

2

**INFORME
DE LABORES**

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



2019-2020

1 de septiembre de 2020

ÍNDICE GENERAL

Presentación del C. Secretario

Estructura básica de la Secretaría de Salud	9
Actividades del Titular de la Secretaría de Salud	13
Informe de Labores de la Secretaría de Salud	25
OBJETIVOS DEL PROSESA 2020-2024	
1. Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud	27
2. Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano	57
3. Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con mayores niveles de marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos	84
4. Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural	99
5. Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población	115
Siglas y Acrónimos	133
Anexos estadísticos	143
Directorio	169



*Presentación
del C. Secretario*

PRESENTACIÓN

En continuidad al ejercicio de transparencia y rendición de cuentas para todas y todos los ciudadanos, me permito presentar a ustedes el Segundo Informe de Labores de la Secretaría de Salud. En las siguientes páginas se describe de manera puntual la ruta que hemos trazado desde el 1 de diciembre de 2018 y cuyo objetivo es claro: disminuir las inequidades en materia sanitaria y lograr que el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos pase de ser letra muerta a ser una realidad.

Nuestros pilares siguen siendo el acceso universal a los servicios de salud y medicamentos gratuitos para toda la población, la implementación de un modelo de salud basado en la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I Mx), la reorganización y regulación sanitaria en nuestro país y, el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional junto con la investigación innovadora.

Uno de los principales logros en materia de equidad en salud que hemos alcanzado es la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), su operación ayuda a disminuir las brechas existentes entre diferentes grupos sociales y las distintas regiones del país, beneficiando principalmente a aquellas comunidades que en otros tiempos fueron olvidadas.

La epidemia de sobrepeso y obesidad, así como las enfermedades crónico degenerativas asociadas: la diabetes mellitus e hipertensión arterial, no dan tregua, son las principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país, encontrándolas incluso en población infantil y más recientemente en comunidades rurales.

Al respecto, una gran parte de nuestros esfuerzos se ha encaminado hacia la prevención, pero sobre todo a la promoción de la salud, resalto especialmente la modificación a la Norma Oficial Mexicana O51, publicada el 27 de marzo de 2020 en el Diario Oficial de la Federación, misma que nos servirá como herramienta para exigir mejores etiquetados en los alimentos y bebidas que consumimos y de esta manera ejercer nuestro derecho a conocer en forma sencilla y rápida el contenido de azúcares, sodio o grasas saturadas en su composición.

Hemos logrado una interacción transversal entre diferentes secretarías para revertir con medidas concretas el problema de la malnutrición en nuestro país. La relación entre agricultura, medio ambiente y salud hoy rinde frutos con la formación del Grupo Intersecretarial de Salud, Alimentación y Medio Ambiente (GISAMA), mismo que impulsa la creación de un sistema agroalimentario justo, sustentable y sobre todo saludable.

Renfocamos el problema de las adicciones con la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones “Juntos por la Paz”, que abarca cuatro ejes estratégicos: educación, bienestar, cultura y comunicación. Mediante una campaña masiva por medios convencionales y digitales se informa y orienta a las niñas, niños y adolescentes, haciendo uso de la gran reserva de valores culturales, morales y espirituales de nuestra sociedad.

Sin ahondar al respecto, en el presente informe se presentan los alcances logrados en las Semanas Nacionales de Salud, así como de la detección de enfermedades crónicas y la orientación a personas de todos los grupos de edad para fomentar hábitos y estilos de vida saludables. La educación es parte de la promoción de la salud. Por otra parte, la pandemia de COVID-19 que inició en China a finales de 2019, nos obligó a tomar cartas en el asunto semanas antes de que tuviéramos el primer caso reportado en nuestro país.

