano.

Desde 2010, se determinó que era indispensable que cada entidad federativa contara con un Responsable Estatal exclusivo para la operación del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, concebido como la figura encargada de dar cumplimiento a las metas planteadas en el Plan Anual de Trabajo en cada una de las entidades federativas, plan que da atención a las problemáticas detectadas respecto del cáncer en la infancia y la adolescencia.

En 2010, en 28 de las 32 Entidades se contaba ya con un Responsable exclusivo del Programa. Actualmente, 29 entidades federativas cuentan con un Responsable Estatal exclusivo del Programa de Cáncer; en cinco entidades el Responsable del Programa también funge como Responsable del Registro. Las entidades que no cuentan con un Responsable Exclusivo del Programa son: Jalisco, Quintana Roo y Chiapas.

Actualmente, 30 entidades federativas cuentan con un Responsable Estatal del Programa de Cáncer; de éstos, en los estados de Chiapas, Hidalgo y Oaxaca el Responsable no es exclusivo del Programa. Las entidades que no cuentan con esta figura en 2012 son Jalisco y Quintana Roo. En 32 entidades federativas se cuenta con un Responsable del RCNA, en 10 entidades el Responsable del Programa también funge como Responsable del Registro.

RESPONSABLES ESTATALES DEL REGISTRO DE CÁNCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (RCNA)

Ante la necesidad de contar con una fuente de información que nos permitiera conocer el panorama epidemiológico del cáncer en los menores de 18 años a nivel nacional, la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, promovió en los Estados la contratación de un Recurso Humano que tuviera a su cargo la captura y análisis de los datos del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes de la Dirección General Adjunta de Epidemiología. Esta responsabilidad quedó en forma inicial a cargo del Oncólogo Pediatra de las Unidades Médicas Acreditadas, sin embargo la excesiva carga de trabajo impedía que esta encomienda fuera realizada en forma efectiva.

Actualmente en 21 entidades federativas se cuenta con un Responsable del RCNA; en 5 entidades el Responsable del Programa también funge como Responsable del Registro; y 6 entidades no cuentan con responsable del RCNA (Baja California, Guanajuato, Jalisco, México, Nuevo León y Puebla).

Esto ha permitido que el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes presente un avance significativo en su operación en los últimos 2 años, proporcionando información respecto del comportamiento del cáncer en este grupo poblacional para la toma de decisiones por parte de las Autoridades Sanitarias a nivel nacional.

REGISTRO DE CÁNCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

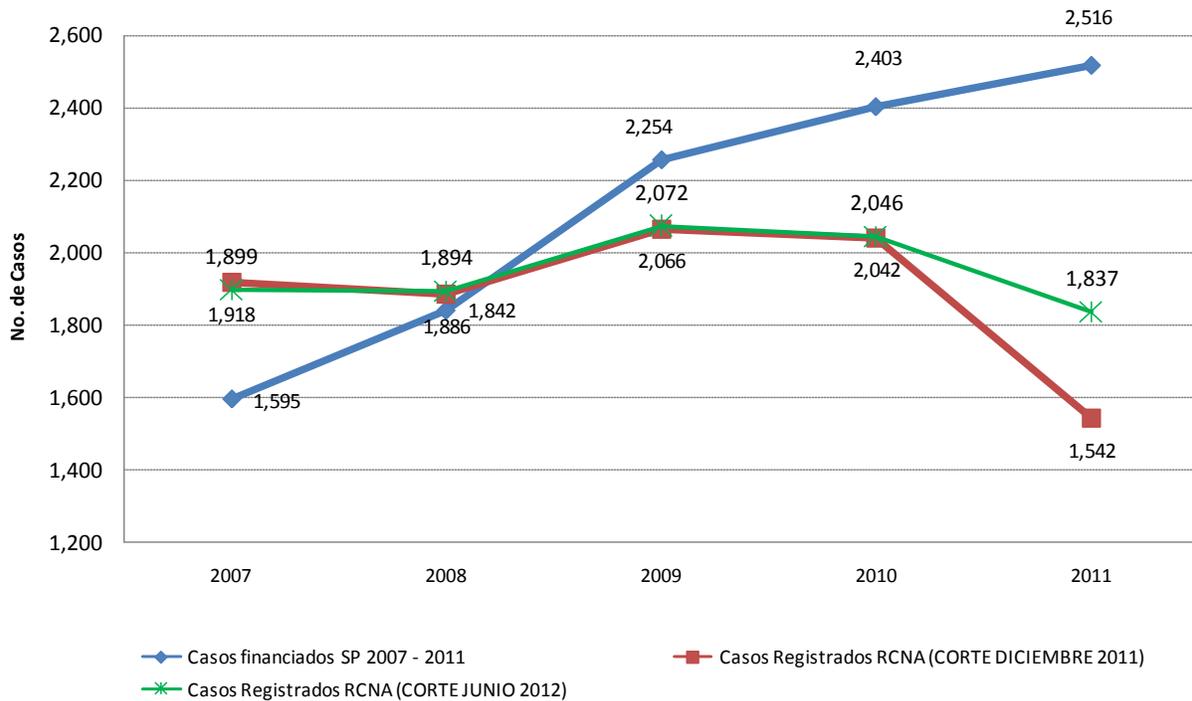
La necesidad de contar con una plataforma de registro de los casos de cáncer en los menores de 18 años en México, es una de las actividades prioritarias que fueron identificadas por el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, con la finalidad de conocer el panorama real de esta enfermedad a nivel nacional que permitiera la toma de decisiones basada en la evidencia, logrando la definición de estrategias focalizadas para dar atención a problemas determinados. Basados en los datos que hemos obtenido del RCNA, hemos podido reforzar nuestras acciones de supervisión, difusión y capacitación de forma dirigida a las Entidades Federativas que representan focos rojos por el comportamiento epidemiológico de esta enfermedad.

Los logros que presenta la captura de datos en la plataforma del Registro han sido promovidos en forma conjunta con la Dirección General Adjunta de Epidemiología, en una estrategia de seguimiento y fomento del uso del mismo, que el CeNSIA estableció a través de:

- 1.- El envío de recursos para el fortalecimiento del Programa durante 2010 y 2012, para la contratación de una persona encargada de dar seguimiento a la captura y actualización de la base de datos.
- 2.- Inclusión del Registro como un tema permanente en las Reuniones Nacionales del Programa, para lograr el apoyo de los Responsables del mismo para el seguimiento de la captura y actualización.
- 3.- Seguimiento estrecho a la calidad y completitud de la información del Registro.
- 4.- Asesoría permanente en la operación del Registro.
- 5.- Fungir como vínculo permanente entre los Responsables Estatales del Registro y la Dirección General de Epidemiología.
6. Inclusión de la operación del Registro en los indicadores de la Estrategia Caminando a la Excelencia.

La Figura 11 muestra el estado actual del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes, en comparación con los casos financiados por el Seguro Popular:

Figura 11.
COMPARATIVO ANUAL DE CASOS FINANCIADOS SP vs RCNA



EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Con la finalidad de dar seguimiento a la operación del Programa a nivel nacional, el personal de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia realiza supervisión presencial, para dar seguimiento a los 4 procesos críticos del mismo en 3 niveles de la Entidad Federativa.

Los procesos críticos supervisados son:

- a) Prevención
- b) Diagnóstico oportuno
- c) Tratamiento integral
- d) Investigación

En los 3 niveles que son:

- a) Servicios Estatales de Salud (Operación general del Programa y Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia)
- b) Unidad Médica del Primer Nivel de Atención (Prevención, Diagnóstico oportuno y Difusión)
- c) Unidades Médicas Acreditadas para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con cáncer (Tratamiento Integral)

La logística de la supervisión se ha ido mejorando conforme las nuevas necesidades identificadas, por lo que actualmente realizamos las siguientes acciones:

1.- Cronograma anual de visitas de supervisión que nos permite planear con antelación la cantidad de Estados susceptibles de supervisión, y programar los recursos financieros con base en el presupuesto anual, garantizando de esta manera que se cuente con la suficiencia presupuestaria para el año.

Los criterios de supervisión son:

- ✓ Estados que no se supervisaron el año inmediato anterior
- ✓ Estados que cuentan con alguna problemática identificada respecto de la atención integral de los menores de 18 años con cáncer
- ✓ Estados con alta tasa de mortalidad
- ✓ Resultado de los Acuerdos generados en las sesiones ordinarias del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia
- ✓ Disponibilidad de los Recursos Humanos asignados a la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

2.- Actualización del Instrumento de medición (Cédula de supervisión integral), que cuenta con la inclusión de los criterios mayores de la Cédula de Acreditación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, así como los aspectos relevantes a evaluar sobre la operación del Programa, este instrumento está conformado por 6 secciones a explorar que son:

- ✓ Coordinación del Programa
- ✓ Consejo Estatal
- ✓ Unidad Médica Acreditada
- ✓ Financiamiento
- ✓ Registro de Casos
- ✓ Insumos

3.- Informe de supervisión el cual señala en forma extensa los hallazgos y recomendaciones derivados de la supervisión, mismo que se entrega en forma oficial a los Secretarios Estatales de Salud, a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, al Comité Técnico y al Comité Financiero del CONACIA; de esta manera, si se identifica un incumplimiento a un criterio mayor de acreditación, la DGcyES se reserva el

derecho de realizar una visita de supervisión, en la cual según sea el caso se da un periodo de 3 meses para la corrección del incumplimiento o se retira la Acreditación otorgada con la consiguiente suspensión del financiamiento de casos por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en los casos que así se considere necesario.

4.- Con la finalidad de que la visita de supervisión logre la consecución de su objetivo primordial que es dar atención en el corto, mediano o largo plazo a los hallazgos derivados de la misma, la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, tiene implementados los siguientes mecanismos:

- Al cierre de la supervisión el equipo supervisor del CeNSIA realiza una presentación ejecutiva de los hallazgos relevantes de la visita a las Autoridades Sanitarias en el Estado, con la finalidad de que la Entidad Federativa supervisada inicie las actividades necesarias para solventar el hallazgo (hallazgos) a la brevedad posible.
- Se envía un oficio recordatorio con un cuadro resumen de la totalidad de los hallazgos derivados de la visita de supervisión para que el Estado reporte los avances correspondientes en la atención de los mismos.

Los logros obtenidos por la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, en esta actividad son los siguientes:

Durante 2007 se realizaron 19 supervisiones

Durante 2008 se realizaron 11 supervisiones

Durante 2009 se realizaron 14 supervisiones

Durante 2010 se realizaron 19 supervisiones y se evaluaron 26 Unidades Médicas Acreditadas

Durante 2011 se realizaron 18 supervisiones y se evaluaron 21 Unidades Médicas Acreditadas

Durante 2012 se han realizado 6 supervisiones y se han evaluado 11 Unidades Médicas Acreditadas

Derivado del análisis de los resultados de las visitas de supervisión, hemos identificado la problemática común de las Unidades Médicas Acreditadas, y en general podemos agrupar dichos hallazgos como se muestra a continuación:

a) Incumplimiento a criterios mayores:

- Falta de recursos humanos indispensables para la atención de los pacientes oncológicos pediátricos. Ejemplo: Terapeuta Intensivo Pediatra, Oncólogo Pediatra, Hematólogo Pediatra, Cirujano Pediatra, Enfermeras capacitadas en oncología pediátrica.
- Falta de infraestructura necesaria para la atención de los pacientes oncológicos pediátricos.
- Falta de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.
- Falta de un área adecuada para preparación de quimioterapia ambulatoria.
- Carros rojos incompletos, inexistentes, sin mantenimiento.
- Falta de cuartos aislados en hospitalización de oncología pediátrica.
- Falta de convenios que garanticen la oferta de servicios subrogados.
- Falta de medicamentos.

- Falta de apego a los Protocolos Nacionales.

b) Financiamiento:

- Algunos Oncólogos y Hematólogos Pediatras reciben salarios poco dignos, con contratos temporales sin prestaciones.
- No se garantiza la total gratuidad del diagnóstico y tratamiento.
- Retrasos de más de un año en la radicación del recursos del Seguro Popular
- Algunas Unidades Médicas atienden pacientes con cáncer aunque no están acreditadas

c) Otros:

- Falta de un área exclusiva para la hospitalización de los pacientes oncológicos pediátricos
- Escasez de Recursos Humanos en los turnos vespertinos, nocturnos y jornadas acumuladas
- Los adolescentes son tratados con protocolos de adultos y por médicos de adultos
- Falta de procesos de mejora en la calidad de la atención
- Falta de mantenimiento preventivo
- No se garantizan los mecanismos para que los pacientes con más desventajas sociales acudan a sus tratamientos.

5.- Es importante destacar que durante 2012, se logró una colaboración más estrecha con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCyES), órgano facultativo encargado del proceso de acreditación de Unidades Médicas para el manejo de los niños, niñas y adolescentes con cáncer, cuyo resultado fue la modificación de la Cédula de Acreditación de Unidades Médicas, consensuada por ambas Instituciones, lo que permitirá unificar los criterios de evaluación al momento de la supervisión.

6.- El Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia cuenta con indicadores incluidos en la Estrategia Caminando a la Excelencia, que han ido perfeccionándose de conformidad al crecimiento operativo del Programa, inicialmente se incluyeron 2 Indicadores, sin embargo a lo largo de los años las necesidades de evaluación del Programa han requerido del incremento de los indicadores tal y como se muestra a continuación:

Indicadores en 2009.

1. Unidades Médicas Acreditadas para el tratamiento del cáncer.
2. Casos de Cáncer menores de 18 años incluidos en el RCNA.

Indicadores en 2010.

1. Supervivencia global a 2 años de los pacientes menores de 18 años con cáncer, que son atendidos en las Unidades Médicas Acreditadas.
2. Tasa de mortalidad por cáncer en menores de 18 años en población de la Secretaría de Salud.
3. Sesiones ordinarias del Consejo Estatal para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.
4. Capacitación al 30% del personal Médico de primer nivel de atención, en diagnóstico oportuno de cáncer en niños y adolescentes.

5. Casos nuevos de cáncer diagnosticados en 2010 capturados en el RCNA en relación con los casos financiados por el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

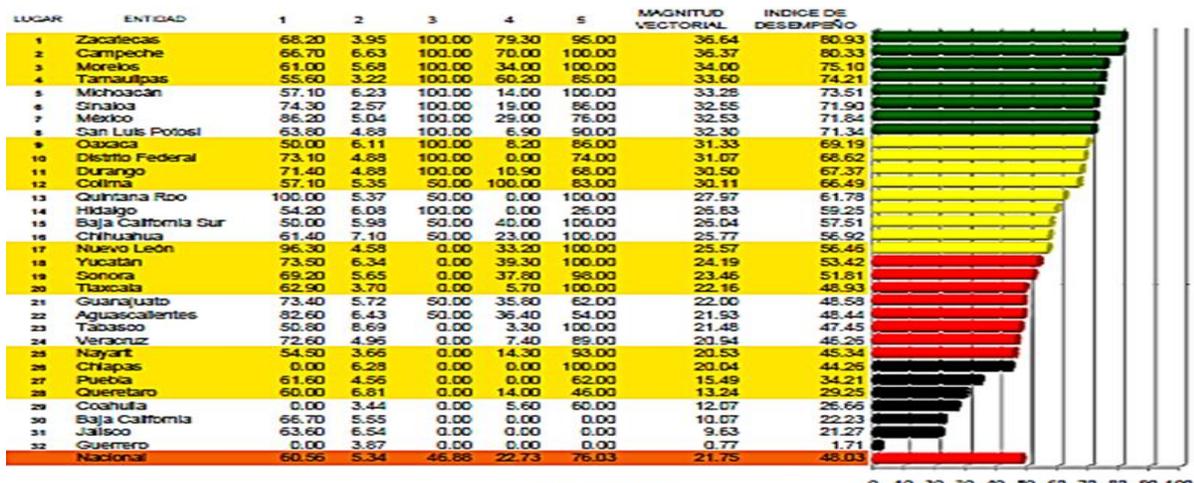
En las siguientes figuras se muestran los resultados del cierre de la evaluación para los años 2010 y 2011:

FIGURA 12

Resultados de la evaluación de la Estrategia Caminando a la Excelencia 2010, del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Caminando a la Excelencia CIERRE 2010



INDICADORES

SUPERVIVENCIA GLOBAL A 2 AÑOS EN PACIENTES <18 AÑOS CON CÁNCER ATENDIDOS EN UMAS
 TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER <18 AÑOS EN SESA
 SESIONES ORDINARIAS DEL CONSEJO ESTATAL PARA PREVENCIÓN Y TX CÁNCER EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
 CAPACITACIÓN AL 30% DEL PERSONAL MÉDICO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN DX OPORTUNO DE CÁNCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
 CASOS NUEVOS DE CÁNCER DIAGNOSTICADOS EN 2010 CAPTURADOS EN EL RCNA EN RELACION CON LOS CASOS FINANCIADOS POR EL FGC DE LA CNPSS

Intervalo	Intervalo	Grado de evaluación
Sobresaliente	70-100	Verde
Satisfactorio	56-69.9	Amarillo
Mínimo	45-55.9	Naranja
Precario	<45	Rojo

FUENTE:

www.dgepi.salud.gob.mx/2010/plantilla/boletin_camexc.html

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Caminando a la Excelencia

CIERRE 2011



Categoría	Intervalo	Gradiente de Evaluación
Sobresaliente	> 60	Verde
Satisfactorio	80-90	Amarillo
Mínimo	60-79.9	Rojo
Precario	60.0	Negro

INDICADORES

- Supervivencia global a 2 años en pacientes menores de 18 años con cáncer, atendidos en la (s) Unidad (es) Médica (s) Acreditada (s) (UMA) de la Entidad Federativa.
- Tasa de mortalidad por cáncer en menores de 18 años en la Secretaría de Salud Estatal en 2010.
- Sesiones Ordinarias del Consejo Estatal y Comités para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, y sus comités.
- Completar la capacitación de los médicos del primer nivel de atención pertenecientes a la Secretaría de Salud en materia de diagnóstico oportuno de cáncer en niños y adolescentes, de tal manera que al finalizar 2012, se cuente en la Entidad Federativa con el 100% de capacitación.
- Supervisión a Unidades de 1er nivel de atención de la Secretaría de Salud.
- Casos nuevos de cáncer diagnosticados en 2011 capturados en el RCNA, en relación con los casos financiados por el Fondo contra Gastos Catastróficos de la Comisión Nacional para la Protección Social en Salud.
- Comprobación de los recursos aportados a la Entidad Federativa en 2010 para el fortalecimiento del Programa Estatal de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.
- Presupuesto ejercido en el 2011 para la operación del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia en las Entidades Federativas.

FUENTE: www.dgepi.salud.gob.mx/2010/plantilla/boletin_camexc.html

Indicadores 2011:

- Supervivencia global a 2 años en pacientes menores de 18 años con cáncer, atendidos en la (s) Unidad (es) Médica (s) Acreditada (s) (UMA) de la Entidad Federativa.
- Tasa de mortalidad por cáncer en menores de 18 años en la Secretaría de Salud Estatal en 2010.
- Sesiones Ordinarias del Consejo Estatal y Comités para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, y sus Comités.
- Completar la capacitación de los médicos del primer nivel de atención pertenecientes a la Secretaría de Salud en materia de diagnóstico oportuno de cáncer en niños y adolescentes, de tal manera que al finalizar 2012 se cuente en la Entidad Federativa con el 90% de capacitación.
- Supervisión a Unidades de 1er de atención de la Secretaria de Salud.
- Casos nuevos de cáncer diagnosticados en 2011 capturados en el RCNA, en relación con los casos financiados por el Fondo contra Gastos Catastróficos de la Comisión Nacional para la Protección Social en Salud.

7. Comprobación de los Recursos aportados a la Entidad Federativa en 2010 para el Fortalecimiento del Programa Estatal de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.
8. Presupuesto ejercido en el 2011 para la operación del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia en las Entidades Federativas.
9. Estos indicadores fueron los definidos para el año 2011, y son con los que las Entidades Federativas fueron evaluadas. A continuación se muestra el resultado de la evaluación de los indicadores correspondientes a 2011.

Estos indicadores fueron los definidos para el año 2011, y son con los que las Entidades Federativas fueron evaluadas. La Figura 13 muestra el resultado de la evaluación de los indicadores correspondientes a 2011.

Indicadores 2012:

En 2011 se evaluaron 8 indicadores, mismos que se mantendrán para 2012 y se muestran a continuación:

INDICADOR	VALOR	COMPONENTES DEL INDICADOR
Supervivencia global a 2 años en pacientes <18 años con cáncer, atendidos en las UMAs.	%	Número de pacientes <18 años, que en 2010 fueron diagnosticados por 1era vez con cáncer, que actualmente están vivos (2012), y son atendidos en la (s) UMA (s) en la Entidad Federativa / Número total de pacientes <18 años, que en 2010 fueron diagnosticados por 1era vez con cáncer, que son o fueron atendidos en la (s) UMA(s) en la Entidad Federativa
Tasa de mortalidad por cáncer en < 18 años en la SS.	%	100 - Número de defunciones por cáncer como causa básica de defunción en la Secretaría de Salud Estatal, en los < 18 años en 2011 / Estimación de Población atendida por la Secretaria de Salud Estatal < 18 años en 2011 X 100, 000.
Sesiones Ordinarias del Consejo Estatal para Prevención y Tx Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, y Comités.	%	Número de sesiones realizadas en el año / 4 Sesiones (2 del Consejo Estatal y 2 de los Comités).
Capacitación al 30% del Personal Médico del Primer Nivel de Atención en el Diagnóstico Oportuno de Cáncer en Niños y Adolescentes.	%	Número de Médicos de primer nivel de atención, pertenecientes a la Secretaría de Salud , capacitados durante el 2012 en el diagnóstico oportuno de cáncer en niños y adolescentes / Número total de médicos de primer nivel de atención en el Estado, pertenecientes a la Secretaría de Salud.
Supervisión a Unidades de 1er de atención de la Secretaría de Salud.	%	Número de supervisiones realizadas a Unidades de primer Nivel de atención pertenecientes a la Secretaría de Salud durante el 2012 / El número total de supervisiones programadas a Unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud en la Entidad Federativa (25% del total de unidades de primer nivel en el estado, conforme al SINERHIAS 2012)
Casos nuevos de cáncer diagnosticados en 2011, capturados en el RCNA, en relación con los casos financiados por el FGC de la CNPSS.	%	Número de casos nuevos de cáncer en < 18 años diagnosticados en 2011 en la UMA, que fueron financiados por el FGC y reportados el RCNA / Total de casos nuevos de cáncer en < 18 años diagnosticados en 2011 en la UMA, que fueron financiados por el FGC.
Comprobación de los Recursos aportados a la Entidad Federativa (Ramo 12) en 2012 para el Fortalecimiento del Programa Estatal de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.	%	Comprobación del Recurso del Ramo 12 2012 ejercido para el Fortalecimiento del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia al CeNSIA / Aportación de CeNSIA a la Entidad Federativa para el Fortalecimiento del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, transferido a través del AFASPE 2012.
Presupuesto ejercido en el 2012 para la operación del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia en las Entidades Federativas.	%	Presupuesto ejercido del Ramo 33 y/o Anexo IV para el financiamiento de la operación del Programa Estatal de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia / Presupuesto asignado del Ramo 33 y/o Anexo IV para la operación del mismo

La inclusión de estos indicadores nos permite evaluar el cumplimiento individual de cada Estado e implementar intervenciones focalizadas en aquellas entidades con un menor rendimiento.

CAPACITACIÓN

La capacitación es uno de los objetivos más importantes del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, los logros más relevantes asociados a este punto son:

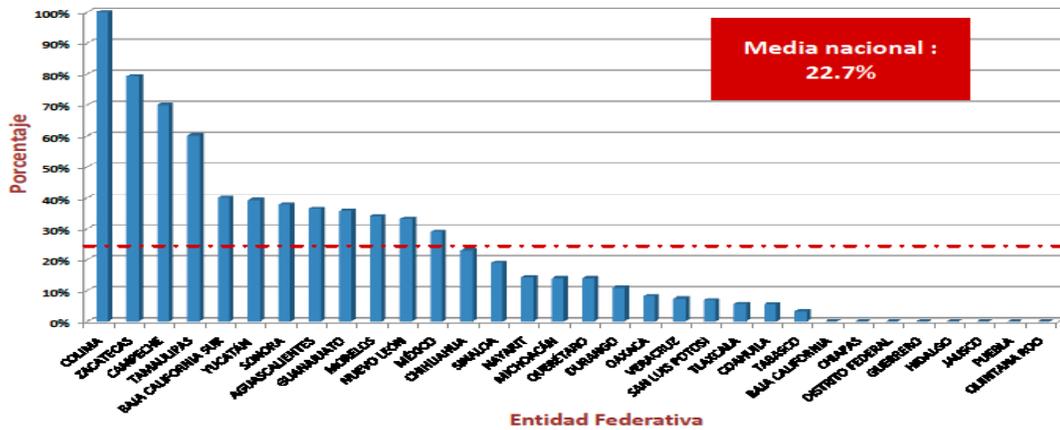
- A. El fomento en el uso del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes de la Dirección General Adjunta de Epidemiología, como fuente para obtener el análisis epidemiológico que sustente la toma de decisiones a través de intervenciones focalizadas basadas en la evidencia.
- B. Desarrollamos e implementamos el contenido técnico del Curso de “Diagnóstico Oportuno de Cáncer en los menores de 18 años”, y desde 2007 se ha realizado la capacitación nacional, inicialmente a los Responsables Estatales del Programa en los 32 Estados, con la finalidad de permear esta información a nivel nacional a través de la réplica en cascada a los Médicos de primer contacto, proporcionándoles así las herramientas básicas necesarias que les permitan

identificar un caso de sospecha y poderlo referir en forma temprana para su atención integral en las Unidades Médicas Acreditadas de la Entidad Federativa.

