

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO
2007-2012
Prevención de la mortalidad infantil



SECRETARÍA DE SALUD

**SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD**

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012
Prevención de la mortalidad infantil

Primera edición 2008

D.R.© Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN xxxxxxxxxxxxxx

Directorio

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdoba Villalobos

Secretario de Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez

Subsecretaria de Innovación y Calidad

Lic. María Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Julio Sotelo Morales

Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Bernardo E. Fernández del Castillo

Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Carlos Olmos Tomasini

Director General de Comunicación Social

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Dra. Vesta Richardson López-Collada

Directora General

Dra. Diana Leticia Coronel Martínez

Directora del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Dr. Roberto Carreño Manjarrez

Subdirector de Coordinación y Operación del Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer

Contenido

Mensaje del C. Secretario de Salud	7
Mensaje del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	9
Introducción	X
I. Marco institucional	13
1.1 Marco jurídico	13
1.2 Vinculación con el PND 2007-2012	13
1.3 Sustentación con base en el PROSESA 2007-2012	14
2. Diagnóstico de Salud	17
2.1 Problemática	17
2.2 Avances 2000-2006	21
2.3 Retos 2007-2012	28
3. Organización del Programa	29
3.1 Misión	29
3.2 Visión	29
3.3 Objetivos	30
3.4 Estrategias y Líneas de acción	30
3.5 Metas anuales 2008-2012	32
3.6 Metas intermedias	33
4. Estrategia de Implantación Operativa	35
4.1 Modelo operativo	35
4.2 Estructura y Niveles de Responsabilidades	36
4.3 Etapas para la Instrumentación	40
4.4 Acciones para mejora de la gestión pública	41
5. Evaluación y Rendición de Cuentas	43
5.1 Sistema de Monitoreo y Seguimiento	43
5.2 Evaluación de Resultados	43
6. Anexos	47
7. Bibliografía	69
8. Glosario de términos, acrónimos y sinónimos	70
9. Agradecimientos	71

Mensaje del C. Secretario de Salud

La Mortalidad Infantil en México hacia el 2005 de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, tenía relación con ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, anomalías congénitas y enfermedades infecciosas y parasitarias, representando una tasa de 18.8 por 1,000 nacidos vivos con una variación de 15.8 a 32.5 por 1000 nacidos vivos, en relación al índice Desarrollo Humano de nuestras distintas regiones; en este contexto y con el compromiso de implementar estrategias focalizadas en los grupo mas 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 ha implementado 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 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.

Actualmente la Secretaría de Salud se encuentra comprometido con la Infancia del país y sumará sus esfuerzos en forma interinstitucional, intersectorial y con la sociedad civil para lograr la consecución de esta meta prioritaria logrando minimizar la brecha en materia de Salud en la Población Infantil de México.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Mensaje del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Como resultado de la identificación de la prioridad de disminuir la Mortalidad Infantil a nivel Mundial, dentro de los objetivos de desarrollo del Milenio se encuentra el de reducción de su tasa en dos terceras partes en el grupo de edad de menores de 5 años, por eso México como país miembro, afronta de manera puntual este problema que en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, 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.

En este tenor y en una estrategia global, con objetivos claros y precisos que permitirán la reducción de la tasa de Mortalidad Infantil en los Muni-

cipios con menor índice de desarrollo humano hoy la Secretaría de Salud implementa el Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil 2007-2012, que identifica la prevalencia e incidencia de los padecimientos que afectan a esta grupo etáreo así como las herramientas para conseguir sus metas..

De esta forma sumamos nuestros esfuerzos a favor de la Salud Infantil de forma comprometida y razonada, para brindar a la población infantil igualdad de oportunidades para su crecimiento y desarrollo.

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención y
Promoción de la Salud

Introducción



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 Nacional para la Reducción 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 extrasectorial permitirá que el Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil sea ejecutado con eficacia logrando así los objetivos plasmados en el mismo.



1. Marco institucional



1.1 Marco Jurídico

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

D.O.F. 05-II-1917 F.E. D.O.F. 06-II-1917

Ref. D.O.F. 29-X-2003

Leyes

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 29-XII-1976. F.E. D.O.F. 02-II-1977

Ref. D.O.F. 21-V-2003.

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado “B” del Artículo 123 Constitucional.

D.O.F. 28-XII-1963.

Ref. D.O.F. 23-I-1998.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

D.O.F. 31-XII-1982.

Ref. D.O.F. 13-III-2002

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

D.O.F. 13-III-2002.

Ley General de Salud.

D.O.F. 7-II-1984.

Ref. D.O.F. 30-VI-2003

Ley Federal de Procedimientos Administrativos.

D.O.F. 4-VIII-1994.

Ref. D.O.F. 30-V-2000

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

D.O.F. 11-VI-2002.

1.2 Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

El Programa Nacional para la Reducción 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 Reducción de la Mortalidad Infantil responden a los retos derivados de las estrategias del PND 2007-2012. En la tabla 1, se describen estos retos.

1.3 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 Nacional de Reducción de la Mortalidad Infantil 2007-2012 (PRONAREMI)

A su vez, el PROSESA cuenta con Estrategias y líneas de acción para alcanzar las metas asociadas a

TABLA 1.
Estrategias del PND 2007-2012 y retos generados a los que responde el PRONAREMI 2007-2012

Eje 3. Igualdad de oportunidades		
Objetivos	Estrategias	Retos a los que responde el pronaremi 2007-2012
3. Desarrollo integral	3.2 Salud	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. 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. 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. La falta de infraestructura moderna, insumos y personal capacitado en el sector salud es desigual y su cobertura es deficiente. 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.
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.	Falta de organización en la acción comunitaria. Capacitación deficiente en materia de promoción de la salud a nivel local. Número insuficiente de Promotores de la Salud en los núcleos básicos. Falta de lineamientos, manuales y guías metodológicas adecuadas para la capacitación en materia de promoción de la salud.
	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.

TABLA 1.
Estrategias del PND 2007-2012 y retos generados a los que responde el PRONAREMI 2007-2012

Eje 3. Igualdad de oportunidades		
Objetivos	Estrategias	Retos a los que responde el pronaremi 2007-2012
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 necesidades 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 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.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012	
Objetivos Relacionados	Metas relacionadas al programa de reducción 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.

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.

A lo largo del presente documento se presentarán de forma más específica las relaciones entre indicadores y metas estratégicas del PROSESA y del PRONAREMI 2007-2012.

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.

2. Diagnóstico de Salud



2.1 Problemática

Antecedentes mundiales

Importancia de Tasa de Mortalidad infantil en el Mundo

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.¹⁻⁵

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.⁴

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.^{5,6,7}

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.¹

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 aprecia-

ción global más certera del desarrollo de un país. Este índice es empleado por el Banco Mundial para posicionar a los naciones.^{8,9}

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.¹⁰

Por otro lado, la mortalidad post-natal, se relaciona principalmente con las condiciones socio-económicas, 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.^{8,9}

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.¹¹ 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%).¹⁰⁻¹¹

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.⁴

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.⁵ El descenso dramático en la muerte por diarrea, neumonía y desnutrición se debió fundamentalmente a la Atención Integrada de la Enfermedad Infantil.^{5,12}

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.⁸

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.¹³

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.⁴

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.¹⁰

La prematurez 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.¹⁰

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.^{14,15}

Para lograr esto es fundamental evaluar y rediseñar los centros de atención pediátrica.¹⁶ 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.¹⁶

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.^{10,18}

Otra situación importante a considerar es el subregistro de las muertes infantiles que en muchos países de Latinoamérica continúa siendo un problema grave.⁵

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.¹⁷ 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.

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.

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

Tabla 3. Principales causas globales de mortalidad infantil 2005

Causa	Número de muertes	%
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.

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 anorectal											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.

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.⁶

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.⁸

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).

Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal abarca el periodo fetal (22 semanas) y neonatal temprana, es decir, las que ocurren durante los primeros 7 días de vida, considerando que en estos dos grupos las causas de muerte son similares. Entre las causas indirectas relacionadas con la misma tenemos la pobre salud materna, el estado nutricional deficiente de la mujer embarazada, la presencia de infecciones maternas no tratadas (infección de vías urinarias, infecciones de transmisión sexual, corioamnioitis y malaria). Se estima que la falta de inmunización contra el tétanos durante el embarazo deja a nivel mundial alrededor de 300,000 muertes por año debido a tétanos neonatal. La desnutrición materna y la falta de alimentación al seno materno de manera exclusiva contribuyen a incrementar el riesgo de muerte. Entre otros factores que afectan al recién nacido se encuentra la incapacidad para identificar al recién nacido de riesgo o gravemente enfermo, la escasa vigilancia perinatal y el acceso inadecuado a buenos centros de atención médica, lo que acarrea numerosas muertes.

2.2 Avances 2000-2006

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.

Tabla 5. Factores de riesgo para mortalidad perinatal y neonatal

Factores Maternos:	OR ajustado
Edad materna (años)	
<18	1.1-2.3
>35	1.3-2.0
Talla y peso materna	
Talla < 150 cms	1.3-4.8
Peso antes del embarazo < 47 kgs	1.1-2.4
Paridad	
Primigrávida	1.3-2.2
Multiparidad > 6	1.4-1.5
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
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

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).

