



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

SALUD PARA LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD



ENRIQUE PEÑA NIETO
PRESIDENTE DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	7
MENSAJE DE LA SECRETARIA DE SALUD.....	9
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	11
INTRODUCCIÓN	13
I. MARCO CONCEPTUAL.....	15
II. MARCO JURÍDICO	19
III. DIAGNÓSTICO.....	23
III.1 Antecedentes	25
III.2 Situación Actual y Problemática.....	25
III.3 Avances 2000-2012	26
III.4 Retos 2013-2018	31
III.5 Objetivos de Desarrollo del Milenio	32
IV. ALINEACIÓN A LAS METAS NACIONALES.....	35
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	37
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	38
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	41
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de acción.....	43
V.2 Estrategias Transversales.....	44
VI. INDICADORES Y METAS.....	45
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	51
VIII. TRANSPARENCIA	57
BIBLIOGRAFÍA	61
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	63
GLOSARIO DE TÉRMINOS	65
AGRADECIMIENTOS.....	67
ANEXOS	69

DIRECTORIO

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto H. Monroy Yurrieta
UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS EN SALUD

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Gabriel O 'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARÍA DE MARINA

Carlos Sandoval Leyva
DIRECTOR GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Ignacio Federico Villaseñor Ruíz
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL PARA
LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Verónica Carrión Falcón
DIRECTORA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Diana Celia Carpio Ríos
DIRECTORA DE ÁREA

José de Jesús Méndez de Lira
SUBDIRECTOR TÉCNICO DE INFANCIA

Blanca Yolanda Casas de la Torre
SUBDIRECTORA DE COMPONENTES ESTRATÉGICOS
DE LA ADOLESCENCIA

María Eugenia Mendieta Fraile
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN INTEGRADA
A LA ADOLESCENCIA

Velia Rosas Benítez
SUPERVISOR MÉDICO EN ÁREA NORMATIVA

MENSAJE DE LA SECRETARIA DE SALUD

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, como instrumento para alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, ha definido la visión del Sistema Nacional de Salud como “universal, equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque a los grupos de la población que viven en condiciones de vulnerabilidad. Ello es posible mediante el fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad; la consolidación de la protección y promoción de salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria; la generación y gestión de recursos adecuados; la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad.” Lo anterior nos permite, desde luego, cerrar las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regionales del país para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos en salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una envergadura mayor de aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo, dado que en él participan diversas instituciones, órdenes de gobierno y servicios heterogéneos en su operación.

Por ello, en la presente Administración, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud modifiquen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las constantes necesidades de la población y ofrecer un seguimiento a las prioridades de la nación.

Por lo mismo, las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, con acceso a servicios de salud y perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos; asimismo, enfocados a la atención de necesidades no satisfechas, particularmente entre la población con desventaja social.

En México, como a escala global, enfrentamos diversos desafíos como son las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que destacan la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y los estilos de vida no saludables asociados a ellas. Por otro lado, continuamos consolidando e incrementando la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, sida, tuberculosis, influenza, dengue, entre otras.

Ante este escenario, se requiere de la participación decidida y coordinada de las instituciones en los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Por lo mismo, los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud, son las herramientas de coordinación y seguimiento de las instituciones del Sistema Nacional de Salud a través de estrategias, líneas de acción e indicadores que permiten medir el desempeño de las mismas en cada uno de los Programas.

Mediante dichos Programas de Acción Específico se impulsa además y de manera transversal las estrategias y actividades de promoción de la salud, necesarias para lograr las metas y objetivos a los que se ha comprometido el Sector Salud.

El paso hacia un sistema universal se inicia con el compromiso de todos, instituciones y sociedad civil; por ello, convoco a todas y todos los actores involucrados a cumplir con la responsabilidad que nos corresponde para lograr un México más sano e incluyente, como lo ha propuesto el C. Presidente de la República, Lic. Enrique Peña Nieto.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

Secretaria de Salud

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México se encuentra en una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante en el perfil de salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de mortalidad y apuntan también una tendencia ascendente en la morbilidad, además de las enfermedades transmisibles, que acentúan la polaridad social. Lo anterior constituye un reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos, donde la vigilancia epidemiológica y la eficiencia de los Programas de Acción permitan gradualmente su contención y reducción.

La prevención y la promoción de la salud constituyen un eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la prevención de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes de la salud, para fortalecer los que le son favorables y limitar o eliminar aquellos que no lo son.

Los Programas de Acción Específicos están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para una mejor salud, por tanto contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como aquellas dirigidas a modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes aquellas prácticas que, basadas en evidencia científica, se han implementado en los últimos años, además de incorporar nuevas prácticas para contribuir en la prevención y la atención de la población, así como de grupos específicos, ya sea por su vulnerabilidad o porque su incorporación a largo plazo contribuirá a la reconstrucción del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones comprometidas con la salud de la población. Paralelamente, se han documentado estrategias que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello la importancia de aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

En este sentido este programa contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán la instrumentación, seguimiento y evaluación en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, las entidades federativas, la rectoría de la Secretaría de Salud Federal y el acompañamiento y participación del personal de salud y la sociedad civil, indispensables para el logro de los objetivos de este programa.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal del Programa de Acción Específico: Salud de la Infancia y la Adolescencia es coordinar estrategias enfocadas a reducir la morbilidad y mortalidad en los menores de 19 años en el país para contribuir en la disminución de la brecha de desigualdad en materia de salud. Una de sus principales estrategias será implementar acciones de prevención, vigilancia y control de nutrición en la infancia y la adolescencia que incluyen las intervenciones del control nutricional, el fortalecimiento del registro relacionado al tema de desnutrición, implementación de acciones de detección, control y seguimiento en niñas, niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad; la procuración de los medicamentos e insumos requeridos; así como, la colaboración en el diseño de protocolos de atención para el menor con problemas de nutrición.

De igual manera, como parte de esta estrategia se definirán acciones de orientación alimentaria y activación física, y se coadyuvará en la atención integral del sobrepeso y obesidad en el primer nivel de atención.

Se dará prioridad al establecimiento e implementación de acciones preventivas de violencia en la adolescencia y maltrato infantil.

En lo correspondiente a la rectoría del Programa se emitirá y actualizará la normatividad (normas, manuales y lineamientos) con relación a la atención integral de la salud de la infancia y la adolescencia, se fortalecerán acciones de supervisión, evaluación, control y capacitación.

Para la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia se buscará la consolidación de acciones preventivas, se favorecerá la participación comunitaria de los diferentes actores y en los distintos niveles: municipal, estatal y federal. Pero sobre todo, se fortalecerá la prestación de los servicios de salud para atender de manera efectiva y oportuna a las niñas y niños menores de un año.

En cuanto al desarrollo infantil temprano se impulsarán las acciones que promuevan alcanzar el máximo desarrollo de las niñas y los niños menores de 5 años, la detección temprana de alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas y la prevención de accidentes en el hogar.

Con relación a las estrategias específicas para el grupo de las y los adolescentes se fortalecerá su participación activa en el cuidado y auto cuidado mutuo de la salud por lo cual se requieren acciones de promoción de estilos de vida saludables.

Mediante el cuidado y el seguimiento a lo largo de las diversas etapas de desarrollo infantil y de la adolescencia por las cuales atraviesa una persona, ofreciendo mediante todas estas estrategias una atención integral y adecuada que den como resultado llegar a la etapa adulta disminuyendo las probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas que implican un alto gasto para la población y para el estado.

Es de suma trascendencia proporcionar a las personas adolescentes los conocimientos y habilidades indispensables para tomar decisiones responsables en cuanto a su salud personal, que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad de su comunidad. Esto da la posibilidad de que adopten estilos de vida saludables que prevengan daños a su salud, no sólo relacionadas a su persona sino como una influencia en el medio en el que se desarrollan. Dando como resultado una red nacional de adolescentes, con capacidad para desarrollar todas sus potencialidades y participar activamente en el cuidado de su salud y la promoción de actitudes y hábitos protectores de la vida. Lo cual impactará en la disminución de los problemas de salud y las tasas de morbilidad y mortalidad asociados a factores y conductas de riesgo.



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

Infancia

En el año 2000, los líderes mundiales firmaron en Nueva York la Declaración del Milenio para direccionar algunos de los más grandes dilemas morales de nuestra época – salud global desigual, pobreza e inequidades en el desarrollo- y para establecer una serie de metas y objetivos interrelacionados para cumplirse en 2015. Una meta clave está incluida en el Objetivo 4: Lograr la reducción de la mortalidad infantil en los menores de 5 años de edad en dos terceras partes, con relación a las muertes ocurridas en 1990.

Las altas tasas de mortalidad materna, neonatal y de menores de 5 años se presentan en los países de África Sub-Sahariana y el sur de Asia. Un total de 10 países contribuyen con cerca de las dos terceras partes de las muertes maternas y neonatales a nivel global, así como de nacimientos.