A continuación se muestran los avances anuales en este rubro:

2010

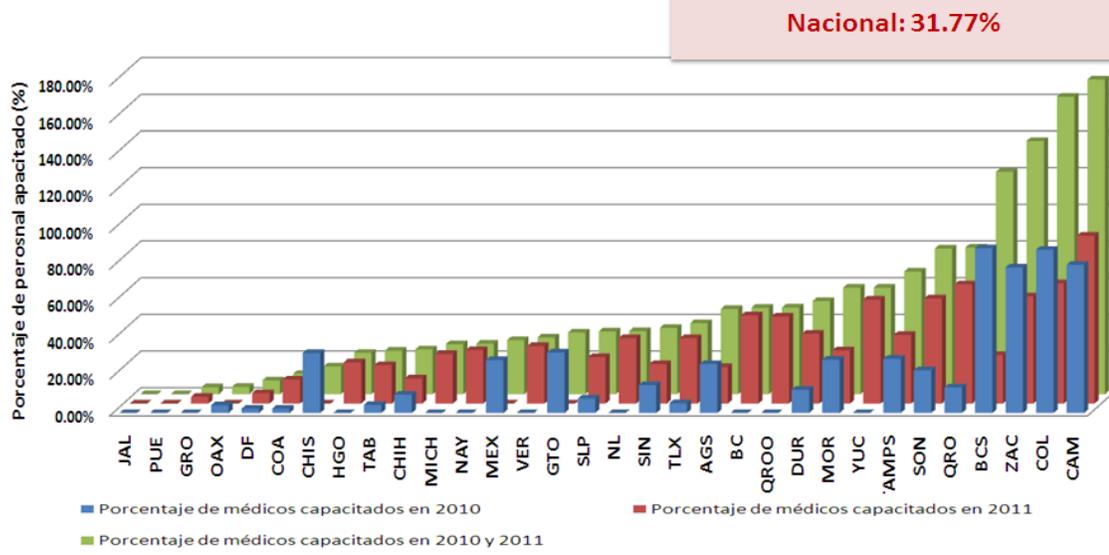
Capacitación al 30% del personal médico del primer nivel de atención, en el diagnóstico oportuno de cáncer en niños y adolescentes



En 2010, sólo 11 (31%) EF capacitaron a 30% o más del personal médico del primer nivel de atención.

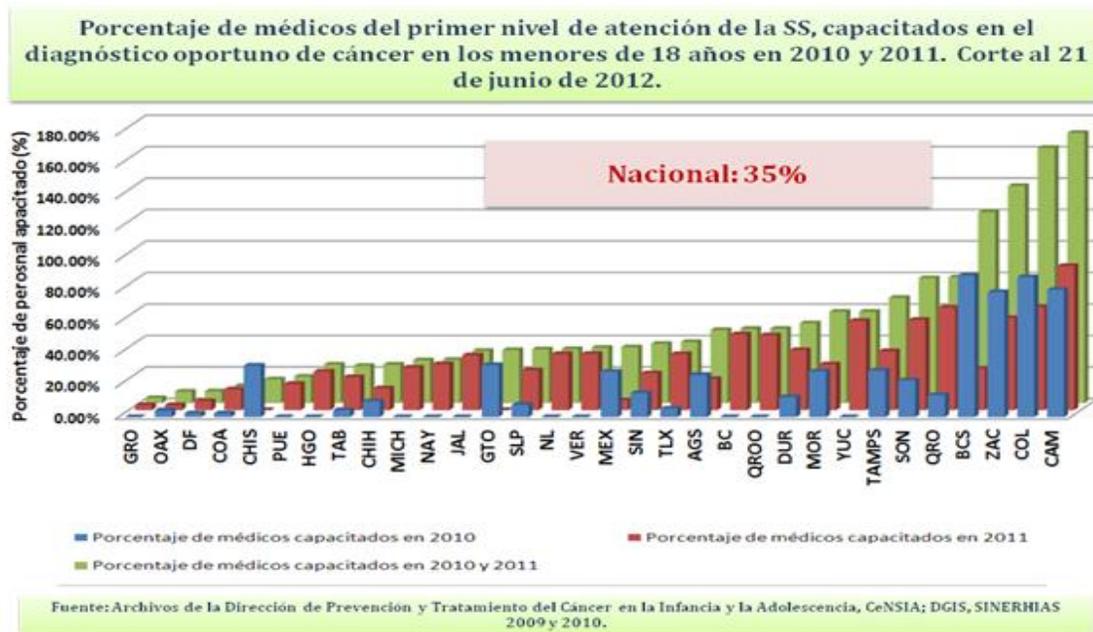
2011

Porcentaje de médicos del primer nivel de atención de la SS, capacitados en el diagnóstico oportuno de cáncer en los menores de 18 años en 2010 y 2011. Corte al 29 de marzo de 2012.



Fuente: Archivos de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, CeNSIA; DGIS, SINERHIAS 2009 y 2010.

Para el corte a junio de 2012, en este rubro se aprecia un incremento porcentual de 3.23 puntos, tal y como se muestra en la siguiente gráfica:



- C. Desarrollamos e implementamos el contenido técnico del “Curso-Taller de Actualización para el Personal de Enfermería en el Cuidado del Paciente Oncológico Pediátrico”, para lo cual en 2009 realizamos la capacitación al Personal de Enfermería de 47 Unidades Médicas Acreditadas a nivel Nacional, y generamos el compromiso de este personal de replicar este Taller al Personal de Enfermería de su Unidad, en el entendido de que uno de los criterios mayores para el mantenimiento de la Acreditación de la Unidad Médica, es el contar con personal de enfermería con entrenamiento o capacitación en Oncología Pediátrica.

En 2012 nuevamente se replicó este taller, al cual asistieron Licenciados en Enfermería de 41 Unidades Médicas Acreditadas del nivel nacional, haciéndose énfasis en aquellas Unidades Médicas Acreditadas que durante las visitas de supervisión realizadas por el personal de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, fueron detectadas con debilidades en este punto.

- D. Hemos diseñado y difundido a nivel Nacional material dirigido a la población general para dar a conocer los signos y síntomas de alarma de cáncer en la población menor de 18 años, consistente en un póster gráfico que señala los signos y síntomas comunes de las patologías neoplásicas más frecuentes en la población menor de 18 años; así mismo este material fue incluido en una Tarjeta Ladatel que se difundió de conformidad con los datos epidemiológicos de aquellos Estados con una mayor tasa de mortalidad, y en imanes para las madres y/o responsables de los menores de 18 años.

Adicionalmente elaboramos y distribuimos un Manual Breve de Preguntas y Respuestas para Padres y/o Cuidadores de Niños, Niñas y Adolescentes con Cáncer, este último material con el

objetivo de acercar a los padres y familiares de niños, niñas y adolescentes con cáncer a los temas relacionados con la enfermedad de su paciente.

- E. La Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia ha identificado la necesidad de mantener una retroalimentación permanente con los Responsables del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, por lo que desde 2010 se llevan a cabo 2 Reuniones Nacionales de Responsables del Programa por año.

Las Reuniones Nacionales constituyen una estrategia imprescindible que nos ha permitido presentar los logros obtenidos anualmente tanto a nivel Federal como Estatal, así como el análisis de la problemática detectada en el cumplimiento de las metas y objetivos, redundando esta práctica en el fortalecimiento de los procesos administrativos y operativos del Programa, a través de brindar a los Responsables Estatales del mismo no solo las herramientas gerenciales para desarrollar sus actividades diarias, sino la capacitación en los temas técnicos médicos respecto del cáncer en los menores de 18 años.

También se sensibiliza a los Responsables del Programa, respecto de la importancia del seguimiento a la réplica en cascada de la capacitación de los médicos de primer nivel de atención y en la difusión constante de los signos y síntomas de alarma de cáncer en este grupo etario en la población en general, fomentando de esta manera el acercamiento de los padres y/o responsables de los menores de 18 años a los Servicios de Salud, ante el reconocimiento de algún signo o síntoma de alarma de cáncer en este grupo de edad.

Un resultado muy importante de las actividades llevadas a cabo en estas reuniones es la generación de Acuerdos y compromisos, que dan respuesta a puntos de oportunidad identificados por los Responsables del Programa, a los que se da seguimiento constante.

En 2011 durante la 1era. Reunión de Responsables se generaron un total de 30 Acuerdos, de los cuales 26 se encuentran cumplidos, 1 es de carácter permanente, 1 se canceló y 2 se encuentran en proceso de atención.

Y durante la 2da. Reunión de Responsables se generaron 24 acuerdos de los cuales 22 se encuentran cumplidos y 2 en proceso de atención.

Por otra parte desde 2011, como resultado de la alta rotación existente del Personal encargado del Programa a nivel Estatal, la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, ha impartido 3 Cursos de Inducción en el que se tratan los temas que en forma general debe conocer el Responsable Estatal al momento de tomar dicha responsabilidad.

En 2012, durante el mes de abril se realizó la Primera Reunión Nacional de Responsables Estatales del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, en la que contamos con la participación de 31 Responsables del Programa, y enfocamos su contenido académico a temas médicos relacionados con el cáncer en el menor de 18 años, para reforzar el diagnóstico oportuno de esta patología en este grupo de edad.

COMUNICACIÓN SOCIAL

Durante 2010 se realizaron en materia de Comunicación Social las siguientes acciones:

1.- Se cuenta con una página Web, cuyo contenido es actualizado en forma permanente, respecto del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, lo que nos permite dar difusión continua a la Población sobre datos relevantes del Cáncer en los menores de 18 años. La página Web se encuentra diseñada en estricto apego a los lineamientos de Comunicación Social y Presidencia, en un ambiente de fácil navegación.



2.- Campañas de comunicación social consistentes en la difusión de los signos y síntomas de alarma de cáncer en los menores de 18 años, a través de la elaboración de los siguientes materiales de difusión:

- Se elaboraron y distribuyeron a nivel nacional 95,000 tarjetas Ladatel "Detecta a tiempo el cáncer en niños, niñas y adolescentes".
- Se diseñó, reprodujo y distribuyeron 120,000 ejemplares del póster "Detecta a tiempo el cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes"
- El imán "Detecta a tiempo el cáncer en niños, niñas y adolescentes", del cual se reprodujeron y distribuyeron 120,000 ejemplares;
- El póster y el tríptico "Detecta el cáncer a tiempo, conoce los factores de riesgo durante tu adolescencia", de los cuales se reprodujeron y distribuyeron 120,000 y 75,000 respectivamente;
- La tarjeta de bolsillo "Sospecha Diagnóstica de Cáncer en Menores de 18 años", de la cual se reprodujeron y distribuyeron 120,000 ejemplares;
- El "Manual de Breve de Preguntas y Respuestas para Padres y/o Cuidadores de Niños, Niñas y Adolescentes con Cáncer", del cual se reprodujeron y distribuyeron 35,000 ejemplares a los padres los menores de 18 años con cáncer;

ESTANDARIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La estandarización en la atención de los menores de 18 años con cáncer es una premisa con la que el Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia nace, ya que el sólo acercar la atención a los pacientes, no bastaba; el eje principal de estandarizar la atención, es el garantizar que la calidad de la misma sea igual en cada una de las Entidades Federativas, para evitar la migración por motivos de Salud, así como la pérdida del patrimonio familiar o en el peor de los escenarios el abandono del tratamiento al no contarse con los medios para acceder a él y la muerte. Para dar atención a esta necesidad contamos con los siguientes mecanismos:

1.- Durante el año se verifican dos sesiones ordinarias de los Comités Técnico, Normativo y Financiero y la Secretaría Técnica del CONACIA, con la finalidad de participar con todos los actores involucrados en el tema de estandarización de la calidad de la atención que reciben los niños, niñas y adolescentes con cáncer y generar acuerdos que garanticen dicha calidad.

2.- Supervisión de las Unidades Médicas Acreditadas que atienden menores de 18 años con cáncer, para evaluar la capacidad, seguridad, y la calidad de la atención de los Niños, Niñas y Adolescentes con cáncer en todas las Entidades Federativas, y para evaluar la gratuidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la totalidad de los casos de cáncer en menores de 18 años no derechohabientes.

3.- Se ha fortalecido la participación de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia con el Comité Técnico para la coordinación de las Reuniones Regionales para la actualización de los protocolos técnicos e identificación de problemáticas en la atención de los Niños, Niñas y Adolescentes con cáncer al interior de las Unidades Médicas Acreditadas, actividad que inició en 2009 y que se ha convertido en permanente, en 2009 se efectuaron 6 Reuniones Regionales, llevándose a cabo durante 2010, este mismo número de reuniones.

Durante 2011 esta actividad quedó suspendida temporalmente.

En 2012 se reinició la actividad de llevar a cabo Reuniones Regionales, coordinadas por el Comité Técnico del CONACIA, consolidando la alianza del CeNSIA con los Oncólogos Pediatras de las Unidades Médicas Acreditadas, por lo que la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia ha participado en 2 de ellas, la última el 10 de agosto.

4.- Se han realizado Reuniones Nacionales de Hemato-Oncólogos a nivel Nacional desde 2006, en las cuales el punto focal es el de consensuar los Protocolos Técnicos de Atención de Niños con Cáncer, en el primer ejercicio de 2006 el resultado obtenido fueron los 25 protocolos de primera línea, que contemplan el diagnóstico y el tratamiento para los menores de 18 años con cáncer y que además constituyen la base financiera para determinar la tarifa que será cubierta por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para cada uno de los tipos de cáncer financiados; es importante señalar que esta actividad no ha sido permanente sino intermitente y fue retomada en 2010, con la finalidad de desarrollar y consensuar los Protocolos Técnicos para Atención de Niños con Cáncer en recaída, en esta Reunión contamos con la participación de 58 Hemato-Oncólogos Pediatras de nivel Nacional, y se obtuvieron las propuestas de 22 Protocolos de Recaída.

Durante 2011 se inició el consenso para la revisión, consenso, actualización y complementación de los Protocolos Técnicos para Atención de Niños con Cáncer de primera línea en dos Reuniones Nacionales

con los Hematólogos y Oncólogos de las Unidades Médicas Acreditadas a nivel Nacional, siendo la primera la revisión a los protocolos de leucemias y la segunda para 5 de los tumores sólidos más frecuentes en el Paciente Oncológico Pediátrico.

REUNIÓN NACIONAL DE HEMATÓLOGOS Y ONCÓLOGOS PEDIATRAS DE LAS UNIDADES MÉDICAS ACREDITADAS

Con la finalidad de estandarizar la calidad de la atención y garantizar que el manejo integral de los menores de 18 años con cáncer sea brindado de igual forma en todas las Unidades Médicas Acreditadas a nivel nacional, nacen los Protocolos Técnicos para la Atención de Niños con Cáncer, que dan una directriz a la totalidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que deben ser empleados en los niños, niñas y adolescentes con cáncer.

Derivado de las nuevas alternativas de tratamiento del cáncer en este grupo de edad, así como de la identificación de puntos de mejora de los Protocolos Técnicos de Tratamiento de Primera Línea que actualmente existen, surge la necesidad de revisarlos, consensuarlos, actualizarlos y completarlos según sea el caso. Así mismo, se ha identificado que las tarifas asignadas por el Fondo de Gastos Catastróficos para el financiamiento de los procedimientos diagnósticos y el tratamiento de los menores de 18 años con cáncer, actualmente son insuficientes; por lo tanto, se pretende que la revisión de los mismos también genere un protocolo que permita determinar el costo del diagnóstico y tratamiento integral de estos pacientes, de acuerdo a las necesidades actuales. Por otra parte, contar con protocolos técnicos actualizados que permitan un financiamiento más adecuado por el Fondo de Gastos Catastróficos, reducirá el riesgo de que las familias de que estos pacientes incurran en gastos catastróficos y puedan tomar la decisión de abandonar el tratamiento.

Con la finalidad de revisar, consensuar, completar y actualizar los citados Protocolos Técnicos, el CeNSIA ha llevado a cabo las Reuniones Nacionales con los Hemato-Oncólogos de las Unidades Médicas Acreditadas, y obtenido los siguientes avances en esta importante tarea:

- En 2010 se elaboró la propuesta de los Protocolos de recaída correspondientes a 22 neoplasias.
- En 2011 se inició la actualización de los Protocolos de Primera Línea, iniciándose la revisión, actualización y/o modificación de los Protocolos para el Tratamiento de las Leucemias y de los Tumores Sólidos más frecuentes en el paciente oncológico pediátrico y se generaron un total de 20 acuerdos de los cuales 12 se encuentran cumplidos, 7 se encuentran en proceso, y 1 fue eliminado por estar duplicado. El consenso de este trabajo se está presentado al Consejo de Salubridad General para su aprobación y posterior envío a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para el ejercicio de costeo, previo a su implementación.

Dando continuidad a esta actividad en el mes de septiembre de 2012, se verificará la Reunión Nacional de Oncólogos y Hematólogos de las Unidades Médicas Acreditadas, con la finalidad de consensuar los Protocolos de Atención de 4 tumores sólidos más.

5.- Difusión de los Protocolos Técnicos para Atención de Niños con Cáncer autorizados por el Consejo de Salubridad General, y seguimiento a su uso a través de la supervisión, corroborando tanto la existencia como la aplicación de los mismos para el manejo de los menores de 18 años con cáncer en las Unidades Médicas Acreditadas.

6.- Seguimiento a la réplica en cascada del Curso de Actualización en el Cuidado del Menor con Cáncer para Personal de Enfermería impartido en el año 2009 y 2012, en los que se capacitó a las Enfermeras de las 52 Unidades Médicas Acreditadas existentes.

7.- Se ha capacitado a los 32 Responsables Estatales del Programa en el diagnóstico oportuno de cáncer en los menores de 18 años, y se da seguimiento a la réplica en cascada de dicha capacitación a personal de salud del primer nivel de atención en todas las entidades federativas.

PLANEACIÓN, PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTACIÓN

1.- De forma anual desde 2010 se elabora y difunde a nivel Nacional el Programa Anual de Trabajo, que contiene las estrategias y líneas de acción del Programa con metas establecidas por año, con la finalidad de que sirva como guía para la elaboración del Programa Anual de Trabajo de cada Entidad Federativa.

2.- Con la finalidad de contar con un ejercicio presupuestal efectivo, desde 2010 se ha venido actualizando el formato del Programa Operativo Anual (POA) del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, con el objetivo de que la totalidad de las acciones del Programa cuenten con recursos financieros que garanticen su realización; esta programación debe ser efectuada en cada Estado para conocer el costo total de la operación del Programa tanto a nivel Estatal como Nacional. Dado que el Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, no cuenta con un presupuesto específico a nivel federal, durante el 2011 se fomentó el seguimiento a la asignación de presupuesto de los ramos estatales para la operación del programa, lográndose asignación de poco más de 25 millones de pesos, distribuidos como se muestra en el siguiente cuadro:

No	ENTIDAD FEDERATIVA	POA	RAMO 33 CAPTURADO SI_AFFASPE	RAMO 33	RAMO 33 FINAL	ANEXO IV	ANEXO IV FINAL	TOTAL FINAL
1	Aguascalientes	5,800	0	0	24,550	0	24,550	24,550
2	Baja California	0	0	0	81,000	0	0	81,000
3	Baja California	1,000	388,280	388,280	388,280	439,166	439,166	827,446
4	Campeche	550	548,396	548,396	83,026	0	0	83,026
5	Coahuila	60,000	223,022	223,022	223,022	0	0	223,022
6	Colima *	108,972	475,079	475,079	475,079	0	0	475,079
7	Chiapas	85,000	397,320	0	0	0	0	970,000
8	Chihuahua	86,400	65,637	65,637	165,637	0	0	165,637
9	Distrito Federal	34,833	2,598,618	2,598,618	2,598,618	0	0	2,598,618
10	Durango	750	0	314,991	0	0	314,971	314,971
11	Guanajuato	500	0	0	0	0	0	0
12	Guerrero	21,000	1,087,040	1,087,040	0	0	0	0
13	Hidalgo	1	0	1,816	1,816	0	0	1,816
14	Jalisco	5,640	54,704	54,704	54,704	0	217,544	272,248
15	México	1,000	2,381,000	2,381,000	2,381,000	0	0	2,381,000
16	Michoacán	24,810,000	186,602	14,075	14,075	0	0	14,075
17	Morelos (2)	1,000	0	245,000	245,000	49,950	49,950	294,950
18	Nayarit	0	863,525	863,525	863,525	0	0	863,525
19	Nuevo León	2,000	107,020	107,020	107,020	0	0	107,020
20	Oaxaca	423,409	391,887	338,320	338,320	0	0	338,320
21	Puebla	54,326	2,362,497	2,362,497	2,362,497	0	0	2,362,497
22	Querétaro	10,000	0	0	0	796,000	983,000	983,000
23	Quintana Roo	25,000	0	0	0	0	0	0
24	San Luis Potosí	2,000	104,801	104,801	104,801	52,000	52,000	156,801
25	Sinaloa	500	71,440	71,440	71,440	0	0	71,440
26	Sonora	0	343,196	343,196	343,196	0	0	343,196
27	Tabasco	10,000	30,135	30,135	30,135	0	0	30,135
28	Tamaulipas	14,000	58,401	43,089	43,089	0	0	43,089
29	Tlaxcala	0	494,601	494,601	494,601	0	0	494,601
30	Veracruz	3,529,530	1,238,831	1,238,831	1,238,831	8,678,125	8,678,125	9,916,956
31	Yucatán	9,500	0	9,500	9,500	39,000	252,450	261,950
32	Zacatecas	1,000	375,020	375,020	375,020	0	0	375,020
33	NACIONAL	29,303,711	14,847,051	14,779,632	13,117,781	10,054,241	11,011,756	25,074,987

NOTA: Posterior a la circular se logran identificar \$1,618,595.04 pesos más en relación al presupuesto total asignado al

Estados que respondieron circular relacionada al presupuesto del programa de cáncer

Este ejercicio se captura en la plataforma del AFASPE, lo que nos permite dar seguimiento al uso racional de los recursos en cada Entidad Federativa, así como garantizar el compromiso de consecución de las metas planteadas a través de la evaluación del cumplimiento de los indicadores ligados a presupuesto.

Durante 2010, el CeNSIA realizó la transferencia de recursos financieros para el fortalecimiento de las actividades del Programa en 31 Estados por un monto total de \$27, 524,371.00. Durante 2012, el monto radicado a las 32 Entidades Federativas para el mismo fin, fue de \$14, 094,510.17.

Proyección 2011 y 2012 Metas 2011 y 2012

Indicador	Meta 2011	Meta 2012
No. de Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia instalados en la República Mexicana/ 31 Entidades Federativas	Modificada y actualizada en relación al original Consolidar el funcionamiento de los 31 Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.	Modificada y actualizada en relación al original Consolidar el funcionamiento de los 31 Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.
No. de Entidades Federativas con Unidades Médicas Acreditadas para el tratamiento del cáncer en < 18 años/32 Entidades Federativas	Modificada y actualizada en relación al original Supervisar la calidad en la atención integral de los menores de 18 años con cáncer y garantizar la gratuidad en su diagnóstico y tratamiento, en las UMAs programadas para supervisión en el año correspondiente.	Modificada y actualizada en relación al original Supervisar la calidad en la atención integral de los menores de 18 años con cáncer y garantizar la gratuidad en su diagnóstico y tratamiento, en las UMAs programadas para supervisión en el año correspondiente.
No. de casos de cáncer incluidos en el RCNA*/No. de casos de cáncer en < 18 años diagnosticados	Modificada y actualizada en relación al original Lograr que el 100% de los casos financiados en 2011 se encuentren capturados en el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes.	Modificada y actualizada en relación al original Lograr que el 100% de los casos financiados en 2012 se encuentren capturados en el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes.
Entidades Federativas capacitadas para el diagnóstico oportuno de cáncer en menores de 18 años/32 Entidades Federativas	Modificada y actualizada en relación al original Lograr que el 30% de los Médicos de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud, sea capacitado en el diagnóstico oportuno de cáncer en menores de 18 años.	Modificada y actualizada en relación al original Lograr que el 30% de los Médicos de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud, sea capacitado en el diagnóstico oportuno de cáncer en menores de 18 años.
Tipos de cáncer en menores de 18 años cubiertos por el SPSS/Total de tipos de cáncer en menores de 18 años	Modificada y actualizada en relación al original Dar continuidad y consolidar el Programa "TODOS LOS NIÑOS; TODOS LOS CÁNCERES"	Modificada y actualizada en relación al original Dar continuidad y consolidar el Programa "TODOS LOS NIÑOS; TODOS LOS CÁNCERES"
No. de pacientes < 18 años con cáncer, sin seguridad social, que recibieron tratamiento gratuito/ No. de pacientes <	Modificada y actualizada en relación al original Garantizar el financiamiento del 100%	Modificada y actualizada en relación al original Garantizar el financiamiento del 100%

Indicador	Meta 2011	Meta 2012
18 años con cáncer, sin seguridad social diagnosticados	de los casos de cáncer en menores de 18 años sin seguridad social.	de los casos de cáncer en menores de 18 años sin seguridad social.
No. de pacientes < 18 años con cáncer, que abandonan tratamiento/No. de pacientes < 18 años con cáncer diagnosticados	Modificada y actualizada en relación al original Disminuir 2% por año el abandono de los pacientes < 18 años con cáncer	Modificada y actualizada en relación al original Disminuir 2% por año el abandono de los pacientes < 18 años con cáncer
Sobrevida de pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda de Riesgo Habitual, sin seguridad social en el 2010/Sobrevida de pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda de Riesgo Habitual, sin seguridad social en el 2005	Modificada y actualizada en relación al original Aumentar anualmente 2% la sobrevida de los pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda de Riesgo Habitual sin seguridad social, en relación con la basal 2008	Modificada y actualizada en relación al original Aumentar anualmente 2% la sobrevida de los pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda de Riesgo Habitual sin seguridad social, en relación con la basal 2008
Sobrevida a 3 años de pacientes menores de 18 años diagnosticados en el 2012/No. de pacientes < 18 años con cáncer diagnosticados en el 2012	Modificada y actualizada en relación al original Que la supervivencia global a 2 años de los pacientes menores de 18 años diagnosticados con cáncer en 2009 sea mayor al 60%	Modificada y actualizada en relación al original Que la supervivencia global a 2 años de los pacientes menores de 18 años diagnosticados con cáncer en 2010 sea mayor al 60%

4.- Actas de supervisión física y de evaluación de la ejecución del programa por personal técnico capacitado y autoridades competentes

RESUMEN (Número de visitas)							
Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Supervisión	Sin dato	19	11	14	21	18	16 Programadas 6 realizadas

A la fecha se han realizado 6 visitas de supervisión.

I.-Objetivo General de la Supervisión: Dar seguimiento a las acciones establecidas en el Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia en forma permanente, estableciendo un canal de comunicación entre el Estado y la Federación que permita la retroalimentación de los puntos de oportunidad para que se optimice el desempeño de los componentes que conforman el Programa.