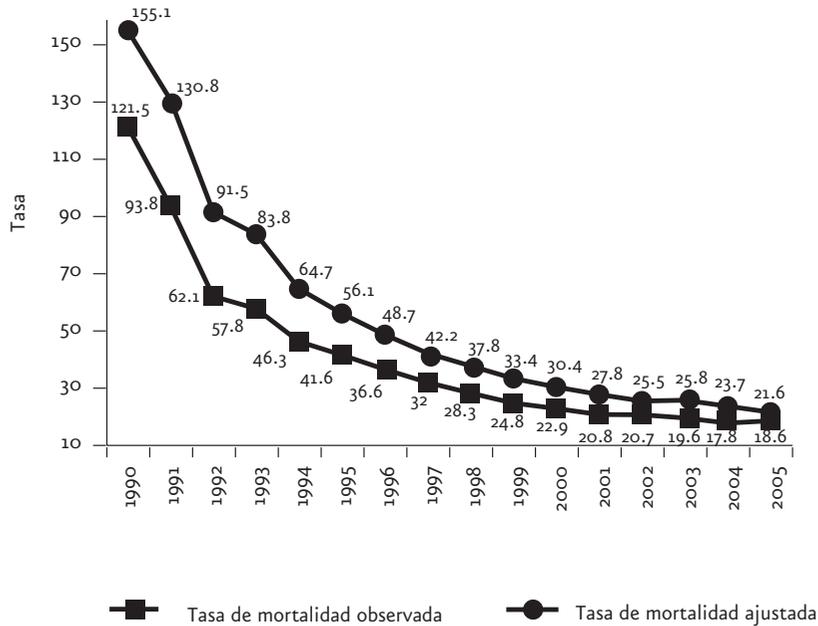
Durante el 2000 al interior del país, las entidades federativas que presentaron las tasas de

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 más bajas 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.

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

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

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.

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

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 y 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.

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%)ⁱ. 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.

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 laborales 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 (bloques 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 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.

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.¹

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 2006:¹

- 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

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 etareo 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 Nacional para la Reducción 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.

Objetivos específicos

1. Fortalecer las acciones de vacunación a la población menor de un año, asegurando el esquema básico completo.
2. 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.
3. Promover conductas de alimentación saludable en la población menor de un año, para reducir la prevalencia de desnutrición en este grupo de edad.
4. Promover el concepto de sexualidad responsable en los adolescentes para reducir la tasa de embarazo en este grupo poblacional.
5. 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.

Su correlación con las líneas de acción se presentan en la tabla 8.

Tabla 8. Descripción de estrategias y líneas de acción relacionadas

		Estrategias	Líneas de acción
S U P P O R T I V I S C I Ó N	C A P A C I T A C I Ó N	1. Realizar acciones que promuevan la prevención de enfermedades en la población menor de un año.	<p>1. Prevención y detección oportuna de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.</p> <p>1.1 Promover y garantizar la atención adecuada y completa al nacimiento.</p> <p>2. Detección oportuna de Malformaciones congénitas</p> <p>2.1 Promover y garantizar la detección oportuna de malformaciones cardíacas:</p> <p>2.2 Promover y garantizar la detección oportuna de defectos Pared y tubo neural</p> <p>3. Prevención de enfermedades diarreicas</p> <p>3.1 Prevención en el hogar, signos de alarma</p> <p>3.2 Detección en la unidad de salud.</p> <p>3.3 Tratamiento oportuno.</p> <p>3.4 Referencia y Contrarreferencia ACTIVAS.</p> <p>4. Prevención de infecciones respiratorias</p> <p>3.1 Prevención en el hogar, signos de alarma</p> <p>3.2 Detección en la unidad de salud.</p> <p>3.3 Tratamiento oportuno.</p> <p>3.4 Referencia y Contrarreferencia ACTIVAS</p> <p>5. Vacunación.</p> <p>5.1 Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema básico completo de vacunación en población de un año de edad.</p> <p>5.2 Reducir a cero el número de casos de tétanos neonatal para el año 2012.</p> <p>6. Detección oportuna de cáncer en menores de un año a través de capacitación al personal de salud.</p> <p>6.1 Capacitación del personal de salud</p> <p>6.2 Referencia oportuna de casos</p> <p>7. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta del personal de salud para la atención de urgencias pediátricas</p>
		2. Fortalecer la participación social en la prevención, detección y tratamiento oportunos de enfermedades en la población menor de un año.	<p>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:</p> <p>9.1 Capacitación pro-activa a madres.</p> <p>9.2 Capacitación pro-activa a la comunidad en general.</p> <p>10. Identificación de los recursos necesarios para la operación del programa.</p> <p>11. Capacitación al personal de salud y a la población en general para garantizar el cumplimiento del programa.</p> <p>12. Supervisión del cumplimiento de las líneas de acción de programa.</p>
		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.	

3.5 Metas anuales 2008-2012

Indicador	Metas					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<p>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.</p> <p>Meta expresada en tasa 8 valor inicial 2006 tasa de 16.2 Por 1000, nacidos vivos estimados</p>	15.53	14.85	14.18	13.5	12.75	12.15

3.6 Metas intermedias

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 98% 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 devacunación 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

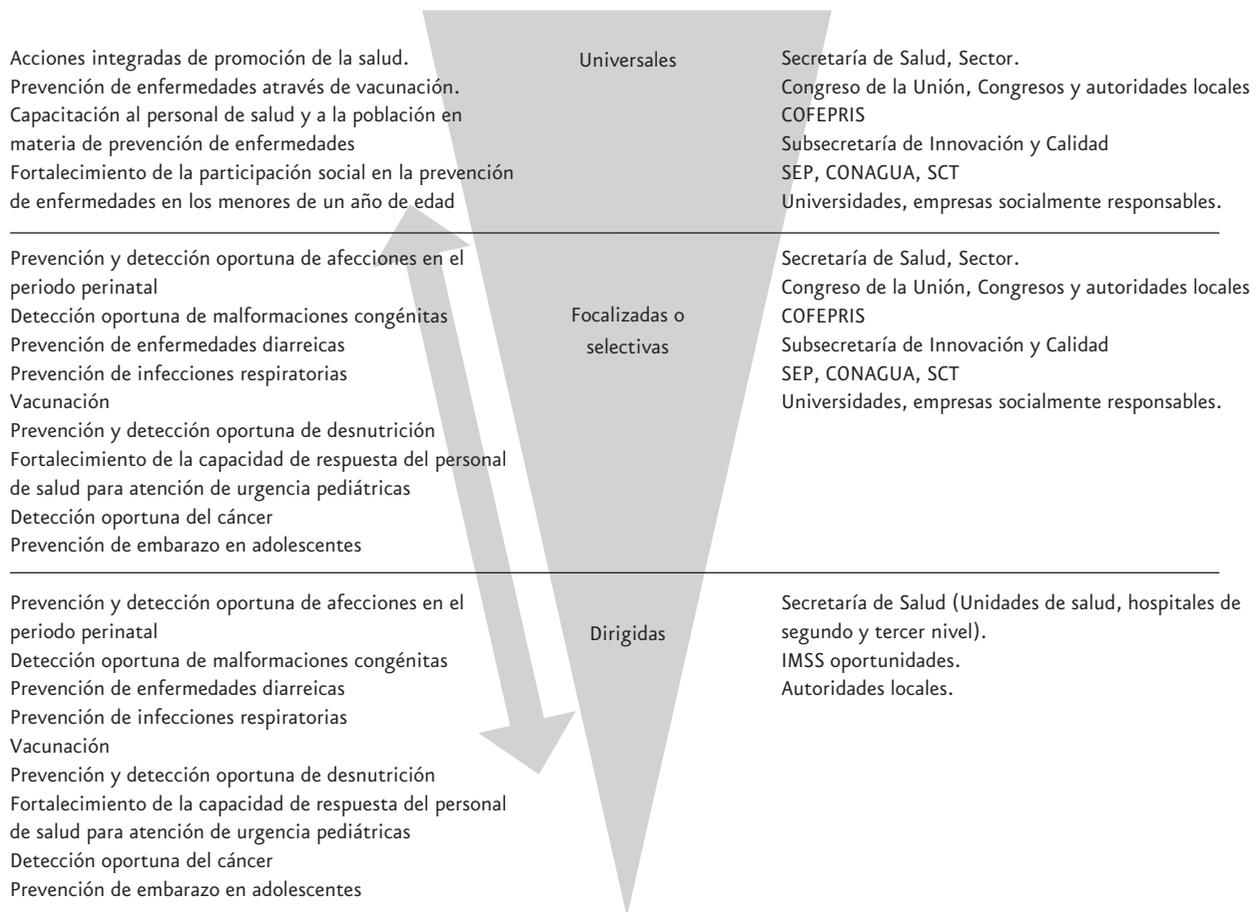


4. Estrategia de implantación operativa

4.1 Modelo Operativo



Modelo Operativo



4.2 Estructura y niveles de responsabilidad

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-neumocócica 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. (ANEXO 1) 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 cayo 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 pre-

vención 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 Adolescente.

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.

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.