Posterior a la Declaración del Milenio la reducción de la mortalidad infantil ha sido más evidente (3.2% de reducción por año entre 2000 y 2011 vs 1.8% de reducción por año entre 1990 y 2000). Para lograr la meta de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) para la supervivencia de los niños al 2015 los países necesitan acelerar sus esfuerzos para conseguir al menos una tasa de reducción anual del 5.5% para alcanzar una meta de proyección de mortalidad para niñas y niños menores de 5 años de 35 muertes por cada mil nacidos vivos al 2020. En gran parte, la reducción tendría que enfocarse en evitar la mortalidad en neonatos, la cual actualmente representa entre el 30% al 50% de las muertes de niños menores de 5 años de edad en África Sub-Sahariana y el sur de Asia.

La mejora de las estadísticas globales permitió reconocer las principales causas de muertes maternas, neonatales e infantiles a nivel global. El Grupo de Referencia Epidemiológica de Salud de la Infancia estima que de las muertes ocurridas en menores de 5 años en 2010 (7.6 millones) el 40.3% ocurrieron en neonatos. Las principales causas de muerte en recién nacidos incluyen complicaciones de partos prematuros (14.1%, < de 5 años), asfixia al nacimiento (9.4%), sepsis o meningitis (5.2%), neumonía (18.4%), diarrea (10.4%) y malaria (7.4%).¹

Cabe mencionar, que del total de muertes ocurridas en 2010 solo el 2.7% de las ocurridas en menores de 5 años fueron certificadas por un médico; la mayor parte de los

datos fueron obtenidos a través de cuestionarios (autopsia verbal) aplicados a los miembros de la familia para determinar las circunstancias y la causa de muerte.

Entender las causas de muerte permite mejorar la planeación y las metas de las intervenciones. Entre 2000 y 2010, la mayor parte de la reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años se relacionó con la introducción y fortalecimiento de las coberturas de vacunación que contribuyeron a disminuir la tasa de mortalidad por neumonía (0.5 millones de muertes evitadas), sarampión (0.4 millones menos de casos) y diarreas (0.4 millones menos de casos). La reducción en las muertes neonatales durante el mismo periodo por otras causas diferentes a tétanos neonatal, fue mínima.

Ninguna discusión de la salud materna, neonatal y de menores de 5 años está completa sin señalar temas básicos como las determinantes sociales, las cuales de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) son las condiciones en las cuales un ser humano nace, crece, vive, trabaja y envejece que son delineadas por la distribución del dinero y los recursos a nivel global, nacional y local.

Una considerable proporción de muertes ocurren en zonas urbanas que viven con redes de apoyo limitadas y condiciones de vivienda precarias; se ha observado que factores ambientales como la sobrepoblación, la pobre calidad del aire y las deficientes condiciones sanitarias afectan en mayor medida a zonas urbanas. Por otro lado, en las zonas rurales la escasez de personal médico entrenado, la falta de accesibilidad de transporte y la falta de conocimiento acerca de servicios de salud contribuyen a incrementar la mortalidad.

Hay una relación entre pobreza y malnutrición; se ha estimado que un 45% de las muertes en niños menores de 5 años probablemente se asocie con malnutrición manifestada como restricción del crecimiento fetal, retraso en el crecimiento, debilidad, deficiencia de vitamina A, zinc, y lactancia sub-óptima.²

Adolescencia

En los últimos decenios y a escala mundial, el panorama de la salud de los adolescentes –definidos por la OMS como la población de 10 a 19 años de edad – se ha visto modificado en forma notable. Desde 1950, el número de adolescentes ha aumentado más del doble. El 88% de adolescentes vive en los países en desarrollo, en promedio uno de cada 6 vive en los países menos desarrollados.

En 2009, 1,200 millones de adolescentes de 10 a 19 años comprendían el 18% de la población mundial. La mayor generación de gente joven en la historia.³

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde el inicio del siglo XXI implementó un nuevo marco conceptual centrado en el desarrollo humano y en la promoción de la salud dentro del contexto de la familia, la comunidad y el desarrollo social, político y económico; donde el gran desafío ha sido utilizar este marco para implantar programas integrales, recolectar información desagregada, mejorar el acceso a los servicios, el ambiente donde viven adolescentes y jóvenes, el vínculo entre escuelas, familias y comunidades, así como apoyar la transición a la edad adulta, con una amplia participación juvenil y coordinación interinstitucional e intersectorial.⁴

Las personas adolescentes constituyen un grupo poblacional heterogéneo (géneros, realidades culturales, económicas, sociales) con necesidades específicas respecto a su salud. La adolescencia es un período de aprendizaje con nuevas experiencias y fortalecimiento de la autoconfianza, sin embargo, en ocasiones puede ser un período de complejas dificultades con exposición a riesgos elevados.

La maduración sexual y el inicio de las relaciones sexuales son aspectos claves de la adolescencia, que requieren información, acompañamiento y asistencia por parte de las familias, la escuela y servicios de salud, para que puedan ejercer su sexualidad de manera segura y libre de riesgos (embarazo temprano, planificado o no, las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, la coacción y la violencia sexual).⁵

Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad total de los adultos están relacionados con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud, incluidos el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin

protección o la exposición a la violencia. Asimismo, muchas niñas y niños de países en desarrollo comienzan la adolescencia desnutridos, siendo más vulnerables a la enfermedad y a la mortalidad prematura.

A la inversa, el sobrepeso y la obesidad –otra forma de malnutrición con graves consecuencias sanitarias– aumenta entre otros jóvenes en países de bajos y altos ingresos. Una buena nutrición y unos hábitos de alimentación sana y ejercicio físico sientan las bases de una buena salud en la edad adulta.

Por otro lado, al menos el 20% de los jóvenes padecerá alguna forma de enfermedad mental: depresión, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, comportamientos suicidas o trastornos alimentarios.

Para promover la salud mental y dar respuesta a los problemas, se requiere una gama de servicios de atención de salud y de asesoramiento atentos a las necesidades de los adolescentes en las comunidades. Entre los jóvenes de 15 y 19 años, el suicidio es la segunda causa de muerte, seguido de la violencia en la comunidad y en la familia.

El fomento de las relaciones educativas entre padres e hijos en los primeros años de vida, la preparación para la vida y la reducción del acceso al alcohol y a medios letales, como las armas de fuego, pueden ayudar a prevenir la violencia. La promoción de prácticas saludables durante la adolescencia y los esfuerzos que protejan mejor a este grupo de edad frente a los riesgos, garantizarán una vida más larga y productiva.⁶

En México, las personas adolescentes aumentaron en la segunda mitad del siglo XX pasando de 5 a 21 millones (22% de la población total). De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, la tasa de crecimiento se ubicó por encima del 4% anual en la década de los 60 y posteriormente descendió progresivamente.

Es indudable que se trata del grupo de población más sano, el que utiliza menos servicios de salud y en el que se presentan menos defunciones; sin embargo, es en el que se inician exposiciones a factores de riesgo como sexo inseguro, consumo de alcohol, tabaco y drogas, consumo inadecuado de alimentos y sedentarismo que determinan problemas en su edad y la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas del adulto.⁷



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

Este Programa de Acción Específico se encuentra alineado a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, además de las siguientes Leyes, Códigos, Reglamentos, Decretos y Normas Oficiales Mexicanas:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 05-II-1917 F.E. DOF 06-II-1917 Ref. DOF Última Reforma 05-06-2013

Leyes

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. DOF. 29-12-1976. F.E. DOF. 02-02-1977 Ref. DOF. Última Reforma 02-04-2013.
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado "B" del Artículo 123 Constitucional. DOF. 28-12-1963. Ref. DOF. Última Reforma 03-05-2005.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. DOF. 31-12-1982. Ref. DOF. Última Reforma 09-04-2012.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. DOF. Última Reforma 15-05-2012.
- Ley General de Salud. DOF. 07-02-1984. Ref. DOF. Última Reforma 04-12-2013.
- Ley Federal de Procedimientos Administrativos. DOF. 04-08-1994. Ref. DOF 09-04-2012.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública Gubernamental. DOF 11-06-2002. Última reforma en el DOF 8-6-2012.
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. DOF 30-03-2006. Última reforma DOF 09-04-2012.
- Ley de adquisiciones y arrendamientos y servicios del sector público. DOF 04-01-2000. Última reforma DOF 16-01-2012.
- Ley General para la Igualdad entre Hombres y Mujeres. DOF 02-08-2006. Última reforma DOF 14-11-2013.

Códigos

- Código Federal de Procedimientos Civiles. DOF 24-11-1943. Última reforma 09-04-2012.
- Código fiscal de la Federación. DOF 31-12-1981. Última reforma 09-12-2013.
- Código Civil Federal. DOF 26-05-1928. Última reforma DOF 09-04-2012.
- Código Penal Federal. DOF 14-08-1931. Última reforma 09-04-2012.
- Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República Mexicana en Materia Federal. DOF 26-05-1928. Última reforma 09-04-2012.