II.-Se evalúan los siguientes puntos operativos:

- ❖ Estructura y funcionamiento de los Consejos Estatales para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.
- ❖ Coordinación Estatal del Programa por parte del Responsable y/o Coordinador Estatal
- ❖ Unidad Médica Acreditada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para la Atención de los menores de 18 años con cáncer (UMA):
- ❖ Financiamiento
- ❖ Recursos Humanos y Materiales (equipamiento)
- ❖ Infraestructura

- ❖ Concordancia entre el número de casos del Sistema de Registro del Seguro Popular y el número de tratamientos efectivos financiados en la Unidades Médicas Acreditadas.
- ❖ Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes.

III.-Indicadores de:

COMPONENTE OPERATIVO	Indicador de Estructura	Indicador de Proceso	Indicador de Resultados	Indicador de Impacto
Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia	Existencia del Consejo Estatal con Autoridades Estatales actualizadas	Sesiones de los Consejos Estatales		
Coordinación Estatal del Programa	Existencia de un Responsable del Programa	Replica del Curso de Actualización en el cuidado del menor con cáncer a Personal de Enfermería	Personal de Enfermería actualizado en el cuidado del menor con cáncer	
		Replica del Curso de Capacitación en Diagnóstico Oportuno de Cáncer en menores de 18 años para personal médico de primer nivel de atención	Personal de Salud de primer nivel de atención capacitado en el diagnóstico oportuno de Cáncer en menores de 18 años	
		Capacitación a la población en general sobre signos y síntomas de alarma de cáncer en menores de 18 años	Población capacitada en los signos y síntomas de alarma de cáncer en los menores de 18 años de primer nivel de atención	
		Difusión a personal de salud y población en general sobre signos y síntomas de alarma de cáncer en menores de 18 años	Actividades de difusión campañas locales en radio y televisión, material impreso, pláticas, conferencias, etc., en materia de cáncer en menores de 18 años en el Estado	
Unidad Médica Acreditada (UMA)	Recursos Humanos y materiales de la UMA, acorde al tipo de acreditación			Mortalidad por cáncer en los menores de 18 años Porcentaje de abandono del tratamiento Supervivencia global a dos años en pacientes con diagnóstico de Leucemia
Gratuidad del tratamiento de los casos diagnosticados de cáncer en menores de 18 años		Número de casos financiados Vs. Número de casos nuevos diagnosticados		
Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes		Registro del total de casos de cáncer en menores de 18 años atendidos en las Unidades Médicas Acreditadas de la Entidad Federativa, en el Registro de Cáncer de Niños y Adolescentes de la DGAE	Tasas de incidencia, prevalencia, tipos de cáncer por edad y sexo, entre otros.	

Es importante señalar que las actividades de supervisión en 2010 y 2011 fueron realizadas por sólo 3 miembros de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.

Nombre y cargo del personal encargado de la supervisión de la Dirección de Cáncer en 2011:

Dra. Aurora Bautista Márquez.- Directora de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

Dra. Leticia Corina Martínez Cardona.-Subdirectora de Coordinación y Operación del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

Dr. Luis Enrique Castro Ceronio.- Supervisor Médico en Área Normativa

A la fecha se cuenta con un miembro más adherido a las actividades de supervisión.

Dentro de los principales compromisos emanados de las supervisiones se encuentran los siguientes:

Consejo Estatal para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (COECIA).

- Dar seguimiento a la reinstalación o reactivación de los Consejos Estatales y los Comités que los conforman, con la participación de las nuevas Autoridades Sanitarias en cada Estado.
- Que los COECIA sean funcionales y lleven a cabo por lo menos 2 Sesiones Ordinarias del mismo y 2 Sesiones Ordinarias de los Comités que lo integran.
- Que tenga un carácter incluyente.

Coordinación del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer a nivel Estatal.

- Contar con un Responsable Estatal del Programa de forma exclusiva.
- Que el Responsable del Programa supervise las actividades del Responsable del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes.
- Que se realice la programación y presupuestación de las acciones del Programa anualmente en la plataforma del AFASPE.
- Que el Responsable del Programa participe como Secretario Técnico del COECIA.
- Que el Responsable del Programa realice actividades de supervisión en la Entidad Federativa, para reorientar las estrategias del Programa en la Entidad en caso necesario.
- La realización de campañas de difusión masiva a la población general respecto del cáncer en los menores de 18 años, y de material diverso al enviado por la Federación.
- La necesidad de dar seguimiento a las actividades de capacitación tanto a los Médicos de primer nivel de atención, como al Personal de Enfermería de las Unidades Médicas Acreditadas.
- Dar seguimiento a las recomendaciones derivadas de la supervisión Federal.

Investigación

- Fomentar y realizar el análisis epidemiológico de los datos derivados del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes para proponer y difundir líneas de investigación en materia de cáncer en menores de 18 años en las Entidades Federativas.

Capacitación

- Realizar la réplica en cascada a los Médicos de primer nivel de atención en diagnóstico oportuno de cáncer en menores de 18 años
- Replicar al interior de cada Unidad Médica Acreditada el Curso de Actualización en el Cuidado del Paciente Oncológico Pediátrico, a todo el Personal de Enfermería que atiende Niños, Niñas y Adolescentes con cáncer.

Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes

- Contar con un Responsable del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes, diverso al Oncólogo Pediatra de la Unidad Médica Acreditada.
- Utilizar el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA), como fuente oficial de información sobre los casos de cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes en nuestro país.
- Mantener actualizada en forma permanente la captura de casos nuevos de cáncer en menores de 18 años, así como su seguimiento.

Tratamiento integral

- Utilizar los Protocolos de Técnicos para Atención de Niños con Cáncer de primera línea, para los 25 tipos de cáncer de la Infancia y la Adolescencia aprobados por el Consejo de Salubridad General.
- Garantizar el mantenimiento de los criterios mayores de acreditación.
- Garantizar la existencia en tiempo y forma de todos los medicamentos contenidos en los Protocolos Técnicos de Atención.
- Dar seguimiento a la gratuidad del diagnóstico y el tratamiento de los menores de 18 años con cáncer en las Unidades Médicas Acreditadas.

Principales riesgos para 2012 (casos de insuficiencia de personal supervisor, etc.):

- Falta de continuidad en la operación, seguimiento y evaluación de las acciones del Programa por falta de presupuesto específico del mismo, lo que a su vez repercute en la falta de Recursos Humanos en el Estado y en la Federación.
- El hecho anterior puede contribuir en el largo plazo a la falta de cumplimiento de las metas del Programa de Acción relacionadas con supervivencia, mortalidad y abandono del tratamiento.

Acciones implementadas para la mejora en el desarrollo del programa/proyecto/tema

COORDINACIÓN Y VINCULACIÓN

- ☀ Por lo que respecta a los Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia
 - Se elaboraron los Lineamientos de Operación de los mismos, y se distribuyeron a nivel Nacional.
 - A través de la Cédula de Supervisión Integral se da seguimiento a la instalación y funcionamiento de los mismos, así como de los Comités que lo integran, esta situación se hace del conocimiento de las Autoridades Sanitarias del Estado a través del Informe de supervisión, y del seguimiento de los hallazgos derivados de la misma.
 - Hemos realizado la incorporación de esta información en las Carpetas de Giras del Sr. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, y se da a conocer en diversos foros.
 - Se da seguimiento de esta actividad a través del Reporte Semestral de Actividades:
 - En forma permanente se recibe información por parte de las Entidades Federativas respecto de los avances en este punto.
 - Se genera un informe semestral para ser presentado durante las sesiones ordinarias del CONACIA.
 - Se incluyó la evaluación de la operación de los Consejo Estatales en los indicadores de Caminando a la Excelencia.
- ☀ Coordinación y Responsables Estatales del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

- Durante 2010 y 2012 se transfirieron recursos de fortalecimiento a través de un Convenio Modificatorio del AFASPE 2010 y 2012, que contempla dentro de sus principales rubros la contratación de un Recurso Humano para fungir como responsable exclusivo del Programa o la continuidad del mismo en esta función.
- A través de la Cédula de Supervisión Integral se da seguimiento a estos puntos.
- Se realizan dos Reuniones Nacionales para los Responsables Estatales del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, para contar con un canal de retroalimentación y capacitación permanente respecto de los temas administrativos y técnicos requeridos para la operación del mismo.
- Se ha desarrollado e impartido el curso de inducción al puesto para los Responsables del Programa de reciente ingreso.
- Se ha establecido una vinculación permanente con la Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGAE), para dar seguimiento a la actualización en la captura del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes, y contar en forma trimestral con la Base de datos actualizada del mismo.
- Se da seguimiento permanente a las observaciones provenientes de las Entidades Federativas respecto al funcionamiento del RCNA con la DGAE hasta su solución
- Coadyuvamos a verificar la integridad de la calidad de la información capturada en el Registro

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- ☀ La planeación anual de las visitas de supervisión se realiza con criterios de priorización como:
 - Entidades Federativas que no fueron supervisadas el año previo
 - Entidades Federativas con alta mortalidad por cáncer en menores de 18 años
 - Entidades Federativas identificadas con focos rojos en la visita de supervisión inmediata anterior
- ☀ Se ha modificado la Cédula de Supervisión Integral de conformidad con las necesidades identificadas en la operación del Programa y con la inclusión de los criterios mayores de Acreditación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud
- ☀ Al final de la visita de supervisión en la mayoría de los casos cuando la agenda del Sr. Secretario de Salud en la Entidad Federativa lo permite, realizamos una presentación ejecutiva de los hallazgos de la visita con la finalidad de que el Estado inicie las gestiones correspondientes para dar atención a los mismos.
- ☀ Se han incluido en la estrategia de Caminando a la Excelencia para 2011 8 Indicadores, que nos permiten evaluar en forma precisa los procesos sustanciales del Programa incluyendo el ejercicio de los recursos financieros, mismos que se mantendrán para la evaluación del año 2012.

CAPACITACIÓN

- ☀ Se actualizó el contenido técnico del Curso de Detección Oportuna de Cáncer en menores de 18 años, y se realizó la capacitación de los Responsables Estatales del Programa, para que fueran los encargados de la réplica en cascada del mismo a los Médicos de primer nivel de atención

- ☀ Se da seguimiento a la réplica en cascada de los Cursos de Detección Oportuna de Cáncer en menores de 18 años a nivel nacional a través de las visitas de supervisión y del informe semestral de actividades.
- ☀ Se incluyo como un Indicador en la Estrategia Caminando a la Excelencia, con una meta para capacitar anualmente al 30% de los médicos de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud, en el diagnóstico oportuno de cáncer en menores de 18 años en todas las entidades federativas.
- ☀ En 2012, la Primera Reunión Nacional para los Responsables Estatales del Programa se dedicó íntegramente a la capacitación médica en temas de cáncer en los menores de 18 años.
- ☀ Se actualizó el contenido técnico del Curso-Taller de Actualización para Enfermería en el Cuidado del Paciente Oncológico Pediátrico, y se capacitó a personal de enfermería de todas las Unidades Médicas Acreditadas.
- ☀ A través de la supervisión federal y a través del informe semestral de actividades, se da seguimiento a la réplica en cascada del Curso-Taller de Actualización para Enfermería en el Cuidado del Paciente Oncológico Pediátrico en las Unidades Médicas Acreditadas para el resto de personal de enfermería que atiende a los pacientes oncológicos pediátricos.

COMUNICACIÓN SOCIAL

- ☀ Se cuenta con una página WEB, que es permanentemente actualizada con la información del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia dirigido a la Población en general.
- ☀ A través de la Cédula de Supervisión Integral y del informe semestral de actividades, se da seguimiento a las actividades de difusión en materia de cáncer desarrolladas por las entidades federativas.
- ☀ Se ha incluido en las Reuniones Nacionales de Responsables Estatales del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia el tema de difusión para la población en general así como los ejes informativos a los que se deben enfocar.
- ☀ Se han elaborado, reproducido y distribuido diversos materiales dirigidos al personal de salud y a la población general respecto del cáncer en la infancia y la adolescencia

ESTANDARIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

- ☀ Como parte de las supervisiones federales, se evalúa por un oncólogo pediatra, el grado de apego de los Oncólogos y Hematólogos Pediatras de las Unidades Médicas Acreditadas en el uso de los Protocolos Técnicos para la Atención de Niños con Cáncer.
- ☀ Durante 2010 se apoyó en la distribución del Libro “Protocolos Técnicos Cáncer en Niños”, realizado por Comité Técnico del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, distribuyéndose a nivel Nacional 337 ejemplares y 70 en el Distrito Federal.
- ☀ Se verifica al menos una Reunión Nacional de Hemato-Oncólogos Pediatras de las Unidades Médicas Acreditadas al año, con la finalidad de actualizar, modificar y consensuar los Protocolos

Técnicos para la Atención de Niños con Cáncer, y desarrollar aquellos necesarios para cubrir recaídas y complicaciones genéricas inherentes al cáncer infantil.

- ☀ La Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia participa en las Reuniones Regionales del Comité Técnico del CONACIA, las cuales tienen la finalidad de exponer las problemáticas en la atención de los niños, niñas y adolescentes con cáncer al interior de las Unidades Médicas Acreditadas, generar propuestas de solución o bien llevar la problemática al seno del CONACIA.
- ☀ Se da seguimiento permanente a la réplica en cascada del Curso de diagnóstico oportuno de Cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes, a los Médicos de primer nivel de atención.
- ☀ Se da seguimiento a la réplica en cascada del Curso-Taller de Actualización para el Cuidado del Paciente Oncológico Pediátrico para el Personal de Enfermería de las Unidades Médicas Acreditadas.

PLANEACIÓN, PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTACIÓN

- ☀ Se ha modificado la Guía y la cédula para la elaboración del Programa Operativo Anual, permitiendo a los Responsables del Programa la fácil identificación y llenado de la totalidad de los insumos a presupuestar para contar con financiamiento para llevar a cabo las acciones del Programa.
- ☀ Se da seguimiento permanente a la captura en la plataforma del AFASPE, lo que nos permite verificar la asignación de recursos financieros para la operación del Programa.
- ☀ Se ha incluido en los Indicadores de la Estrategia Caminando a la Excelencia un indicador que evalúa la proporción de presupuesto ejercido en la operación del Programa, en relación con el recurso asignado en el SIAFFASPE.
- ☀ Se ha fortalecido la operación del Programa mediante la transferencia de recurso financiero del Ramo 12 en 2010 y 2012 a todas las Entidades Federativas.
- ☀ A través de las visitas de supervisión federales y en foros diversos se ha sensibilizado a las autoridades sanitarias en las entidades federativas, sobre la importancia del cáncer en los menores de 18 años como problema de salud pública, y la necesidad de realizar acciones de prevención y promoción de la salud.

Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, en cuanto a los objetivos, compromisos y servicios prestados

- ☀ Cumplimiento de los objetivos y metas del Programa:

No.	INDICADORES	RESULTADO 2008	RESULTADO 2009	RESULTADO 2010	RESULTADO 2011
1	No. de Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (COECIA) Instalados en la República Mexicana / 31 Entidades Federativas	29 Entidades Estatales con evidencia documental de instalación del COECIA excepto en los casos de Jalisco y Sinaloa, y el Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (CONACIA) correspondiente al Distrito Federal.	29 Entidades Estatales con evidencia documental de instalación del COECIA excepto en los casos de Jalisco y Sinaloa, y el Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (CONACIA) correspondiente al Distrito Federal.	29 Entidades Estatales con evidencia documental de instalación del COECIA excepto en los casos de Jalisco y Sinaloa, y el Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (CONACIA) correspondiente al Distrito Federal.	29 Entidades Estatales con evidencia documental de instalación del COECIA excepto en los casos de Nuevo León y Sinaloa, y el Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (CONACIA) correspondiente al Distrito Federal.
2	No. de Entidades Federativas con unidades médicas acreditadas para el tratamiento del cáncer en < 18 años / 32 Entidades Federativas	31 Entidades Federativas con Unidad Médica Acreditada para la Atención del menor de 18 años con cáncer.	30 Entidades Federativas con Unidad Médica Acreditada para la atención del menor de 18 años con cáncer.	48 Unidades Médicas Acreditadas (UMA) en 30 Entidades Federativas con Unidad Médica Acreditada para la atención del menor de 18 años con cáncer. (BCS y Coahuila no cuentan con UMA).	52 UMA en 31 Entidades Federativas con Unidad Médica Acreditada para la atención del menor de 18 años con cáncer. (BCS no cuenta con UMA).
3	No. de casos de cáncer incluidos en el RCNA, y No. de casos de cáncer en < 18 años diagnosticados	1,381 casos capturados	1,486 casos capturados	2,037 casos capturados (84.76% del total de casos diagnosticados en 2010)	1637 casos capturados (86% del total de casos diagnosticados en 2011)
4	Entidades Federativas capacitadas para el diagnóstico oportuno de cáncer en menores de 18 años / 32 Entidades Federativas	No se cuenta con información	31 entidades capacitadas en 2009, con excepción del Estado de Yucatán	31 entidades capacitadas en 2009, con excepción del Estado de Yucatán	31 entidades capacitadas en 2009, con excepción del Estado de Yucatán.
5	Tipos de cáncer en menores de 18 años cubiertos por el SPSS	El 100% de los tipos de Cáncer			
6	No. de pacientes < 18 años con cáncer, sin seguridad social, que recibirán tratamiento gratuito / No. de pacientes < 18 años con cáncer, sin seguridad social diagnosticados	1816/2229=81.5% ^{**}	1950/2571=75% [§]	2068/2531=81.7% [§]	2149/2491=86% [§]
7	No. de pacientes < 18 años con cáncer, que abandonaron tratamiento [†]	6%	No se cuenta con el dato	6%	6.3%
8	Sobrevivida de pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda de Riesgo Habitual, sin seguridad social en el 2010 / Sobrevivida de pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda de Riesgo Habitual, sin seguridad social en el 2005	No se cuenta con el dato	No se cuenta con el dato	78.6% a dos años en 24 entidades federativas ^{§§}	78.3%
9	Sobrevivida a 3 años de pacientes menores de 18 años diagnosticados en el 2012 / No. de pacientes < 18 años con cáncer diagnosticados en el 2012	No se cuenta con el dato	No se cuenta con el dato	66.8% a dos años en 30 entidades federativas	66.1% a tres años

- *Fuente: Base de datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud
- ** Fuente: Base de Datos del CeNSIA. Información brindada por las UMA's
- [§]Se realizó una aproximación de cobertura con base en 2491 casos estimados de acuerdo a la incidencia de cáncer en menores de 15 años reportada por la OMS de 140 casos/millón al año en su reporte mundial de casos de cáncer 2008. (Fecha de consulta: 02/10/2011 <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/index.php>)
- ^{§§}Los datos de supervivencia a 3 años no se encuentran reportados, ya que la información de defunciones para los niños diagnosticados en 2007 en este momento no está disponible en su totalidad y los pocos datos que se pudieran obtener no serían confiables.
- [†]El dato de abandono es una cifra preliminar, ya que el RCNA cuenta con datos sobre el primer seguimiento en solo aproximadamente 50% de los casos
- Nota: Las cifras cuya fuente es el RCNA, son aproximadas ya que los datos del registro se encuentran en actualización y validación.
- Respecto de la capacitación para el Estado de Yucatán no se cuenta con la evidencia documental, sin embargo la Responsable refiere haberla recibido, pero no cuenta con la Constancia correspondiente.
- De la tabla anterior, y observando que existen algunas variaciones en los resultados obtenidos, se explica lo siguiente:

INDICADOR 2: La variabilidad depende de la duración de la acreditación de las Unidades Médicas la cual es de 5 años, ó del incumplimiento de los Criterios Mayores que puedan ameritar el retiro de la misma. Esta información es responsabilidad de la DGCyES.

INDICADOR 3: La captura no se lleva a cabo en tiempo real por la escasez de Recursos Humanos.

-  Uno de los beneficios iniciales del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia es garantizar la gratuidad del diagnóstico y tratamiento de los menores de 18 años con cáncer, a través de la cobertura desde el 2008 de **“TODOS LOS NIÑOS, TODOS LOS CÁNCERES”**, que permite el financiamiento de la totalidad de los cánceres que afectan a este grupo poblacional.

- ☀ Con la finalidad de contar con una representatividad en el ámbito de sus acciones a nivel Nacional, el Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, ha fomentado la instalación de 31 Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, estos foros cuentan con la participación a nivel Estatal de la totalidad de los actores involucrados en la atención del problema del cáncer, lo que permite la toma de decisiones de alto nivel para dar solución al problema de salud que representa el Cáncer en los menores de 18 años en todo el país.
- ☀ Con el objetivo de que los menores de 18 años con cáncer cuenten con accesibilidad a Unidades de Salud que puedan garantizar la calidad en su atención, a través de la evaluación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se ha acreditado a 52 Unidades Médicas en la República Mexicana, que cuentan con la infraestructura y recursos humanos necesarios para proporcionar una atención oncológica de alta calidad técnica, que redunde en una mejor atención integral de los menores de 18 años con cáncer, y que coadyuve en la disminución de los gastos generados como resultado de la enfermedad o del traslado para recibir la atención médica necesaria en lugares distintos a los lugares de origen, lo que supone un riesgo para su patrimonio familiar.
- ☀ Con la finalidad de estandarizar la atención médica a nivel nacional se ha dado seguimiento al uso de los Protocolos Técnicos de Atención de Niños con Cáncer en las Unidades Médicas Acreditadas, lo anterior para estar en posibilidad de evaluar la efectividad de los tratamientos instaurados y su impacto en la sobrevida de los pacientes, así mismo la estandarización nos permitirá realizar intercambio de información no solo a nivel Nacional sino Internacional respecto del costo-efectividad de cada uno de ellos.
- ☀ La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, ha otorgado el financiamiento a un total de 10,547 casos de cáncer en menores de 18 años, para todo tipo de cánceres diagnosticados desde 2004 (con afiliación al Seguro Popular) a 2010. En 2011, la cobertura financiera fue de 2,516 casos nuevos de cáncer en los menores de 18 años afiliados al Seguro Popular. Es importante señalar el crecimiento respecto de la cobertura financiera inicial que fue solo para Leucemia Linfoblástica Aguda, agregándose 10 tumores sólidos y trasplante de médula ósea, y desde 2008 se financia a la totalidad de los tipos de cáncer que afectan a este grupo poblacional.

Resultados de los Acuerdos adoptados durante el desarrollo del Programa por parte del titular de la dependencia

- ☀ El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia estableció los siguientes compromisos:

No.	Actividad	Cierre 2011	Agosto 2012	Meta Anual 2012	Logro a 2012
1	Reuniones del Consejo Nacional	2	1	2	50 % (la 2da. Sesión Ordinaria se llevará a cabo en octubre de 2012)
2	Sesiones de los Comités Técnico, Normativo y Financiero	3	2	2	100%

No.	Actividad	Cierre 2011	Agosto 2012	Meta Anual 2012	Logro a 2012
3	Reuniones Nacionales de Responsables del Programa de Cáncer	2	2	1	50% (la 2da. Reunión Nacional se llevará a cabo en octubre de 2012)
4	Reunión Nacional de Hemato-Oncólogos Pediatras	2	1	1	0% (la Reunión Nacional se llevará a cabo en septiembre de 2012)
5	Actualizar el contenido del Manual de Organización del CeNSIA, correspondiente a la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia	1 actualización	1 actualización	1 actualización	100%
6	Actualización permanente de directorios	Variable y permanente	Variable y permanente	Variable y permanente	Variable y permanente
7	Elaboración del Instrumento de medición para seguimiento de las actividades del Programa a nivel Nacional	60% de instrumento desarrollado	1 Instrumento concluido (Guía y cedula para la elaboración del Informe Semestral de Actividades)	1 Instrumento concluido	100%
8	Actividades de supervisión de las acciones del Programa	18	7	17	41%
9	Elaboración y/o adecuación, e implementación de estrategias paralelas de evaluación (ej. Indicadores de la Estrategia de Caminando a la Excelencia)	Evaluación de 5 Indicadores de 2010, se incorporaron 3 indicadores más	Actualización del Manual de Indicadores de la Estrategia Caminando a la Excelencia 2012.	Elaboración de al menos una estrategia paralela de evaluación	100% (un manual actualizado)
10	Seguimiento de la réplica en cascada del curso de Diagnóstico Oportuno de Cáncer a personal médico del primer nivel de atención de la Secretaría de Salud	5,953 (18.9% del personal de Salud capacitado)	Aún en proceso de cuantificación de este indicador	30%	En proceso de cuantificación.
11	Seguimiento a la réplica en cascada al Personal de Enfermería que atiende a menores de 18 años en las Unidades Médicas Acreditadas en cada una de las Entidades Federativas, del Curso-Taller de Actualización en Enfermería para el Cuidado del Paciente Oncológico Pediátrico	818 Enfermeras capacitadas por Entidad Federativa	Aún en proceso de cuantificación de este indicador	Llevar a cabo al menos un curso de actualización por Unidad Médica Acreditada	Aún en proceso de cuantificación de este indicador
12	Mantener actualizada la página WEB	8 actualizaciones (100%)	0%	Variable	0% (La veda electoral retraso el inicio de esta actividad al mantener cerrada la página)
13	Campañas de comunicación masiva	1	En proceso de diseño de campaña	1	50%
14	Difundir el Manual de preguntas breves para Padres de pacientes menores de 18 años con Cáncer	Se elaboraron y difundieron 35,000 Manuales	En proceso de reproducción	20,000 Manuales	50%
15	Elaborar y difundir material didáctico e informativo para pacientes menores de 18 años con cáncer	0	0%	Variable	0%
16	Elaborar y difundir un Rotafolio para la detección de cáncer en menores de 18 años	Se cuenta con la propuesta elaborada aún en revisión	En revisión	1 Rotafolio	40%
17	Elaborar y difundir el Calendario del Consejo Nacional para la Prevención	Se terminó la elaboración del	Se concluyó la reproducción y	1 Calendario 2012	100%

No.	Actividad	Cierre 2011	Agosto 2012	Meta Anual 2012	Logro a 2012
	y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia 2012	mismo, solo pendiente impresión y distribución	distribución.		
18	Participar con el Comité Técnico y Normativo en la estandarización de la calidad en la atención que reciben los niños, niñas y adolescentes con cáncer, mediante el diseño de herramientas que permitan evaluar y dar seguimiento y recomendaciones a las Unidades Médicas Acreditadas que atienden a menores de 18 años con cáncer.	Se elaboró la propuesta de la Encuesta de Aval Ciudadano.	Prueba Piloto de la Encuesta de Aval Ciudadano y actualización de la cédula de acreditación de Unidades Médicas, en proceso de actualización por la DGCyES.	Encuesta de Aval Ciudadano en uso, y Cédula de Acreditación actualizada.	50%
19	Actualizar los Protocolos Técnicos de Primera Línea de Tratamiento del Cáncer en Niños y Adolescentes	Se revisaron los Protocolos de Leucemia y de 5 de los Tumores sólidos más frecuentes en la edad pediátrica	Los Protocolos actualizados están en revisión por el CSG	Protocolos de Leucemia y de 5 tumores sólidos actualizados	80% (El avance en esta actividad depende del grado de respuesta de los sub-especialistas responsables de su actualización)
20	Distribuir el Libro de Protocolos Técnicos de Cáncer Infantil y fomentar el uso de los protocolos técnicos de tratamiento del cáncer en niños y adolescentes en las Entidades Federativas y Unidades Médicas Acreditadas a través de diferentes foros y medios.	407 libros distribuidos en todas las UMAs de las Entidades Federativas	No aplica	No se distribuirán más ejemplares en 2012.	No aplica
21	Verificar que todos los casos nuevos de cáncer en menores de 18 años que son financiados por el Seguro Popular estén capturados en el RCNA	Analizar la totalidad de los datos contenidos en el RCNA	85% de los casos 2006 a 2010 registrados	100% de los casos financiados deberán de estar capturados en el RCNA	85%
22	Elaboración del Programa Anual de Trabajo 2011.	PAT completo	PAT 2012 completo	1 PAT	100%
23	Desarrollo e implementación de la logística y herramientas para las actividades de supervisión de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.	Se cuenta con cronograma de salidas, y cédula aún en proceso de mejora	Se cuenta con cronograma de salidas; visitas e informes de supervisión en proceso.	Llevar a cabo el 100% de las visitas de supervisión programadas con su respectivo informe de supervisión	41%
24	Programar la asignación de recursos para la operación del Programa mediante la elaboración del Programa Operativo Anual 2012 y el Programa Operativo de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.	Programa Operativo 2012	Programa Operativo 2013	1 POA 2013 por cada Entidad Federativa	85%

5. Regulación

• Respeto a la atención de la infancia

- ◆ Se realizó el anteproyecto de actualización de la NOM-031-SSA2-1999 para la Atención a la Salud del Niño y la NOM-038-SSA2-2002, para la Prevención, tratamiento y Control de las Enfermedades por Deficiencia de Yodo.
- ◆ Se hicieron lineamientos del CEC (en revisión).
- ◆ Se logró incluir en SIS los indicadores peso para la talla y talla para la edad, al igual que la evaluación de población de 5 a 9 años en la tarjeta de control del estado de nutrición.
- ◆ Elaboración del subtema de nutrición en la Anteproyecto NOM-047. Para la atención a la salud de la adolescencia.
- ◆ Asesoría a la Ley General de prestación de Servicios de Cuidado Infantil.
- ◆ Propuesta de Reforma de artículo 4° de la Constitución Política Mexicana, en materia de los Derechos de las niñas y niños.
- ◆ Propuesta de Reforma del artículo 123° de la Constitución Política Mexicana, en materia de los derechos de los trabajadores, relacionada al periodo de incapacidad posparto en las madres de recién nacidos con discapacidad.
- ◆ Lineamientos de la Vigilancia de la Mortalidad en la Infancia. En fase de revisión sectorial.
- ◆ Actualización del manual de las Infecciones Respiratorias Agudas con un avance del 80%.
- ◆ Elaboración de los lineamientos de prevención de accidentes, en proceso de revisión y autorización por Comunicación Social.