De manera general, en las entidades Federativas se cuenta con el siguiente personal:

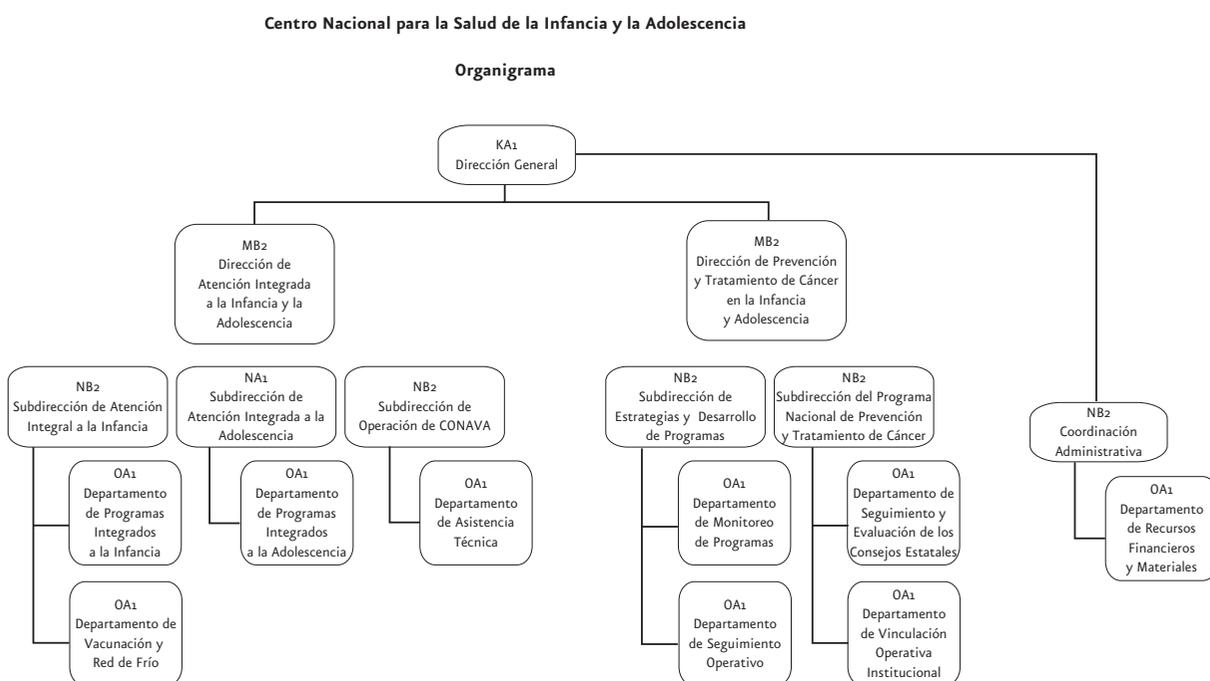
Nivel Estatal:

- 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.

Nivel Federal: Organigrama



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

- 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.

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.

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 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.

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

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 Prevención y Promoción la Salud y del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

Niveles de responsabilidad

La prevención 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:

4.3 Etapas para la instrumentación

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

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

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

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 PROSESA 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 esta-

blecer 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.

Programa	Objetivos	Meta	Estrategia	Acciones	Proceso			Producto			Impacto intermedio			Impacto final								
					Numerador	Denominador	Resultado	Numerador	Denominador	Resultado	Numerador	Denominador	Resultado	Numerador	Denominador	Resultado						
Programa Nacional para la reducción de la mortalidad infantil 2007-2012	Reducir para el 2012 la mortalidad infantil nacional en un 25% con relación a la mortalidad nacional 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.7 de tasa anual. Basal 06=16.2. Tasa por 1000 nacidos vivos	Reducir la tasa de mortalidad nacional de 16.2 en el año 2006 a 12.15 en el año 2012 por 1000 nacidos vivos	1. Prevención de enfermedades en la población menor de un año.	Preven- ción y detección oportuna de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.	Número de reanimaciones neonatales exitosas	Número total de reanimaciones neonatales	Reanimaciones neonatales exitosas	Número de mujeres embarazadas vacunadas con dos dosis de Td	Número de mujeres embarazadas a vacunar	Cobertura de vacunación con Td en mujeres embarazadas	Número total de muertes en menores de un año	Por cada 1000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad infantil									
					Número de consultas realizadas en niños menores de 28 días de vida	Número total de nacimientos	Control del niño sano en el primer mes de vida															
					Número de malformaciones cardíacas referidas	Número total de malformaciones cardíacas detectadas	Referencia activa															
					Número total de defectos de pared referidos con manejo inicial adecuado	Número total de defectos de pared detectados	Referencia activa															
					Número total de malformaciones de tubo neural con manejo inicial adecuado	Número total de defectos de tubo neural detectados	Referencia activa															
					Número total de plan A de Hidratación Oral otorgados	Número total de consultas por enfermedad diarreica aguda	Pacientes con enfermedad diarreica sin deshidratación															
					Número total de Hidratación Oral exitosos	Número total de plan B de Hidratación Oral	Pacientes con Plan B de hidratación oral exitoso															
					Número total de pacientes con plan C de tratamiento.	Número total de pacientes con Plan C exitosos	Pacientes con Plan C exitoso															
					Número de pacientes con plan C referidos a una unidad de segundo nivel	Número total de pacientes con plan C	Referencia activa															

Programa	Objetivos	Meta	Estrategia	Acciones	Proceso			Producto			Impacto intermedio			Impacto final					
					Numerador	Denominador	Resultado	Numerador	Denominador	Resultado	Numerador	Denominador	Resultado	Numerador	Denominador	Resultado			
Programa Nacional para la reducción de la mortalidad infantil 2007-2012	Reducir para el 2012 la mortalidad infantil nacional en un 25% con relación a la mortalidad nacional en 2006 (reducción anual de 4.2%), que equivale a una reducción de 0.7 de tasa por 1000 nacidos vivos	Reducir la tasa de mortalidad nacional de 16.2 en el año 2006 a 12.15 en el año 2012 por 1000 nacidos vivos	1. Prevención de enfermedades en la población menor de un año.	Prevención de infecciones respiratorias agudas	Número de consultas por IRA en el menor de un año con tratamiento sintomático	Número total de consultas por IRA en menores de un año	Porcentaje de niños menores de un año con IRA y tratamiento sintomático	Número de muertes en menores de un año por enfermedad respiratoria aguda	Número de menores de un año	Tasa de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda (tasa por cada 100,000 menores de un año)									
					Número de consultas por IRA en el menor de un año con tratamiento antibiótico	Número total de consultas por IRA en menores de un año	Porcentaje de niños menores de un año con IRA y tratamiento antibiótico												
					Vacunación			Número total de niños de un año con esquema de vacunación completo	Número total de niños de un año en censo nominal	Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de un año									
					Nutrición			Número total de casos de tétanos neonatal	Número de nacimientos	Tasa de tétanos neonatal									
					Número total de niños con desnutrición de segundo y tercer grado recuperados	Número total de niños con desnutrición en tratamiento	Porcentaje de niños desnutridos recuperados	Número total de niños menores de un año con desnutrición de segundo y tercer grado	Número total de niños menores de un año	Prevalencia de desnutrición en menores de un año									
				Cáncer	Número total de niños referidos con posible diagnóstico de cáncer	Número total de niños detectados	Referencia activa												
				Fortalecimiento de la capacidad de res-puesta del personal de salud para la atención de urgencias pediátricas	Número de reanimaciones pediátricas exitosas	Número total de reanimaciones pediátricas	Reanimación pediátrica efectiva												
					Número de intoxicaciones, quemaduras y cuerpos extraños referidos con tratamiento adecuado a segundo nivel.	Número total de intoxicaciones, quemaduras y cuerpos extraños detectados	Referencia activa												

6. Anexos



Anexo 1.

Diagnóstico de la situación de la Red de Frío Nacional, existencias y requerimientos

Elemento	Necesario	Existente		Faltante	
		Cantidad	%	Cantidad	%
Cámara fría	177	99	55.9	78	44.1
Precámara	173	47	27.2	126	72.8
Termograficador	249	75	30.1	174	69.9
Papel termograficador	2102	165	7.8	1937	92.2
Plumilla para papel termograficador	659	54	8.2	605	91.8
Termostato	194	111	57.2	83	42.8
Unidad evaporadora	208	122	58.7	86	41.3
Unidad condensadora	220	118	53.6	102	46.4
Planta de energía eléctrica	256	86	33.6	170	66.4
Alarma visual y auditiva	419	93	22.2	326	77.8
Traje para protegerse del frío	296	102	34.5	194	65.5
Termómetro de vástago carátula grande	484	174	36.0	310	64.0

Entidades estatales con menos del 50% de faltante de cámara fría

Entidad Federativa	Necesaria	Existente			Faltante	% Faltante
		Buen estado	Reparable	Baja		
Hidalgo	14	6	2	0	6	42.9
Tamaulipas	7	2	2	0	3	42.9
Chihuahua	6	4	0	0	2	33.3
Durango	6	2	2	0	2	33.3
Quintana Roo	3	2	0	0	1	33.3
Zacatecas	3	2	0	0	1	33.3
Baja California	7	4	1	0	2	28.6
Sonora	7	5	0	0	2	28.6
Chiapas	12	11	0	1	1	8.3

Servicios estatales de salud con faltantes $\geq 50\%$ de cámara fría

Entidad Federativa	Necesaria	Buen estado	Existente			% Faltante
			Reparable	Baja	Faltante	
México	20	1	0	0	19	95.0
Jalisco	9	2	0	0	7	77.8
Oaxaca	8	2	0	0	6	75.0
Querétaro	4	1	0	0	3	75.0
Veracruz	4	1	0	0	1	75.0
Michoacán	3	1	0	0	2	66.7
Nayarit	3	1	0	0	2	66.7
Campeche	4	2	0	0	2	50.0
Colima	6	1	2	0	3	50.0
Guanajuato	6	2	1	0	3	50.0
Guerrero	6	3	0	0	3	50.0
Morelos	4	2	0	0	2	50.0
Tabasco	2	1	0	0	1	50.0
Yucatán	4	2	0	0	2	50.0

Anexo 2.