Reglamentos

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud. DOF 06-01-1987.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitarios de Actividades, establecimientos, productos y servicios. DOF 18-01-1988.
- Reglamento de Insumos para la Salud. DOF 04-02-1988. Última reforma DOF 09-10-2012.
- Reglamento Interno del Consejo Nacional para la prevención y Tratamiento de Cáncer de la Infancia y Adolescencia. DOF 26-12-2006.
- Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro básico de Insumos del Sector Salud. DOF 28-05-1997. Última reforma DOF 22-06-2011.
- Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios. DOF 09-07-1999. Última reforma 06-04-2006.
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos Y Servicios Del Sector Público. DOF 20-08-2001. Última reforma DOF 28-07-2010.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad. DOF 18-02-1985. Última reforma 19-01-2012.

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF 19-01-2004. Última reforma 04-01-2013.

Decretos

- Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación del Ejercicio Fiscal 2012. DOF 12-10-2012.
- Decreto que declara obligatorio a la inmunización contra la poliomielitis. DOF 20-09-1963.
- Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de Vacunación. DOF 24-02-2002.
- Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la prevención y tratamiento de cáncer de la infancia y adolescencia. DOF 05-01-2005.
- Decreto para el uso obligatorio de la Cartilla de vacunación. DOF 1978.

Normas Oficiales Mexicanas

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. DOF 15-10-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana en perros y gatos. DOF 08-11-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA-2012, Para la Vigilancia epidemiológica. DOF 19-02-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2010, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia humana. DOF 10-11-2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. DOF 26-09-2006.
- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Para la prevención y el control de las enfermedades, aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. DOF 28-09-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud. DOF 13-11-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994, Para la salud ambiental, agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamientos a que

debe someterse el agua para su potabilización. DOF 22-11-2000.

- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Para la promoción y educación en materia de salud alimentaria, Criterios para brindar orientación. DOF 22-01-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios. DOF 06-01-1995.
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. DOF 04-07-2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención y control de las adicciones. DOF 14-09-2000.
- Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Para la prestación de servicios de asistencia para niños y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. DOF 24-11-2011.
- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones y de transmisión sexual. DOF 19-09-2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. DOF 16-04-2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud, Atención prehospitalaria de las urgencias médicas. DOF 15-06-2006.



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

En las últimas décadas se ha observado un cambio en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades en México, acorde a la transición demográfica que se presenta a nivel mundial, de tal manera que las enfermedades transmisibles, que anteriormente se encontraban como las principales causas de mortalidad, ceden el lugar a las enfermedades no transmisibles.

Entre ellas el grupo clasificado como crónico degenerativas o crónicas no transmisibles cobran un lugar importante como causas de morbilidad que afecta la calidad de vida de la población, causan muertes prematuras y con un efecto económico importante en la familia, comunidad y sociedad en general.

Entre los padecimientos que se encuentran en este grupo tenemos: sobrepeso-obesidad, diabetes mellitus y enfermedades isquémicas del corazón, las cuales pueden ser prevenibles con un adecuado manejo desde los primeros años de vida.

Derivado de esta problemática, los Programas de Infancia y Adolescencia se fusionan en uno solo para dar una continuidad a las estrategias dirigidas a la población desde el nacimiento hasta los 19 años.

III.2 Situación Actual y Problemática

Uno de los objetivos del Programa es el fortalecimiento de las acciones para la prevención y control de las alteraciones del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes, dado los resultados emitidos por la ENSANUT 2012, se estima que de los menores de cinco años de edad, el 2.8% presenta bajo peso, 13.6% talla baja y 1.6% emaciación, problemas que de no ser tratados de manera inmediata y adecuada prevalecen hasta la adolescencia, que medra el rendimiento escolar y el desarrollo adecuado de este grupo poblacional.

Durante la presente administración se ha puesto en marcha la Cruzada Nacional contra el Hambre, que tiene como objetivos principales: “Eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de peso y talla de

la niñez”, así como “Promover la participación comunitaria para la erradicación del hambre”.

Para ello, se realizan actividades intensivas en las unidades de primer nivel de atención, priorizando municipios vulnerables, para determinar el estado de nutrición de niñas y niños menores de 5 años, quienes son el grupo más afectado por la desnutrición aguda, si se detecta alguna alteración en su estado se incorpore en programas de recuperación nutricional.

El caso opuesto es el sobrepeso y obesidad, cuya prevalencia para 2012 fue de 9.7 en menores de 5 años y en adolescentes incrementa a 35. Para atender esta temática, se implementarán acciones de vigilancia que incluyen las intervenciones del control nutricional, el fortalecimiento del registro relacionado al tema de desnutrición, implementación de acciones de detección, control y seguimiento en niñas, niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad, así como, la colaboración en el diseño de protocolos de atención para el menor con problemas de nutrición.⁸

Dentro de las enfermedades prevalentes de la infancia, las enfermedades diarreicas agudas tienen una prevalencia de 8.4, se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino (11.7 vs 10.5 en mujeres), predomina en área rural (12.3) vs área urbana (10.7) lo que denota aún brechas de inequidad, por lo que es importante la consolidación de acciones preventivas, a través de la participación comunitaria de los diferentes actores y en los distintos niveles: municipal, estatal y federal. Respecto a infecciones respiratorias el panorama es muy similar, la prevalencia en menores de cinco años es de 44.8.⁹

Un punto importante es la capacitación al personal de los servicios de salud para atender de manera efectiva y oportuna a las niñas y niños menores de un año.

Como parte de la transición epidemiológica antes mencionada, se observa que los accidentes ocupan los primeros lugares como causa de muerte en la población infantil con una prevalencia de 4.4, cifra que se duplica en la población adolescente, que es de 8.3.

Finalmente, en las estrategias específicas para las personas adolescentes, se fortalecerá su participación activa en el auto cuidado y cuidado mutuo de la salud para lo cual se requieren acciones de promoción de estilos de vida saludables ya que de acuerdo a los datos publicados

por la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, en México, la marihuana es la sustancia que presenta el nivel de consumo más alto (hasta 56.7% en el grupo de 15 a 19 años) seguido por los inhalantes donde el grupo más afectado es el de 12 a 14 años de edad (45.5%) y en tercer lugar la cocaína, donde el grupo de 15 a 19 años de edad representa un 45.9%.¹⁰

También, se observó que de 2002 a 2011 el índice de adolescentes que consumen diario alcohol se mantuvo estable, el consumo frecuente disminuyó y el índice de dependientes registró un incremento significativo, que pasó de 2.1% a 4.1%, mientras que el consumo alto de 2008 a 2011 se mantuvo igual y el consumo frecuente disminuyó de 2.2% a 1%.¹⁰

Por otro lado, de acuerdo a las encuestas realizadas por UNICEF sobre violencia se reporta que siete de cada diez jóvenes sufren violencia en su relación de noviazgo (76% de violencia psicológica, 16.5% de violencia sexual y 15% de violencia física). En cuanto a la violencia en la familia, sólo el 34% de las mayores de 15 años no atestiguaron violencia física entre sus padres. El 66% restante ha vivido al menos una de las formas de violencia.¹¹

III.3 Avances 2000-2012

En el año 2000, se realizó el análisis de las políticas públicas de impacto favorable en la salud infantil, las cuales para ese momento estaban dirigidas a la población de menores de cinco años, encontrándose la creciente necesidad de ampliar dichas intervenciones al grupo poblacional de 5 a 9 años, no contemplado hasta ese momento.¹²

El avance de las estrategias que han contribuido a la disminución de la mortalidad en la población infantil se detalla a continuación.

Mortalidad infantil.

De acuerdo a las estimaciones realizadas por la OMS, la mortalidad en menores de cinco años ha disminuido en un 41% a nivel mundial desde 1990 hasta 2011. Aproximadamente 6.9 millones de niños murieron antes

de cumplir los cinco años de edad en 2011 por causas prevenibles.¹³

México no ha sido la excepción en cuanto a este comportamiento, se observa un decremento del 50% en la mortalidad infantil durante el periodo 1990-2011, el cual obedece al impacto de las políticas públicas de salud implementadas en el país y enfocadas a las principales causas de mortalidad infantil como son la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en los menores de cinco años, prevención de desnutrición, acciones dirigidas a la atención del recién nacido y en los últimos años las acciones de prevención de accidentes en el hogar.

Una estrategia que se estableció en el periodo comprendido de 2007-2012 fue la reactivación de los Comités Estatales de Mortalidad en la Infancia (COEMI) en las entidades federativas como parte del fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de enfermedades diarreicas (EDA) e infecciones respiratorias (IRA) entre otras causas; con el objetivo de coadyuvar a la disminución de la mortalidad a través del análisis de los procesos de atención.