• Respeto a Vacunación

- ◆ Se elaboró el proyecto de modificación de la norma oficial mexicana NOM-036-SSA2-2002, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES. APLICACIÓN DE VACUNAS, TOXOIDES, SUEROS, ANTITOXINAS E INMUNOGLOBULINAS EN EL HUMANO; para quedar como proyecto de NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-036-SSA2-2009, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES. APLICACIÓN DE VACUNAS, TOXOIDES, SUEROS, FÁBROTÉPICOS, ANTITOXINAS E INMUNOGLOBULINAS EN EL HUMANO.
- ◆ Elaboración de Lineamientos del Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud.
Cada año se elaboran de manera coordinada con las Instituciones del Sector Salud, en el Grupo de Trabajo Interinstitucional del CONAVA, y se distribuyen en el mes de diciembre de cada año a todas las entidades federativas e Instituciones del Sector Salud.
- ◆ Manual de Vacunación.
En el 2008, se elaboró el Manual de Vacunación 2008-2009
En 2011, se está actualizando el Manual de vacunación con un avance del 80%, se tiene planeado terminar en diciembre de 2012 y difundirlo a todas las unidades de salud del país en enero del 2012.
- ◆ Manual de los Eventos Temporalmente Asociados a la Vacunación
Está en proceso de actualización con un avance del 50%.
- ◆ El 28 de septiembre de 2012 se publicó en el DOF la NOM 036.
- ◆ Se encuentra en proceso de impresión el Manual de Vacunación 2012.

• **Respecto a Adolescencia**

Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2009, para la Atención a la Salud de la Adolescencia.

- ♦ Debido a la falta de una normatividad que regulase las acciones de salud dirigidas a los adolescentes se creó, en conjunto con otros programas de la SSA y las instituciones esta herramienta fundamental que permitirá unificar criterios para el otorgamiento de la Atención Integral a la Salud de la Adolescencia. Actualmente se encuentra en proceso de revisión para poder ser publicada en el Diario Oficial de la Federación.

6. Acciones extrasectoriales

• **Consejo Nacional de Vacunación**

En enero de 1991 se creó, por decreto presidencial, el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), como instancia de coordinación y consulta, cuyo objetivo principal fue promover, apoyar y coordinar las acciones de las instituciones de salud de los sectores público, social y privado, tendientes a controlar y eliminar las enfermedades transmisibles, a través del establecimiento del Programa de Vacunación Universal, dirigido a la protección de la salud de la niñez. Durante el primer semestre del año se han llevado a cabo dos reuniones, de las cuales se han derivado los siguientes acuerdos:

Año 2006		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
Primera	<ul style="list-style-type: none"> • Avances en vacunación. • Acciones para la introducción de vacuna pentavalente acelular con IPV en 2007. • Contratación de jornadas de vacunadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Se aprobó el cambio de Pentavalente de células completas, por la Pentavalente con Pertussis acelular e IPV, quedando incluida en el esquema universal de vacunación para el año 2007. • Revisar de manera integral la estrategia de contratación de vacunadoras. • El CeNSIA solicitó a las 32 entidades federativas un análisis sobre la contratación de vacunadoras, el consenso general fue que era muy importante la contratación de vacunadoras para trabajo de campo.
Segunda 15 de noviembre-2006	<ul style="list-style-type: none"> • Avances en vacunación. • Estado actual de la vacunación contra neumococo e influenza. • Propuesta de nuevas vacunas: Tdpa y Virus del Papiloma Humano (VPH). Nueva Cartilla Nacional de Vacunación en niños y adolescentes. • Nueva Cartilla Nacional de Vacunación en niños y adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Integración de un Grupo Técnico para el análisis de la propuesta de incorporar la vacuna Tdpa en adolescentes como refuerzo. • Analizar la introducción de la vacuna contra VPH en el Programa Universal de Inmunizaciones. • Incorporar a los documentos técnicos y normativos la definición del sitio de aplicación de cada una de las diferentes vacunas del esquema de vacunación actualizado.

Año 2007		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
Primera 02-febrero-2007	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª Semana Nacional de Salud 2007. • Planeación 2007 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos blancos a vacunar en la Campaña de Eliminación de la Rubéola, Síndrome de Rubéola Congénita y Sarampión en el país. • Contratación de vacunadores, para poder cumplir con la regionalización operativa.
Segunda	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Vacunación Universal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para el cálculo de coberturas, se utilizará las proyecciones del

Año 2007		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
19 de junio-2007	<ul style="list-style-type: none"> Avances 2007. Programa de Eliminación de Tétanos Neonatal. Propuestas del Comité Técnico de Expertos/Grupo de Trabajo Interinstitucional Campaña de Eliminación de Rubéola, SRC y Sarampión. Regionalización Operativa. 	<p>CONAPO.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se analizará la conciliación de los resultados de la ENSANUT 2006 con los de la ENSA 2000. Realizar compras consolidadas de todos los biológicos, así como de cámaras frías, refrigeradores, termos, equipos de cómputo y otros insumos del programa, ya sea por CENSIA BIRMEX, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. El Instituto Nacional de Salud Pública brindará apoyo para la aplicación del método de Calidad de Lotes en los muestreos para la evaluación de coberturas. Se aprobó el Programa Permanente de Vacunación 2007. Vacunar con SRP a todos los niños de 1er año de primaria y a todos los niños de seis y siete años de edad no escolarizados. Se reactivó el Plan de Acción de Eliminación del Tétanos Neonatal, el cual se incluyó en la estrategia "Caravanas de la Salud". Se aprueba el esquema de vacunación con anti-hepatitis B en los recién nacidos. Se aprobó la vacunación antineumocócica 23 valente en adultos. Aplicar una dosis de vacuna anti-influenza al 100% de la población de 60 años y más. Verificar solvencia financiera para universalizar en el 2008 la vacuna antineumocócica 7valente en menores de dos años de edad. Actualización de la Regionalización Operativa. Se presentó la situación de la Red de Frío de todo el Sector Salud.
Tercera 14 de noviembre 2007	<ul style="list-style-type: none"> Logros de 2ª Semana Nacional de Salud 2007. Problemas de abasto de vacunas: Rotavirus y Hepatitis B. Recomendaciones del Grupo de Expertos, vacunas antihepatitis A, antipoliomielítica y vacunas recomendadas en caso de desastres naturales. Situación Sectorial de la Red de Frío. 	<ul style="list-style-type: none"> Financiamiento para la adecuación de la Red de Frío y vacunadores con el Comisionado del Seguro Popular. Los Estados deberán adquirir los vehículos y equipos de cómputo necesarios para el PVU con sus recursos. Realizar encuesta serológica por el INSP para sarampión y rubéola después de la Campaña de Eliminación en marzo de 2008. Se adecuó el proceso licitatorio para poder comprar vacunas a dos o más proveedores. Se Brindó apoyo a CCAyAC para que puedan resolverse los problemas actuales de análisis y liberación de la vacuna de Hepatitis B y de cualquier otra vacuna que lo requiera. Se propuso a la COFEPRIS para 2008, un proceso de liberación simplificado de las vacunas precalificadas por la OMS y OPS que cuenten con un año mínimo de buen historial en la CCAyAC. Se inició la compra consolidada sectorial de biológicos. Considerar la adquisición de biológicos a la OPS en el 2009, a través de su Fondo Rotatorio. Valorar la posibilidad con OPS de adquirir la vacuna de Hepatitis B en el 2008. Rendición de cuentas al CONAVA por parte de la SS, IMSS e ISSSTE, con periodicidad semestral sobre los avances logrados tanto a nivel federal como por Entidades Federativas, sobre el cumplimiento de los lineamientos de la Red de Frío con énfasis en: planeación de compra consolidada de insumos. Verificar cumplimiento de los POAs en la adquisición de los insumos. Capacitación, Mantenimiento, Supervisión, Amonestación en caso necesario.
Año 2008		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
Primera 12-marzo-2008	<ul style="list-style-type: none"> Coberturas 2007 del Programa de Vacunación Universal. Propuesta de acciones sectoriales durante las Semanas Nacionales de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> La Regionalización Operativa se extiende hasta los 19 años de edad. El PROVAC deberá abarcar todos los biológicos que se aplican en niños y adolescentes. Las coberturas nominales se analizarán en los Consejos Estatales

	<ul style="list-style-type: none"> • Campaña de Eliminación de Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita, arrancó el 24 de marzo del 2008. • Recomendaciones del Comité de Expertos en Vacunación. 	<p>de Vacunación (COEVAS), buscando concordancias superiores al 90%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validar en los COEVAS el cierre de coberturas 2007 del PROVAC. • Se retomarán las supervisiones interinstitucionales para las actividades permanentes e intensivas (SNS) del Programa de Vacunación Universal en todas las entidades federativas. • Los representantes de las instituciones del Sector Salud deben participar activa y permanentemente en las reuniones de los COEVAS. • Se actualizaron los lineamientos para el funcionamiento de los Coevas, las actividades de estos, se evaluarán a través de las minutas y las supervisiones. • Se aprobó la propuesta para acciones sectoriales durante las Semanas Nacionales de Salud. • Se universalizó la vacuna antineumocócica heptavalente y Antirrotavirus. • Se comparó el padrón nominal 2007 del Seguro Médico para una Nueva Generación con el registro del censo nominal del CeNSIA. • Se gestiona el apoyo de la Secretaría del Trabajo y del Secretario de la ANUIES para garantizar su apoyo para la vacunación en fábricas, empresas y universidades de la Campaña de Eliminación de Rubéola y SRC. • Se solicitó a cada entidad federativa las necesidades y cifras reales de promotores de salud por jurisdicción disponibles para Semanas Nacionales de Salud. • Se solicitó a las entidades federativas reactivar la carrera técnica para promotores de salud ajustada a las necesidades de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
<p>Segunda 16-julio-2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de producción de vacuna de influenza estacional y pandémica en México. • Resultado de la Campaña de Eliminación de Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. • Propuesta de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano. • Vigilancia activa para monitorear la seguridad de la vacuna antirotavirus en hospitales pediátricos del IMSS. • Proyectos para la vigilancia epidemiológica de rotavirus y neumococo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se informó el procedimiento de liberación y muestreo de lotes de productos biológicos y hemoderivados precalificados por la OMS sujetos a control y vigilancia sanitaria por la SS a través de la COFEPRIS. • Se aprueba la firma de un convenio entre BIRMEX, SANOFI y la Secretaría de Salud para la producción conjunta de vacuna de influenza estacional y pandémica en nuestro país. • Se aprueba iniciar la vacunación contra el VPH, en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano.
<p>Tercera 12-noviembre-2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta Rápida de Cobertura de Influenza 2007 en mayores de 60 años. • Tétanos en México y propuesta para refuerzo y acciones auxiliares. • Propuesta del IMSS para introducir la vacuna contra el VPH. • Propuesta de introducción de la vacuna contra el VPH en el DF. • Coberturas de Vacunación al 3er trimestre 2008. • PROVAC 2009. • Opiniones de Secretarios de Salud sobre la colaboración de las instituciones en la Regionalización Operativa. • El caso de coberturas de DPT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicitó al Programa de Desarrollo Humano del Programa de Oportunidades, como a los diferentes programas dirigidos a adultos mayores que en invierno se vacune contra influenza y neumococo 23valente. • Se solicitó el monitoreo de medios de las Campañas de Vacunación a la Dirección General de Comunicación Social y a la Dirección General de Promoción de la Salud. • Se aprobaron los lineamientos 2009 para aplicar los refuerzos de Td a los 12 años y cada diez años. Realizar una campaña intensiva en 2009 para capacitar al personal de salud y a la comunidad, para que estén informados de la recomendación de revacunación con Td cada 10 años. • Se aprueba la estrategia de prevención integral del Instituto Mexicano del Seguro Social para la introducción paulatina de la vacuna contra VPH. • Se aprueba la propuesta de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para introducir la vacuna contra el VPH. • Se solicitó a los COEVAS, que manden las actas del reporte de coberturas del PROVAC firmadas por el IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud.

Año 2009		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
Primera 02-marzo-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Información del Programa de Vacunación (PROVAC) 2009. • Coberturas de Vacunación 2008. Recomendación del Comité de Expertos sobre el esquema de vacunación contra VPH. • Propuesta de Vacunación con vacuna antineumocócica heptavalente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso por todas las instituciones para colaborar en el proyecto del nuevo PROVAC. • Todas las instituciones de salud, deben utilizar el mismo catálogo de localidades de INEGI del conteo 2005. • Incorporación de los menores de un año de edad al censo nominal. • Se aprobó el esquema de vacunación contra VPH a los cero, seis y sesenta meses. • Los Secretarios de Salud Estatales deben de presentar ante este Consejo cualquier propuesta para la introducción de nuevas vacunas no universalizadas en el Programa de Vacunación Universal. • Todas las instituciones de Salud deberán mantener las coberturas de vacunación en todos los grupos de edad por arriba del 95%. • Continuar evaluando las coberturas de vacunación con encuestas rápidas para tener información más fidedigna. • Considerar SS, IMSS e ISSSTE suficientes dosis de Td para los refuerzos indicados cada 10 años y de todos los biológicos. • Presentar las coberturas considerando también la concordancia con las poblaciones de CONAPO. • La campaña de publicidad para aplicación de la vacuna de influenza, debe ser en noviembre y diciembre. • Se aceptan las seis recomendaciones del Comité Técnico de Expertos en Vacunación en relación a la vacuna antineumocócica 7 valente. • Con relación al semáforo de arriba, análisis y distribución de biológicos, se revisó las sugerencias para mejorar la elaboración del mismo. Los Directores de Servicios de Salud deben dirigir los Consejos Estatales de Vacunación. • Se tendrá apego estricto a la Regionalización Operativa, por todas las Instituciones del Sector Salud. • Se informó por parte todas las instituciones del Sector Salud el estado que guarda su Red de Frío a nivel nacional, y su proyecto de inversión a cinco años para satisfacer necesidades y garantizar el adecuado estado de los biológicos del país. Todas las instituciones están invirtiendo en la red de frío. El Seguro Médico Para Una Nueva Generación otorgó a la Secretaría de Salud presupuesto para actualizar y fortalecer la Red de Frío de la Secretaría de Salud en un periodo de tres años. • Actualizar el censo nominal por todas las instituciones. • Obligatorio el presentar la cartilla nacional de salud actualizada para entrar a las guarderías, además del nivel preescolar y escolar. • El IMSS, ISSSTE y los Secretarios de Salud de las 32 entidades federativas, se comprometieron a mejorar las coberturas de vacunación. • Cumplir los acuerdos de Regionalización Operativa. • Registrar a todos los niños conforme vayan naciendo en el censo nominal antes de su egreso hospitalario. • Contratar personal vacunador y capturista necesario. • Realizar campañas permanentes de comunicación social que resalten la importancia de la vacunación oportuna y los riesgos sobre todo en este momento de tos ferina.
Segunda 14-julio-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Consenso de expertos internacionales sobre el refuerzo de la vacuna antineumocócica heptavalente. • Recomendaciones del Comité de Expertos en Vacunas sobre Tos ferina e Influenza. • Fe de erratas sobre vacunación 	<ul style="list-style-type: none"> • Se aceptan las recomendaciones del Comité de Expertos, en relación a la vacunación contra Tos ferina. • Campaña de comunicación dirigida a la población, sobre tos ferina, su prevención y tratamiento, en todos los medios de comunicación. • Estudio de seguridad en nuestro país de la vacuna Tdpa en embarazadas, en el último trimestre de embarazo. • La DGAE informó la tasa basal del Síndrome de Guillain-Barré

Año 2009		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
	contra VPH.	<p>(SGB) en mayores de 15 años de edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar esquema de vacunación “acelerado” a las 6 semanas, 3 y 4 meses de edad. • Implementar barrido casa a casa en 2009 y 2010 de acuerdo a Regionalización Operativa para vacunar a los menores de 6 meses e incorporarlos al censo nominal. • Se solicitó al INSP, a la OPS y a la Unidad de Análisis Económico, un estudio de costo-efectividad para introducir la vacuna Tdpa para adolescentes y adultos al esquema de vacunación. • Se aceptan las recomendaciones del Comité Técnico de Expertos en relación a la vacunación contra influenza estacional y vacunación contra influenza A (H1N1) para el periodo 2009-2010. • Las minutas de CONAVA son documentos confidenciales o reservados, cuyo acceso se encuentra permitido únicamente al sector salud público. • Se aprueba la estrategia de vacunación contra VPH del ISSSTE.
1ª reunión extraordinaria 01-octubre-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Ratificación del refuerzo de la vacuna antineumocócica infantil a partir del 2010. • Modelos matemáticos de la efectividad de la vacuna contra la influenza A H1N1. • Estudio de costo-efectividad de la vacuna contra influenza A H1N1. • Panorama global, poblaciones a vacunar y mensajes clave de la vacunación contra influenza A H1N1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ratifica el refuerzo de la vacuna conjugada de neumococo (tercera dosis) en el segundo año de vida, entre los 12 y 18 meses de edad, a partir del 2010. • Se aprueba la vacunación este invierno contra influenza A H1N1, en las poblaciones blanco propuestas, y los mensajes clave a transmitir, incluyendo la seguridad de la vacuna. • Continuar impulsando la mejora en las coberturas, solicitando informes trimestrales a las Instituciones de Salud. • Reclutar activamente a las mujeres embarazadas en el mes de diciembre, a través de campañas de comunicación social en los Estados, que hablen de la seguridad de la vacuna no sólo en este grupo, sino en todos los grupos de edad.
3ª reunión 08-diciembre-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad Materna y Vacunación contra Influenza A H1N1 2009-2010 en mujeres embarazadas. • Propuesta de la Comisión Nacional Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, para vacunar en albergues escolares contra Influenza A H1N1, con recursos propios. • Vacunas para el Personal de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar la vacunación de mujeres embarazadas durante diciembre de 2009 con la vacuna contra influenza A H1N1 disponible. • La DGAE realizará un análisis del riesgo de mortalidad por Influenza A H1N1 que tiene la población indígena. • Se aprobó la estrategia de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, para aplicar vacuna anti-influenza A H1N1 en albergues escolares indígenas. • Se aprueban los lineamientos de vacunación para el personal de salud en contacto con pacientes: Cada institución de salud vacuna a su personal de salud, contra influenza estacional, tétanos, sarampión y hepatitis B. • La Unidad de Análisis Económico realizó un estudio de costo-beneficio para las vacunas contra Varicela y Hepatitis A en el personal de salud. • La SS, IMSS e ISSSTE presentaron al CONAVA las coberturas de vacunación de su personal de salud. Propuesta de Cartilla de Salud del Trabajador de la Salud. Anualmente, vigilar en el personal de salud la tasa de conversión de PPD. • CeNSIA estableció un esquema específico para trabajadores de asilos de niños y guarderías con menores de 6 meses de edad. • Se aceptó la propuesta de vacunación contra VPH de los estados de Coahuila, Morelos, Quintana Roo y Zacatecas. • Se diseñó la estrategia para que los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Regionales recibieran vacuna contra Influenza A H1N1.

Año 2010		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
Primera Extraordinaria 12-enero-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Estado Actual de la Vacunación contra Influenza A H1N1 en México: Distribución del biológico al 8 de enero 2010, Avance en las 	<ul style="list-style-type: none"> • Simplificar el procedimiento de vacunación contra influenza A H1N1 y no solicitar receta médica para vacunar a los pacientes de alto riesgo. • Agilizar el flujo de la información de dosis aplicadas de la vacuna

Año 2010		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
	<p>dosis aplicadas, Flujograma de distribución del biológico, Problemas identificados en la aplicación del biológico, Propuesta para ampliar la vacunación a otros grupos de riesgo.</p>	<p>contra influenza A H1N1, y que se documente en los reportes semanales los casos de rechazo a la vacuna. Participación activa de los Institutos Federales para promover la vacunación contra influenza A H1N1 en embarazadas (ejemplo: INPer, Hospital de la Mujer, Hospital General) y en pacientes de alto riesgo (INNSZ, INER, INP, etc.), así como en los Hospitales estatales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La vacunación contra influenza A H1N1 es proteger a los grupos vulnerables determinados por el CONAVA y lograr su vacunación en 12 semanas (enero a marzo). • Acelerar la vacunación contra influenza A H1N1 en pacientes vulnerables, y se sensibilice al personal de salud sobre el riesgo de no vacunar a los pacientes de alto riesgo. • Se publicaron los ETAVS de la vacuna contra influenza A H1N1 en México y el mundo, para sensibilizar a los médicos acerca de la seguridad y los beneficios de la vacunación. • Se autorizó a la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas, el uso de la Red Frío de los Estados para llevar a cabo la campaña de vacunación contra influenza A H1N1 en los albergues indígenas. • Se deberá extender la vacunación contra influenza A H1N1 en embarazadas permanentemente, reservando las dosis necesarias para todo el año. En la 1ª Semana Nacional de Salud 2010, se vacunó contra influenza A H1N1. • Iniciar en marzo la vacunación de otros grupos poblacionales recomendados por la OMS, en especial en los menores de 24 años. • Se aprobó la vacunación contra influenza A H1N1 en zonas indígenas y marginadas de todo el país, tanto por los Servicios Estatales de Salud como por el Programa de Caravanas de la Salud y en las estancias infantiles de SEDESOL, así como en trabajadores de granjas porcinas de SAGARPA.
<p>Primera 05-marzo-2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avance de la vacunación contra Influenza en México. • Vacuna contra Influenza Estacional. • Avances en el Provac 5.0. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las instituciones seguirán reclutando a los grupos de riesgo para que sean vacunados contra influenza A H1N1. Campaña en medios de comunicación para reclutar a los grupos de riesgo. Se incluyeron otros grupos vulnerables para vacunar contra influenza A H1N1. • La Dirección General de Promoción de la Salud comunicó a toda la población del país y a todas las instituciones, tanto los beneficios de la vacuna contra influenza A H1N1, como la no asociación de su aplicación con el Síndrome de Guillain-Barré. • Se solicitó a la Dirección General de Información en Salud que se vincule el SINAC con el PROVAC y los demás sistemas de registro del recién nacido. Se solicitó a los titulares de las instituciones que inviertan recursos financieros en el Programa de Vacunación Universal, incluyendo inversión en el sistema PROVAC, designen fondos etiquetados para el Programa de Vacunación Universal (vacunadores, capturistas, etc.). • Se les recordó a los Estados que deben enviar al CeNSIA el calendario de reuniones del COEVA y sus minutas, en tiempo y forma. • Se aprueba la aplicación de la vacuna contra VPH en los Estados de Tabasco y San Luis Potosí.
<p>Segunda 13-agosto-2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problemática en el proceso de adquisición, análisis y distribución de vacunas. • Nuevas estrategias de vacunación 2010-2012. • Propuesta para incorporar Tdpa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se analizaron las coberturas de vacunación 2009 del nuevo PROVAC y se compararon con las coberturas administrativas estimadas y con las de diversas encuestas representativas. • Se documentó las consecuencias de los retrasos en el proceso de liberación de las vacunas. • Se enviaron las propuestas para mejora del Programa de Vacunación Universal realizadas por los Responsables de Vacunación a los Secretarios Estatales de Salud y directivos del IMSS e ISSSTE, para que se de seguimiento a cada una de ellas, así como incorporarlas a los AFASPES para que cuenten con recursos etiquetados.