Modelo de gestión de recursos materiales y humanos

Infraestructura y Recursos Humanos:

Para la obtención de recursos se gestionarán las siguientes fuentes:

- a) Fuentes de financiamiento gestionadas por la Entidad Federativa.
- b) A nivel federal, por medio de Fondo de Protección en Salud a través de la acreditación de unidades para el PRONAREMI 2007-2012
 - a) En cada Municipio con Centro de Salud se deberán gestionar los siguientes recursos:

Recursos Humanos:

- a) Médico adscrito apoyado con:
 - b) Residente de tercer año de pediatría.
 - c) Residente de tercer año de ginecología-obstetricia.
 - d) Residente de Epidemiología.
 - e) Médico pasante.
 - f) Tres licenciadas en enfermería.
 - g) Una trabajadora Social.
 - h) Un contacto directo con el Transporte relacionado (Chofer o piloto según sea el caso).
 - i) Promotor de Salud.

Salarios:

Los médicos residentes reciben beca por parte de la SS durante la residencia. Se deberán aumentar los gastos de transporte y alimentación.

Médico pasante: Se deberán mejorar las condiciones salariales de los mismos o bien asegurar sus gastos de transporte y alimentación.

Licenciadas en enfermería y trabajo social:

Valorar:

Ocupación de pasantes.

Personal titulado del Estado.

Salario propuesto: \$ 12,000.00 mensuales + gastos de transporte y alimentación.

Chófer o piloto:

Salario propuesto: \$ 8000.00 + gastos de transporte y alimentación.

Infraestructura de los Centros de Salud.

De acuerdo a las cédulas previamente descritas.

Infraestructura para el personal de salud:

Residencia:

- a) Ocho habitaciones independientes para el personal ya que deberá estar disponible las 24 horas del día.
- b) Tres baños completos.
- c) Cocineta separada de las áreas laborales.
- d) Calefactores o sistema de aire acondicionado según sea el caso.

Desarrollo Social

Educación:

Evaluar los temas de educación en salud en las escuelas del municipio.

Detección de enfermedades en escuelas.

Capacitación a Maestros.

Desarrollo Urbano

Evaluación por parte de Caminos y Puentes Federales de los accesos.

Construcción y desarrollo de viviendas.

Introducción de drenaje, agua potable y alcantarillado (Comisión Nacional de Agua)

Introducción de electricidad.

Pavimentación.

Desarrollo Agrario E Industrial

Buscar opciones de impulso para pequeña y mediana industria.

Desarrollo agrario:

Apoyo con Institutos de Investigación y Universidades para el desarrollo de programas de: Energía Solar.

Potencialización la siembra y cultivo.

Instalación de comedores para los niños en las escuelas

Será fundamental hacer partícipes a las empresas socialmente responsables para el apoyo en:

Alimentación.

Educación.

Recreación.

Anexo 2.

Aplicación de la cédula de diagnóstico situacional para la implementación del programa nacional para la reducción de la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano de México 2007-2012

La cédula evalúa cuatro apartados:

- I. Condiciones geográficas y demográficas.
 - II. Características de la infraestructura y funcionamiento global de los Centros de Salud.
 - III. Fuentes de financiamiento.
 - IV. Posibles fuentes de apoyo en Recursos Humanos.
-
- I. Determinación de las condiciones geográficas y demográficas.
 1. Mapa de la situación geográfica de los municipios más pobres con:
 - a) Accesos por vía terrestre, aérea y marítima.
 - b) Orografía e Hidrografía del Estado.
 - c) Mapeo de cada uno de los municipios con existencia de:
 - Centro de Salud en el Municipio.
 - Centro de Salud más cercano.
 - Hospital de Segundo Nivel más cercano
 - Hospital de Tercer Nivel más cercano.
 - d) Número de Unidades de Salud y personal con los que cuenta los 100 municipios más pobres y el Estado correspondiente:
 - Centro de Salud en el Municipio.
 - Centro de Salud más cercano.
 - Hospital de Segundo Nivel más cercano
 - Hospital de Tercer Nivel más cercano.Con los accesos existentes y tiempos estimados de arribo.
 - e) Red de agua potable, drenaje y alcantarillado.
 - f) Existencia de fosas sépticas, número y funcionamiento.
 2. Índice de desempleo en los Estados mencionados con desglose por municipio.
 3. Principales fuentes de ingreso actuales y posibles fuentes de cada uno de los municipios.
 4. Programas actuales de fomento al desarrollo que incluyan estos Estados y específicamente los municipios involucrados.

- II. Características de la infraestructura y funcionamiento global de los centros de salud.
 1. Clasificación
Los Centros de Salud de los municipios involucrados deberán ser clasificados en:
 - a. Comunidades CON Centro de Salud y accesos adecuados: Se definen como aquellas comunidades que cuentan con Centro de Salud y se encuentren a una hora o menos de camino hasta una unidad de segundo nivel y cuyos accesos ya sean terrestres, aéreos o marítimos se encuentren en buenas condiciones, esto deberá ser determinado por la SCT).
 - b. Comunidades SIN Centro de Salud y CON accesos adecuados : Se definen como aquellas Comunidades que NO CUENTAN CON CENTRO DE SALUD y se encuentran a una hora o menos de camino hasta una unidad de segundo nivel y cuyos accesos ya sean terrestres, aéreos o marítimos se encuentren en buenas condiciones, esto deberá ser determinado por la SCT).
 - c. Comunidades CON Centro de Salud SIN accesos adecuados: Se definen como aquellas Comunidades que cuentan con Centro de Salud y se encuentren más de una hora de camino hasta una unidad de segundo nivel y cuyos accesos ya sean terrestres, aéreos o marítimos se encuentren en condiciones deficientes (esto deberá ser determinado por la SCT).
 - d. Comunidades SIN Centro de Salud y SIN accesos adecuados: Se definen como aquellas Comunidades SIN Centro de Salud y se encuentren a más de una hora de camino hasta una unidad de segundo nivel y cuyos accesos ya sean terrestres, aéreos o marítimos se encuentren en condiciones deficientes (esto deberá ser determinado por la SCT).
 2. Una vez clasificados, cada uno de los centros de salud deberá ser evaluado de acuerdo a la cédula correspondiente.
- III. Determinar las fuentes de financiamiento federal, estatal, municipal, dependencias y organismos no gubernamentales e iniciativa privada ya existentes y las potenciales (esquema I).
- IV. Determinar las posibles fuentes de recursos humanos mediante la gestión ante universidades para creación de plazas de servicio social (esquema II).
 - Enunciar Universidades.
 - Enunciar el tipo de carreras a participar.

Etapa	Niveles de responsabilidad
Etapa I Diagnóstico situacional global	Federal: CENSIA
	Estatal: -Gobernador Constitucional -Presidente Municipal -Secretario de Salud -Director de los Servicios de Salud -Coordinador del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia
Etapa II Evaluación del cumplimiento de los programas prioritarios	Federal: CENSIA
	Estatal: Secretario de Salud Director de los Servicios de Salud Encargado del PASIA
Etapa III Seguimiento y evaluación operativa del programa en base a indicadores-meta.	Federal: CENSIA
	Estatal: Secretario de Salud Director de los Servicios de Salud Coordinador del PASIA

Etapas:

- I. Diagnóstico situacional.
- II. Diagnóstico de la estructura para el cumplimiento de programas prioritarios.
- III. Seguimiento y evaluación operativa del programa en base a indicadores y metas.

**Modelo operativo PRONAREMI
2007-2012**

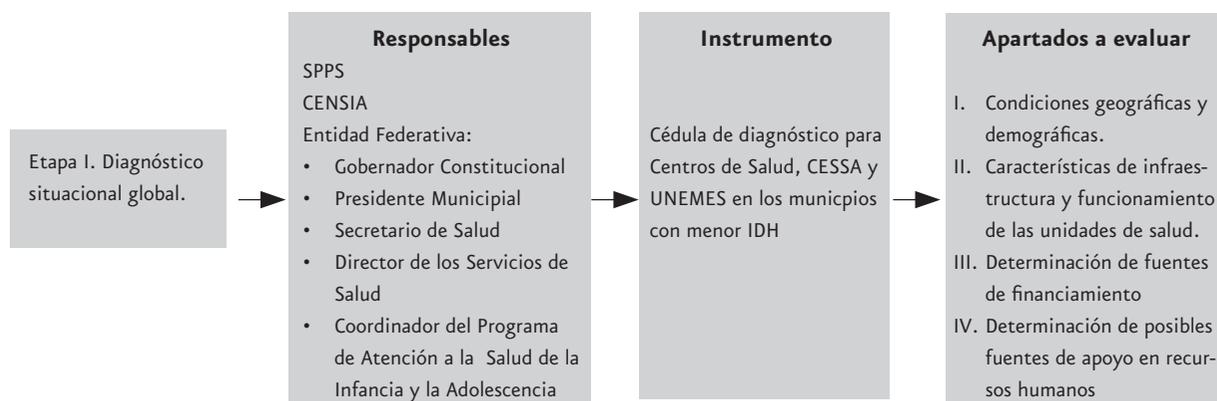
Meta: reducir en un 40% la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano.