Jamás en nuestra historia moderna se había presenciado tal respuesta gubernamental y social con un objetivo en común, salvar vidas. Se logró la reconversión hospitalaria tanto en infraestructura, insumos y personal sanitario mediante una campaña bien orquestada, hemos actuado de manera coordinada como nunca antes con las distintas secretarías, el área sanitaria, la industria y sobre todo con la sociedad. Al implementar las medidas masivas de prevención de contagio detuvimos la velocidad de propagación, preservando siempre los derechos y la dignidad humana. En pocas palabras, logramos evitar que nuestro sistema de salud colapsara. A pesar de los súbitos y profundos cambios que presenciábamos a nivel mundial, la cuarta transformación en

materia de salud sigue vigente hoy más que nunca y no descansaremos hasta lograr el acceso efectivo a los servicios de salud para todas y todos, en cualquier rincón del país.

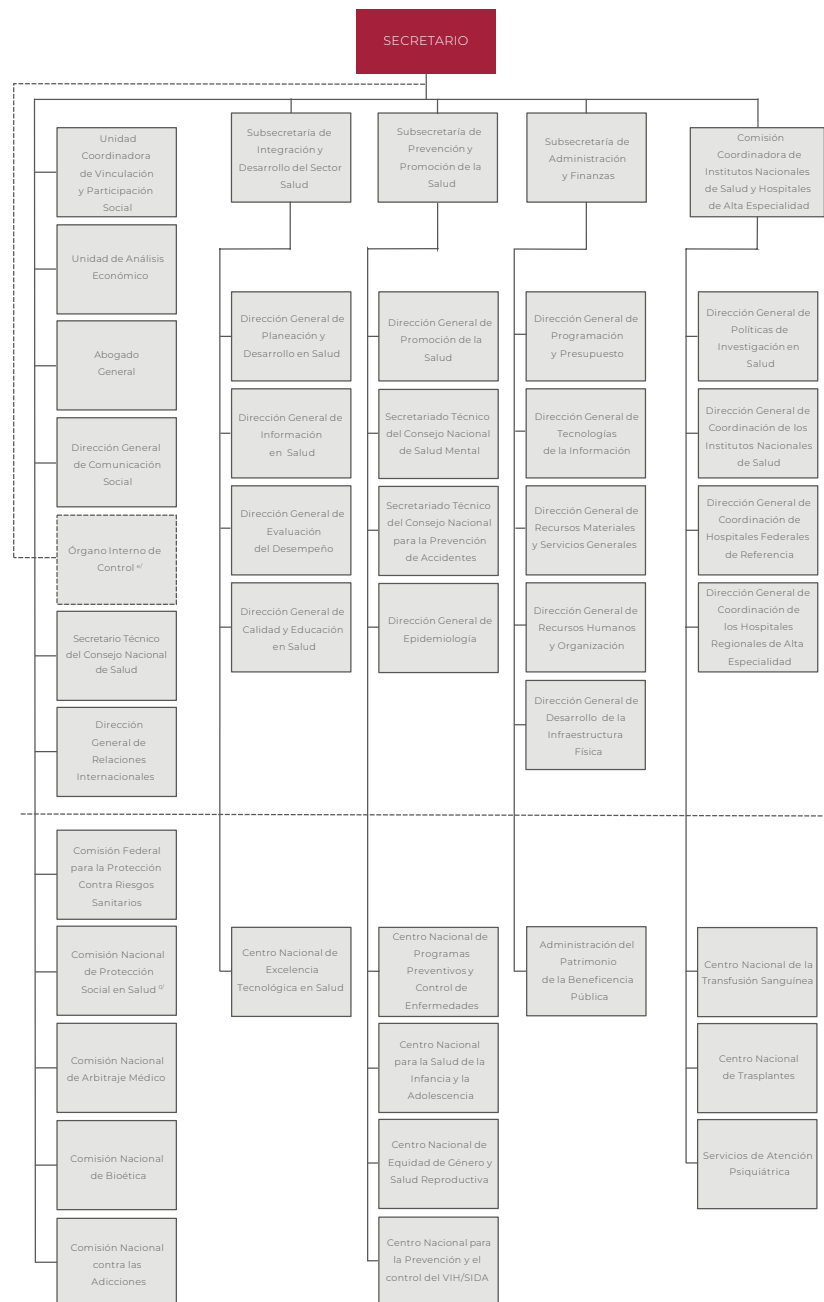
Concluyo diciendo que una sociedad bien informada sobre en qué y cómo se invierten los recursos de todas y todos los mexicanos en materia de salud, ayuda a hacer más eficientes los procesos de esta Secretaría, sírvase el presente informe para llegar a este cometido.