Año 2010		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
		<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de propuesta de la Ley de Vacunación. • Se solicitó a los Secretarios de Salud, que se priorice el Programa de Vacunación Universal en el AFASPE y en el 20% de los fondos del Seguro Popular destinados a prevención. • Mantener una campaña permanente de vacunación en medios de comunicación, para lograr el objetivo de que las madres lleven a sus hijos a vacunar a tiempo, especialmente los menores de un año de edad. • Las Instituciones y los Servicios Estatales de Salud, se comprometen a mejorar permanentemente las coberturas de vacunación y a invertir recursos humanos, materiales y financieros para fortalecer el Programa de Vacunación Universal. • Propuesta de introducir Tdpa en adolescentes y adultos jóvenes (estrategia capullo modificada).
Tercera 23-noviembre-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Estado actual de la vacunación contra VPH. • Resultados de la encuesta de medio camino 2010, coberturas nacionales, sectoriales e institucionales. • Lineamientos para la mejora de coberturas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la Campaña de Comunicación del Programa Permanente de Vacunación a lo largo de todo el año 2011. • El Secretario Dr. José Ángel Córdova Villalobos o el Subsecretario el Dr. Mauricio Hernández Ávila, informarán a los gobernadores cuando las coberturas vacunales sean muy preocupantes. • Realizar bianualmente encuesta de coberturas vacunales en todas las Entidades Federativas, con significancia estadística por Estado. • Se agregó a los carteles de vacunación BCG, Hepatitis B y Polio oral. • Publicación en el Diario Oficial de la Federación el procedimiento de liberación simplificada/documental por la COFEPRIS, para que no todos los biológicos se tengan que someter a todos los análisis y esperar entre 35 y 90 días para su liberación. • Todas las entidades federativas e Instituciones del Sector Salud deberán realizar las gestiones necesarias para garantizar los recursos para el óptimo funcionamiento del PVU. • Contratación adecuada y suficiente del personal necesario para la mejor operación del PVU. • El personal del PVU y la red de frío, deberá contar con espacio físico adecuado, vehículos, equipo de cómputo, consumibles, para poder realizar su trabajo. • Efectuar reuniones trimestrales o cuatrimestrales de evaluación del PVU en cada Entidad Federativa, con la presencia de los Secretarios Estatales de Salud y de los Delegados de las Instituciones del Sector Salud. • Las Instituciones son responsables de mantener coberturas vacunales por arriba del 95% en todos los AGEs para todos los biológicos y grupos de edad. • La Secretaría de Educación Pública debe solicitar la cartilla de vacunación actualizada como requisito recomendable para ingresar a los niños a las guarderías, a los preescolares y a las escuelas. • Las Instituciones deberán alimentar al Sistema de información de manera eficiente y oportuna para generar el seguimiento de los esquemas de vacunación. • El envío del sistema de información PROVAC deberá realizarse de manera trimestral. Validación anual de la información que emite el Sistema PROVAC mediante encuestas de coberturas estatales. • Cada Institución de salud, deberá notificar a los hogares con niños menores de ocho años de edad, la ubicación de la clínica que les corresponde por Regionalización Operativa. • Se deberá difundir al inicio de cada Semana Nacional de Salud (SNS), un mensaje a la comunidad por parte de las autoridades federales, estatales y municipales, como un recordatorio de la importancia de vacunar oportunamente a sus hijos, especialmente a los menores de un año de edad.

Año 2011		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
Primera Extraordinaria 13-enero-2011	<ul style="list-style-type: none"> Políticas de Vacunación contra Rotavirus, antecedentes, propuestas y aspectos logísticos 	<ul style="list-style-type: none"> Se Avala la estrategia de transición de un esquema de vacuna monovalente (RV-1) a un esquema de vacuna pentavalente contra rotavirus (RV-5) a partir de mayo-julio del 2011. Avalar el uso sectorial del esquema de vacuna pentavalente contra rotavirus (RV-5) durante los años 2011 y 2012. Se solicitó a las áreas Jurídicas y de Recursos Materiales de todas las Instituciones proponer un procedimiento y los instrumentos legales necesarios, que avalen una adquisición consolidada sectorial y multi-anual de vacunas.
Primera 01-abril-2011	<ul style="list-style-type: none"> Epidemiología de tos ferina. Actualización en tos ferina y vacunación. Sistema de Vigilancia Epidemiológica para rotavirus y neumococo. (Avances). Vigilancia Epidemiológica del laboratorio de tos ferina, rotavirus y neumococo. (Avances). Semáforo de Vacunas 2010. 	<ul style="list-style-type: none"> Se exhortó a las Instituciones de Salud, IMSS, ISSSTE y Servicios Estatales de Salud (SES), a incrementar las coberturas de vacunación en todos los niños menores de 6 meses de edad, con el esquema. El CeNSIA y el Comité Técnico de Asesores en Inmunización, presentará propuestas de estudios pilotos, que incluyan los métodos para la certificación de coberturas, evaluación de la carga de enfermedad, mejora en los métodos diagnósticos, y en la evaluación de la mortalidad por tos ferina. Las Instituciones de Salud (IMSS, ISSSTE, SES), deberán calcular los recursos financieros necesarios para alcanzar buenas coberturas de vacunación en las Entidades Federativas. Las Instituciones presentarán todas las acciones que están tomando para mejorar las coberturas de vacunación en los menores de 6 meses de edad.
Segunda 13-julio-2011	<ul style="list-style-type: none"> Sarampión, riesgo de reemergencia en México, Propuesta para vacunación adicional contra el Sarampión secundaria a la alerta epidemiológica. Abasto de biológico. Resultados Preliminares de Estudios de Inmunogenicidad del esquema de vacunación contra VPH. Propuesta de Vacunación Universal contra el Virus del Papiloma Humano. 	<ul style="list-style-type: none"> Seguir las recomendaciones de OPS con respecto a Sarampión, especialmente en viajeros, trabajadores de la Salud y Turismo, y alertar a los turistas sobre síntomas de sarampión en los aeropuertos con vuelos internacionales del país. Solicitar en mayo del 2012, en el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS, la inclusión de la vacuna de SR a los 12 años de edad. Presentar resultados de la encuesta de monitoreo de la Campaña con vacuna SR en niños de 1-4 años de edad. Se solicitó a todas las Instituciones del Sector Salud la adquisición de dosis de vacunas suficientes para cubrir a toda su población de responsabilidad. Se aprobó la universalización de la vacuna contra VPH para niñas de 9 años de edad, con esquema de vacunación 0, 6 y 60 meses.
Tercera 22-noviembre-2011	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento de acuerdos de las sesiones anteriores. Resultado de la Campaña de SR en el grupo de 1-4 años de edad. Semáforo de vacunas 2011. Asuntos generales. 	<ul style="list-style-type: none"> Se solicita a la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud, informe ampliamente sobre el éxito en campañas de vacunación y las medidas de contención contra el sarampión. Enviar a la Organización Panamericana de la Salud los resultados finales del monitoreo de la campaña de vacunación contra Sarampión y Rubeola (SR) en niños de 1 a 4 años de edad. Comunicado y visita especial a Colima para revisar situación preocupante del monitoreo de vacuna SR y red de frío. Invitar a la Comisión Nacional para la verificación de la eliminación de Sarampión, Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita al CONAVA para que informe resultados. Presentar en la siguiente sesión del CONAVA los resultados de la encuesta seroepidemiológica de SR (InDRE). Realizar un monitoreo rápido de coberturas para vacunas de Rotavirus y Neumococo. Presentar un informe actualizado sobre la situación de Red de Frío en las Entidades Federativas. Diseñar y proponer al Secretario de Salud Federal un mecanismo administrativo simplificado multi-institucional, para la adquisición y distribución de biológicos. Cada Institución de Salud presentará su plan de adquisición y distribución de vacunas 2012, en la siguiente sesión del Consejo.

- Solicitar a las Instituciones y Servicios Estatales de Salud, que se mejoren las coberturas de vacunación contra Hepatitis B al nacimiento, diseñando nuevas estrategias para ello.
- Presentar un comparativo de precios de vacunas del Fondo Rotatorio de la OPS con los de la Secretaría de Salud.

Año 2012		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
Primera Extraordinaria 01-febrero-2012	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de Vacunación para la Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino e Infecciones por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en 5º año de Primaria. • Vacunas DPT y Tdpa, problemática y acciones. • Situación epidemiológica actual de brotes por pertussis en México y en el mundo. • Vacunación con DPT y Tdpa 2012 y 2013 • Asuntos Generales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar los avances del estudio del INSP sobre la vacunación contra el VPH con el esquema a los 0 - 6 y 60 meses. Buscar evidencia internacional de la efectividad con 2 dosis. • El ISSSTE solicitará que se respete el mismo precio de base de la vacuna contra el VPH (\$174.00 no liberada). • La SEP comunicará en conjunto con la Secretaría de Salud la nueva estrategia de vacunación contra el VPH en niñas de 5º de primaria, a los padres de familia. (Mtro. Ernesto Ponce Rodríguez) • Todas las Instituciones de Salud informarán al CONAVA sus dosis adquiridas, aplicadas y logros con la vacuna de VPH y de las demás vacunas del Programa de Vacunación Universal, en la primera quincena de julio y noviembre de cada año. • Discutir en la siguiente reunión del CONAVA el tema de vacunación contra la tos ferina en las embarazadas. • Las Instituciones de Salud y BIRMEX, notificarán a más tardar el 15 de junio de 2012 al CONAVA si la vacuna DPT arribó en mayo de 2012. Para evaluar pertinencia del cambio de esquema a los 6 años de edad. • Las entidades federativas deberán programar en su presupuesto para el presente año, y a la brevedad posible, el recurso financiero para realizar el diagnóstico de tos ferina a través de PCR. • Incluir en el Comité Técnico Asesor de Inmunizaciones a la Sociedad Mexicana de Salud Pública. • Realizar visita interinstitucional a Sinaloa, para revisar asuntos relacionados en el Programa de Vacunación Universal. • Solicitar a la SEP que la Cartilla de Vacunación sea un documento a pedir en el proceso de inscripción en primaria y secundaria. (Dr. Gustavo Olaiz Fernández) • Evaluación de criterios para la introducción de las vacunas contra Hepatitis A y Varicela por el Comité Técnico Asesor en Inmunizaciones. • Comunicación Social deberá reforzar en todo el país, los factores de riesgo para complicaciones de Influenza en adultos jóvenes.
Primera Ordinaria 24-abril-2012	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de acuerdos de las sesiones anteriores. • Detección de B. pertussis por PCR en niños menores de 1 año y sus contactos en el Instituto Nacional de Pediatría. • Análisis de costo efectividad de la vacunación con Tdpa en mujeres embarazadas, para reducir mortalidad y hospitalizaciones por tos ferina en niños menores de un año de edad. • Vacunación contra la tos ferina en mujeres embarazadas. • Asuntos generales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda a las Instituciones del Sector Salud iniciar en cuanto les sea posible, la vacunación universal con Tdpa en mujeres embarazadas, en el tercer trimestre del embarazo, con enfoque de riesgo hacia los menores de 6 meses de edad; y notificar a este Consejo la fecha de inicio. • Todas las Instituciones deberán programar la vacuna Tdpa en su presupuesto para 2013. • El Grupo de Trabajo Interinstitucional del CONAVA se reunirá para actualizar los lineamientos de vacunación contra difteria, tos ferina y tétanos en el embarazo. • Se recomienda fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y diagnóstico para tos ferina utilizando PCR, así como la vacunación oportuna en el primer año de vida. • Las Instituciones del Sector Salud se comprometen a realizar una compra consolidada de vacunas (Contrato Marco entre Instituciones del Sector). • Las instituciones del Sector Salud, se comprometen a negociar conjuntamente el precio con los proveedores de Tdpa, para bajarlo cuando menos un 10 %, con un costo de 6.63 USD (\$ 80 pesos M.N.) por dosis como máximo, para que la estrategia de vacunación sea costo-efectiva.

Año 2012		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la vigilancia epidemiológica de Diabetes gestacional en las mujeres embarazadas vacunadas con Tdpa por todas las Instituciones de Salud. Análisis por el Grupo de Trabajo Interinstitucional de CONAVA de las estrategias para 2013 con respecto a DPT. Las Instituciones se comprometen a comunicar a los proveedores de vacunas las necesidades de tiempos, en la compra consolidada. COFEPRIS ofrece aplicar un esquema de muestreo de vacunas para la compra consolidada.
Segunda Ordinaria 05-julio 2012	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento de acuerdos de las sesiones anteriores. Vigilancia Epidemiológica 2011-2012 de rotavirus, neumococo y tos ferina. Vigilancia -Epidemiológica 2011-2012 de rotavirus, neumococo y tos ferina. Reporte de Laboratorio. Estrategia 2012 de vacunación contra VPH en niñas de 5º año de primaria. Resumen de acuerdos de la presente reunión. 	<ul style="list-style-type: none"> Acuerdo 1.- Se invitará a la Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGAE) a que presente periódicamente el avance de las NUTRAVES, como unidades de estudio para enfermedades respiratorias, diarreicas e invasivas. Acuerdo 2.- Solicitar a la Comisión Nacional de Protección en Salud, la pertinencia de la inclusión de la prueba de PCR-TR para Tosferina en el CAUSES 2013, y calcular la inversión necesaria (InDRE). Acuerdo 3.- Analizar en el Comité Técnico la evidencia científica de las vacunas antineumocócicas y los serotipos prevalentes en México. Acuerdo 4.- Solicitar a la Dirección General de Promoción de la Salud, que informe a la brevedad posible sobre el abasto de Cartillas Nacionales de Salud, especialmente en las mujeres adolescentes. Acuerdo 5.- Solicitar a la Dirección General de Comunicación Social, la factibilidad de una campaña masiva a nivel nacional para la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).
Segunda Extraordinaria 08-octubre-2012	<ul style="list-style-type: none"> Ratificación del esquema de vacuna contra el Virus del Papiloma Humano Resumen de acuerdo de la presente reunión. 	<ul style="list-style-type: none"> Acuerdo único.-Se ratifica el esquema de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) acordado por este Consejo en la segunda reunión ordinaria del 14 de Julio del 2009 y ratificada en la segunda reunión ordinaria del 13 Julio del 2011; así como, la estrategia para la aplicación de esta vacuna acordada en la primera reunión extraordinaria del 1 de febrero del 2012, siendo: Esquema: Primera dosis en la fecha elegida, segunda dosis a los 6 meses de la dosis inicial, y tercera dosis 60 meses después de la dosis inicial (0 – 6 – 60 meses). Estrategia: Se aplicará en las niñas de quinto año de primaria y 11 años no escolarizadas.

En sinergia con la atención de la salud del niño, se han encomendado al Centro dos programas más, a continuación de describen sus principales actividades y logros:

7. Diagnóstico oportuno del Síndrome de Turner / Alteraciones congénitas sexuales ligadas a cromosomas

En el año 2009 como una encomienda por parte de la Cámara de Diputados de la nación se llevó a cabo en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia la elaboración de la denominada “Estrategia para la detección temprana y referencia para tratamiento oportuno del Síndrome de Turner” con la finalidad de estandarizar las acciones en materia de salud de las niñas con síndrome de Turner fortaleciendo la detección temprana y el tratamiento oportuno de los casos nuevos a nivel nacional, a través de la referencia a las unidades de segundo y tercer nivel de atención.



Para el año 2010 esta tarea continuó, pero ahora se amplía para incluir al grupo de Alteraciones congénitas sexuales ligadas a cromosomas, al que pertenece el Síndrome de Turner, buscando que este grupo vulnerable de la población tenga los mismos beneficios de la primera encomienda, es decir, reciban un diagnóstico temprano y la oportunidad de ser referidos a los centros apropiados para su atención integral dando continuidad a las metas propuestas en el Programa Nacional para la detección y tratamiento oportuno del Síndrome de Turner.

OBJETIVO GENERAL

Estandarizar las acciones en materia de salud, de los pacientes con alguna Alteración Congénita, Sexual Ligada a Cromosomas fortaleciendo la detección temprana y el tratamiento oportuno de los casos nuevos a nivel nacional a través de la referencia a las Unidades de Segundo y Tercer Nivel de Atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Elaborar e implementar una Guía de diagnóstico oportuno, que incluya el abordaje inicial y seguimiento clínico de los pacientes con alguna Alteración Congénita, Sexual Ligada a Cromosomas que permita una vigilancia estrecha y facilite la identificación de complicaciones.
2. Establecer vinculación exploratoria con las Entidades Federativas con el fin de conocer la prevalencia de las Alteraciones Congénitas, Sexuales Ligadas a Cromosomas más frecuentes, actualmente únicamente contamos con datos sobre Síndrome de Turner
3. Elaborar un registro nacional de pacientes con alguna Alteración Congénita, Sexual Ligada a Cromosomas y dar seguimiento ulterior.
4. Revisar el catálogo de intervenciones del Seguro Médico para una Nueva Generación, con la finalidad de incluir las definiciones y la cobertura de los servicios relacionados.
5. Promover entre el personal médico la importancia del diagnóstico y referencia oportunos, así como el manejo multidisciplinario de estas enfermedades y sus complicaciones; con la finalidad de evitar o minimizar sus secuelas en la vida adulta.
6. Elaborar una campaña masiva de difusión en medios de comunicación que deben involucrar:

televisión, radio, impresos, etc., dirigidos a la población para dar a conocer las características de la enfermedad y las acciones a realizar. Esto debe incluir spots de radio en lenguas indígenas para los grupos específicos.

7. Establecer vinculación con Organismos No Gubernamentales con la finalidad de crear una red de apoyo.

METAS ANUALES 2009-2012

Indicador	Metas				
	2009	2010	2011	2012	Total
Detección y registro de pacientes con Alteraciones Congénitas Ligadas a Cromosomas del 0. 25% anual	65	65	65	65	258

METAS INTERMEDIAS

Indicador	Metas			
	2009	2010	2011	2012
Número de cursos federales para la capacitación a los responsables del componente	1	2	2	2
Número de cursos estatales y capacitación a médicos de primer y segundo nivel de atención			4	4
Material de Difusión al personal de Salud y Población en general	15000*	15000*	15000*	15000*

*unidades del sector salud

RESULTADOS OBTENIDOS

Resultados 2009

1. Elaboración de la Estrategia Nacional
2. Vinculación exploratoria con las Entidades Federativas
3. Elaboración del Manual para Padres y /o Responsables de la menor con Síndrome de Turner
4. Elaboración de 1 modelo de folleto para población en general y 1 folleto para Personal de Salud de primer nivel de atención
5. Elaboración del Manual para el Personal de Salud
6. Taller de diagnóstico y referencia oportuna del Síndrome de Turner para el personal de Salud 10-12 noviembre 2009 Participación de 26 Estados: Coordinadores Estatales del PASIA Coordinadores Estatales de Hospitales

Resultados 2010

1. Se imprimieron 28,000 ejemplares del Programa Operativo para la Detección Oportuna de las Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas 2009 - 2010 mismos que se enviaron a las

- 32 Entidades Federativas:60% Jurisdicciones Sanitarias para distribución a unidades de primer nivel de atención 40% Unidades de segundo y tercer nivel de atención.
2. Se imprimieron 40,000 ejemplares del Manual para médicos y el personal de salud
 3. Se llevo a cabo una Encuesta a 300 médicos en el D.F, Guadalajara, Monterrey y Puebla dentro de los cuales el 20% fueron Pediatras y el 80% a médicos en general
 4. Se imprimieron 25,000 carteles para el abordaje inicial del bebe con genitales ambiguos. Se pegaron en el área de cuneros de los hospitales y unidades de 2° nivel de atención y aquellas unidades que no sean de 2° o 3er nivel de atención y cuenten con los servicios de Gineco-Obstetricia y Pediatría con el fin de detectar a estos pacientes al nacimiento 100%
 5. Se realizaron dos cursos de capacitación del 19 al 21 de mayo y del 27 al 29 de octubre del 2010 en el D.F. para los responsables del PASIA y Coordinadores de Hospitales de cada Estado
 6. Se modificó el Sistema de Registro Nacional de Pacientes con Síndrome de Turner

8. Sigamos Aprendiendo...en el Hospital

El segundo programa ligado a la salud de la infancia es el de “Sigamos Aprendiendo...en el Hospital”, el programa SIGAMOS inició operaciones de manera oficial el 9 de marzo de 2005 en cinco hospitales del Distrito Federal: Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Nacional de Pediatría, Hospital General de México, Hospital Infantil de México Federico Gómez y Hospital General Dr. Manuel Gea González. Se seleccionaron estas instituciones por las características de los padecimientos y la población que acude en busca de atención a estos hospitales. Por otro lado, estas instituciones son organismos descentralizados de la Secretaria de Salud que atienden a la población de bajos recursos (que en buena medida carece de acceso a la seguridad social y está más expuesta a la deserción escolar).

Para atender la demanda educativa de niños, niñas y jóvenes hospitalizados, la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaria de Salud (SALUD) y el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), con la colaboración del sector privado, pusieron en marcha el programa Sigamos aprendiendo... en el hospital. El propósito de este programa es reducir el riesgo de atraso escolar entre niños, niñas y jóvenes que tienen que hospitalizarse a consecuencia de padecimientos que los incapacita de forma temporal o definitiva para asistir a una escuela regular y ofrecerles la oportunidad de continuar sus estudios durante este lapso .

En materia de atención a los niños, niñas y jóvenes que pasan periodos considerables de tiempo en un hospital, el programa SIGAMOS suministra los recursos materiales, humanos y administrativos para que este grupo poblacional pueda iniciar o continuar sus estudios y facilitarles su reingreso a la escuela regular. En los hospitales en los que opera el programa se acondicionan aulas en pisos de hospitalización y en consulta externa, además de ofrecer clases en las habitaciones para niños, niñas y jóvenes que tienen dificultades de desplazamiento.

El primer estado que se incorporó al programa fue Aguascalientes, seguido por Nuevo León en septiembre de 2006. En el año 2009 fueron inauguradas 7 aulas más, contando entonces con 52 aulas en 22 estados.

Fecha	Entidad Federativa	Hospital
16 de Abril 2009	Morelos	Hospital del Niño Morelense
9 de julio 2009	INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
7 de Abril	Campeche	Centro Estatal de Oncología

28 de Agosto	Tabasco	Hospital del Niño área de Oncología
30 de sept de 2009	NL	Hospital Regional de Alta Especialidad Materno Infantil
15 de oct. 2009	Jalisco	Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde"
22 de oct. 2009	Hosp. Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro	Área de Farmacopendencia y Consulta Externa

En este sentido, para el año 2006 se tenían las siguientes metas:

COBERTURA 2006 DEL PROGRAMA		
<u>META 2006</u>	<u>AVANCE</u>	<u>%</u>
32 ESTADOS	24 ESTADOS	75.0%
44 HOSPITALES PÚBLICOS 2 HOSPITALES PRIVADOS	47 INCLUYE HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS	97.87%
4 ALBERGUES	3 ALBERGUES	75%

Para el año actual, la situación del Programa es la siguiente:

COBERTURA 2011 DEL PROGRAMA		
<u>META 2011</u>	<u>AVANCE</u>	<u>%</u>
32 ESTADOS	31 ESTADOS	96.80%
TODOS LOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL	70 AULAS OPERANDO	68.00%
21 AULAS HOSPITALARIAS POR PARTE DE IMSS en 18 Unidades Medicas		

Los albergues desde el 2008 no se contemplan ya que es atención hospitalaria, y en los albergues están los familiares quienes pueden recibir atención por parte de INEA en el mismo hospital donde se encuentre su paciente.

Con la finalidad de apoyar el Programa y capacitar al personal involucrado, se han realizado diversos eventos para difundir su importancia, entre ellos los siguientes:

- ◆ Entrega de Reconocimientos al esfuerzo de los niños – 23 de Julio 2009.
- ◆ Entrega simbólica de donación de útiles - 7 de Agosto de 2009.
- ◆ Primera Reunión Nacional de Responsables Estatales del Programa Sigamos – 21, 22 y 23 de Septiembre de 2009.
- ◆ Entrega de material didáctico y papelería a las 52 aulas hospitalarias del programa Sigamos... aprendiendo en el hospital – Octubre 2009.
- ◆ Segunda Reunión de Responsables Estatales del Programa "Sigamos Aprendiendo en el Hospital".
- ◆ Primer Congreso de la Red de Latinoamérica y el Caribe "Pedagogía Hospitalaria", en el cual se retomó la comunicación en este congreso para conocer las actividades que se llevan a cabo a través de la Red, se realizaron entrevistas a los ponentes del Congreso que fueron subidas a la página de Sigamos Aprendiendo en el Hospital para ser consultadas a nivel nacional.

En el marco del Congreso y entrevista se detectó que el Programa de Sigamos es único a nivel Internacional ya que en ningún país trabajan dos dependencias del gobierno juntas para la salud y educación de los niños apoyándose en la sociedad civil y que además considere la educación de jóvenes y adultos, siendo pacientes o familiar de paciente.

Ha sido posible que se designe un responsable de salud por entidad federativa para que controle la información y la operación del Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital, con el fin de darle un mejor seguimiento y continuidad al Programa y así apoyar a los niños que por distintas causas permanecen hospitalizados y tienen la posibilidad de seguir estudiando.

En el año 2010 fu impreso el “Manual Arte-Herramientas”, el cual será una herramienta que apoye la actividad de los docentes de las aulas del Programa con objetivos definidos en donde las actividades artísticas son un medio para ayudar e involucrar más a los niños y sus familiares. Se realizaron 100 ejemplares y el próximo año se espera tener otros 200 para entregarlos a nivel Nacional.