Tasa 2005	
Chiapas	13.4
Guerrero	10.0
Nayarit	8.8
Puebla	25.5
Veracruz	14.9
Durango	13.2
Oaxaca	15.2

- Etapa I. Diagnóstico situacional global
- Etapa II: Evaluación del cumplimiento de los programas prioritarios
- Etapa III: Seguimiento y evaluación operativa del programa en base a indicadores-meta

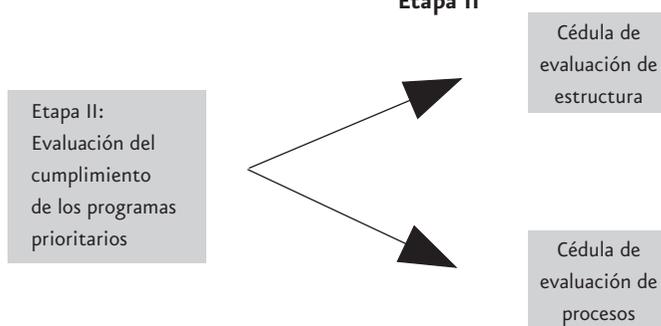
**Modelo operativo
Etapa I**



Modelo Operativo Etapa I, Productos de la Evaluación con el Instrumento Designado

Aspectos a evaluar	Producto	Acciones a realizar por parte del centro nacional para la salud de la infancia y la adolescencia
I. Condiciones geográficas y demográficas	Descripción de las características de cada municipio: Accesos, Saneamiento Ambiental, Índice de desempleo y Programas de apoyo funcionantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mapeo de los 100 Municipios con menor IDH. 2. Informe al Estado del resultado de la cédula de evaluación. 3. Seguimiento de las acciones de gestión propuestas al estado.
II. Características de infraestructura y funcionamiento de las unidades de salud	Clasificación de las unidades de salud en cada municipio de acuerdo a características específicas en base a sus accesos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mapeo de las unidades de salud en los 100 municipios con menor IDH. 2. Informe al Estado del resultado de la cédula de evaluación. 3. Seguimiento de las acciones de gestión propuestas al estado. 4. Gestión de recursos de acuerdo al modelo de recursos materiales y humanos (Anexo I)
III. Determinación de fuentes de financiamiento existentes en los municipios	Descripción de las fuentes de financiamiento y programas de apoyo existentes en los siguientes niveles: Municipal Estatal Federal Iniciativa privada Organismos no gubernamentales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe al Estado del resultado de la cédula de evaluación. 2. Seguimiento de las acciones de gestión propuestas al estado. 3. Asesoría al Estado en materia de financiamiento.
IV. Determinación de posibles fuentes de apoyo en recursos humanos	Descripción de las universidades estatales existentes y la posible colaboración con el programa (Servicio Social)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe al Estado del resultado de la cédula de evaluación. 2. Seguimiento de las acciones de gestión propuestas al estado 3. Asesoría al Estado en materia de gestión de convenios de colaboración con Universidades.

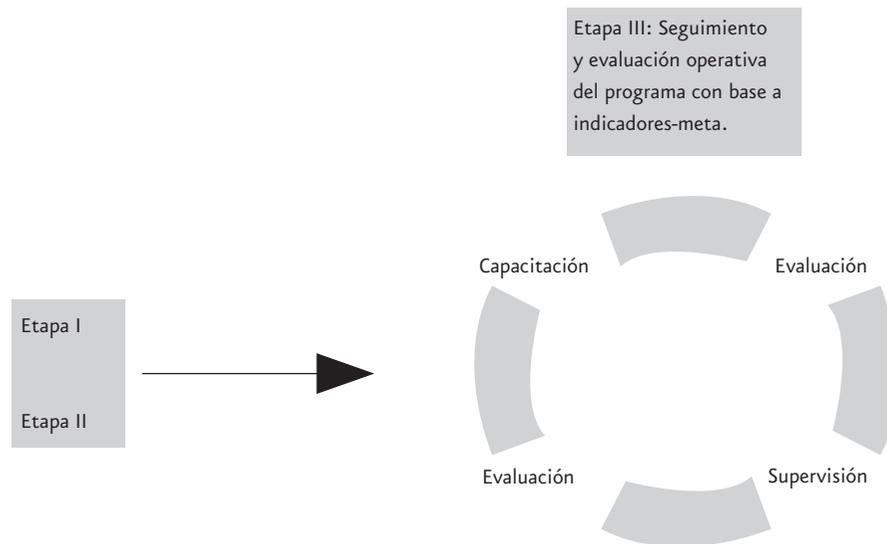
**Modelo operativo
Etapa II**



Modelo Operativo Etapa II, Productos de la Evaluación con el Instrumento Designado

Aspectos de la evaluación	Acciones a realizar en campo por parte del centro nacional para la salud de la infancia y la adolescencia	Acciones a realizar por parte de las entidades federativas
Estructura para cumplimiento de las líneas de acción del programa	1. Certificación de Unidades de Salud para el programa. 2. Recertificación semestral.	1. Unidades certificadas. Supervisión bimensual para asegurar la certificación federal semestral. Evaluación bimensual de los temas de capacitación en coordinación con el nivel federal.
Procesos y resultados de las líneas de acción del programa.	3. Supervisión trimestral de procesos. 4. Capacitación semestral en materia de los procesos.	2. Unidades no certificadas. Capacitación, supervisión y seguimiento de acciones enfocadas a la certificación de la unidad en un plazo no mayor a seis meses después del primer resultado no aprobatorio.

Modelo operativo Etapa III



Cédula para el diagnóstico situacional de los centros de salud localizados en comunidades con accesos adecuados para el PRONAREMI 2007-2012.

Nombre de la Comunidad:		
Municipio:		
Entidad Federativa:		
Estructura		
A) Infraestructura de la Unidad de Salud.	Sí	No
1. Agua potable y drenaje funcionales.		
2. Fuentes de Energía Eléctrica y Combustión.		
3. Tarjas y lavabos suficientes y en funcionamiento		
4. Carro rojo completo y con medicamentos vigentes		
B) accesos a unidades de segundo nivel:		
1. Medio de transporte relacionado con equipamiento para sostén pediátrico, con disponibilidad las 24 horas.		
Combustible y mantenimiento:		
1. Gasolineras disponibles las 24 horas.		
2. Proceso que asegure la disponibilidad del equipo en caso de desperfectos fortuitos.		
3. Toma de oxígeno en el Centro de Salud		
4. Tanques de oxígeno para transporte		
5. Planta abastecedora de oxígeno cercana, de no existir se deberá presentar el procedimiento escrito que asegure el abasto con periodicidad.		
C) accesos a unidades de tercer nivel:		
1. Medio de transporte relacionado con equipamiento para sostén pediátrico, con disponibilidad las 24 horas.		
Combustible y mantenimiento:		
1. Gasolineras disponibles las 24 horas.		
2. Proceso que asegure la disponibilidad del equipo en caso de desperfectos fortuitos.		
3. Toma de oxígeno en el Centro de Salud		
4. Tanques de oxígeno para transporte		
5. Planta abastecedora de oxígeno cercana, de no existir se deberá presentar el procedimiento escrito que asegure el abasto con periodicidad.		
D) Recursos Humanos en el Centro de Salud:		
a) Médico General con entrenamiento certificado en reanimación pediátrica.		
b) Médico pasante con entrenamiento certificado en reanimación pediátrica.		
c) Médico General con entrenamiento certificado en reanimación neonatal.		
d) Médico pasante con entrenamiento certificado en reanimación neonatal.		
e) Enfermera general titulada o pasante con entrenamiento certificado en reanimación pediátrica..		
f) Enfermera general titulada o pasante con un entrenamiento certificado en reanimación neonatal.		
g) Un contacto directo con el Transporte relacionado Chofer o piloto según sea el caso.		
h) Trabajadora Social.		
i) Promotor de Salud.		

PUNTUACIÓN MÁXIMA: 25.

RANGOS: Menos de 14: ESTRUCTURA INSUFICIENTE,

De 15-19: ESTRUCTURA DEFICIENTE,

De 20-25: ESTRUCTURA SUFICIENTE.

CALIFICACIÓN FINAL: _____ ESTRUCTURA: _____

Cédula para el diagnóstico situacional de los centros de salud

Nombre de la Comunidad:		
Municipio:		
Entidad Federativa:		
Estructura		
A) Infraestructura de la Unidad de Salud.	Sí	No
1. Agua potable y drenaje funcionales.		
2. Fuentes de Energía Eléctrica y Combustión.		
3. Tarjas y lavabos suficientes y en funcionamiento		
4. Carro rojo completo y con medicamentos vigentes		
B) Accesos a unidades de segundo nivel:		
1. Medio de transporte relacionado con equipamiento para sostén pediátrico, con disponibilidad las 24 horas.		
Combustible y mantenimiento:		
1. Gasolineras disponibles las 24 horas.		
2. Proceso que asegure la disponibilidad del equipo en caso de desperfectos fortuitos.		
3. Toma de oxígeno en el transporte		
4. Tanques de oxígeno para transporte		
5. Planta abastecedora de oxígeno cercana, de no existir se deberá presentar el procedimiento escrito que asegure el abasto con periodicidad.		
C) Accesos a unidades de tercer nivel:		
1. Medio de transporte relacionado con equipamiento para sostén pediátrico, con disponibilidad las 24 horas.		
Combustible y mantenimiento:		
1. Gasolineras disponibles las 24 horas.		
2. Proceso que asegure la disponibilidad del equipo en caso de desperfectos fortuitos.		
3. Toma de oxígeno en el transporte.		
4. Tanques de oxígeno para transporte		
5. Planta abastecedora de oxígeno cercana, de no existir se deberá presentar el procedimiento escrito que asegure el abasto con periodicidad.		
D) recursos humanos en el centro de salud:		
a) Médico General con entrenamiento certificado en reanimación pediátrica.		
b) Médico pasante con entrenamiento certificado en reanimación pediátrica.		
c) Médico General con entrenamiento certificado en reanimación neonatal.		
d) Médico pasante con entrenamiento certificado en reanimación neonatal.		
e) Enfermera general titulada o pasante con entrenamiento certificado en reanimación pediátrica..		
f) Enfermera general titulada o pasante con un entrenamiento certificado en reanimación neonatal.		
g) Un contacto directo con el Transporte relacionado Chofer o piloto según sea el caso.		
h) Trabajadora Social.		
i) Promotor de Salud.		
TOTAL		

PUNTUACIÓN MÁXIMA: 25.