Dr. Jorge Alcocer Varela
Secretario de Salud



*Estructura básica
de la Secretaría de Salud*

Estructura Básica Estructura dictaminada por la Secretaría de Salud



^{o/} El Órgano Interno de Control se integra por el contralor interno y los titulares de área de auditoría, quejas y responsabilidades, mismos que de acuerdo con los artículos XII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 51 Fracción XIX del reglamento interior de la Secretaría de la Función Pública, dependen jerárquica y funcionalmente del C. secretario de la Función Pública, dichas unidades administrativas se reflejan en la Estructura Orgánica para efectos de representación gráfica, toda vez que el resto del personal conforma las unidades pertenece y es proporcionado por la propia dependencia.

^{o/} Conforme al DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud del 29 de noviembre de 2019, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud como organismo desconcentrado se extingue y se crea a partir del 01 de enero de 2020 el Instituto de Salud para el Bienestar como un organismo descentralizado y sectorizado a la Secretaría de Salud. Aunado a lo anterior, con la entrada en vigor del presente decreto, se cuenta con 180 días para la publicación del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, instrumento jurídico que establecerá como parte de la Estructura Básica de la Secretaría de Salud al Instituto de Salud para el Bienestar.

1

Actividades del Titular de la Secretaría de Salud

Durante este año, la Secretaría de Salud continuó con la coordinación de acciones hacia la reorganización del Sistema de Salud, con el objetivo de promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos, bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio.

Con el propósito de proporcionar una comunicación oportuna a la población, el 1 de septiembre de 2019, el C. Secretario asistió, a solicitud del Ejecutivo Federal, al Primer Informe de Gobierno Presidencial, en el que se informó sobre lo realizado por la Administración Pública Federal del país y de las acciones realizadas en salud orientadas a establecer un sistema de atención bajo los principios de universalidad y reducción de la desigualdad en salud.

En atención a la solicitud de comparecer ante la Cámara de Diputados en septiembre de 2019, el C. Secretario de Salud asistió al H. Congreso de la Unión y señaló los avances de la Secretaría de Salud para cancelar el Seguro Popular y, en su lugar, reconocer al INSABI.

Además, presentó el presupuesto de más de 40 mil millones de pesos para impulsar los cuatro ejes del INSABI: medicamentos y equipamiento médico, basificación, médicos e infraestructura, para beneficio de población sin seguridad social laboral, acción que hasta ese momento había logrado la firma convenios de colaboración con 19 entidades, empezando por Chiapas, Oaxaca y Tabasco^{1/}.

Asimismo, el C. Secretario atendió la solicitud del Senado de la República y se presentó ante la Comisión de Salud, informó sobre los avances en materia de embarazo infantil, abasto de medicamentos, dengue y otros temas relevantes. Adicionalmente, el 16 de octubre compareció ante el Pleno de la Cámara de Diputados, en donde anunció que hubo ahorros por más de dos mil millones de pesos en el sector salud y combate a la corrupción^{2/}.

En este mismo periodo, la Secretaría de Salud realizó diferentes reuniones de trabajo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores

del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y funcionarios del INSABI, encaminadas a fortalecer la universalidad y reducción de la desigualdad en salud. También, el C. Secretario se reunió con distintas dependencias del ramo de la salud y la Industria Farmacéutica, entre ellas la Fundación del Cáncer de Mama AC (FUCAM) y el Grupo Ángeles Servicios de Salud, en donde se hizo entrega de las recomendaciones para la compra consolidada 2020.