Sigamos Aprendiendo da en promedio, 520 atenciones escolares diarias, lo que implica que cada menor cuente con el material necesario, desde el didáctico hasta computadoras, mobiliario y profesionales de la educación.

IX.1.3 Proyección 2013

Mortalidad Infantil

- Continuar con cursos de capacitación en toda la República para asegurar que los proveedores de salud tengan entrenamiento en los principales problemas de la infancia y para promover la salud. Se ha reforzado la contratación de capacitadores en todas las entidades federativas, mismos que llevarán a cabo este objetivo- También se trabaja en la elaboración de manuales: Atención al menor de un año, infecciones respiratorias, nutrición, lactancia y prevención de accidentes. Esto permitirá que los proveedores de salud tengan una guía para prevención y tratamiento de los principales problemas que causan morbilidad y mortalidad infantil. Se prepara un programa de capacitación en línea.
- Se están preparando instructores en reanimación básica y avanzada en las entidades federativas con las tasas más altas de mortalidad por accidentes, para después abarcar todo el país.
- Se continuará con labores de supervisión de los programas de infancia en las entidades federativas, para cubrir el 100% de los estados, con especial énfasis en las regiones donde se encuentran los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano. Además se implementó un sistema de supervisión y comunicación vía Webex, lo que ha permitido un acercamiento continuo y un entendimiento de la problemática de los estados.
- Se implementará un programa piloto en Morelos, con la capacitación con el modelo en continuo. El objetivo de este proyecto es la elaboración de una herramienta de trabajo para capacitar en las intervenciones en el ciclo vital (embarazo, nacimiento, infancia, adolescencia; proveedores de salud, comunidad) que de ser exitosa se utilizará en las regiones más necesitadas del país.
- Se continuarán realizando vinculaciones para analizar los principales problemas de nutrición en el país, por ejemplo se realizó consenso de micronutrientos (vitaminas A, C y D) y se realizará uno de hierro, para establecer estrategias para resolver el grave problema de desnutrición y anemia que se tiene en la población pediátrica de México.
- Fortalecer la lactancia materna mediante la realización de talleres de lactancia para todo el país. Se tiene vinculación con APROLAM, INSP y se ha solicitado también vinculación con Seguro Popular.
- Se continuará con las actividades de educación en promoción de salud abarcando diversas estrategias, como sueño seguro, deshidratación, infecciones respiratorias, accidentes etc.

Sistema Informático PROVAC

- Se dará continuidad a los procesos de la versión PROVAC 5.1
- Se procederá a la captura de todos los menores de 8 años en el sistema.
- Se procederá a la implementación del sistema en línea.

Vacunación

- Mantener las coberturas de vacunación con esquema completo en los menores de cinco años de edad, mayor al 95% en todo el país
- Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en el país
- Vacunación familiar
- Incorporar en lo posible nuevas vacunas que reducen los riesgos a la salud de la población.

1. Fortalecer los Consejos Estatales de Vacunación

Asumirán plena responsabilidad, tanto en la planeación como en el desarrollo, supervisión y evaluación de las actividades permanentes de Vacunación y de las Semanas Nacionales de Salud. Sesionarán tantas veces como sea necesario para precisar con suma claridad las estrategias operativas, metas y las necesidades de insumos para el cumplimiento de los objetivos.

2. Reforzar la coordinación interinstitucional e intersectorial

Establecer convenios de coordinación entre los sectores Público, Social y Privado a efecto de que participen con el personal de salud en el desarrollo de las actividades.

Fortalecer la coordinación con las autoridades estatales, municipales y locales para solicitar los apoyos necesarios, con el fin de asegurar el éxito de las acciones.

3. Actualización de la Regionalización Operativa

Los Consejos Estatales y Jurisdiccionales de Vacunación elaborarán interinstitucionalmente el Programa de Trabajo para las actividades permanentes de Vacunación, así como para cada una de las Semanas Nacionales de Salud.

Las metas deben ser elaboradas por el nivel operativo, concentradas y validadas por los siguientes niveles y analizadas en el seno del Consejo Estatal de Vacunación para su rectificación o ratificación.

4. Facilitar la participación social

Promover acciones con organismos públicos, sociales y privados para obtener su colaboración en materia de donaciones y patrocinios para las actividades propias o para la reproducción de material promocional.

5. Fortalecimiento de la capacitación

Desarrollar un programa de capacitación anual en el que incluyan a todo el personal de enfermería y médico, eventual, de base y voluntarios, así como a estudiantes y pasantes, considerando los diferentes aspectos que se manejan en materia de vacunación y los componentes de otras acciones que se desarrollan durante las Semanas Nacionales de Salud.

6. Dotación suficiente y oportuna de insumos

Las instituciones del sector salud dotarán oportunamente a los servicios de salud de las entidades federativas con los insumos necesarios, recursos y material impreso para las acciones de promoción tanto para las actividades permanentes de vacunación como para las Semanas Nacionales de Salud conforme lo tenga contemplado en su normatividad y de acuerdo con las necesidades planteadas para cada estrategia.

7. Fomentar la práctica de la vacunación segura

Asegurar que se cumpla la NOM sobre el manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos.

8. Vigilancia de eventos temporalmente asociados a la vacunación

Fortalecer la vigilancia para detectar los eventos temporalmente asociados a la vacunación manteniendo un control permanente del monitoreo de los mismos y aumentar el conocimiento de la comunidad al respecto.

9. Vacunación Permanente

Incorporación al Censo Nominal a todos los vacunados menores de cinco años de edad, para el seguimiento de su esquema básico, particularmente en aquellas áreas con bajas coberturas. Incorporar al sistema de registro nacional PROVAC a la población adolescente y adulta, así como a mujeres embarazadas.

10. Semanas Nacionales de Salud

Será actualizado el sistema de registro de semanas nacionales de salud SENAS, con la finalidad de incorporar todas las variables necesarias para su adecuado funcionamiento, de igual manera se buscará automatizar el registro en las entidades federativas.

11. Supervisión

1. Realizar supervisión a las 32 entidades federativas en fase permanente y en fases intensivas, priorizando el programa permanente.
3. Dar seguimiento puntual y periódico a los avances de las recomendaciones derivadas del proceso de supervisión.
4. Emisión de sanciones verbales y escritas a los estados con incumplimiento en el seguimiento de recomendaciones.

Prevención y tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia

- **Consejo Estatal para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.**
 - Reinstalar o reactivar los Consejos Estatales y los Comités que los conforman
 - Llevar a cabo por lo menos 2 Sesiones Ordinarias del Consejo Estatal y 2 Sesiones Ordinarias de los Comités que lo integran.
 - Actualizar a los miembros del Consejo Estatal con nuevas Autoridades Estatales
 - Incluir a todas las Instituciones del Sector Salud, al Responsable Estatal del PASIA, al Representante Estatal de la DGCyES, a los Hematólogos y Oncólogos, y a las ONG como miembros del Consejo.

- **Coordinación del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer a nivel Estatal.**
 - Contar con un Responsable Estatal del Programa de forma exclusiva.
 - Realizar la presupuestación de las acciones del Programa anualmente en el AFASPE.
 - La participación del Responsable del Programa como Secretario Técnico del COECIA.
 - La necesidad de realizar actividades de supervisión en la Entidad Federativa, para reorientar las estrategias del Programa en la Entidad.
 - La necesidad de realizar campañas de difusión masiva a la población en general respecto del cáncer en los menores de 18 años.
 - La necesidad de dar seguimiento a las actividades de capacitación tanto a los Médicos de primer nivel de atención, como al Personal de Enfermería de las Unidades Médicas Acreditadas.
 - La necesidad de elaborar material de difusión diverso al enviado por la Federación.

- **Investigación**
 - Fomentar y realizar el análisis epidemiológico de los datos derivados del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes para proponer y difundir líneas de investigación en materia de cáncer en menores de 18 años en las Entidades Federativas.

- **Capacitación**
 - Realizar la réplica en cascada a los Médicos de primer nivel de atención en diagnóstico oportuno de cáncer en menores de 18 años
 - Replicar al interior de cada Unidad Médica Acreditada el Curso de Actualización en el Cuidado del Menor con Cáncer, entre el Personal de Enfermería que atiende Niños, Niñas y Adolescentes con cáncer.

- **Difusión**
 - Elaborar material de difusión diverso al enviado por la Federación para dar a conocer a la Población en general los signos y síntomas de alarma de cáncer en los menores de 18 años, la gratuidad del tratamiento, y la existencia de las Unidades Médicas Acreditadas.
 - Realizar campañas de difusión a través de medios de difusión masiva o de comunicación alterna.

- **Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes**
 - Contar con un Responsable del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes, diverso al Oncólogo Pediatra de la Unidad Médica Acreditada.
 - Utilizar el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA), como fuente oficial de información sobre los casos de cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes en nuestro país.
 - Mantener actualizada en forma permanente la captura de casos nuevos de cáncer en menores de 18 años, así como su seguimiento.

- **Tratamiento integral**
 - Utilizar los Protocolos de Tratamiento para 25 tipos de cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes aprobados por el Consejo de Salubridad General.

- **Principales riesgos para 2012 (casos de insuficiencia de personal supervisor, etc.):**

- Falta de operación, seguimiento y evaluación de las acciones del Programa por falta de presupuesto específico para la operación del Programa, lo que a su vez repercute en la falta de Recursos Humanos en el Estado.
- El hecho anterior puede contribuir en el largo plazo a la falta del cumplimiento de las metas del Programa de Acción relacionadas con supervivencia, mortalidad y abandono del tratamiento.

Atención a la salud de la adolescencia

- Cumplir con el objetivo plasmado en el PRONAREMI sobre reducción de embarazos en adolescentes, es la publicación de la Norma Oficial Mexicana de Salud de la Adolescencia en el Diario Oficial de la Federación.
- De la misma manera se quiere cumplir con la meta anual de 3% de unidades de salud con Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud formados en 2011 y 2012, contando con una red nacional de adolescentes que promueven estilos de vida saludables.
- En la parte del Plan Nacional de violencia y maltrato contra niñas, niños y adolescentes se quiere terminar el periodo 2011-2012 con la impresión del manual en la materia y la capacitación del personal de salud de todas las entidades federativas, en su representación estatal y operativa.
- En el marco de la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia que se celebra durante la 4 semana de septiembre y que este 2011 tiene como énfasis la prevención de accidentes, se espera que para el 2012 se realice como evento presidencial y con cobertura en todo el país.
- En relación a los responsables estatales de adolescencia se capacitarán el liderazgo y gerencia para que lleven un mejor seguimiento de las metas y estrategias definidas desde el CENSIA.
- En seguimiento a los Grupos de Atención Integral de Salud de la Adolescencia, integrado por el CNEGySR, CENSIDA, DGPS, CENAPRECE, ST CONAPRA, ST CENADIC, donde se articulan acciones de atención e intervenciones que tienen como énfasis impactar en la disminución de tasas de embarazos en población adolescente; se contempla para el 2012 con la creación del Consejo Nacional de Salud de la Adolescencia que integre también a las instancias del sector salud, y a las ong's y ac's que trabajan con este grupo etáreo.
- Finalmente, la proyección más importante reside en coadyuvar para la inyección de recurso financiero del ramo 12 y 33 para la operación del Programa de Adolescencia en las entidades.

Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas

- Contar con un directorio de Hospitales de referencia en el país para pacientes con Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas.
- Llevar a cabo la Reunión Nacional con Endocrinólogos y Genetistas.
- Pedir apoyo a seguro popular para introducir las patologías de Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas al CAUSES.
- Registro de pacientes con diagnóstico de primera vez.
- Capacitación al personal de salud de primer y segundo nivel de atención médica.
- Distribuir material impreso con información para nivel pre-escolar y primaria.
- Entrega de materiales diversos a los estados.
- Difusión masiva en medios de comunicación orientada a dar información a padres de familia para detección de signos de alarma de las Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas.

- Realización de estudio piloto en un estado para detección temprana de Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas.
- Compra, distribución y aplicación de Pruebas diagnósticas en los estados.

IX.1.4 Actas de supervisión física y de evaluación de la ejecución del programa por personal técnico capacitado y autoridades competentes

A través de varios años, el CONAVA (ahora CeNSIA Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia), utilizó el modelo de supervisión integral exclusivamente para el programa de Vacunación Universal (1995 al primer trimestre de 1997), donde se verificaban los distintos componentes de los elementos de estructura, proceso y resultado, logrando con ello posicionar y consolidar dicho programa. A partir de 1997 con la integración de los programas de Vacunación Universal, Prevención y Control de Enfermedad Diarreica, Infección Respiratoria Aguda y posteriormente Nutrición, se conformó el Programa Nacional de Atención a la Salud del Niño, buscando realizar bajo el mismo criterio metodológico la supervisión integral para su control.

Entre 1998 y el año 2000, la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades intento implementar el modelo para supervisar los 22 programas de salud que se encontraban a cargo de trece Direcciones Generales. La Coordinación de Vigilancia Epidemiológica a través de la Dirección de Supervisión y Evaluación era la responsable de organizar la actividad de supervisión. Sin que se obtuviera un mayor fortalecimiento de los programas prioritarios.

Sin embargo durante casi 6 años, (2002 -2007) no se continuó el esfuerzo de supervisión integral de Salud de la Infancia y únicamente se enfocó a acciones de vacunación universal.

A casi diez años que en CeNSIA se implementó como estrategia la “SUPERVISIÓN INTEGRAL y se instrumentó para evaluar el programa de Salud del Niño en un mismo momento abarcando todos los subprogramas que lo conformaban, no se había tenido el impacto deseado en cuanto al fortalecimiento de otros subprogramas responsabilidad de este Centro Nacional.

Considerando que conceptualmente la metodología, es la serie de pasos con secuencia lógica y sistematizada para llevar a cabo una acción y que básicamente consisten en establecer quién, cómo, cuándo y dónde se harán las actividades; es que la Dirección General y la Dirección del Programa de la Infancia y la Adolescencia de la presente administración en un esfuerzo por mejorar la calidad en los procesos de organización interna del CENSIA, determinaron realizar los ajustes necesarios en la metodología de supervisión utilizada hasta ese momento. De tal forma, que operativamente el macro proceso de supervisión, cuya organización, planeación, evaluación y seguimiento recaía en una sola área del CeNSIA, ha sido segmentado para acortar el tramo de control, por lo que se fortaleció un área específica de supervisión, dándole el carácter de Coordinación.

Dentro de la organización se supervisa la planeación, operación y ejecución de los subprogramas de Infancia excepto Vacunación Universal, que tiene sus propias actividades de supervisión:

- Atención del Recién Nacido (Atn. RN)
- Prevención y Control de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
- Infección Respiratoria Aguda (IRA)

- Vigilancia de la Nutrición (VN)
- Estimulación Temprana (ET)
- Prevenición de Accidentes en el Menor de Diez años (Atn. Acc.) y Atención de Urgencias Pediátricas (Atn. Urg. Ped.)

Cada Programa del Centro Nacional supervisan utilizando instrumentos construidos específicamente para esta actividad y verifica el cumplimiento con base a diversos elementos y componentes, a continuación se mencionan:

Programa de Atención a la Salud de la Infancia

ESTRUCTURA:		PROCESO	RESULTADO
C O M P O N E N T E S	Recursos Verifica la existencia de recursos, humanos, físicos y materiales para el quehacer del programa.	Programación de metas -Verifica programación de recursos de acuerdo a la población de su responsabilidad.	Revisa la información que cada subprograma de nivel nacional establece para medir los cambios esperados en la población objetivo. generalmente se traduce en indicadores de impacto y cobertura En los resultados se ve reflejado el esfuerzo de todos los subprogramas que integran un programa de salud.
	Organización y Coordinación -Área física para la atención	Capacitación -Identifica que se estén realizando acciones de capacitación para el personal de salud. Estas acciones deben reflejarse en el desarrollo de atención al paciente y al usuario de la unidad.	
	-Disponibilidad y accesibilidad a documentos normativos	Promoción de -Acciones de educación para la salud en apoyo a los programas sustantivos.	
	-Coordinación institucional, interinstitucional y extrasectorial	Supervisión -Identifica que los programas estén recibiendo acciones de supervisión y la forma en que se lleva a cabo.	
	-Identificación de sus áreas de responsabilidad	Vigilancia epidemiológica y sistemas de información -Procedimientos y funcionamiento de los sistemas de v.e. que apoyan a los programas sustantivos. -Verifica funcionamiento de los sistemas específicos que apoyan a los programas sustantivos.	
Insumos Verifica existencia de equipo, material, medicamentos para la atención de su población programada			

Supervisiones realizadas por cada Programa de CENSIA

RESUMEN (Número de visitas)							
Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programa de Atención a la Salud de la Infancia	Sin dato	Sin dato	10	23	24	16	
Prevenición y Tratamiento del Cáncer	Sin dato	19	11	14	21	16	16
Vacunación	74	72	125	82	81	86	86

A partir del mes de julio del 2008, la **Dirección Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia**, supervisa los subprogramas bajo su responsabilidad en forma independiente del programa de Vacunación Universal. Enfoca sus esfuerzos en siete estados Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Puebla, Oaxaca y Veracruz, incluidos en el Programa de Acción para la Prevenición de la Mortalidad Infantil, los que concentran 125 de los municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano (MMIDH).

También incluye la supervisión a los 25 estados restantes, bajo el enfoque de riesgo epidemiológico, lo anterior para avanzar hacia el fortalecimiento y consolidación de otros subprogramas como Vigilancia del Recién Nacido, Prevenición y Control de las Diarreas e infección Respiratorias agudas que son prioritarios también para la disminución en la tasa de mortalidad infantil.

- ◆ Durante 2008, el CeNSIA, realizó de Julio a noviembre, la Supervisión Integral del Programa de Atención la Salud de la Infancia (PASIA) en las siete entidades incluidas en el PRONAREMI, y en otras tres entidades más No PRONAREMI (Distrito Federal, San Luis Potosí y Tlaxcala).
- ◆ Se visitaron también once Jurisdicciones Sanitarias y treinta y tres unidades de primero y segundo niveles de atención, como parte del proceso de seguimiento a las acciones para disminuir la Mortalidad Infantil (MI), específicamente en el grupo de 125 MMIDH en el país, lo que permitió obtener un diagnóstico situacional de las actividades técnico – administrativas del Programa de Infancia y aportar información a las autoridades estatales, para identificar fallas y orientar acciones.
- ◆ En 2009 de las 29 entidades federativas programadas se visitaron 23 con un cumplimiento del 80%. En los estados de Coahuila, Chihuahua, Nayarit, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas, no se realizó la supervisión programada por la inseguridad prevalente en los estados.
- ◆ De marzo a diciembre de ese año, se visitaron los niveles estatales de las 23 Entidades Federativas, 29 Jurisdicciones Sanitarias y 40 Unidades de Salud de primero y segundo niveles de atención, en total se cumplió el 80% de lo programado, y el 100% de las visitas de seguimiento a las supervisión realizadas en 2008, para los 7 estados PRONAREMI.
- ◆ En 2010, abril a diciembre, se visitaron 24 entidades federativas, supervisándose los niveles estatales en 20 de ellas y 25 jurisdicciones, así como 25 unidades de salud de primer nivel, 1 hospital municipal y 2 hospitales integrales. Las 7 entidades prioritarias que incluyen los 125 MMIDH fueron supervisadas y se realizó seguimiento en cada una de ellas.
- ◆ Para 2011 se han programado supervisar las 32 entidades federativas, hasta junio de este año se han realizado 16 visitas, con lo que se ha cumplido el 50% de lo programado. Están en proceso de revisión y elaboración los informes finales para su envío oficial, sin embargo se ha iniciado el seguimiento a los hallazgos identificados, incorporados en informes preliminares que han sido entregados por el personal supervisor a las autoridades estatales al final de las visitas.
- ◆ De todas las supervisiones realizadas, se cuenta en los archivos de la Coordinación de supervisión de Infancia, con las cédulas originales con los datos obtenidos en las unidades administrativas correspondientes, así como con las notas de entrega a las autoridades estatales y los informes preliminares.

Por su parte, el **Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia** supervisa los siguientes elementos en las entidades federativas:

- ◆ Estructura y funcionamiento de los Consejos Estatales para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.
- ◆ Coordinación Estatal del Programa por parte del Responsable y/o Coordinador Estatal
- ◆ Unidad Médica Acreditada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para la Atención de los menores de 18 años con cáncer (UMA):
 - ◆ Funcionamiento
 - ◆ Recursos Humanos y Materiales (equipamiento)
 - ◆ Infraestructura
- ◆ Concordancia entre el número de casos del Sistema de Registro del Seguro Popular y el número de tratamientos efectivos financiados en la Unidades Médicas Acreditadas.
- ◆ Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes.

Principales compromisos emanados de las supervisiones:

Consejo Estatal para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.

- Reinstalar o reactivar los Consejos Estatales y los Comités que los conforman
- Llevar a cabo por lo menos 2 Sesiones Ordinarias del Consejo Estatal y 2 Sesiones Ordinarias de los Comités que lo integran.
- Actualizar a los miembros del Consejo Estatal con nuevas Autoridades Estatales
- Incluir a todas las Instituciones del Sector Salud, al Responsable Estatal del PASIA, al Representante Estatal de la DGCyES, a los Hematólogos y Oncólogos, y a las ONG como miembros del Consejo.

Coordinación del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer a nivel Estatal.

- Contar con un Responsable Estatal del Programa de forma exclusiva.
- Realizar la presupuestación de las acciones del Programa anualmente en el AFASPE.
- La participación del Responsable del Programa como Secretario Técnico del COECIA.
- La necesidad de realizar actividades de supervisión en la Entidad Federativa, para reorientar las estrategias del Programa en la Entidad.
- La necesidad de realizar campañas de difusión masiva a la población en general respecto del cáncer en los menores de 18 años.
- La necesidad de dar seguimiento a las actividades de capacitación tanto a los Médicos de primer nivel de atención, como al Personal de Enfermería de las Unidades Médicas Acreditadas.
- La necesidad de elaborar material de difusión diverso al enviado por la Federación.

Investigación

- Fomentar y realizar el análisis epidemiológico de los datos derivados del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes para proponer y difundir líneas de investigación en materia de cáncer en menores de 18 años en las Entidades Federativas.

Capacitación

- Realizar la réplica en cascada a los Médicos de primer nivel de atención en diagnóstico oportuno de cáncer en menores de 18 años
- Replicar al interior de cada Unidad Médica Acreditada el Curso de Actualización en el Cuidado del Menor con Cáncer, entre el Personal de Enfermería que atiende Niños, Niñas y Adolescentes con cáncer.

Difusión

- Elaborar material de difusión diverso al enviado por la Federación para dar a conocer a la Población en general los signos y síntomas de alarma de cáncer en los menores de 18 años, la gratuidad del tratamiento, y la existencia de las Unidades Médicas Acreditadas.
- Realizar campañas de difusión a través de medios de difusión masiva o de comunicación alterna.

Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes

- Contar con un Responsable del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes, diverso al Oncólogo Pediatra de la Unidad Médica Acreditada.
- Utilizar el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA), como fuente oficial de información sobre los casos de cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes en nuestro país.

- Mantener actualizada en forma permanente la captura de casos nuevos de cáncer en menores de 18 años, así como su seguimiento.

Tratamiento integral

- Utilizar los Protocolos de Tratamiento para 25 tipos de cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes aprobados por el Consejo de Salubridad General.

El **Programa de vacunación** ha supervisado las 32 entidades federativas, en los diferentes niveles de atención: estatal, jurisdiccional y local. Los procesos que se supervisaron son los siguientes:

- Coordinación y organización
- Programación y cumplimiento de metas
- Red de Frío
- Capacitación
- Supervisión
- Apoyo logístico
- Normatividad
- Comunicación y movilización social
- Sistema de información

Los resultados han sido los siguientes:

Número de visitas							
Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Supervisión	74	72	125	82	81	86	86

IX.1.4.1 Relación de actas de inspección o supervisión, de la evaluación o ejecución del programa

2011

FECHA	Objetivo	Entidades Federativas	Hallazgos
	Descripción concreta		
8 al 11 de Febrero 14 al 18 de Febrero	Supervisión del Fortalecimiento de la Red de Frío del Programa Permanente de Vacunación	Chiapas, Yucatán, Tabasco, Puebla, Nayarit, Hidalgo, Campeche, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Aguascalientes, Sonora, Coahuila.	No se ha concluido la instalación de las cámaras frías entregadas durante el fortalecimiento de la red de frío, se solicita informe del avance de su instalación y fecha probable de término. No se han ejercido los recursos adquiridos para el fortalecimiento de la Red de Frío.
7 al 11 de Marzo 14 al 18 de Marzo 21 al 25 de Marzo	Supervisión del Fortalecimiento de la Red de Frío del Programa Permanente de Vacunación	San Luis Potosí, Distrito Federal, Zacatecas, Jalisco, Durango, Veracruz, Tlaxcala, Tamaulipas, Chihuahua, Estado de México, Quintana Roo, Sonora.	No se ha concluido la instalación de las cámaras frías entregadas durante el fortalecimiento de la red de frío, se solicita informe del avance de su instalación y fecha probable de término. No se han ejercido los recursos adquiridos para el fortalecimiento de la Red de Frío.
04 al 08 de Abril 11 al 15 de Abril 25 al 29 Abril	Supervisión del Programa Permanente de Vacunación	Chiapas, Querétaro, Michoacán, Nuevo León	El recurso transferido para el fortalecimiento de la red de frío no ha sido liberado por el área financiera.
16 al 20 de Mayo	Supervisión del Programa Permanente de Vacunación	Guanajuato, Colima, Baja California Sur, Baja California, Coahuila, Oaxaca	El recurso transferido para el fortalecimiento de la red de frío no ha sido liberado por el área financiera.