RANGOS: Menos de 14: ESTRUCTURA INSUFICIENTE,

De 14-19: ESTRUCTURA DEFICIENTE,

De 20-25: ESTRUCTURA SUFICIENTE.

CALIFICACIÓN FINAL: _____ ESTRUCTURA: _____

Cédula para el diagnóstico situacional de las comunidades sin centro de salud localizados en comunidades con accesos adecuados para el PRONAREMI 2007-2012.

Nombre de la Comunidad:		
Municipio:		
Entidad Federativa:		
A) Alternativa de centros de salud	SÍ	NO
1. Casa de salud		
2. CESSA		
3. UNEME		
B) Accesos a unidades de segundo nivel:		
1. Medio de transporte relacionado con equipamiento para sostén pediátrico, con disponibilidad las 24 horas.		
Combustible y mantenimiento:		
1. Gasolineras disponibles las 24 horas.		
2. Proceso que asegure la disponibilidad del equipo en caso de desperfectos fortuitos.		
3. Toma de oxígeno en el transporte		
4. Tanques de oxígeno para transporte		
5. Planta abastecedora de oxígeno cercana, de no existir se deberá presentar el procedimiento escrito que asegure el abasto con periodicidad.		
C) Accesos a unidades de tercer nivel:		
1. Medio de transporte relacionado con equipamiento para sostén pediátrico, con disponibilidad las 24 horas.		
Combustible y mantenimiento:		
1. Gasolineras disponibles las 24 horas.		
2. Proceso que asegure la disponibilidad del equipo en caso de desperfectos fortuitos.		
3. Toma de oxígeno en el transporte		
4. Tanques de oxígeno para transporte		
5. Planta abastecedora de oxígeno cercana, de no existir se deberá presentar el procedimiento escrito que asegure el abasto con periodicidad.		
D) Recursos humanos en casa de salud, CESSA, UNEME		
a) Médico General con entrenamiento certificado en reanimación pediátrica.		
b) Médico pasante con entrenamiento certificado en reanimación pediátrica.		
c) Médico General con entrenamiento certificado en reanimación neonatal.		
d) Médico pasante con entrenamiento certificado en reanimación neonatal.		
e) Enfermera general titulada o pasante con entrenamiento certificado en reanimación pediátrica..		
f) Enfermera general titulada o pasante con un entrenamiento certificado en reanimación neonatal.		
g) Un contacto directo con el Transporte relacionado Chofer o piloto según sea el caso.		
h) Trabajadora Social.		
i) Promotor de Salud.		

PUNTUACIÓN MÁXIMA: 24.

RANGOS: Menos de 12 ESTRUCTURA INSUFICIENTE,

De 12-17: ESTRUCTURA DEFICIENTE

De 18 -24: ESTRUCTURA SUFICIENTE.

CALIFICACIÓN FINAL: _____ ESTRUCTURA: _____

Cédula para el diagnóstico situacional de las comunidades sin centro de salud localizados comunidades sin accesos adecuados para el PRONAREMI 2007-2012.

Nombre de la Comunidad:		
Municipio:		
Entidad Federativa:		
A) Alternativa de centros de salud	SÍ	NO
1. Casa de salud		
2. CESSA		
3. UNEME		
B) Accesos a unidades de segundo nivel:		
1. Medio de transporte relacionado con equipamiento para sostén pediátrico, con disponibilidad las 24 horas.		
Combustible y mantenimiento:		
1. Gasolineras disponibles las 24 horas.		
2. Proceso que asegure la disponibilidad del equipo en caso de desperfectos fortuitos.		
3. Toma de oxígeno en el transporte		
4. Tanques de oxígeno para transporte		
5. Planta abastecedora de oxígeno cercana, de no existir se deberá presentar el procedimiento escrito que asegure el abasto con periodicidad.		
B) Accesos a unidades de tercer nivel:		
1. Medio de transporte relacionado con equipamiento para sostén pediátrico, con disponibilidad las 24 horas.		
Combustible y mantenimiento:		
1. Gasolineras disponibles las 24 horas.		
2. Proceso que asegure la disponibilidad del equipo en caso de desperfectos fortuitos.		
3. Toma de oxígeno en el transporte		
4. Tanques de oxígeno para transporte		
5. Planta abastecedora de oxígeno cercana, de no existir se deberá presentar el procedimiento escrito que asegure el abasto con periodicidad.		
D) Recursos humanos en casa de salud, CESSA, UNEME		
a) Médico General con entrenamiento certificado en reanimación pediátrica.		
b) Médico pasante con entrenamiento certificado en reanimación pediátrica.		
c) Médico General con entrenamiento certificado en reanimación neonatal.		
d) Médico pasante con entrenamiento certificado en reanimación neonatal.		
e) Enfermera general titulada o pasante con entrenamiento certificado en reanimación pediátrica..		
f) Enfermera general titulada o pasante con un entrenamiento certificado en reanimación neonatal.		
g) Un contacto directo con el Transporte relacionado Chofer o piloto según sea el caso.		
h) Trabajadora Social.		
i) Promotor de Salud.		

PUNTUACIÓN MÁXIMA: 24.

RANGOS: Menos de 12 ESTRUCTURA INSUFICIENTE,

De 12-17: ESTRUCTURA DEFICIENTE,

De 18 -24: ESTRUCTURA SUFICIENTE.

CALIFICACIÓN FINAL: _____ ESTRUCTURA: _____

Esquema I.

A) Cédula de determinación de fuentes de financiamiento para el municipio existentes.

Fecha de inicio del financiamiento	Nombre de la fuente	Tipo	Población objetivo	Resultantes del financiamiento

Nombre de la fuente: ej. SEDESOL, INICIATIVA PRIVADA (NOMBRE DE LA EMPRESA), etc.

Tipo: Federal, Estatal, municipal.

Población objetivo: anotar el grupo de edad.

Resultantes del Financiamiento: distribución de leche en polvo a menores de 5 años, distribución de papilla a familias PROGRESA, etc.

B) Cédula de determinación de potenciales fuentes de financiamiento para el municipio.

Fecha de inicio del financiamiento	Nombre de la fuente	Tipo	Población objetivo	Resultantes del financiamiento

Nombre de la fuente: ej. SEDESOL, INICIATIVA PRIVADA (NOMBRE DE LA EMPRESA), etc.

Tipo: Federal, Estatal, municipal.

Población objetivo: anotar el grupo de edad.

Resultantes del Financiamiento: distribución de leche en polvo a menores de 5 años, distribución de papilla a familias PROGRESA, etc.

Esquema II.

B) Posibles fuentes de apoyo de recursos humanos mediante la gestión ante universidades para creación de plazas de servicio social

¿Su estado cuenta con Universidades Públicas? Sí_____ No_____

Si su respuesta es afirmativa pase al apartado I.

Si su respuesta es negativa pase al apartado II.

¿Su estado cuenta con Universidades Privadas? Sí_____ No_____

Si su respuesta es afirmativa pase al apartado III.

Si su respuesta es negativa pase al apartado II.

APARTADO I.

Nombre de la Universidad	
¿Se cuenta con convenio de colaboración para la realización de servicio social?	
Si la respuesta es afirmativa, anote las carreras participantes.	
Anote las carreras no participantes en las que se tenga interés.	

APARTADO II.

¿Cuál es la Universidad estatal más cercana? anote el nombre	
¿Se cuenta con convenio de colaboración para la realización de servicio social?	
Si la respuesta es afirmativa, anote las carreras participantes.	
Anote las carreras no participantes en las que tenga interés	

APARTADO III.

Nombre de la Universidad	
¿Se cuenta con convenio de colaboración para la realización de servicio social?	
Si la respuesta es afirmativa, anote las carreras participantes.	
Anote las carreras no participantes en las que se tenga interés.	

Anexo 3.

Estructura para el cumplimiento de los programas prioritarios

1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
 - a) Atención prenatal completa.
 - Vacunación de la mujer durante el embarazo con toxoide diftérico (dos dosis).
 - Vigilancia de administración de ácido fólico y hierro a la mujer embarazada
 - b) Atención neonatal.
 - Reanimación Neonatal.
 - Atención del recién nacido sano:
 - Detección oportuna de Errores innatos del metabolismo y malformaciones congénitas.
 - Detección y tratamiento oportuno de sepsis neonatal.
 - Referencia y Contrarreferencia Activas.