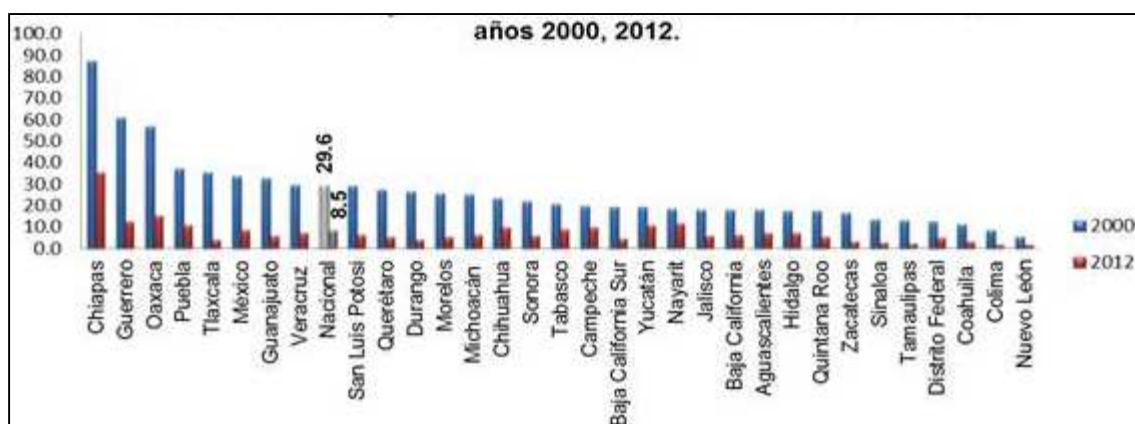
Enfermedades diarreicas agudas.

Entre las políticas de salud pública que han impactado de manera importante en la reducción de la mortalidad por diarreas se encuentran: capacitación en preparación y uso de Vida Suero Oral, al personal de salud en Atención Integrada de las enfermedades diarreicas, a los responsables de los menores de cinco años en el manejo en el hogar de las EDAs, ampliación del esquema básico de vacunación incluyendo vacuna contra rotavirus y medidas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Uno de los avances más importantes es la inclusión de soluciones de baja osmolaridad, de acuerdo a las recomendaciones establecidas por la OMS/UNICEF y cuyo impacto en la reducción de la duración de los episodios por enfermedades diarreicas ha sido ampliamente demostrado.¹⁴

Si bien la mortalidad por diarreas ha disminuido de manera constante, se observa una heterogeneidad al comparar cada entidad federativa, tal como muestra la gráfica 1.

Gráfica 1. Tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años 2000,2012



/e cifra estimada DGIS

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas Vitales. Bases de datos de Mortalidad.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población de México 2010-2050 y estimaciones 1990-2009. Abril de 2013. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

Se observa una disminución en este periodo de 21.1 puntos a nivel nacional, sin embargo, aunque todas las entidades presentan una reducción importante en la mortalidad por esta causa, aún existen entidades como Chiapas que tienen una tasa elevada de 35.5 para el 2012, seguida de Oaxaca con 15.4, Guerrero con 12.5, Nayarit 11.5 y Puebla con 10.8. Las entidades con una menor tasa de mortalidad son Colima y Nuevo León, los cuales tienen una tasa de mortalidad de 1.6 defunciones por cada 100,000 menores de cinco años.

Infecciones Respiratorias Agudas

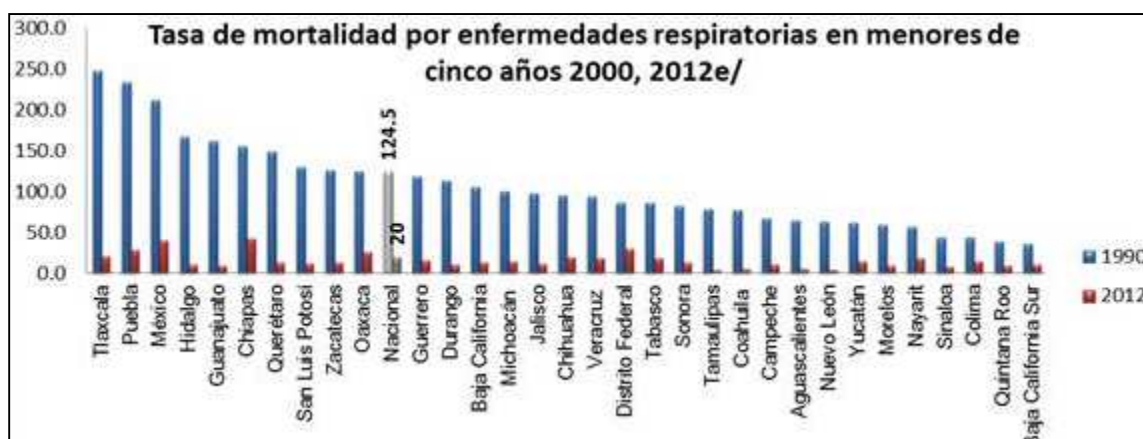
Las infecciones respiratorias agudas representan un grupo misceláneo de patologías que si no se atienden de manera adecuada, se complican con neumonía, que puede causar la muerte de los menores de cinco años.

Durante el periodo 2000-2012 se reforzaron las acciones de capacitación en atención integrada en IRA en los Centros Estatales y Regionales de Capacitación (CEC y CRC), para lo cual se actualizó el contenido del Manual de Procedimientos Técnicos de Enfermedades Respiratorias.

Si bien se observa una disminución de 125.9 puntos de 1990 a 2012, cuando se analiza al interior de las entidades federativas, nuevamente se encuentra la heterogeneidad en cuanto al comportamiento de este padecimiento, tal como se muestra en la gráfica 2.

Se observa que Chiapas tiene la tasa de mortalidad más elevada con 42 defunciones por cada 100,000 menores de cinco años, seguida por México con 40.4, Distrito Federal 30, Puebla 28.4 y Oaxaca con 25.9. Nuevamente se encuentran entidades federativas que tienen comunidades con menor índice de desarrollo humano.

Gráfica 2. Tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de cinco años 2000, 2012/e



/e cifra estimada DGIS

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas Vitales. Bases de datos de Mortalidad.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población de México 2010-2050 y estimaciones 1990-2009. Abril de 2013. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>.

Nutrición

La alimentación inadecuada en la infancia y la adolescencia -desnutrición, sobrepeso y obesidad- son secundarias a causas complejas que involucran determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales.

De acuerdo a los resultados de la ENSANUT 2012, hay una disminución importante en la prevalencia de la desnutrición (emaciación), al pasar de 2.1 en 1999 a 1.6 en 2012, disminución que ha sido sostenida y constante. Sin embargo, las alteraciones en la nutrición de la población menor de 10 años, afectan al crecimiento, desarrollo y salud de los menores, repercutiendo a largo plazo en el desarrollo social del país.

Por otra parte, la población menor de 5 años de edad obtuvo un porcentaje de bajo peso de 2.8% y de talla baja 13.6%, observándose una mejora con respecto a las encuestas anteriores.

Por el contrario, la prevalencia de sobrepeso u obesidad en los menores de 5 años aumentó en comparación con los datos anteriores al obtener un 9.7%.⁸

De acuerdo a los datos nacionales la duración de la lactancia materna es de 10 meses de edad en el 2006, disminuyendo dramáticamente al 2012, al pasar del 22.3% al 14.5% respectivamente. Por lo que un punto de especial relevancia es reforzar la capacitación en este tenor al personal de salud y cuidadores de los menores de 5 años.⁸

Una estrategia exitosa que ha tenido México es la suplementación con megadosis de vitamina A, micronutriente que tiene un beneficio en la salud infantil en la prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias; se aplica en Semanas Nacionales de Salud, a la población de 6 meses a 4 años de edad.

Otro problema de salud pública secundario a una alimentación inadecuada es la anemia, que afecta a todos los niveles socioeconómicos con consecuencias importantes sobre el desarrollo cognitivo y físico de los niños y en el desempeño físico y productivo de los adultos.

Atención Integrada al Recién Nacido

La atención al recién nacido está representada por un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a los menores de 28 días, con el propósito de contribuir a la disminución de la mortalidad y morbilidad neonatal. Para cumplir con el objetivo del componente del 2008-2013, se capacitaron a 472 proveedores y 71 instructores a nivel nacional en el cuidado del recién nacido de riesgo (Acute Care of at Risk Newborn "ACoRN") y se otorgó capacitación permanente al personal de salud y comunitario, en atención integrada del recién nacido, ayudando a los bebés a respirar y en reanimación neonatal en vinculación con la Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Debido a que fuera del periodo neonatal, existen otras causas de mortalidad como la desnutrición, malformaciones congénitas, entre otras, que impactan en

la mortalidad infantil, en 2013 el componente de atención al recién nacido cambia de nombre a Atención del Menor de un año con el fin de integrar las acciones preventivas en las niñas y niños de este grupo de edad en relación a las principales causas de mortalidad y para realizar acciones en los primeros 1,000 días de vida, considerada como una ventana de oportunidad para mejorar el crecimiento y alcanzar el máximo desarrollo de los niños.

Evaluación del desarrollo y estimulación temprana

Desde 2002 se han realizado actividades para vigilar el crecimiento y desarrollo de la población infantil, aunadas a la Estimulación Temprana. En sus inicios esta estrategia se dirigió a los menores de 2 años de edad, sin embargo, en últimas fechas se tuvo la necesidad de ampliar el rango de edad hasta los menores de cinco años, con el objetivo de fomentar la igualdad de oportunidades desde el nacimiento para que desarrollen todo su potencial desde los primeros años de vida; conociendo que las experiencias adquiridas en esta etapa afectan el desarrollo del cerebro de un niño y constituyen la base para todo su aprendizaje futuro, su comportamiento y su salud.¹⁵

Las políticas de intervención en la primera infancia pueden funcionar como herramienta para generar mayor igualdad de oportunidades entre las niñas y los niños y reducir el ciclo intergeneracional de pobreza y desigualdad.