La Secretaría de Salud asistió a la ceremonia inaugural de la Tercera Reunión Ordinaria 2019 del Consejo Nacional de Salud (CONASA) el 13 de septiembre en Pachuca, Hidalgo. El C. Secretario de Salud y los 32 Secretarios de Salud Estatales, plantearon la situación actual y los retos a enfrentar en materia de trasplantes, además dieron a conocer los avances en prevención y promoción de la salud, el presupuesto 2020 del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) correspondiente al Ramo 33, la creación del INSABI y la nueva Política de Salud Mental^{3/}.

Referente a las actividades y reuniones realizadas durante el mes de septiembre el C. Secretario de Salud participó en la Conferencia Magistral del XXV Curso Monográfico de Medicina Social “Hacia la Transformación del Sistema Público de Salud”, el evento tuvo como objetivo conocer, sistematizar y debatir las políticas de salud y la orientación de los cambios en las instituciones públicas de salud del Gobierno^{4/}. En el mismo mes asistió a la entrega del “Premio Anual de Investigación Pediátrica Aarón Sáenz 2018”, en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” (HIMFG).

Con relación a las prácticas sustentables, el C. Secretario participó en la Conferencia “Autosuficiencia Alimentaria e Innovación Tecnológica”. De igual manera, derivado de los trabajos de la Academia Nacional de Medicina (ANM), asistió al Simposio “Encuentros y Desencuentros de la Educación Médica y el Sistema Nacional de Salud” e inauguró la XXXIV Reunión Anual de Investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

El C. Secretario junto con los representantes de diversas dependencias de la Salud, a solicitud del Ejecutivo Federal, realizaron la inspección de

^{1/} <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Monitoreo-de-Medios/2019/09-Septiembre/19/19-septiembre-2019-15-30-00>

^{2/} <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2019/Octubre/08/2387-Comparecera-el-Secretario-de-Salud-el-16-de-octubre-ante-el-Pleno>

^{3/} https://www.canaldelcongreso.gob.mx/vod/reproducir/0_0apdw8io/Comparecencia_de_Jorge_Alcer_Varela%2C_Funcionario_de_la_Secretaria_de_Salud

^{4/} <https://www.clasco.org/actividad/xxv-curso-monografico-se-medicina-social-hacia-la-transformacion-del-sistema-publico-de-salud-avances-dificultades-y-retos/>

diversos hospitales IMSS-BIENESTAR, distribuidos en giras en los estados de Baja California, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Yucatán y Zacatecas; durante septiembre y octubre para verificar que se contara con la infraestructura adecuada y recurso médico suficiente. Se trabajó en la implementación de un nuevo modelo basado en la APS-I Mx con el objetivo de que el personal sanitario del primer nivel identifique a tiempo los padecimientos.

Para dar paso a uno de los temas prioritarios en salud y sanar la situación de inseguridad y violencia, se presentó la “Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones” el 29 de octubre de 2019.

En octubre el C. Secretario de Salud asistió a la 110 Asamblea General Ordinaria en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, donde se dio a conocer el Programa de Actividades 2019-2020 del IMSS, acto al que asistió el C. Presidente de la República, Andrés Manuel López Obrador, representantes del sector obrero, patronal y gubernamental del Consejo Técnico^{6/}.

En relación con la sinergia y colaboración entre el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y la Secretaría de Salud para la búsqueda de solución a los problemas de salud en México desde la investigación científica y tecnológica, el C. Secretario de Salud formó parte de la Junta de Gobierno del CONACYT como presidente y participó en las sesiones ordinarias.

Las autoridades de la Secretaría manifestaron el total rechazo a conductas que vulneraran la integridad y dignidad de las personas, por lo que el C. Secretario se pronunció por el compromiso de actuar bajo los principios de “Cero Tolerancia al Hostigamiento y al Acoso Sexual Laboral, y no Discriminación”.

En septiembre, en aras del fortalecimiento de la política económica actual y con la finalidad de crear nuevos lazos comerciales, se realizó una reunión de trabajo con el embajador de Cuba en México, Pedro Núñez Mosquera.