27 Junio al 01 de Julio	Monitoreo de la Campaña Puesta al día de Sarampión Rubeola de 1 a 4 años	Aguascalientes, Distrito Federal, Tabasco, Puebla, Nayarit, Hidalgo, Tlaxcala, Tamaulipas, Quintana Roo.	Complementar cobertura de los municipios en las entidades federativas igual o mayor al 95% y realizar el Monitoreo Rápido según la metodología establecida, enviar información el 07 de agosto del presente año al CeNSIA.
4 al 8 de Julio 11 al 15 de Julio 18 al 22 de Julio 25 al 29 de Julio	Monitoreo de la Campaña Puesta al día de Sarampión Rubeola de 1 a 4 años	Chihuahua, San Luis Potosí, Yucatán, Sonora, Querétaro, Jalisco, Guerrero, Estado de México, Durango, Chiapas, Zacatecas, Sinaloa, Nuevo León, Guanajuato, Campeche, Coahuila, Morelos.	Complementar cobertura de los municipios en las entidades federativas igual o mayor al 95% y realizar el Monitoreo Rápido según la metodología establecida, enviar información el 07 de agosto del presente año al CeNSIA.
1 al 5 de Agosto	Monitoreo de la Campaña Puesta al día de Sarampión Rubeola de 1 a 4 años	Colima, Baja California, Veracruz	PROGRAMADA
21 al 25 de Noviembre	Supervisión de Influenza Estacional	San Luis Potosí, Distrito Federal, Chiapas, Querétaro, Durango, Campeche, Tamaulipas, Estado de México, Nuevo León.	PROGRAMADA
5 al 9 de Diciembre	Supervisión de Influenza Estacional	Zacatecas, Guanajuato, Colima, Baja California, Veracruz, Guerrero, Chihuahua, Quintana Roo.	PROGRAMADA

Como puede observarse, durante el periodo que se reporta este Centro Nacional ha realizado un importante número de supervisiones, aplicando con ello su papel rector dentro de los programas de infancia y adolescencia. Llevar a cabo estas actividades no ha sido una tarea fácil, nos hemos enfrentado a la reducción de la plantilla, reducciones presupuestales, aplicación de medidas de austeridad que impiden que los supervisores puedan visitar al menos 2 veces por año a cada entidad federativa, entre otras.

Las tarifas de viáticos se han vuelto insuficientes para cubrir los gastos de la comisión, la tarifa diaria con pernocta asciende a \$970.00 pesos diarios, tan solo la tarifa de hotel por noche asciende en promedio a \$700.00 y \$800.00 esto representa que el supervisor tenga tan solo \$170.00 para alimentos y transporte.

Los costos del transporte aéreo también han ido en incremento, además de las medidas presupuestarias de la que es sujeta esta partida presupuestal, representando que a fin de cumplir con las visitas programadas, los supervisores tengan que utilizar transporte terrestre para realizar la supervisión.

RELACIÓN DE PERSONAL QUE PARTICIPA EN LAS ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE SALUD DE LA INFANCIA 2011

SUPERVISOR	Actividad de Responsabilidad	ESTADO
Ana Celia García Zúñiga. Supervisor Médico en Área Normativa	Responsable de Atención Integrada del Recién Nacido	Veracruz
		Guerrero
Ana María Santibáñez copado. Supervisor Médico en Área Normativa	Coordinadora De Centros Estatales y Centros Regionales de Capacitación	Guanajuato
		San Luis Potosí
Amanda Mendoza. Enfermera	Apoyo Técnico de Evaluación del	Querétaro

SUPERVISOR	Actividad de Responsabilidad	ESTADO
Especialista (base)	Desarrollo y Estimulación Temprana	Tabasco
		Hidalgo
Carlos D. Meneses Reyes. Médico Especialista (base)	Coordinador de Supervisión Integral de Infancia	Chiapas
		Durango
		Tamaulipas
		Nuevo León
		Baja California
Laura Tapia Muñoz. Supervisor Médico en Área Normativa.	Responsable de Prevención de Accidentes en el Hogar y urgencias pediátricas	Oaxaca
		Puebla
Magdalena Solares Lamas. Profesional de terapia del lenguaje (base)	Responsable de Evaluación del Desarrollo y Estimulación Temprana	Morelos
		Chihuahua
		Distrito Federal
No hay responsable		Sonora
		Coahuila
Susana Torres. Apoyo Administrativo (base)	Responsable de Vigilancia de la Nutrición para los Pueblos Indígenas	Quintana Roo
		Yucatán
Teresa Tanguma. Enfermera General (base)	Apoyo Técnico de Seguimiento de Comités de Mortalidad Infantil	México
		Jalisco
		Sinaloa
Velia Rosas Benítez. Supervisor Médico en Área Normativa.	Responsable de Prevención y Control de Enfermedades Diarréica y Respiratorias Agudas	Nayarit
		Baja California Sur
		Colima
		Zacatecas
Virginia Pegueros. Supervisor Paramédico en Área Normativa.	Apoyo técnico para la Vigilancia de la Nutrición en la Infancia	Michoacán
		Colima
Luz del Carmen Hernández. Supervisor Paramédico en Área Normativa.	Seguimiento a las supervisiones de Salud de la infancia y CEC	Aguascalientes
		Tlaxcala
		Campeche

En el caso de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, no se cuenta con Estados asignados en forma permanente para cada uno de los miembros que supervisan, la programación se realiza de conformidad a necesidades identificadas tales como:

- Entidades no supervisadas el año previo

- Entidades detectadas con mayor problemática en la operación del Programa
- Entidades con mayor mortalidad por cáncer, por citar algunas

Lo anterior ya que la Dirección de Cáncer solo cuenta con un Supervisor Médico en Área Normativa, y el resto de las supervisiones son realizadas por la Directora y Subdirectora del Programa.

IX.2 Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, en cuanto a los objetivos, compromisos y servicios prestados

Como órgano rector, el Centro en general no tiene una relación directa con la población blanco; sin embargo, sus acciones y decisiones le impactan de manera directa; un incorrecto cálculo en el número de dosis adquiridas puede provocar desabasto y por ende niños propensos a enfermarse. De ahí, que cada una de las actividades que se realizan llevan siempre el enfoque de beneficiar y coadyuvar en la salud de niños y adolescentes.

- Ha procurado mantener buenas coberturas de vacunación para evitar la generación de pandemias o epidemias.
- Procura una red de frío adecuada, pues de ella depende que las vacunas se almacenen a las temperaturas adecuadas.
- Procura un buen sistema de información PROVAC, pues con él se generan datos y cifras que permiten la adecuada toma de decisiones.
- Procura dotar de vacunas de rotavirus y neumocóccia conjugada, a fin de que los niños cuenten con ella y así evitar enfermedades diarreicas y respiratorias.
- Procura capacitar a médicos de primer nivel en temas como la prevención y atención del cáncer en la infancia y la adolescencia, estimulación temprana, reanimación neonatal.

IX.3 Resultados de los acuerdos adoptados durante el desarrollo del Programa por parte del titular de la dependencia

- La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, ha otorgado el financiamiento a un total de 10,547 casos de cáncer en menores de 18 años, para todo tipo de cánceres diagnosticados desde 2004 (con afiliación al Seguro Popular) a la fecha.
- Señalando que la cobertura inicial fue solo para Leucemia Linfoblástica Aguda, en su primera fase, en su segunda fase se agregaron 10 tumores sólidos y trasplante de médula ósea, y desde 2008 todos los tipos de cáncer que afectan a este grupo poblacional.
- El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia estableció los siguientes compromisos:

No.	Actividad	Avance Enero-Junio	Meta Anual	Logro
1	Reuniones del Consejo Nacional	1	2	50%
2	Sesiones de los Comités Técnico, Normativo y Financiero	1	2	50%
3	Reuniones Nacionales de Responsables del Programa de Cáncer	1	2	50%
4	Reunión Nacional de Hemato-Oncólogos Pediatras	En proceso	1	0%
5	Actualizar el contenido del Manual de Organización del	1 actualización	Variable	100%

No.	Actividad	Avance Enero-Junio	Meta Anual	Logro
	CeNSIA, correspondiente a la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia			
6	Actualización permanente de directorios	Variable	Variable	Variable
7	Elaboración del Instrumento de medición para seguimiento de las actividades del Programa a nivel Nacional	60%	1 Instrumento concluido	60%
8	Actividades de supervisión de las acciones del Programa	5	16	31.25%

Así mismo, la responsable del Programa ha dado atención y seguimiento puntual a los acuerdos tomados en el Consejo Nacional de Vacunación.

IX.4 Informe presupuestal, contable y de resultados, con motivo de la aplicación de los recursos y conclusión del Programa

Año	Presupuesto Autorizado Modificado	Presupuesto Ejercido	% Ejercido/Autorizado	% de incremento del presupuesto autorizado al 15 de octubre de 2012/ ¹	% de incremento del ejercicio presupuestal /anual anterior
2006	536,944,900	536,944,900	100%	243.8%	0.0%
2007	995,797,400	995,797,400	100%	136.7%	185.5%
2008	2,655,046,126	2,655,046,126	100%	53.9%	266.6%
2009	2,671,512,078	2,671,512,078	100%	56.4%	100.6%
2010	2,177,173,735	2,177,173,735	100%	72.1%	81.5%
2011	2,076,406,177	2,076,406,177	100%	78.2%	95.4%
oct-12	1,890,832,268	1,248,126,732	66%	100.0%	91.1%
Total	13,003,712,684	12,361,007,148	95%	0.0%	0.0%

Como se ha comentado, el Centro ha incrementado su presupuesto año con año, esto se debe a la gestión importante que ha realizado su titular, al procurar mayores recursos para los programas del mismo, recursos que impactarán en las entidades federativas, pues se les hacen llegar más impresos e insumos, como en el caso de la red de frío, la cual estaba olvidada desde el año de 1991, cuando se creó el Programa de Vacunación.

En el año 2010 procuró recursos para las entidades federativas para que pudieran realizar contrataciones de vacunadores y vacunadores/capturistas, a fin de que cada entidad pudiera actualizar sus cifras en el sistema PROVAC. Ha procurado obtener mejores precios en la adquisición de vacunas, esto ha permitido que se generen economías, mismas que se destinan al apoyo de otros programas, como el de infancia y adolescencia.

Cabe destacar que antes del año 2008, los programas de cáncer, infancia y adolescencia no contaban con recursos presupuestales, ahora cuentan con recursos para viáticos, pasajes terrestres y aéreos, material didáctico, vestuario de protección y recursos para realizar capacitación en las entidades federativas. A pesar de las diversas reducciones de las que ha sido objeto, ha optimizado los recursos para proveer de todo lo necesario a sus áreas sustantivas.

Se destaca el apoyo que se ha recibido por parte del Seguro Médico para una Nueva Generación para la adquisición de las vacunas de rotavirus, neumocócica conjugada, PROVAC y la red de frío; así mismo ha transferido recursos para el programa de discapacidad, solicitando el apoyo del centro para adquirir el tamiz auditivo e implantes cocleares.

X. Informe final del servidor público de la dependencia o entidad, responsable de la ejecución del programa, proyecto o asunto

X.1 Situación actual del Programa/Proyecto

X.1.2 Evaluación concreta de resultados al 30 de noviembre de 2012.

Cada componente del Programa de prevención de la mortalidad infantil ha desarrollado una serie de actividades que conllevan a la salud del niño y del adolescente; es reconocido mundialmente y por los expertos en la materia el programa de vacunación con el que se cuenta, es evidente la reducción de casos por enfermedades prevenibles por vacunación. Las entidades federativas han desarrollado una buena labor, lo cual se aprecia en las coberturas de vacunación.

Se han logrado importantes vínculos con otras instituciones de la Secretaría de Salud, como es el caso de la Comisión de Protección Social en Salud, quien ha ampliado sus coberturas al apoyar con más recursos financieros, tal es el caso del Seguro Médico para una Nueva Generación, quien ha apoyado con recursos de manera importante, o el Fideicomiso para Gastos Catastróficos.

Ha fortalecido las acciones de capacitación mediante la creación y fortalecimiento de los Centros Estatales de Capacitación en las entidades federativas, dando talleres de reanimación neonatal, prevención de accidentes, estimulación temprana.

En el tema de difusión ha impreso y distribuido una importante cantidad de carteles, trípticos, folletos en los diversos temas de infancia, vacunación, adolescencia y cáncer, se han impreso tarjetas mediante las cuales los padres de familia pueden reconocer los signos de alarma, imanes en los cuales las madres de familia pueden tener a la mano el esquema de vacunación, fue impreso el combo de anticoncepción difundido entre la población adolescente.

Es palpable el posicionamiento del Centro como órgano rector, se han actualizado políticas y lineamientos y generado otros a fin de que las actividades de cada componente del programa vayan marcados por una línea de control.

Así mismo, se presentan a continuación las Acciones y Compromisos en Proceso de este Centro Nacional, al 31 de diciembre de 2011:

Clave Presupuestaria: R00		Nombre: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia					
Fecha: 13-12-2011		Sector: Salud					
No. (5)	Descripción de la Acción y Compromiso (6)	Nivel (7)	Actividad a Realizar (8)	Área y Servidor Público Responsable (9)	Fecha Programada (10)	Avance (11)	
						%	Comentarios
1	Actualizar los Manuales de Organización y Procedimientos	1	Presentar los Manuales de Organización y Procedimientos ante la	Dra. Diana Coronel Martínez Directora del Programa de	30-abr-2012		

Clave Presupuestaria: R00		Nombre: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia					
Fecha: 13-12-2011		Sector: Salud					
No. (5)	Descripción de la Acción y Compromiso (6)	Nivel (7)	Actividad a Realizar (8)	Área y Servidor Público Responsable (9)	Fecha Programada (10)	Avance (11)	
						%	Comentarios
			DGPOP para su revisión y validación	Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia			
2	Atender observaciones de los entes fiscalizadores	2	Integrar información necesaria para atender las observaciones del OIC y la ASF	C.P. Arturo Cruz Cuevas Coordinador Administrativo Dra. Diana Coronel Martínez Directora del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia Dra. Vesta L. Richardson López-Collada Directora General	30-nov-2012		
3	Actualizar saldos por transferencias realizadas a las entidades federativas	3	Revisar y validar el correcto ejercicio de los recursos pendientes de comprobar por parte de las entidades federativas	C.P. Arturo Cruz Cuevas Coordinador Administrativo	30-jun-2012		
4	Cumplir metas y objetivos institucionales	3	Supervisar el cumplimiento de las entidades federativas en cuanto a los programas de infancia y adolescencia	Dra. Diana Coronel Martínez Directora del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia Dra. Aurora Bautista Márquez Directora de Prevención y Tratamiento del cáncer en la Infancia y la Adolescencia Dra. Vesta L. Richardson López-Collada Directora General C.P. Arturo Cruz Cuevas Coordinador Administrativo	30-nov-2012		

X.1.3 Proyección de conclusión al 30 de noviembre del 2012.

Al 30 de noviembre de 2012, se prevé cumplir con las metas establecidas en el Programa de Acción; pero sobre todo se pretende que los niños y adolescentes del país gocen de una mejor salud, que se cuente con personal médico mejor capacitado, comprometido con la institución en la que se encuentre, que padres de familia y responsables de niños tengan más y mejores conocimientos sobre la prevención de enfermedades.

Al 30 de noviembre de 2012 se habrá cumplido con la meta programada sobre reducción de la mortalidad infantil en los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano, al haber difundido carteles, trípticos, mejorado las infraestructuras pero sobre haber creado conciencia sobre la prevención de la salud.

La mortalidad por EDA's e IRAS's se habrá reducido, pues las madres de familia tienen mayor conciencia y cuidado sobre la aplicación de las vacunas a sus hijos y la atención a los signos de alarma.

El embarazo en adolescentes se habrá reducido, pues los GAP's serán cada día más a nivel nacional, ello ha permitido una mejor comunicación entre jóvenes, favoreciendo a la difusión de los programas de atención y prevención de la salud.

La vinculación con otras áreas estará más fortalecida, será posible compartir información para la toma adecuada y oportuna de decisiones, en beneficio siempre de los niños y adolescentes que habitan en el país.

X.2 Sustentabilidad 2030

A pesar de las circunstancias internas y externas que afectan en cierto momento el desarrollo normal de operación y con ello, el logro de metas, se ha visto un buen desempeño por parte de las entidades federativas para alcanzar las metas de coberturas de vacunación. La mortalidad infantil se ha reducido en comparación con la tasa del año 2006, un mayor número de médicos se capacitan y actualizan para la detección oportuna de cáncer en niños y adolescentes, se ha llevado a cabo una importante labor con respecto a la prevención de accidentes en niños.

Sin embargo, la tarea no debe terminar aquí, es necesario darle continuidad a los proyectos y programas que ya se desarrollan y por supuesto seguir creando e innovando en el campo de la salud del niño y del adolescente. Algunos de los aspectos que deben procurarse y continuarse para el logro de metas y objetivos en el campo de la prevención de la mortalidad infantil son los siguientes:

- ◆ Dotar del presupuesto necesario para la adquisición y distribución de vacunas.
- ◆ Consolidar la adquisición de los biológicos, que garantice precio, calidad y entrega oportuna de los mismos.
- ◆ Contar con capital humano que pueda acceder a capacitación y actualización.
- ◆ Contar con el suficiente número de capital humano que pueda llevar a cabo supervisión en las entidades federativas de manera oportuna.
- ◆ Mantener en buen estado la red de frío para conservar las vacunas, con un reforzamiento y actualización al menos cada 5 años.

- ◆ Dotar de presupuesto suficiente para los demás conceptos de gasto que requieren el resto de los programas, tales como: viáticos, pasajes, talleres, capacitación, insumos.
- ◆ Contar con una Ley de Vacunas que simplifique procesos y provea seguridad y confianza.
- ◆ Continuar con la vinculación entre el sector central y las entidades federativas.
- ◆ Contar con procesos administrativos y trámites más ágiles.
- ◆ Mejorar las estrategias de promoción y prevención de la salud del niño y del adolescente.
- ◆ Mantener la vinculación entre los sectores educativo y social.
- ◆ Continuar con la educación a padres y responsables de menores, en materia de prevención en salud.
- ◆ Contar con normas que respalden el ejercicio de rectoría por parte del Centro Nacional.
- ◆ Etiquetar los recursos transferidos a las entidades federativas para los programas de atención a la salud de la infancia y la adolescencia.
- ◆ Seguimiento en la distribución de las cartillas de vacunación, así como en la difusión para su uso oportuno y adecuado.
- ◆ Actualización permanente del PROVAC:

X.3 Asuntos relevantes pendientes

X.3.1 Relación de asuntos pendientes, con identificación de problemática

Programa: Prevencción de la Mortalidad Infantil

Metas: Reducir la tasa de mortalidad infantil para 2012 en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.7 puntos de tasa anual
Variables: Núm. total de muertes en menores de un año / Por cada 1000 nacidos vivos

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado*		15.53	14.85	14.18	13.5	12.75	12.15
Real**	16.2	15.7	15.1	14.6	14.1	13.7	13.2

*Tasas estimadas por 100,000 menores de cinco años.

** Se refiere al porcentaje de la meta alcanzado

Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Prevencción de mortalidad Infantil. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos reales: DGIS Información de defunciones INEGI/SS 1979 -2009. Fuente 2010 y 2011: DGIS/SS SEED 2010 y 2011, actualizado al 29 de abril de 2011; datos preliminares. La información 2011 corresponde a estimaciones realizadas en base a las proyecciones de población de CONAPO (2005-2030) y tendencias de los años anteriores.

Meta intermedia: Reducir las defunciones por enfermedades diarreicas agudas (EDA's) en < 5 años en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.8 puntos de tasa anual.

VARIABLES: Núm. de muertes en < 5 años por EDA's / Niños < 5 años

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011/ ¹	2012/ ²
Programado*	19.9	19.1	18.2	17.4	16.6	15.8	14.9
Real**	15.0	14.8	12.1	9.6	8.2	6.5	4.5

*Tasas estimadas por 100,000 menores de cinco años.

** Se refiere al porcentaje de la meta alcanzado

Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Prevenición de mortalidad Infantil. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos reales: DGIS Información de defunciones INEGI/SS 1979 -2009. Fuente 2010 y 2011: DGIS/SS SEED 2010 y 2011, actualizado al 29 de abril de 2011; datos preliminares. La información 2011 corresponde a estimaciones realizadas en base a las proyecciones de población de CONAPO (2005-2030) y tendencias de los años anteriores. N/A: No Aplica.

1/DGIS Cifra estimada

2/ Cifra estimada con base a los datos 2006 a 211

Meta intermedia: Reducir las defunciones por infecciones respiratorias agudas (IRA's) en < 5 años en un 25% con relación a 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 1.5 puntos de tasa anual.

VARIABLES: Núm. de muertes en < 5 años por IRA's / Niños < 5 años

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011/ ¹	2012/ ²
Programado	35.8	34.1	32.3	30.5	28.7	26.9	25.1
Real*	30.6	29.4	24.5	23.6	20.5	18.0	15.3

*Tasas estimadas por 100,000 menores de cinco años. N/A: No Aplica

Fuente de información Programado: Metas establecidas en el Programa de Acción Específico 2007-2012 de Prevenición de la Mortalidad Infantil. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos estimados: DGIS, Estimación con base a las defunciones INEGI/SSA 2000-2009, Proyecciones de las Defunciones de México Conteo 2005 1990-2030, CONAPO.

1/ DGIS Cifra estimada

2/ Cifra estimada con base a los datos 2006 a 211

Problemática por atender posterior al 30 noviembre 2012

Definición de Problemática:

Necesidades de formación de Recursos Humanos capacitados en temas de salud de la infancia.

Falta de presupuesto para realizar capacitación y supervisión.

Falta de presupuesto y extensas medidas de austeridad que afecten en la impresión y distribución de

material de información.

Acciones a realizar:

- Cursos sobre diversos temas y supervisiones.
- Capacitar al personal de salud sobre prevención de accidentes, reanimación neonatal, lactancia materna.
- Continuar con la campaña permanente de vacunación.
- Gestión oportuna para la solicitud de recursos financieros.
- Seguimiento en la adquisición de materiales de información.

Programa: Prevenición de la Mortalidad Infantil

Metas: Reducción en un 40% la mortalidad infantil en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano.

VARIABLES: Núm. total de muertes en menores de un año de los 125 municipios con menor IDH / Núm. total de menores de un año en los 125 municipios con menor IDH

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011/ ¹	2012
Programado	34.8	32.48	30.2	27.84	25.52	23.5	20.88
Real*	34.8	34.6	34.3	29.5	29.1	28.3	25.8/ ^e

*Tasa ajustada, con base en la omisión de defunciones, por 1,000 NVE

1/ Se refiere al porcentaje de la meta alcanzado

e/ Estimada

Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Prevenición de mortalidad Infantil. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos reales: DGIS Información de defunciones INEGI/SS 1979 -2010[Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta:18-05-12 ; SEED 2011-Preliminar[Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta:18-05-12]; Proyecciones de las defunciones de México, Conteo 2005 1990-2012, CONAPO [Fecha de consulta:18-05-12]; Proyecciones de los nacimientos de México, Conteo 2005, 1990-2012. CONAPO [Fecha de consulta:18-05-12]

N/A: No Aplica

Problemática por atender posterior al 30 noviembre 2012

Definición de Problemática:

- Necesidades de formación de Recursos Humanos capacitados en temas de salud de la infancia, presupuesto para realizar dichas capacitaciones y material de información.
- Falta de presupuesto para realizar capacitación, supervisión y material de información.
- Falta de interrelación con otros programas, lo cual permita la reducción de la mortalidad infantil en las comunidades con menor IDH.

Acciones a realizar:

- Cursos sobre diversos temas y supervisiones.
- Optimización de los recursos existentes.
- Seguimiento al abasto y distribución oportuno de biológicos.
- Difusión de las campañas de vacunación y material sobre salud en la infancia en las comunidades con menor IDH.

Programa: Prevenición de la Mortalidad Infantil

Metas: Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema básico completo de vacunación en población de un año de edad.

VARIABLES: Núm. total de niños de un año con esquema de vacunación completo / Núm. total de niños de un año en censo nominal.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/ ¹
Programado	95	95	95	95	95	95	95
Real	95.2	95.1	94.5	95.6	95.3	95.6	95.8*

*Tasa estimada.

1/Cifra al 30 de junio de 2012

Problemática por atender posterior al 30 noviembre 2012

Definición de Problemática:

- Que no se cuente con presupuesto suficiente para la sustentabilidad del Programa de Vacunación Universal tanto a nivel federal como estatal.
- Informar sobre la importancia que tiene la vacunación oportuna.

Acciones a realizar:

- Realizar las gestiones necesarias para el mantenimiento y mejora del Programa de Vacunación Universal en los diferentes niveles.
- Seguimiento al abasto y distribución oportuno de biológicos, y hacer lo que corresponda.
- Difusión de las campañas de vacunación y material sobre salud en la infancia.
- Verificar el adecuado y oportuno cumplimiento a la Ley de Vacunas.

Programa: Prevenición de la Mortalidad Infantil

Metas: Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema básico completo de vacunación en población de uno a cuatro años de edad.

VARIABLES: Núm. total de niños de uno a cuatro años con esquema de vacunación completo / Núm. total de niños de uno a cuatro años en censo nominal.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/ ¹
Programado	95	95	95	95	95	95	95
Real	98.1	98.0	97.9	97.7	98.3	98.1	97.9*

*Tasa estimada.

1/Cifra al 30 de junio de 2012

Fuente: Servicios Estatales de Salud.

Problemática por atender posterior al 30 noviembre 2012

Definición de Problemática:

- Que no se cuente con presupuesto suficiente para la sustentabilidad del Programa de Vacunación Universal tanto a nivel federal como estatal.

Acciones a realizar:

- Realizar las gestiones necesarias para el mantenimiento y mejora del Programa de Vacunación Universal en los diferentes niveles.
- Seguimiento al abasto y distribución oportuno de biológicos, y hacer lo que corresponda.
- Difusión de las campañas de vacunación y material sobre salud en la infancia.
- Verificar el adecuado y oportuno cumplimiento a la Ley de Vacunas.

Programa: Prevención de la Mortalidad Infantil

Metas: Reducir a cero el número de casos de tétanos neonatal para el año 2012.

Variables: Núm. total de casos de tétanos neonatal / Núm. de nacimientos

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	1	1	1	1	1	1	1
Real	4	4	1	0	3	1*	0

*Caso probable en estudio no confirmado, de una mujer guatemalteca.

Problemática por atender posterior al 30 noviembre 2012

Definición de Problemática:

Se buscará mantener la tendencia a la baja en el número de casos de tétanos neonatal con la finalidad de cumplir la meta programada.

Acciones a realizar:

- Se continuará con el reforzamiento de la protección contra el tétanos, a través de la vacunación en todas las mujeres en edad fértil en todos los municipios del país.