En 2009 se genera una alianza con el Programa Oportunidades de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Hospital Infantil de México para unificar el instrumento para la evaluación del desarrollo y trabajar de manera coordinada en la capacitación y detección oportuna de alteraciones del desarrollo.

Prevención de accidentes en el hogar y atención inicial de urgencias pediátricas

Componente que surge en 2007 ante la necesidad de atender los accidentes ocurridos en el hogar, los cuales se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los menores de 10 años, respondiendo así a la transición epidemiológica del país. Para ello, se elaboraron los lineamientos para la Prevención de accidentes en el hogar, dicha estrategia inicia con el diseño de guías anticipatorias para la prevención de lesiones en niñas y niños menores de 1 año, de 1 a 4 y de 5 a 9 años, así como la elaboración y distribución de material impreso con mensajes preventivos en la materia.

Por medio de la capacitación al personal de salud y a la comunidad, se fomentan la creación de ambientes seguros en las casas y sus alrededores. Adicionalmente, se diseñaron los protocolos de atención inicial de las urgencias pediátricas para garantizar la atención oportuna en el primer nivel.

Capacitación

En la década de los 90 surge la estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) por parte de la OMS/UNICEF enfocada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que incidían en la mortalidad en el grupo de menores de 5 años. México adopta una variante de esta estrategia y establece el modelo de Atención Integrada en la Infancia (AII) e inicia las capacitaciones a través de los CEC y CRC ante la necesidad de contar con profesionales de la salud altamente calificados, particularmente médicos, enfermeras, promotores de salud, técnicos de atención primaria a la salud, y todos aquellos que atiendan a la población infantil y adolescente en el primer nivel de atención, y enfocada principalmente a enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, nutrición y vacunación.¹⁶

Obedeciendo a la transición epidemiológica que se presenta en los últimos años, se ampliaron las capacitaciones a temas como: prevención de accidentes en el hogar, estimulación temprana y evaluación del neurodesarrollo, entre otros.

A través de los CEC y CRC se busca homogenizar la calidad de la atención de los centros de salud, tanto en zonas urbanas como rurales y así unificar los criterios de atención integrada del menor de 19 años de edad.

Dentro de las acciones desarrolladas se encuentran los cursos de Atención Integrada en la Infancia y la Adolescencia, capacitaciones de actualización en línea dirigidos a los responsables de la estrategia en cada entidad, así mismo, se elaboró el Manual de bolsillo de apoyo para la capacitación en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, adaptado del Manual "Atención Pediátrica Hospitalaria" editado por la OMS y OPS.

Estrategia de Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas (Síndrome de Turner)

Estrategia de reciente creación que obedece a la problemática en el país para detectar y referir de manera temprana a las pacientes con Síndrome de Turner para su detección oportuna y referencia.

En 2010 cambia de nominación a "Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas", cuyo fin es el mismo, pero incluye un mayor número de patologías.

Para lograr el objetivo de esta estrategia se fortaleció la capacitación en el tema en el primer nivel de atención mediante la difusión y duplicación de la información en cascada a través de talleres, congresos y capacitación en línea.

Por otro lado, en el año 2000 el Consejo Nacional de Vacunación, como instancia técnica administrativa de la Secretaría de Salud, que coordinaba el Programa de Atención a la Salud del Niño, se transforma en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) y se da inicio así a la creación del Programa de Acción para la Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PAASA).

Este Programa fue elaborado en coordinación con la Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), el Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic), el Centro Nacional para el Control del VIH y el sida (Censida) y el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de accidentes (ST-CONAPRA). Además, fuera de la Secretaría de Salud (SSA) participaron la Coordinación de Medicina Comunitaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, (ISSSTE), instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil.¹⁷

A partir del 2006 se retoman y fortalecen las estrategias dirigidas a este grupo, conjuntándolas en el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA), el cual se enfocó en el empoderamiento de la salud en las personas adolescentes, en temas como la violencia entre pares, prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazo adolescente mediante la formación de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS).¹⁸

Este Programa beneficia a la población de 10 a 19 años de edad, de carácter intra e intersectorial, cuyo objetivo es “Mejorar las condiciones de salud del grupo adolescente a través de la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y la atención integral en todas las unidades del Sector Salud del país”. Tiene cuatro ejes principales para el desarrollo de sus líneas de acción: I) Factores protectores de riesgo, II) Los derechos de los adolescentes, III) Equidad de género, y IV) La promoción de la salud.

Anteriormente se integró al PASA como una línea de acción del Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil (PRONAREMI). Una meta fundamental de este Programa fue la elaboración y publicación del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2010, Para la Atención a la Salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios que deben seguirse para brindar la atención médica integral, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en el grupo de 10 a 19 años de edad y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales.

Para la operación del PASA se cuenta con 32 Responsables Estatales de Atención a la Salud de la Adolescencia, quienes coordinan la operación y seguimiento de las estrategias.

El PASA está compuesto por cuatro estrategias prioritarias:

1. Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS)

Los GAPS, son grupos formados con población adolescente de 10 a 19 años en las Unidades de Salud del Primer Nivel, quienes son capacitados en temas de salud; para posteriormente desarrollar actividades de promoción en su comunidad (principalmente con sus pares), con énfasis en la salud sexual y reproductiva. La estrategia dio inicio en el año 2008 y desde entonces se han realizado diversas actividades tales como: capacitaciones, encuentros regionales, consultas nacionales, entre otros. En 2011, se incluyó en la Cartilla Nacional de Salud para los Adolescentes, el registro de acciones de los GAPS; a la par, se incorporaron las variables para su registro en el Sistema de Información en Salud (SIS).

2. Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (SNSA)

Estrategia que busca promover estilos de vida saludables entre las personas adolescentes a través de la oferta de servicios de salud, información y orientación.

Desde el 2006, se lleva a cabo en los Servicios Estatales de Salud, bajo el liderazgo del Responsable Estatal del PASA, quien coordina intervenciones preventivas en foros, exposiciones, eventos deportivos, culturales y artísticos, colocación de módulos de información, desfiles escolares, ferias de salud; así como, eventos oficiales de inauguración y/o clausura a nivel Estatal y/o Jurisdiccional.

La SNSA se ha consolidado como una estrategia sectorial e interinstitucional al contar con la participación del:

- Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia (GAIA).
- IMSS-Oportunidades, ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Petróleos Mexicanos (PEMEX).
- Organismos tanto gubernamentales como de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).

En 2009 se estableció que habría un énfasis temático en cada SNSA, de tal manera que hasta el momento se abordaron los siguientes temas: Prevención y atención del embarazo adolescente, Prevención de accidentes,

Prevención de violencia entre pares y Prevención del sobrepeso y obesidad.

3. Plan Nacional para la Prevención de la Violencia y el Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes

Tuvo como objetivo prevenir la violencia y el maltrato en niñas, niños y adolescentes, a través de la información y sensibilización acerca de las causas y consecuencias que originan el maltrato infantil y adolescente; promoviendo la crianza positiva a través de la implementación de la conducta del buen trato y educación, con afecto, libre de violencia y maltrato, en los principales ámbitos donde se desenvuelve este grupo poblacional como: la familia, la escuela y la comunidad.

4. Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA)

Es un grupo conformado con el objetivo de unificar y fortalecer los distintos componentes de salud dirigidos a la población adolescente, a la vez de mejorar la coordinación federal y estatal en materia de atención integral de la adolescencia. Para efectos de dicha coordinación ha sido emitido el Proyecto de Colaboración en Salud Integral para Adolescentes, en donde participan CeNSIA, CNEGSR, Censida, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), DGPS, ST-CONAPRA y el Secretariado Técnico del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (ST-CENADIC).

Las actividades del GAIA inician en 2009, realizándose 4 reuniones anuales en cada entidad federativa, con el paso de los años incrementaron tanto los participantes como el número de reuniones de tal manera que actualmente se realizan 6 sesiones anuales en cada entidad. En 2011, se firmó por los Directores Generales y Secretarios Técnicos, el Oficio Conjunto con el cual se ratifica la conformación de la Coordinación Estratégica para la Atención Integral de la Salud de la Población Adolescente.

III.4 Retos 2013-2018

Mortalidad en menores de cinco años

- Conformar el Grupo Técnico Nacional para el Análisis de la Mortalidad en la Infancia, con el objetivo de fortalecer el análisis de las causas de mortalidad y establecer estrategias a nivel sectorial que impacten en la reducción de la misma.