En la Segunda Sesión Ordinaria del Consejo de Salubridad General (CSG), que preside el C. Secretario de Salud, se dio a conocer la creación del Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CNIS), para sustitución al Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector. Este nuevo CNIS está integrado por 14,806 claves, a fin de garantizar la

equidad en el acceso a medicamentos y tener mayor cobertura en la atención^{6/}.

En noviembre se firmó el acuerdo de colaboración interinstitucional para la participación de México en el Fondo Rotatorio de Vacuna y el Fondo Rotatorio Regional para suministros estratégicos de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El acuerdo fue firmado por el Secretario de Salud, Dr. Jorge Alcocer Varela y por la directora de la OPS, Carissa F. Etienne. La participación de México en estos Fondos resulta un eje fundamental en favor de nuestra población para no dejar a nadie desatendido, lo cual es congruente con los compromisos internacionales que México ha asumido en materia de salud^{7/}.

Desde agosto y durante septiembre, la Secretaría de Salud coordinó las acciones tendientes a la modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-051 Especificaciones Generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados. Los Comités y grupos de trabajo colaboraron de forma estrecha y sostuvieron más de 20 reuniones con técnicos y expertos en la materia, lo que dio el soporte científico a la NOM 051; estos comités estuvieron integrados por el sector industrial, organismos internacionales, centros de enseñanza superior, colegios de profesionales, sociedad civil y centros de investigación, así como por diversas dependencias, tales como la Secretaría de Salud, la Secretaría de Economía (SE), la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), la Secretaría Trabajo y Previsión Social (STPS), la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural (SADER), la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), la Secretaría de Bienestar, la Secretaría de Energía (SENER), la Secretaría de Turismo (SECTUR), la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), entre otras.

El 11 de octubre de 2019 el proyecto de NOM-051 se publicó en el Diario Oficial de la Federación para consulta pública. El 10 de diciembre se cerró dicha consulta y de ella emanaron más de 5,200 comentarios, que convirtieron la labor de normalización en la de mayor interés y participación de la sociedad. El 24 de enero de 2020 la SE y COFEPRIS aprobaron la modificación a la Norma Oficial Mexicana

^{6/} <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201910/458>

^{6/} <https://www.gob.mx/salud/prensa/317-nuevo-compendio-nacional-de-insumos-para-la-salud>

^{7/} https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1476:se-firma-acuerdo-de-colaboracion-interinstitucional-para-la-participacion-de-mexico-en-el-fondo-rotatorio-y-en-el-fondo-estrategico-de-la-ops&Itemid=499

NOM-051-SCFI/SSA1-2010. Entre los principales cambios aprobados en esta NOM destacó la implementación del etiquetado frontal de advertencia para permitir al consumidor identificar de forma rápida, clara y veraz del contenido excesivo de nutrientes críticos (azúcares, grasas trans, grasas saturadas, sodio y contenido energético) en alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados. Con ello, se da cumplimiento a la reciente modificación de la Ley General de Salud (LGS) por parte del H. Congreso de la Unión^{8/}.

En diciembre, hospitales, clínicas y unidades administrativas del IMSS fueron reconocidas con los Premios IMSS a la Competitividad y Nacional de Calidad en Salud 2019, gracias a su esfuerzo y compromiso con la salud de la población, en el marco del Foro Nacional e Internacional por la Calidad en Salud, acto encabezado por el C. Secretario de Salud^{9/}.

Durante la IV Reunión Ordinaria 2019 del CONASA, se propuso elaborar un proyecto interinstitucional sobre alimentos y bebidas en escuelas y se presentó un modelo funcional de los Centros Estatales de Trasplantes y la Estrategia para la Prevención de Adicciones Juntos por la Paz^{10/}. Además, se llevó a cabo la 1ª. Reunión Regional de Atención Primaria en Salud “ECOS para el Bienestar”, iniciativa que fomenta la comunicación e interacción del personal médico con la sociedad, dado que impulsa un modelo de salud preventivo^{11/}.

El C. Secretario asistió a la toma de protesta para la presidencia de la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados (CIBIOGEM), encargada de establecer las políticas relativas a la seguridad de la biotecnología respecto al uso seguro de los Organismos Genéticamente Modificados (OGM)^{12/}.