2. Detección oportuna de Malformaciones Congénitas:
 - a) Cardíacas:
 - Detección
 - Manejo inicial
 - Referencia y Contrarreferencia.
 - b) Defectos Pared y tubo neural.
 - Detección.
 - Manejo Inicial
 - Referencia y Contrarreferencia ACTIVAS.

3. Prevención de enfermedades diarreicas
 - a) Prevención en el hogar, signos de alarma
 - b) Detección en la unidad de salud.
 - c) Tratamiento oportuno.
 - d) Referencia y Contrarreferencia ACTIVAS

4. Prevención de infecciones respiratorias
 - a) Prevención en el hogar, signos de alarma
 - b) Detección en la unidad de salud.
 - c) Tratamiento oportuno.
 - d) Referencia y Contrarreferencia ACTIVAS.

5. Vacunación.
 - a) Mantener por arriba del 95% la cobertura con esquema básico completo de vacunación en población de un año de edad.
 - b) Reducir a cero el número de casos de tétanos neonatal para el año 2012.
6. Prevenir y detectar oportunamente la desnutrición en menores de un año de edad en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano.

7. Detección oportuna de cáncer en menores de un año a través de capacitación al personal de salud.

8. 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:
 - 8.1 Capacitación pro-activa a madres.
 - 8.2 Capacitación pro-activa a la comunidad en general.

9. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta del personal de salud para la atención de urgencias pediátricas
 - a) Reanimación pediátrica avanzada.
 - b) Manejo de intoxicaciones.
 - c) Manejo de quemaduras.
 - d) Manejo de cuerpo extraño en vía aérea y digestiva.
 - e) Referencia y Contrarreferencia ACTIVAS.

Presupuesto de egresos de la Federación 2008 para el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

UR	GF	FN	SF	PG	AI	PP	PI	OG	TG	FF	DESCRIPCIÓN	IMPORTE
Roo											Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia	1,278,662,299
Roo	2										DESARROLLO SOCIAL	1,278,662,299
Roo	2	1									SALUD	1,278,662,299
Roo	2	1	1								Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad	14,941,418
Roo	2	1	1	0							Sin Programa	14,941,418
Roo	2	1	1	0	2						Servicios de apoyo administrativo	2,599,019
Roo	2	1	1	0	2	Mo01					Actividades de apoyo administrativo	2,599,019
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01				Otorgar apoyo administrativo y sustantivo	2,471,182
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01	2100	1	1	Materiales y útiles de administración y de enseñanza	97,266
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01	2200	1	1	Productos alimenticios	40,588
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01	2300	1	1	Herramientas, refacciones y accesorios	16,706
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01	2400	1	1	Materiales y artículos de construcción	8,259
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01	2500	1	1	Mat. primas de producción, prod. químicos, farmacéuticos y de lab.	1,609
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01	2600	1	1	Combustibles, lubricantes y aditivos	18,491
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01	2700	1	1	Vestuario, blancos, prendas de prot. personal y arts. deportivos	44,055
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01	3200	1	1	Servicios de arrendamiento	123,749
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01	3400	1	1	Servicios comercial, bancario, financiero, subcontratación de serv. con terceros y gastos inherentes	11,624
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01	3500	1	1	Servicios de mantenimiento y conservación	90,898
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01	3600	1	1	Servicios de impresión, grabado, publicación, difusión e información	176,962
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01	3700	1	1	Servicios de comunicación social y publicidad	1,311,526
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	AD01	3800	1	1	Servicios oficiales	529,449
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	SU01				Pago de servicios subrogados	127,837
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	SU01	2600	1	1	Combustibles, lubricantes y aditivos	17,398
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	SU01	3200	1	1	Servicios de arrendamiento	43,660
Roo	2	1	1	0	2	Mo01	SU01	3500	1	1	Servicios de mantenimiento y conservación	66,779
Roo	2	1	1	0	15						Promoción de la salud y prevención y control de enfermedades fortalecidas e integradas sectorial e intersectorialmente	12,342,399
Roo	2	1	1	0	15	E031					Promoción de la salud y prevención de enfermedades	12,342,399
Roo	2	1	1	0	15	E031	CC03				Diagnostico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años	1,982,959
Roo	2	1	1	0	15	E031	CC03	2100	1	1	Materiales y útiles de administración y de enseñanza	282,151
Roo	2	1	1	0	15	E031	CC03	3400	1	1	Servicios comercial, bancario, financiero, subcontratación de serv. con terceros y gastos inherentes	122,875
Roo	2	1	1	0	15	E031	CC03	3600	1	1	Servicios de impresión, grabado, publicación, difusión e información	870,369
Roo	2	1	1	0	15	E031	CC03	3800	1	1	Servicios oficiales	707,564
Roo	2	1	1	0	15	E031	lo77				Sigamos aprendiendo en el hospital	5,390,706
Roo	2	1	1	0	15	E031	lo77	2100	1	1	Materiales y útiles de administración y de enseñanza	265,638
Roo	2	1	1	0	15	E031	lo77	3300	1	1	Asesorías, consultorías, serv. informáticos, est. e investigaciones y otros serv.	1,731,470
Roo	2	1	1	0	15	E031	lo77	3600	1	1	Servicios de impresión, grabado, publicación, difusión e información	1,002,066

Roo	2	1	1	o	15	Eo31	lo77	3800	1	1	Servicios oficiales	2,391,532
Roo	2	1	1	o	15	Eo31	IAo1				Programa de atención a la salud de la adolescencia	337,711
Roo	2	1	1	o	15	Eo31	IAo1	3800	1	1	Servicios oficiales	337,711
Roo	2	1	1	o	15	Eo31	IAo3				Programa de atención a la salud de la infancia	125,234
Roo	2	1	1	o	15	Eo31	IAo3	2100	1	1	Materiales y útiles de administración y de enseñanza	120,779
Roo	2	1	1	o	15	Eo31	IAo3	2300	1	1	Herramientas, refacciones y accesorios	4,455
Roo	2	1	1	o	15	Eo31	SCo1				Servicios de difusión	508,862
Roo	2	1	1	o	15	Eo31	SCo1	3600	1	1	Servicios de impresión, grabado, publicación, difusión e información	508,862
Roo	2	1	1	o	15	Eo31	SCo2				Servicios de comunicación	3,996,927
Roo	2	1	1	o	15	Eo31	SCo2	3700	1	1	Servicios de comunicación social y publicidad	3,996,927
Roo	2	1	2								Prestación de Servicios de Salud a la Persona	1,146,943,906
Roo	2	1	2	o							Sin Programa	1,146,943,906
Roo	2	1	2	o	2						Servicios de apoyo administrativo	2,550,423
Roo	2	1	2	o	2	Moo1					Actividades de apoyo administrativo	2,550,423
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1				Otorgar apoyo administrativo y sustantivo	2,422,586
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1	2100	1	1	Materiales y útiles de administración y de enseñanza	97,266
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1	2200	1	1	Productos alimenticios	40,588
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1	2300	1	1	Herramientas, refacciones y accesorios	16,710
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1	2400	1	1	Materiales y artículos de construcción	8,271
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1	2500	1	1	Mat. primas de producción, prod. químicos, farmacéuticos y de lab.	1,609
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1	2600	1	1	Combustibles, lubricantes y aditivos	18,489
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1	2700	1	1	Vestuario, blancos, prendas de prot. personal y arts. deportivos	44,055
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1	3200	1	1	Servicios de arrendamiento	123,750
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1	3400	1	1	Servicios comercial, bancario, financiero, subcontratación de serv. con terceros y gastos inherentes	11,624
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1	3500	1	1	Servicios de mantenimiento y conservación	90,900
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1	3600	1	1	Servicios de impresión, grabado, publicación, difusión e información	176,962
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1	3700	1	1	Servicios de comunicación social y publicidad	1,262,914
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	ADo1	3800	1	1	Servicios oficiales	529,448
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	SUo1				Pago de servicios subrogados	127,837
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	SUo1	2600	1	1	Combustibles, lubricantes y aditivos	17,400
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	SUo1	3200	1	1	Servicios de arrendamiento	43,659
Roo	2	1	2	o	2	Moo1	SUo1	3500	1	1	Servicios de mantenimiento y conservación	66,778
Roo	2	1	2	o	18						Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados	1,144,393,483
Roo	2	1	2	o	18	Eo26					Prevención y atención de enfermedades crónico degenerativas	1,982,965
Roo	2	1	2	o	18	Eo26	IAo2				Acciones de prevención del sobrepeso y la obesidad en la infancia y la adolescencia	1,982,965
Roo	2	1	2	o	18	Eo26	IAo2	2100	1	1	Materiales y útiles de administración y de enseñanza	282,150
Roo	2	1	2	o	18	Eo26	IAo2	3400	1	1	Servicios comercial, bancario, financiero, subcontratación de serv. con terceros y gastos inherentes	122,876
Roo	2	1	2	o	18	Eo26	IAo2	3600	1	1	Servicios de impresión, grabado, publicación, difusión e información	870,373
Roo	2	1	2	o	18	Eo26	IAo2	3800	1	1	Servicios oficiales	707,566
Roo	2	1	2	o	18	Eo36					Reducción de la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación	1,142,410,518
Roo	2	1	2	o	18	Eo36	VAo1				Programa de vacunación	1,142,410,518
Roo	2	1	2	o	18	Eo36	VAo1	2500	1	1	Mat. primas de producción, prod. químicos, farmacéuticos y de lab.	1,081,844,260