Fortalecer la vinculación intersectorial

- Promover mediante campañas de difusión la participación comunitaria a través del empoderamiento a la comunidad en el autocuidado de la salud.
- Promover la inclusión de zinc en el cuadro básico de medicamentos para coadyuvar a la reducción de la mortalidad por EDA e IRA.
- Reforzar las salas de rehidratación oral, tanto en equipamiento como en actualización de conceptos para el manejo adecuado de pacientes.
- Promover la implementación de Salas ERAS, cuyo objetivo es contar con un área específica o adaptable para proporcionar manejo con oxígeno, inhaladores y en los casos que lo requieran, antipirético y antibiótico.

Atención Integrada al Menor de un año

- Promover la consulta del niño sano completa y de calidad, incluyendo la evaluación del estado nutricional, neurodesarrollo, estimulación temprana, capacitación a los madres, padres y o tutores, signos de alarma e identificación de antecedentes de riesgo.
- Reforzar la capacitación en el personal del primer nivel de atención.

Estimulación temprana

- Generar una política pública de desarrollo para la primera infancia. Actualmente se busca consolidar el trabajo intersectorial e interinstitucional, con el objetivo de generar un modelo único incluyente en beneficio de los niñas y niños menores de 5 años, que evite duplicidad de acciones, fortalezca esfuerzos entre instituciones y el mejor uso de los recursos disponibles.

Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas (Síndrome de Turner)

- Capacitar al personal de primer nivel de atención, para realizar el diagnóstico oportuno de pacientes con Síndrome de Turner.
- Consolidar el registro nacional de pacientes con alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas.
- Orientación a madres, padres y/o tutores sobre el padecimiento.

Prevención del Maltrato infantil y Violencia en la Adolescencia

- Capacitar al personal de los servicios de salud de primer nivel en materia de prevención de maltrato infantil y violencia en la adolescencia.
- Realizar acciones de información, formación y sensibilización para adolescentes y padres de familia.
- Fortalecer la coordinación intrainstitucional, interinstitucional e intersectorial para desarrollar acciones conjuntas en materia de prevención del maltrato infantil y violencia en la adolescencia.

Semana Nacional de Salud del Adolescente

- Coadyuvar en la promoción de estilos de vida saludables.
- Contribuir al aseguramiento del acceso a los servicios de salud.
- Fortalecer la coordinación con el Grupo Sectorial e Interinstitucional de Salud del Adolescente.
- Medir los resultados de las acciones realizadas durante las SNSA.

Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud

- Promover el uso de los servicios de salud por la población adolescente.
- Fortalecer la promoción de estilos de vida saludables entre pares.
- Medir el impacto de las acciones realizadas por los GAPS.

Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia

- Fortalecer la coordinación con el SNS y OSC que desarrollan trabajos dirigidos a implementar acciones de prevención de la salud en esta población.
- Dar seguimiento a los acuerdos emitidos por los GAIA en los niveles estatales.

III.5 Objetivos de Desarrollo del Milenio

En septiembre del año 2000 se celebró, en Nueva York, la Cumbre del Milenio de la ONU, evento en el cual los jefes de estado y de gobierno de 189 naciones se comprometieron con el contenido de la Declaración del Milenio, para alcanzar, a más tardar en 2015, lo que se denominaron los ODM conformados en 8 grupos, cuyo avance y cumplimiento se mide mediante 21 metas y 60 indicadores.¹³

Dentro de estos objetivos, el CeNSIA tiene como atribución el número 4: Reducir la mortalidad en los niños menores de cinco años, a través de los siguientes indicadores:

Tasa de Mortalidad en menores de cinco años.

Este indicador describe la probabilidad que una niña o niño fallezca antes de cumplir los cinco años, por lo que se expresa por cada 1,000 nacidos vivos.

México ha tenido una reducción importante en los últimos años al pasar de una tasa de 41 defunciones en menores de cinco años, en 1990 a 16.2 en 2012, lo que representa una disminución de 24.8 puntos de tasa, y a 2.5 puntos de alcanzar la meta establecida para el 2015 (13.7), de acuerdo a lo establecido en ODM. (Cuadro 1)

Tasa de mortalidad infantil (TMI)

Este indicador permite medir el nivel de desarrollo social de un país ya que refleja la disponibilidad, acceso y utilización de los servicios de salud por parte de la población, a la vez que es un reflejo indirecto del nivel nutricional en que se encuentra la población infantil.

La TMI mide la frecuencia de muerte durante el primer año de vida por cada 1000 nacidos vivos, se observa una reducción importante de 32.5 defunciones en menores de un año en 1990 a 13.2 en 2012, lo que representa una disminución de 19.3 puntos y a 2.4 puntos para alcanzar la meta establecida para 2015.

Cuadro 1. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad en menores de cinco años.

Indicador	Línea Base (1990)	1995	2000	2005	2010	2012	Meta (2015)
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (Por cada mil nacidos vivos).	41.0	31.3	25.0	20.5	17.2	16.1/e	13.7
Tasa de mortalidad infantil (Por cada mil nacidos vivos).	32.5	26.0	20.8	16.9	14.1	13.3/e	10.8

/e cifra estimada DGIS

Fuente: Secretaría de Salud (SS), Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Defunciones 2001-2010, Proyecciones de la Población de México 2010-2030, CONAPO.

Defunciones 2011-2012, Base de datos de defunciones 1979-2011, INEGI/SS con ajustes en algunas entidades federativas.

Nacimientos 2001-2010, Proyecciones de la Población de México 2010-2030, CONAPO.

Nacimientos 2011-2012, SS-SINAC con ajuste en algunas entidades federativas.

Si bien existe una reducción constante y favorable en estos indicadores, aún se observa una amplia brecha epidemiológica al interior de las entidades federativas, lo que obedece a los determinantes sociales y demográficos existentes en el país como son: comunidades marginadas, dificultad para el acceso a los servicios de salud, falta de infraestructura en servicios de saneamiento básico, entre otros.

Entre las estrategias que permitirán dar cumplimiento a este objetivo, se plantearon las Metas Más allá del Milenio (MMM), que para el caso del Objetivo que nos corresponde, se refiere a la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda y tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda, mismas que han sido ampliamente descritas en el apartado III.3 y cuyo avance se puede observar en el cuadro 2.

Cuadro 2. Avance de Metas Más allá del Milenio (MMM).

Indicador	Línea Base (1990)	1995	2000	2005	2010	2012/e	Meta (2015)
Tasa de Mortalidad por EDA.	145.9	56.4	29.6	21.0	9.0	8.5	48.6
Tasa de Mortalidad por IRA.	145.9	124.5	45.8	33.7	22.9	20.0	41.5

/e cifra estimada DGIS

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas Vitales. Bases de datos de Mortalidad.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la población de México 2010-2050 y estimaciones 1990-2009. Abril de 2013. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>.



IV. ALINEACIÓN A LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN A LAS METAS NACIONALES

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018

El Programa de Salud de la Infancia y la Adolescencia fue desarrollado como una herramienta para lograr las estrategias plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018 (PND), estructurado en cinco Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global.

Dentro de las metas uno y dos, se encuentran desarrolladas las acciones planeadas para el cumplimiento de la meta del Programa de Salud de la Infancia y la Adolescencia.

A continuación se describe la alineación que tiene el Programa de Salud de la Infancia y la Adolescencia con el PND 2013–2018.

Cuadro 3. Alineación con el PND 2013–2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategia del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población.	2.1.2. Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva.	1. Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad.
	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	
		2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	
		2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.	

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

Programa Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA) en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales, dichos Objetivos son los siguientes: Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud y Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Dentro de los objetivos uno, tres, cuatro, cinco y seis se encuentran desarrolladas las acciones planeadas para el cumplimiento de la meta del Programa de Salud de la Infancia y la Adolescencia.

A continuación se describe la alineación que tiene el Programa de Salud de la Infancia y la Adolescencia con el

Cuadro 4. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivo del PROSESA	Estrategia del PROSESA	Línea de Acción del PROSESA	Objetivo del PAE	
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.	1.1.5. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social.	1. Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad.	
	1.2. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.	1.2.8. Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios.		
	1.3. Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergente y reemergente.	1.3.5. Promover la participación comunitaria para incidir en la reducción de la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias.		1.3.6. Promover la participación federal, estatal y municipal para reducir la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias.
		1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente.		1.6.2. Promover el desarrollo de capacidades entre la población adolescente para la construcción de relaciones libres de violencia.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.	3.5. Contribuir a disminuir muertes por lesiones de causa externa.	3.5.7. Promover la participación comunitaria, educativa, municipal y multisectorial para la prevención de accidentes en el hogar.		
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.	4.1. Asegurar un enfoque integral para reducir la morbilidad y mortalidad infantil y en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas.	4.1.2. Mejorar la calidad de la atención de la salud en recién nacidos y en menores de cinco años.		
		4.1.7. Fomentar el desarrollo de capacidades para ofrecer a los niños y niñas buenas prácticas de crianza y estimulación temprana.		