Asimismo, el C. Secretario de Salud y presidente de la Junta de Gobierno, presidió la Sesión Solemne de Instalación de la Junta de Gobierno del INSABI y la declaratoria inaugural de inicios de trabajos el 19 de diciembre de 2019, acto que marcó un hito para el cumplimiento de la promesa de hacer realidad el

acceso a la salud a toda la población, incluyendo la que no tiene seguridad social^{13/}.

En diciembre, en apoyo a la Estrategia de Seguridad Pública, el Dr. Jorge Alcocer Varela participó en las Mesa de Construcción de la Paz, cuyo objetivo es ejecutar las acciones contra la delincuencia.

Como cada año, el seis de enero del 2020 se conmemoró el Día de las Enfermeras y los Enfermeros durante la ceremonia encabezada por el presidente Andrés Manuel López Obrador, el C. Secretario de Salud reconoció la labor de este sector y enfatizó que para hacer realidad el derecho a la salud gratuito y universal, plasmado en el artículo 4o. Constitucional, resaltaba el inicio de operaciones del INSABI. Asimismo, el CSG otorgó los Reconocimientos al Mérito en Enfermería a quienes se destacaron por sus aportaciones sociales en favor de la salud y de la consolidación de instituciones; investigación e innovación tecnológica, por su destacada labor en el ámbito de la enseñanza y por sus aportaciones para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Hoy en día, más de la mitad de la población padece sobrepeso en 34 de los 36 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y casi una de cuatro personas es obesa. Las tasas medias de obesidad en adultos en los países miembros del organismo han aumentado desde el 21% en 2010 hasta el 24% en 2016, lo que significa que en la actualidad hay 50 millones más de personas obesas. En ese sentido, con motivo de la presentación del informe de la OCDE titulado “La Pesada Carga de la Obesidad”, la SE y la Secretaría de Salud, la representación de México del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el IMSS, organizaron el Seminario “Sobrepeso, Obesidad y Diabetes: efectos sobre la competitividad del país”. En el evento el C. Secretario de Salud expresó que este problema es algo que le importa a todo el mundo^{14/}.

En enero el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE), la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Salud refrendaron la voluntad en el ámbito de sus responsabilidades en Mesa de trabajo con el objetivo de fortalecer la coordinación entre ellos para incluir

^{8/} <https://www.gob.mx/se/articulos/fue-aprobada-la-modificacion-a-la-nom-051-sobre-etiquetado-de-alimentos-y-bebidas>

^{9/} <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201912/535>

^{10/} <https://www.gob.mx/salud/prensa/322-inician-los-trabajos-de-la-iv-reunion-ordinaria-del-consejo-nacional-de-salud?idiom=es>

^{11/} <https://www.gob.mx/issste/prensa/presenta-el-issste-innovador-programa-para-reforzar-el-nuevo-modelo-de-salud-preventivo>

^{12/} <https://www.gob.mx/senasica/acciones-y-programas/comision-intersecretarial-de-bioseguridad-y-organismos-geneticamente-modificados>

^{13/} <https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version-estenografica-instalacion-de-la-junta-de-gobierno-del-instituto-de-salud-para-el-bienestar?idiom=es>

^{14/} <https://www.gob.mx/se/prensa/la-situacion-de-sobrepeso-obesidad-y-diabetes-ha-provocado-emergencia-economica-nacional-231371?idiom=es>



contenidos que promuevan una alimentación y vida saludable de la niñez mexicana.

El 15 de enero, el C. Secretario de Salud y el gobernador Mauricio Vila Dosal inauguraron el primer Hospital General concluido bajo la coordinación y apoyo del INSABI en Tekax, Yucatán, el cual atiende 11 municipios del sur y beneficiará a más de 225 mil yucatecos^{15/}. Asimismo, el 16 de enero en la conferencia matutina encabezada por el C. Presidente de México, el C. Secretario de Salud presentó el nuevo Sistema de Salud bajo los principios de universalidad, reducción de la desigualdad, combate a la corrupción y buen manejo de los recursos^{16/}. Durante febrero, en conjunto con el INSABI, la Secretaría de Salud celebró la firma de convenio de adhesión por parte de los gobiernos de Durango, Michoacán y el Estado de México.