Roo	2	1	2	0	18	Eo36	VAo1	3300	1	1	Asesorías, consultorías, serv. informáticos, est. e investigaciones y otros serv.	6,143,816
Roo	2	1	2	0	18	Eo36	VAo1	3400	1	1	Servicios comercial, bancario, financiero, subcontratación de serv. con terceros y gastos inherentes	54,422,442
Roo	2	1	4								Rectoría del Sistema de Salud	3,830,243
Roo	2	1	4	0							Sin Programa	3,830,243
Roo	2	1	4	0	2						Servicios de apoyo administrativo	3,830,243
Roo	2	1	4	0	2	Moo1					Actividades de apoyo administrativo	3,830,243
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1				Otorgar apoyo administrativo y sustantivo	3,630,365
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1	2100	1	1	Materiales y útiles de administración y de enseñanza	240,075
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1	2200	1	1	Productos alimenticios	81,180
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1	2300	1	1	Herramientas, refacciones y accesorios	30,399
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1	2400	1	1	Materiales y artículos de construcción	18,460
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1	2500	1	1	Mat. primas de producción, prod. químicos, farmacéuticos y de lab.	3,216
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1	2600	1	1	Combustibles, lubricantes y aditivos	36,951
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1	2700	1	1	Vestuario, blancos, prendas de prot. personal y arts. deportivos	84,397
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1	3200	1	1	Servicios de arrendamiento	161,530
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1	3400	1	1	Servicios comercial, bancario, financiero, subcontratación de serv. con terceros y gastos inherentes	23,259
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1	3500	1	1	Servicios de mantenimiento y conservación	147,165
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1	3600	1	1	Servicios de impresión, grabado, publicación, difusión e información	353,925
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1	3700	1	1	Servicios de comunicación social y publicidad	1,633,056
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	ADo1	3800	1	1	Servicios oficiales	816,752
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	SUo1				Pago de servicios subrogados	199,878
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	SUo1	2600	1	1	Combustibles, lubricantes y aditivos	34,779
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	SUo1	3200	1	1	Servicios de arrendamiento	56,997
Roo	2	1	4	0	2	Moo1	SUo1	3500	1	1	Servicios de mantenimiento y conservación	108,102
Roo	2	1	5								Protección Social en Salud	112,946,732
Roo	2	1	5	0							Sin Programa	112,946,732
Roo	2	1	5	0	23						Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad con recursos financieros suficientes	112,946,732
Roo	2	1	5	0	23	Eo26					Prevención y atención de enfermedades crónico degenerativas	112,946,732
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4				Aplicación de la vacuna anti-influenza en niñas y niños de 6 a 23 meses de edad	112,946,732
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4201	1	1	Aguascalientes	927,142
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4202	1	1	Baja California	3,567,465
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4203	1	1	Baja California Sur	238,597
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4204	1	1	Campeche	605,446
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4205	1	1	Coahuila	2,329,429
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4206	1	1	Colima	373,484
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4207	1	1	Chiapas	4,292,122
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4208	1	1	Chihuahua	3,234,503
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4209	1	1	Distrito Federal	10,571,902
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4210	1	1	Durango	1,497,138
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4211	1	1	Guanajuato	5,362,297
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4212	1	1	Guerrero	4,418,320
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4213	1	1	Hidalgo	3,280,058
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4214	1	1	Jalisco	7,564,280
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4215	1	1	México	20,669,633
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IAo4	4216	1	1	Michoacán	1,890,644

Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4217	1	1	Morelos	1,049,187
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4218	1	1	Nayarit	1,018,270
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4219	1	1	Nuevo León	4,080,572
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4220	1	1	Oaxaca	2,633,917
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4221	1	1	Puebla	6,400,752
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4222	1	1	Querétaro	1,793,648
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4223	1	1	Quintana Roo	1,786,866
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4224	1	1	San Luis Potosí	2,293,372
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4225	1	1	Sinaloa	2,440,247
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4226	1	1	Sonora	2,307,325
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4227	1	1	Tabasco	2,764,475
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4228	1	1	Tamaulipas	2,866,956
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4229	1	1	Tlaxcala	1,435,622
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4230	1	1	Veracruz	6,701,657
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4231	1	1	Yucatán	949,099
Roo	2	1	5	0	23	Eo26	IA04	4232	1	1	Zacatecas	1,602,307

7. Bibliografía

1. Programa Nacional de Salud 2007-2012
2. Programa Nacional de Desarrollo 2007-2012.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Violencia y Salud 2004.
4. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
5. World Health Organization: <http://www.wpro.who.int/hdb/includes/defntion2004.pdf>
6. Campos TP, Carvalho MS, Barcillos CC, Mortalidade infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os serviços de saúde. *Rev Panam Salud Pública* 200;8:164-71.
7. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999. Brasília: Organizacao Pan-Americana da Saúde; 2001.
8. Medina E, Kaempffer A. Tendencias y características de la mortalidad chilena 1970-2003. *Rev Méd Chile* 2007;135:240-250.
9. Huicho L, Trelles M, Gonzales F. National and sub-national under-five mortality profiles in Peru: basis for informed policy decisions. *BMC Public Health* 2006;6:173.
10. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003;365:2226-34.
11. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. The WHO Child Health Epidemiology Reference Group: WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005;365:1147-52.
12. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do desenvolvimento humano 2002: aprofundar a democracia num mundo fragmentado. Lisboa: Mensage; 2002.
13. World Health Organization: <http://www.who.int/trade/glossary/story053/en/>
14. Giane K, Anselmo MT, Soares J. Case-control study on infant mortality in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2006;40(2):240-8.
15. Alves R, de Abreu B. Infant mortality in the Federal District, Brazil: time trend and socioeconomic inequalities. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2007;23(4):767-774.
16. WHO: Estimated coverage of IMCI training. 2004 <http://www.who.int/child-adolescent-health/iverview/child health/map>. Geneva: World Health Organization Visited at February 19,2006.
17. Sena MCF. O aleitamento materno no Distrito Federal nos anos 90. Brasília: Fundacao de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, 2002.
18. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. The Bellagio Child Survival Study Group: How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;363:65-71.
19. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Lancet Neonatal Survival Steering Team : Evidence-based, cost-effective interventions: How many newborn babies can we save? *Lancet* 2005;365:977-88.
20. Molyneux E, Ahmad S, Robertson A. Improved triage and emergency care for children reduces inpatient mortality in a resource-constrained setting. *Bulletin of the World Health Organization* 2006;84:314-319.
21. WHO: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortchildmortality/en/index.html>
22. Howell E, Pettit K, Kingsley T. Trends in Maternal and Infant Health in Poor Urban Neighborhoods: Good News from the 1990s, but Challenges Remain. *Public Health Reports* 2005;120:409-417.

8. Glosario de términos, acrónimos y sinónimos

E

EDA. Enfermedad diarreica aguda

I

IDH. Índice de Desarrollo Humano

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 las naciones

IRA. Infección Respiratoria Aguda

M

Mortalidad infantil. 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 1 000 nacidos vivos durante un periodo de tiempo determinado

P

PROVAC. Enfermedad diarreica aguda

PVU. Programa de Vacunación Universal

T

TMI. Tasa de mortalidad infantil

9. Agradecimientos

Agradecemos infinitamente por sus valiosas aportaciones en la elaboración de este Programa de Acción Específica “Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil 2007-2012” a: Dra. Vesta L. Richardson López-Collada, Dr. Mario Martínez Alcázar, Dra. Diana Leticia Coronel Martínez, Dr. Roberto Carreño Manjarrez, Dr. César Misael Gómez Altamirano, Dr. José Francisco Desentis Linares y Lic. Agustín López González quienes actualmente se desempeñan en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

De igual forma este trabajo no podría haberse culminado tan efectivamente sin el apoyo y arduo trabajo de los compañeros y compañeras que formamos el equipo de la Dirección de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia: Dra. Leticia Martínez Cardona, Dr. Darío Matías Martínez, M. en C. Miroslava Porta Lezama, Lic. Nut. Gabriela González del Paso, Dra. Manjari Quintanar Solares, Dra. Yura Andrea Montoya Núñez, L.C.C.H. María Magdalena Solares, Dra. Ana María Santibáñez Copado, L.E. María Teresa Tanguma Alvarado, Dra. Mayra Yaguar Castro, L.E. Amanda Mendoza Martínez, Dr. Florentino Guizar Juárez, Alejandra López, Genoveva Espinosa, Virginia López y Lic. Alma Rosa Juárez Almazán. Todos ellos contribuyeron con su experiencia, energía y optimismo para el desarrollo de este programa.

Gracias también a todas las instancias de la Secretaría de Salud que han sido fundamentales para el desarrollo de las líneas de este programa, así como a los distintos sectores que han contribuido para el desarrollo de intervenciones que impacten no solo en salud sino en otras acciones sustantivas de la Nación.

Gracias a todos los colaboradores que hacen posible la operación del Programa en las entidades federativas, donde día a día se enfrentan con la realidad de nuestro México, y luchan incesantemente por conseguir el logro de los objetivos, no por la mera satisfacción de conseguirlos, sino por ver como nuestra población infantil obtiene los beneficios de las acciones realizadas y finalmente ver reflejada en la sonrisa de nuestros niños mexicanos el resultado de todo el trabajo realizado.

Y finalmente... gracias a México, a nuestra gente, quienes son los que pacientemente y llenos de esperanza desean aún más que nosotros mismos que todo lo planeado se convierta en realidad.