Objetivo del PROESA	Estrategia del PROESA	Línea de Acción del PROESA	Objetivo del PAE
<p>5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.</p>	<p>5.1. Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud.</p>	<p>5.1.3. Impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud.</p>	<p>1. Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad.</p>
<p>6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.</p>	<p>6.1. Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal.</p>	<p>6.1.9. Impulsar la salud en las políticas públicas a través de la planeación intersectorial.</p>	
	<p>6.3. Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud.</p>	<p>6.3.2. Establecer mecanismos de monitoreo y difusión de indicadores de calidad que permitan evaluar el desempeño de los servicios.</p>	



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de acción

Objetivo:

1. Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad.

Objetivo 1. Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad.

El presente objetivo obedece a la necesidad de mejorar las condiciones de salud de la población, bajo la premisa de que si se previene desde la infancia el resto de las etapas de la línea de vida tendrán hábitos saludables con mejor calidad en salud. Todo se ve reforzado al empoderar a la población adolescente en el autocuidado de la salud.

Estrategia 1.1. Implementar acciones de prevención, vigilancia y control de nutrición en la infancia y la adolescencia.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Implementar acciones de vigilancia de la nutrición en niñas, niños y adolescentes.
- 1.1.2. Definir acciones de orientación alimentaria y favorecer la activación física en niñas, niños y adolescentes.
- 1.1.3. Coadyuvar a la atención integral del sobrepeso y obesidad en niñas, niños y adolescentes en el primer nivel de atención.

Estrategia 1.2. Implementar acciones para la prevención del maltrato infantil y violencia en adolescentes, con equidad de género y enfoque de derechos.

Línea de acción:

- 1.2.1. Elaborar intervenciones para la prevención en maltrato infantil y violencia en la adolescencia.

Estrategia 1.3. Fortalecer los mecanismos de evaluación y seguimiento del Programa en las entidades federativas.

Líneas de acción:

- 1.3.1. Emitir y actualizar la normatividad, manuales y lineamientos operativos en materia de atención integral a la salud de la infancia y la adolescencia.
- 1.3.2. Fortalecer acciones de supervisión, evaluación y control del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

Estrategia 1.4. Fortalecer el Modelo de Atención Integrada en la Infancia y la Adolescencia en el primer nivel de atención.

Línea de acción:

- 1.4.1. Fortalecer acciones de capacitación del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

Estrategia 1.5. Realizar acciones preventivas para disminuir la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevalentes de la infancia.

Líneas de acción:

- 1.5.1. Consolidar la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas.
- 1.5.2. Fortalecer el análisis de la mortalidad en la infancia.
- 1.5.3. Reforzar las acciones dirigidas a la atención integrada al menor de un año.
- 1.5.4. Impulsar las actividades del desarrollo infantil y estimulación temprana.
- 1.5.5. Fomentar la detección temprana de alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas (Síndrome Turner).
- 1.5.6. Promover acciones de prevención de accidentes en el hogar.

Estrategia 1.6. Realizar acciones de Prevención y Promoción de la Salud de la Adolescencia.

Línea de acción:

1.6.1. Realizar acciones de promoción de estilos de vida saludables en la adolescencia.

V.2 Estrategias Transversales

El Programa contribuye al cumplimiento de la estrategia transversal “Igualdad de Género” del PND al promover el uso de lenguaje incluyente en los informes y documentos oficiales, así como promover el uso de imágenes con diversidad cultural y étnica en los materiales de promoción de la salud.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

Al realizar el análisis de la mortalidad en los menores de cinco años, se observa que las enfermedades diarreicas y respiratorias continúan siendo una de las principales causas, por lo que es imprescindible reforzar las acciones dirigidas a estos componentes y cuyo comportamiento epidemiológico expresa el desarrollo social del país, ya que refleja la oportunidad de los servicios otorgados a este grupo poblacional, el acceso oportuno a sistemas de salud y la capacidad de los responsables para actuar ante estos problemas, de tal manera que los convierte en indicadores idóneos para analizar el impacto de las intervenciones establecidas en el presente documento.

Una estrategia relevante para el grupo de adolescentes es la ejecución de la SNSA, ya que en ella convergen todas las actividades dirigidas a este grupo poblacional, refleja el nivel de coordinación intra e intersectorial y la participación de las OSC, por lo que la medición de su desempeño en las entidades federativas es de suma importancia.

Elemento	Característica				
Indicador 1	Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años.				
Objetivo del PAE	Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad.				
Descripción general	Actividad: Registro de defunciones por Enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años durante 2014.				
Observaciones	<p>Método de cálculo: Numerador: Total de defunciones por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años de edad / Denominador: Total de población de 0 a 5 años de edad por 100,000.</p> <p>Revisión de defunciones en el COEMI.</p>				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Numerador: SEED Denominador: CONAPO				
Referencias adicionales	CeNSIA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	7.92	7.64	7.36	7.08	6.8
Línea base 2013			Meta Sexenal		
8.2 (946 defunciones)			6.8		

Elemento	Característica				
Indicador 2	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años.				
Objetivo del PAE	Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad.				
Descripción general	Actividad: Registro de defunciones por infección respiratoria aguda en menores de 5 años durante 2014.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de defunciones por infección respiratoria aguda en menores de 5 años de edad / Denominador: Total de población de 0 a 5 años de edad por 100,000. Revisión de defunciones en el COEMI.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Numerador: SEED Denominador: CONAPO				
Referencias adicionales	Unidad responsable del indicador: CeNSIA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	18.82	18.24	17.66	17.08	16.5
Línea base 2013			Meta 2018		
19.40 (2,224 defunciones)			16.5		

Elemento	Característica				
Indicador 3	Porcentaje de estados que realizan la Semana Nacional de Salud del Adolescente.				
Objetivo del PAE	Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad.				
Descripción general	Actividad: Ejecución de Semanas Nacionales de Salud del Adolescente realizadas en las entidades federativas por jurisdicción sanitaria.				
Observaciones	<p>Método de cálculo: Numerador: Total de Semanas nacionales de Salud realizadas / Denominador: Entidades federativas por 100.</p> <p>Se realizan Semanas Nacionales en coordinación con el SNS y OSC en cada entidad federativa.</p>				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	<p>Numerador: Subsistema de Metas y plan de trabajo del Programa de Infancia y Adolescencia.</p> <p>Denominador: Entidades federativas del país (32).</p>				
Referencias adicionales	CeNSIA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	100%	100%	100%	100%	100%
Línea base 2013			Meta 2018		
100%			100%		



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

El Programa de Acción Específico de la Salud de la Infancia y la Adolescencia es una herramienta de trabajo que define las acciones dirigidas a la prevención y promoción de la salud de este grupo etario.

El logro del objetivo planteado en este Programa dependerá del trabajo compartido con diversas instituciones tanto intra como intersectoriales, de tal manera que se logre disminuir las brechas de desigualdad y sobre todo, se promueva la participación social organizada, logrando establecer políticas públicas que tengan un impacto favorable en la salud de la población.

Por tal motivo es de suma importancia tener definidas las acciones que cada una de las instituciones llevará a cabo, dentro de su ámbito de responsabilidad para contribuir en los logros de las metas programadas, tal como se muestra en las siguientes matrices.

Matriz de Corresponsabilidad externa

Objetivo 1	Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad.									
Indicador 1	Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años.	Meta 1	6.8							
Indicador 2	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años.	Meta 2	16.5							
Indicador 3	Porcentaje de estados que realizan la Semana Nacional de Salud del Adolescente.	Meta 3	100%							
Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Implementar acciones de vigilancia de la nutrición en niñas, niños y adolescentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.1.2	Definir acciones de orientación alimentaria y favorecer la activación física en niñas, niños y adolescentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
1.1.3	Coadyuvar a la atención integral del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes en el primer nivel de atención.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.2.1	Elaborar intervenciones para la prevención en maltrato infantil y la violencia en la adolescencia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.3.1	Emitir y actualizar la normatividad, manuales y lineamientos operativos en materia de atención integral a la salud de la infancia y la adolescencia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			

Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.3.2	Fortalecer acciones de supervisión, evaluación y control del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
1.4.1	Fortalecer acciones de capacitación del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
1.5.1	Consolidar la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
1.5.2	Fortalecer el análisis de la mortalidad en la infancia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
1.5.3	Reforzar las acciones dirigidas a la atención integrada al menor de un año.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
1.5.4	Impulsar las actividades enfocadas al desarrollo infantil y estimulación temprana.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	UNICEF	
1.5.5	Fomentar la detección temprana de alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas (Síndrome Turner).	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
1.5.6	Promover acciones de prevención de accidentes en el hogar.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
1.6.1	Realizar acciones de promoción de estilos de vida saludables en la adolescencia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	OSC