Programa: Prevencción de la Mortalidad Infantil

Metas: Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema anti-influenza y anti-neumococo 23 valente a la población mayor de 60 años.

Variables: Núm. total de población mayor de 60 años con esquema anti-influenza y anti-neumococo 23 valente/ Núm. total de población mayor de 60 años.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	95% y mas						
Real	ND	85.7%	96%	97%	95.7%	99.3*	95*

ND: No disponible
*Estimado.

Problemática por atender posterior al 30 noviembre 2012

Definición de Problemática:

- Se deberá continuar con la concientización a la población para que acepte la vacunación contra influenza y neumococo 23 valente para prevenir brotes de las enfermedades respiratorias por estos microorganismos.

Acciones a realizar:

- Capacitación y concientización permanente de la población para que acepte la vacunación.

Programa: Prevenición de la Mortalidad Infantil

Metas: Reducir 20% la prevalencia de desnutrición en menores de un año de edad en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano.

VARIABLES: Núm. total de niños menores de un año con desnutrición de segundo y tercer grado / Núm. total de niños menores de un año

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	ND	8.7	8.1	7.8	7.4	6.95	6.96
Real	ND	8.7	ND	7.4	8.21	7.92	ND

Tasa por 1,000 nacidos vivos estimados. Fuente de información: Programado: metas establecidas en el programa de acción específico 2007-2012 de Prevenición de mortalidad Infantil. Secretaría de Salud 2008. Fuente datos reales: Sistema único para la vigilancia epidemiológica. La información 2011 corresponde a estimaciones realizadas en base a las proyecciones de población de CONAPO (2005-2030) y tendencias de los años anteriores. N/D: No disponible. N/A: No Aplica

Problemática por atender posterior al 30 noviembre 2012

Definición de Problemática:

- Falta de recurso humano para realizar las actividades de Supervisión Integral en las Entidades Federativas.

Acciones a realizar:

- Solicitar presupuesto para la contratación de personal que se encargue de actividades de supervisión.
- Dar seguimiento oportuno a las recomendaciones hechas a cada entidad para su puntual cumplimiento.
- Capacitar al personal de salud.
- Proveedor sobres de vida suero oral.
- Generar y actualizar normatividad.
- Difusión de materiales para el buen comer.

Programa: Prevención de la Mortalidad Infantil

Metas: Estandarizar la detección oportuna de cáncer en la población de un año y menos con cáncer, a través del uso de protocolos de detección.

VARIABLES: Actividades de difusión y/o capacitación en materia de diagnóstico de cáncer en niños y adolescentes (incluye la capacitación al personal de salud de todas las Entidades Federativas, y elaboración de material de difusión y/o campañas de difusión en materia de diagnóstico oportuno de cáncer que permitan estandarizar la detección oportuna.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	No se cuenta con información	No se cuenta con información	Al menos una actividad de capacitación o difusión a nivel nacional	Al menos una actividad de capacitación o difusión a nivel nacional	Al menos una actividad de capacitación o difusión a nivel nacional	Al menos una actividad de capacitación o difusión a nivel nacional	Al menos una actividad de capacitación o difusión a nivel nacional
Real	No se cuenta con información	No se cuenta con información	Una campaña de difusión (póster de signos y síntomas de alarma)	Se capacitó a un representante de las 32 Entidades Federativas en el diagnóstico oportuno de cáncer	Dos campañas de difusión (póster y tarjetas de signos y síntomas de alarma) en las 32 Entidades Federativas	Una campaña de difusión (tarjetas con algoritmo diagnóstico de cáncer) en las 32 Entidades Federativas	

Problemática por atender posterior al 30 noviembre 2012

Definición de Problemática:

- La mayoría de los Responsables Estatales del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, es personal contratado de manera eventual con recursos federales; al no haber un recurso humano permanente para la operación del Programa, se pone en riesgo la continuidad de la operación del mismo.
- Aunque el CeNSIA ha elaborado material de difusión en materia de diagnóstico oportuno de cáncer para el personal de salud, en ocasiones es insuficiente, y no es complementado con actividades de difusión estatales.
- Aunque el CeNSIA ha capacitado a uno o más responsables de los Programas para la Salud de la Infancia y la Adolescencia de todas las Entidades Federativas, en el diagnóstico oportuno de cáncer en los menores de 18 años, dicha capacitación no se ha replicado a la totalidad de los médicos del primer nivel de atención en los municipios de menores índices de desarrollo humano.
- Las Entidades Federativas destinan muy poco o ningún recurso del ramo 33 para las acciones de capacitación en materia de cáncer en niños y adolescentes.

Acciones a realizar:

- Existencia permanente en los Servicios Estatales de Salud en la Entidad Federativa, de un Responsable del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, entre cuyas funciones esté la elaboración de material de difusión y la coordinación de la capacitación al personal médico del primer nivel de atención.
- Mantener la elaboración de material de difusión como una estrategia para difundir y estandarizar el conocimiento en materia de diagnóstico oportuno de cáncer en niños y adolescentes en el personal de salud.
- Contemplar la evaluación del grado de conocimiento del cáncer en los menores de 18 años en el personal del primer nivel de atención, y determinar la necesidad de recapacitar en este tema.
- Capacitar de manera permanente al nuevo personal médico del primer nivel de atención que se incorpore a los Servicios Estatales de Salud.
- Considerar extender la capacitación al resto del personal de salud (personal paramédico) en los signos y síntomas de alarma de cáncer en los menores de 18 años.
- Considerar extender la capacitación a todas las Instituciones del Sector Salud
- Asignar recursos para garantizar el cumplimiento y mantenimiento de esta actividad.
- Mantener a la capacitación y a la difusión en esta materia como indicadores ligados a presupuesto y como indicadores de desempeño.

Programa: Prevencción de la Mortalidad Infantil

Metas: Capacitar al 100% de los médicos del primer nivel de atención de 100 municipios con menor índice de desarrollo humano para el diagnóstico.

Variabes: Médicos del primer nivel de atención en los 100 municipios de menor índice de desarrollo humano.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	No se cuenta con información	71	71	71			
Real	No se cuenta con información	No se cuenta con información	No se cuenta con información	35	35	80	57

Problemática por atender posterior al 30 noviembre 2012

Definición de Problemática:

- La mayoría de los Responsables Estatales del Programa de Prevencción y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, es personal contratado de manera eventual con recursos federales; al no haber un recurso humano permanente para la operación del Programa, se pone en riesgo la continuidad de la operación del mismo.
- Aunque el CeNSIA ha capacitado a uno o más responsables de los Programas para la Salud de la Infancia y la Adolescencia de todas las Entidades Federativas, en el diagnóstico oportuno de cáncer en los menores de 18 años, dicha capacitación no se ha replicado a la totalidad de los médicos del primer nivel de atención en los municipios de menores índice de desarrollo humano.
- Las Entidades Federativas destinan muy poco o ningún recurso del ramo 33 para las acciones de capacitación en materia de cáncer en niños y adolescentes.

Acciones a realizar:

- Existencia permanente en los Servicios Estatales de Salud en la Entidad Federativa, como Responsable del Programa de Prevencción y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, entre cuyas funciones esté la coordinación de la capacitación al personal médico del primer nivel de atención.
- Contemplar la evaluación del grado de conocimiento del cáncer en los menores de 18 años en el personal del primer nivel de atención, y determinar la necesidad de recapacitar en este tema.
- Capacitar de manera permanente al nuevo personal médico del primer nivel de atención que se incorpore a los Servicios Estatales de Salud.
- Considerar extender la capacitación al resto del personal de salud (personal paramédico) en los signos y síntomas de alarma de cáncer en los menores de 18 años.
- Considerar extender la capacitación a todas las Instituciones del Sector Salud
- Asignar recursos para garantizar el cumplimiento y mantenimiento de esta actividad.
- Mantener a la capacitación y a la difusión en esta materia como indicadores ligados a presupuesto y como indicadores de desempeño.

X.3.2 Relación de asuntos pendientes al 30 de noviembre por atenderse en los primeros 90 días de la siguiente administración

Problemática por atender en los primeros 90 días de la siguiente administración:					
Diciembre	X	Enero		Febrero	
<p>Definición de Problemática:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atender observaciones de entes fiscalizadores. 					
<p>Acciones a realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Continuar con el envío y gestiones pendientes para atender observaciones antiguas. Elaborar un Programa de Trabajo para atender las nuevas observaciones. Atender la confronta con Auditoría Superior de la Federación. 					
<p>Definición de Problemática:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dar seguimiento a la comprobación de recursos por las transferencias realizadas a las entidades federativas. 					
<p>Acciones a realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniones de trabajo. Elaborar y enviar oficios de recordatorio para el envío de comprobaciones y/o reintegros de recursos. 					
<p>Definición de Problemática:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verificar el uso adecuado de la red de frío en las entidades federativas 					
<p>Acciones a realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar supervisiones a las entidades federativas para vigilar el uso adecuado de la red de frío. Supervisar la correcta aplicación del Convenio de Donación Condicionada. 					

Problemática por atender en los primeros 90 días de la siguiente administración:					
Diciembre		Enero	X	Febrero	X
<p>Definición de Problemática:</p> <ul style="list-style-type: none"> Necesidades de formación de Recursos Humanos capacitados en temas de salud de la infancia. Falta de presupuesto para realizar capacitación y supervisión. Falta de presupuesto y extensas medidas de austeridad que afectan en la impresión y distribución de material de información. Falta de interrelación con otros programas, lo cual permita la reducción de la mortalidad infantil en las comunidades con menor IDH. Falta de recurso humano para realizar las actividades de Supervisión Integral en las Entidades Federativas. 					

- Aunque el CeNSIA ha elaborado material de difusión en materia de diagnóstico oportuno de cáncer para el personal de salud, en ocasiones es insuficiente, y no es complementado con actividades de difusión estatales.
- Aunque el CeNSIA ha capacitado a uno o más responsables de los Programas para la Salud de la Infancia y la Adolescencia de todas las Entidades Federativas, en el diagnóstico oportuno de cáncer en los menores de 18 años, dicha capacitación no se ha replicado a la totalidad de los médicos del primer nivel de atención en los municipios de menor índice de desarrollo humano.
- Las Entidades Federativas destinan muy poco o ningún recurso del ramo 33 para las acciones de capacitación en materia de cáncer en niños y adolescentes.

Acciones a realizar:

- Capacitar al personal de salud sobre prevención de accidentes, reanimación neonatal, lactancia materna.
- Continuar con la campaña permanente de vacunación.
- Gestión oportuna para la solicitud de recursos financieros.
- Elaborar Programa de capacitación para los responsables de los programas en las entidades federativas.
- Seguimiento al abasto y distribución oportuno de biológicos.
- Difusión de las campañas de vacunación y material sobre salud en la infancia en las comunidades con menor IDH.
- Realizar las gestiones necesarias para el mantenimiento y mejora del Programa de Vacunación Universal en los diferentes niveles.
- Seguimiento al abasto y distribución oportuno de biológicos, y hacer lo que corresponda.
- Difusión de las campañas de vacunación y material sobre salud en la infancia.
- Verificar el adecuado y oportuno cumplimiento a la Ley de Vacunas.
- Existencia permanente en los Servicios Estatales de Salud en la Entidad Federativa, de un Responsable del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, entre cuyas funciones esté la elaboración de material de difusión y la coordinación de la capacitación al personal médico del primer nivel de atención.
- Mantener la elaboración de material de difusión como una estrategia para difundir y estandarizar el conocimiento en materia de diagnóstico oportuno de cáncer en niños y adolescentes en el personal de salud.
- Contemplar la evaluación del grado de conocimiento del cáncer en los menores de 18 años en el personal del primer nivel de atención, y determinar la necesidad de recapacitar en este tema.
- Capacitar de manera permanente al nuevo personal médico del primer nivel de atención que se incorpore a los Servicios Estatales de Salud.
- Considerar extender la capacitación al resto del personal de salud (personal paramédico) en los signos y síntomas de alarma de cáncer en los menores de 18 años.
- Considerar extender la capacitación a todas las Instituciones del Sector Salud
- Asignar recursos para garantizar el cumplimiento y mantenimiento de esta actividad.
- Mantener a la capacitación y a la difusión en esta materia como indicadores ligados a presupuesto y como indicadores de desempeño.

Problemática por atender en los primeros 90 días de la siguiente administración:					
Diciembre		Enero	X	Febrero	
Definición de Problemática: <p>El desempeño del programa se ha mantenido en niveles satisfactorios con coberturas de vacunación por arriba del 95% en los grupos de 1 año y de 1 a cuatro años de edad. Se tiene una meta estimada de 95% en ambos indicadores. Concluir con la Campaña Nacional de Vacunación Contra Influenza Estacional, México 2012-2013. Programación y ejecución de la Primera Semana Nacional de Salud 2013:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Las actividades de vacunación de la 1a Semana Nacional de Salud (SNS) 2013 se programan y realizan mediante la coordinación y participación de las instituciones del Sector Salud (SS, IMSS ORDINARIO, IMSS OPORTUNIDADES E ISSSTE).▪ Con las Actividades de la Semana Nacional de Salud 2014 se logra el control epidemiológico, en un periodo muy corto, de algunas enfermedades prevenibles por vacunación, manteniendo eliminada la transmisión autóctona de las mismas, además se fortalecen las estrategias para disminuir la población susceptible (Recién Nacidos, población infantil, preescolar, escolar, mujeres de 12 a 44 años de edad y hombres de 12 años de edad y más que radican en municipios con casos de tétanos neonatal y no neonatal)▪ La meta de la Primera Semana Nacional de Salud es obtener un logro del 95% en la aplicación de las dosis de vacunas programadas.					
Acciones a realizar: <ul style="list-style-type: none">▪ El programa enfatiza en las actividades de monitoreo, supervisión, fortalecimiento de la red de frío y la intensificación de vacunación en zonas y grupos de riesgo con bajo rendimiento con apoyo de la federación.▪ Abasto oportuno de biológico para las actividades tanto de la 1ª Semana Nacional de Salud como de Programa Permanente de vacunación.▪ Contratación de personal vacunador, choferes y capturistas.▪ Captura oportuna en el sistema PROVAC.▪ Mantenimiento de la red de frío.▪ Vacunación oportuna de los menores de 1 año de edad.					

Problemática por atender en los primeros 90 días de la siguiente administración de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

Diciembre

x

Enero

Febrero

Definición de Problemática:

- Visitas de supervisión: Pendientes por realizar dos visitas

Acciones a realizar:

- Elaboración de Oficio y Formato Único de Comisión del personal comisionado
- Elaboración de oficios de notificación a la Entidad Federativa con copia a los actores involucrados (v.gr: Director de la Unidad Médica Acreditada, Responsable del Programa, etc.)
- Seguimiento con el Responsable del Programa para la logística de la visita por medio: electrónico, telefónico, etc.
- Salida a la Entidad
- Presentación en los Servicios Estatales de Salud para informar el objetivo de la visita
- Aplicación de la cédula de supervisión en los apartados correspondientes
- Presentación en la Unidad (es) Médica (s) Acreditada (s) (UMA (s)), para informar el objetivo de la visita
- Aplicación de la cédula de supervisión en los apartados correspondientes
- Presentación de informe ejecutivo a las Autoridades de la UMA (s) y los Servicios Estatales de Salud
- Elaboración y envío del Informe de Supervisión a:
 - Servicios Estatales de Salud
 - UMA
 - Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 - Comisión Nacional de Protección Social en Salud
 - Coordinador del Comité Técnico del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.

Diciembre

x

Enero

x

Febrero

x

Definición de Problemática:

- Dar seguimiento a los acuerdos generados en las Sesiones Ordinarias del CONACIA y en las Reuniones Nacionales tanto de Responsables del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia como de Hemato-Oncólogos Pediatras para la revisión, consenso y actualización de los Protocolos Técnicos.

Acciones a realizar:

Reuniones del CONACIA

- Identificación de los Acuerdos generados al seno de cada reunión con carácter de:
 - Permanente
 - En proceso
 - Nuevos
- Elaboración de oficios de notificación y seguimiento a las Instituciones o Dependencias encargadas del cumplimiento del Acuerdo en cuestión.
- Convocatoria y coordinación de la logística de la (s) reunión (es) de los grupos de trabajo necesarios.

Reuniones Nacionales de Responsables del Programa

- Se determina el envío del material necesario a las Entidades Federativas

Reuniones Nacionales de Hemato-Oncólogos

- Se actualiza la propuesta de modificación del Protocolo Técnico de conformidad con las observaciones derivadas de la reunión.
- Se envía para validación y autorización al grupo de expertos involucrados
- Se da seguimiento a la validación
- Se elabora oficio y anexa propuesta validada por expertos al Consejo de Salubridad General (CSG)
- Se da seguimiento al pronunciamiento del CSG

Diciembre		Enero	x	Febrero	x
------------------	--	--------------	----------	----------------	----------

Definición de Problemática:

- Informe semestral de actividades

Acciones a realizar:

- Envío de notificación a los Responsables Nacionales del Programa de la fecha de vencimiento, para la entrega del informe
- Recepción y clasificación de los informes recibidos
- Análisis de la información recibida y retroalimentación a las Entidades Federativas respecto de los puntos de mejora
- Recepción de corrección de puntos de mejora y análisis de procedencia
- Respuesta final
- Archivo, guarda y custodia de la información recibida

Diciembre		Enero	x	Febrero	x
Definición de Problemática:					
<ul style="list-style-type: none"> - Conmemoración del Día Internacional del Cáncer Infantil 					
Acciones a realizar:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición sobre si el evento es presidenciable o no, en caso positivo dar seguimiento a la requisición del formato y los requerimientos solicitados por Presidencia de la República ▪ Elaboración de justificación sobre el evento para inclusión la agenda de la Subsecretaría de Prevenición y Promoción de la Salud en formato autorizado ▪ Seguimiento a la asignación de fecha, hora y lugar de la Ceremonia, con la Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Prevenición y Promoción de la Salud ▪ Elaboración de Acuerdo Secretarial correspondiente ▪ Definición de Carpeta Técnica del evento y lista de invitados ▪ Elaboración de oficios de invitación en tres modelos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los que firma el Sr. Secretario de Salud ▪ Los que firma el Sr. Subsecretario de Prevenición y Promoción de la Salud ▪ Los que firma la Dirección General del CeNSIA ▪ Envío de oficios invitación ▪ Búsqueda de proveedores en su caso ▪ Coordinación y vinculación con las autoridades de la sede seleccionada ▪ Confirmación de asistencia ▪ Elaboración de líneas discursivas requeridas ▪ Un día antes de la ceremonia verificar que todo se encuentre preparado en la sede ▪ Coordinación para la recepción de invitados 					
Diciembre		Enero	x	Febrero	x
Definición de Problemática:					
<ul style="list-style-type: none"> - Programa Anual de Trabajo de la Dirección de Prevenición y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia 2013 					
Acciones a realizar:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración del Programa Anual de Trabajo 2013 ▪ Envío a los Responsables del Programa a nivel Nacional ▪ Solicitud de elaboración del Programa Anual de Trabajo por Entidad Federativa ▪ Análisis del Programa 					

Diciembre	X	Enero	x	Febrero	x
<p>Definición de Problemática: Seguimiento en la actualización y análisis de la calidad de los datos reportados en el registros de cáncer de niños y adolescentes</p>					
<p>Acciones a realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisión de base de datos del RCNA enviada por la DGE, para identificación de casos duplicados, registros sin validar, casos nuevos ingresados y la completos de la ICCC en los casos de leucemia y tumores sólidos reportados en la base de datos al cierre de diciembre 2012 Generación del cruce de base de datos del RCNA vs Casos financiados del seguro popular. Generación de situación de calidad de la información y empate de bases de datos, de cada una de las 32 entidades federativas Retroalimentación a las 32 entidades federativas por medio de correo electrónico con base de datos trabajada del RCNA para la generación de estadísticas y descripción de estatus de calidad de información, además de enviar los casos pendientes de subir a plataforma del seguro popular. 					
Diciembre	X	Enero	X	Febrero	x
<p>Definición de Problemática: Empate de bases de datos del RCNA y Casos financiados del SP</p>					
<p>Acciones a realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Preparar base de datos del RCNA enviada por la DGE para cruce con la información del Seguro Popular Generar oficio para solicitud de casos financiados 2012 y 2011 Preparar bases de datos enviadas por la CNPSS de casos financiados Generar archivos estatales con casos financiados pendientes de subir a la plataforma del RCNA Retroalimentar a los estados Seguimiento de empate 					
Diciembre	X	Enero	X	Febrero	x
<p>Definición de Problemática: Indicadores caminando a la excelencia</p>					
<p>Acciones a realizar para resultados 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrar información de propuesta final del manual indicadores 2012 Solicitar información de indicadores a las entidades federativas Solicitar o consultar información para la generación de indicadores Solicitar a áreas internas del CeNSIA los datos correspondientes a los indicadores de cada área Generar e integrar indicadores Revisión y consenso interno de resultados Generación de oficio para envío de indicadores a la DGE 					

- Revisión de resultados generados por la DGE
- En caso necesario solicitar correcciones pertinentes
- Difundir resultados finales de indicadores en el CeNSIA y entidades federativas

Acciones a realizar para resultados 2013:

- Gestionar y coordinar la propuesta de manual de indicadores 2013 con las áreas internas del CeNSIA
- Generar propuesta final consensuada por las área y visto bueno de la dirección general
- Generar oficio y enviar a la DGE
- Generar oficio y enviar a las entidades federativas

Diciembre	X	Enero	X	Febrero	x
------------------	----------	--------------	----------	----------------	----------

Definición de Problemática:

Indicadores PAT y presupuestación en plataforma SI_AFFASPE en lo correspondiente al programa de prevención y tratamiento del cáncer en la infancia y adolescencia

Acciones a realizar:

- Notificar a las entidades federativas apertura de plataforma para ajuste del los indicadores del PAT 2013
- Revisión de presupuesto asignado por entidad federativa, recurso por fuente de financiamiento, estrategias y acciones
- Notificar a las entidades federativas los hallazgos respecto al POA, PAT y presupuesto

Diciembre		Enero		Febrero	x
------------------	--	--------------	--	----------------	----------

Definición de Problemática:

Actualización del instrumento para el Programa Operativo Anual 2014. correspondiente al programa de prevención y tratamiento del cáncer en la infancia y adolescencia

- Con base en el programa de trabajo planeado, por la dirección de área, actualizar instrumento y hacer pruebas de uso
- Revisión para visto bueno
- Envío a las entidades federativas
- Brindar asesoraría para su requisitado

X.4 Identificación de áreas de oportunidad para atenderlo.

En renglones anteriores se menciona la problemática que ha presentado el Centro en sus diversos programas, en general son la falta de personal tanto en el Centro como en las entidades federativas, la falta de recursos financieros suficientes y normatividad clara y explícita.

A pesar de las complicaciones que se han presentado, se ha hecho un importante esfuerzo para la oportuna y correcta consecución de metas.

A fin de fortalecer a un más las actividades y acciones desarrolladas por el Centro, sería conveniente que:

- ◆ Se aplique adecuada y oportunamente el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se refiere el artículo 43 del Reglamento de Insumos para la Salud, pues de ello depende el abasto oportuno de los biológicos.
- ◆ Pueda emitirse una Ley de Vacunas aplicable a todo el sector con la cual se facilite la adquisición de las mismas, se obtengan mejores precios, entregas oportunas y control de las adquisiciones y aplicación de los biológicos.
- ◆ Se pueda contar con mayores recursos para la contratación de personal en las entidades federativas (vacunadores, capturistas, choferes, técnicos en refrigeración).
- ◆ Se amplíe la cobertura de vacunas pagadas por el Seguro Médico para una Nueva Generación.
- ◆ Mantenimiento oportuno a los bienes de la red de fría.
- ◆ Mayores recursos financieros para capacitar al capital humano, tanto a nivel central como en las entidades federativas.
- ◆ Simplificación administrativa.
- ◆ Fortalecer las estructuras orgánicas.
- ◆ Se logre una adecuada Vinculación de Programas, coordinación de actividades y delimitación de responsabilidades.
- ◆ Mayor comunicación con la sociedad para acercarlos hacia la prevención en salud.

XI. Glosario de Términos

A ALTERACIONES SEXUALES CONGÉNITAS LIGADAS A CROMOSOMAS.- Grupo de padecimientos ocasionados por defectos en el número total de cromosomas o en algunos de los genes, que ocasionan anomalías ya sea en el desarrollo de los genitales internos, externos, y/o en la producción hormonal de las gónadas, que en ocasiones puede causar ambigüedad genital y falta de desarrollo de caracteres sexuales secundarios.

C CeNSIA.- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

CONAVA.- Consejo Nacional de Vacunación.

CONAPO.- Consejo Nacional de Población.

CROMOSOMAS.- Estructuras que se encuentran en el núcleo de cada una de las células que forman nuestro organismo y dentro de estos se encuentra todo el material genético que determinará las características tanto externas, como internas del individuo.

E EDA's.- Enfermedades Diarreicas Agudas.

ETAV.- Evento Temporalmente Asociado a la Vacunación.

G GAI.- Grupos de Atención Integral.

GAPS.- Grupo de Adolescentes Promotores de la salud.

I IDH.- Índice de Desarrollo Humano.

IRA's.- Infecciones Respiratorias Agudas.

M MORTALIDAD INFANTIL.- De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se define como el número de muertes en niños menores de un año (niños entre 0 y 364 días después del nacimiento) por cada 1000 nacidos vivos durante un periodo de tiempo determinado.

P PRONASA.- Programa Nacional de Salud.

PROSESA.- Programa Sectorial de salud.

PROVAC.- Sistema informático del Programa de vacunación.

S SÍNDROME DE TURNER (ST).- Alteración originada por la ausencia parcial o total de un cromosoma sexual X que solo se presenta en mujeres, las cuales presentan una gran variabilidad fenotípica que puede ir desde una simple reducción en la talla final y falla ovárica prematura, hasta un cuadro grave en el cual se van a presentar la mayoría de las manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas que caracterizan al síndrome.

T TMI.- Tasa de Mortalidad Infantil.

XII. Relación de Anexos

Anexo 1. Programa de Acción Específico “Prevención de la Mortalidad Infantil”.

Anexo 2. Oficios de Modificación al presupuesto, 2007-2012

Anexo 3. Procedimientos de Adjudicación de recursos, 2006-2012

Anexo 4. Relación de bienes red de frío 2009.