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del CeNSIA: www.censia.salud.gob.mx/y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liu L, Johnson HL, Consens S, et al. Global regional and national causes of child mortality: an update systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet*. 2012; 379: 2151-61.
2. Bhutta ZA, Black RE. Global Maternal, Newborn, and Child Health – So Near and yet So Far. *N Engl J Med*. 2013; 369(23): 2226-35.
3. Anthony D, Brazier C. La adolescencia, una época de oportunidades. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas; 2011 [acceso 19 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/Las-tendencias-demograficas.pdf>
4. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública Mex*. 2003; 45 (1):S132-S139.
5. Organización Mundial de la Salud, Departamentos de Salud Reproductiva e Investigación y de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Policy brief 4. Implementing the reproductive health strategy. Ginebra: OMS; 2006.
6. Wallace S. El estado de salud de los adolescentes. Banco Mundial, OMS [acceso 19 de enero 2014]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index.html
7. Celis de la Rosa, A. La salud de adolescentes en cifras. *Salud pública Méx*. 2003; 45(1):S153.
8. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et. al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados Nacionales. Cuernavaca, México; 2012 [acceso 22 enero de 2014]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.
9. Ferreira-Guerrero E, Mongua-Rodríguez N, Díaz-Ortega JL, Delgado-Sánchez G, Báez-Saldaña R, Cruz-Hervert LP, et.al. Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de cinco años en México. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S314-S322.
10. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, et. al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas y Alcohol. México, D.F: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INSP; 2011 [acceso 22 de enero 2014]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf y http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
11. Pinheiro PS. Informe mundial sobre la violencia contra niños y niñas. Fondo de las Naciones Unidas [acceso 25 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf
12. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Infancia. 1ª. Edición. México, D.F; 2002.
13. Presidencia de la República. Los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México, Informe de Avances 2013 [acceso 25 de enero 2014]. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/odm/doctos/InfMex2013.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. Reduced osmolarity oral rehydration salts (ORS) formulation – Report from a meeting of experts jointly organized. Nueva York: UNICEF y OMS; 2001.
15. Shonkoff JP, Phillips DA. From Neurons to Neighborhoods : The Science of Early Childhood Development. Washington, DC. 2000; p 40.
16. Secretaría de Salud. Centros Estatales de Capacitación. México, D.F. 2000.
17. Santos PJI. La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana. *Salud Pública Méx*. 2003; 45: supl 1.

18. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012: Prevención de la mortalidad infantil. México, D.F. 2008.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CEC	Centros Estatales de Capacitación.
CeNSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.
CONAPO	Consejo Nacional de Población.
CRC	Centros Regionales de Capacitación.
DGIS	Dirección General de Información en Salud.
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda.
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
ERAS	Salas de atención para Enfermedad Respiratoria Aguda
GAIA	Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia.
GAPS	Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud
IRA	Infección Respiratoria Aguda.
MMM	Metas Más allá del Milenio.
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil.
PASA	Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia
SNSA	Semana Nacional de Salud de la Adolescencia.
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil.
UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Atención Integrada. Conjunto de acciones que proporciona el personal de salud al menor de 19 años en cada asistencia a una unidad de salud, independientemente del motivo de consulta.

Centro Estatal de Capacitación. Sistema integrado por Unidades de Salud de primer nivel y un hospital de referencia, que desarrolla actividades existenciales de calidad óptima y simultáneamente realiza docencia.

Desarrollo Infantil. Se refiere al desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y socio-emocional de las niñas y niños de 0 a 8 años, de una manera integral para el cumplimiento de todos sus derechos.

Determinantes sociales. Condiciones en las cuales un ser humano nace, crece, vive, trabaja y envejece, las cuales son delineadas por la distribución del dinero y los recursos a nivel global, nacional y local.

Emaciación. Peso inferior al que corresponde a la estatura, es un importante indicador de la mortalidad entre los niños menores de cinco años y suele ser el resultado de la escasez aguda de alimentos y/o de las enfermedades.

Índice de Desarrollo Humano. Elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno.

Maltrato Infantil. El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Mortalidad Infantil. Variable demográfica que indica el número de niños menores de un año de edad fallecidos a lo largo de un periodo de tiempo determinado.

Población Vulnerable. Grupo de personas que se encuentran en estado de desprotección o incapacidad frente a una amenaza a su condición psicológica, física y mental, entre otras.

Tasa de crecimiento. Tasa a la cual una población o producción está aumentando o disminuyendo en el periodo de un año, expresada como un porcentaje de la población del año base.

Tasa de Mortalidad Infantil. Número de muertes en niños menores de un año por cada mil nacidos vivos durante un periodo de tiempo determinado.

Violencia. Uso Intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que causa o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las instituciones que colaboraron en la revisión de los documentos y cuyas aportaciones contribuyeron al logro de consensos sectoriales para la definición de indicadores y metas que permitirán la medición de los avances de este Programa en todas las instituciones y en todos los niveles del sistema de salud:

- Academia Nacional de Medicina
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
- Petróleos Mexicanos
- Secretaría de la Defensa Nacional
- Secretaría de Marina
- Secretarías de Salud de las Entidades Federativas
- Sociedad Mexicana de Salud Pública

Agradecemos al Dr. Ignacio Federico Villaseñor Ruíz la acertada dirección e invaluable apoyo para la definición de las políticas del presente Programa.

Reiteramos un profundo agradecimiento a la Dra. Verónica Carrión Falcón por el compromiso y entrega con la Infancia y Adolescencia de nuestro país.

Nuestro reconocimiento y gratitud a la Dra. Laura Margarita Tapia Muñoz, quien contribuyó con sus valiosas aportaciones en la elaboración del presente documento. Así mismo, agradecemos a la Dra. Diana C. Carpio Ríos por el valioso tiempo invertido en la revisión y corrección editorial de este Programa.

Gracias a la Mtra. Blanca Y. Casas de la Torre y al Dr. José de Jesús Méndez de Lira por el tiempo prestado a la revisión del documento.

Un especial e invaluable reconocimiento a la Psicóloga María Eugenia Mendieta Fraile y la Dra. Velia Rosas Benítez por su compromiso y entrega para la integración y culminación del presente Programa de Acción Específico.

De igual forma agradecemos a todo el equipo de la Dirección del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, que intervinieron para la publicación de este Programa: Mtro. Adolfo Hernández García, L. E. Amanda Mendoza Martínez, Mtra. Argelia Ramírez Segura, Dra. Ariana Bernal Zamora, Lic. Erik García Estrada, Mtra. Gabriela Dolores López Flores, Dra. Iasmín Castañeda Pérez, Lic. Karla Lima Chávez, Dra. Leyla Camarillo Blancarte, Lic. Comunicación Humana María Magdalena Solares Lamas, L.E. María Teresa Tanguma Alvarado, Psic. Marlene Delgado Fragoso, Dra. Mayra Elizabeth Yaguar Castro, Lic. Rosario Marrón Guzmán y Lic. Susana Torres Perera.

No podemos omitir nuestro reconocimiento a la labor que día a día realizan nuestros compañeros responsables de Programa en cada entidad federativa, quienes con entusiasmo y dedicación enfrentan los retos que surgen de la realidad del país y con la mejor actitud, logran ser resolutivos ante los mismos.

Gracias al trabajo que ellos desempeñan juntos alcanzaremos como un gran equipo las metas establecidas en este documento.

ANEXOS

Matriz de Corresponsabilidad interna

Objetivo 1	Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad.								
Indicador 1	Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años.	Meta 1	6.8						
Indicador 2	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años.	Meta 2	16.5						
Indicador 3	Porcentaje de Estados que realizan la Semana Nacional de Salud del Adolescente.	Meta 3	100%						
Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
1.1.1.	Implementar acciones de vigilancia de la nutrición en niñas, niños y adolescentes.	✓	✓	✓		✓			SPPS: CENAPRECE y DGPS.
1.1.2.	Definir acciones de orientación alimentaria y favorecer la activación física en niñas, niños y adolescentes.	✓	✓	✓		✓		CONADE	SPPS: CENAPRECE y DGPS.
1.1.3.	Coadyuvar a la atención integral del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes en el primer nivel de atención.	✓	✓						SPPS: CENAPRECE y DGPS.
1.2.1.	Elaborar intervenciones para la prevención en maltrato infantil y la violencia en la adolescencia.	✓	✓						
1.3.1.	Emitir y actualizar la normatividad, manuales y lineamientos operativos en materia de atención integral a la salud de la infancia y la adolescencia.		✓		✓	✓			

SALUD PARA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
1.3.2	Fortalecer acciones de supervisión, evaluación y control del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.	✓	✓						
1.4.1	Fortalecer acciones de capacitación del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.	✓	✓		✓				
1.5.1	Consolidar la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	CONAGUA	
1.5.2	Fortalecer el análisis de la mortalidad en la infancia.	✓	✓						SNPPS: CENAPRECE, DGE, DGIS y DGEGySR.
1.5.3	Reforzar las acciones dirigidas a la atención integrada al menor de un año.	✓	✓			✓			SPPS: CNEGySR y DGPS.
1.5.4	Impulsar las actividades enfocadas al Desarrollo Infantil y Estimulación temprana.	✓	✓			✓			
1.5.5	Fomentar la detección temprana de alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas (Síndrome Turner).	✓	✓						
1.5.6	Promover acciones de prevención de accidentes en el hogar.	✓	✓		✓	✓			SPPS: STCONAPRA.
1.6.1	Realizar acciones de promoción de estilos de vida saludables en la adolescencia.	✓	✓	✓		✓			SPPS: CNEGySR, STCONAPRA, STCENADIC, CENSIDA, CENAPRECE y DGPS.

SALUD PARA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

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