A finales de enero se llevó a cabo la IV Reunión Plenaria del Grupo Parlamentario del Movimiento Regeneración Nacional (MORENA) en el Senado de la República, el C. Secretario de Salud participó en esta junta de trabajo y se habló de la Regulación Integral del Cannabis.

Ante el desabasto mundial de ciertos medicamentos oncológicos, la Secretaría de Salud ha dado seguimiento continuo a los requerimientos de la población. En conjunto con la Secretaría de Gobernación (SEGOB), en febrero se acordó con padres de niños con cáncer realizar mesas de diálogo cada semana hasta que se resolviera el desabasto de medicamentos para tratar esta enfermedad, con la participación del C. Secretario.

Durante febrero el C. Secretario, como parte de la Academia Nacional de Medicina de México, presidió las sesiones de inauguración, resaltando la importancia de la formación de profesionales de la salud para garantizar a la población mexicana el derecho a la salud. De igual manera, se presentó el INSABI y la Estrategia de Salud Mental.

En el ámbito Internacional se suscribió el Memorando de Entendimiento para promover la colaboración en materia sanitaria, que incluyó el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, el intercambio de información en la atención de

enfermedades no crónicas, muerte materna e infantil, consumo de alcohol y drogas, regulación sanitaria y capacitación de recursos humanos, entre los gobiernos de México, a través de la Secretaría de Salud y de la República de Ecuador, representado por Enrique Ponce de León Román^{17/}.

Por otro lado, el 13 de febrero de 2020, el C. Secretario de Salud, la C. Secretaria de la Función Pública, Irma Eréndira Sandoval y el titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), Gustavo Reyes Terán, continuaron con el plan de visitas de supervisión a Institutos y Hospitales de Alta Especialidad. En el Hospital Juárez de México (HJM), el C. Secretario de Salud escuchó a pacientes, personal médico y administrativo, quienes expusieron las necesidades y áreas de oportunidad de mejora en este nosocomio, habló de la necesidad de integrar protocolos terapéuticos con el propósito de garantizar eficiencia en cada una de las áreas de atención, tarea que se encargó a la CCINSHAE y en la que también se buscará la participación del CSG^{18/}.

Durante el cuadragésimo Congreso Mexicano de Reumatología, celebrado el 14 de febrero, en León, Guanajuato, el C. Secretario de Salud resaltó que la reumatología es el ejemplo claro que demuestra que la investigación y la industria farmacéutica son piezas clave en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, cuando se antepone el bienestar humano por sobre los intereses comerciales, se garantizan mejores compras.

En febrero, México se integró a la iniciativa para atender los problemas cardiovasculares, liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y diversos actores globales. A través de la ceremonia de lanzamiento de Hearts en las Américas que encabezó el C. Secretario de Salud^{19/}.

Desde que se tuvo conocimiento de un brote de coronavirus en Wuhan, capital de Hubei, República Popular China, el Secretario de Salud instruyó la preparación para atender la llegada del virus a México. El 21 de febrero se inauguró el primer curso informativo de capacitadores respecto COVID-19 por SARS-CoV-2, dirigido a especialistas de Institutos

^{15/} <https://www.gob.mx/salud/prensa/010-entra-en-marcha-primer-hospital-general-insabi-en-tekax-yucatan-atendera-11-municipios-del-sur?idiom=es>

^{16/} <https://www.gob.mx/salud/prensa/011-el-sistema-de-salud-funcionara-bajo-los-principios-de-universalidad-reduccion-de-la-desigualdad-y-combate-a-la-corrupcion?idiom=es>

^{17/} <https://www.gob.mx/salud/prensa/047-mexico-y-republica-de-ecuador-firman-memorando-de-entendimiento-en-materia-de-salud?idiom=es>

^{18/} <https://www.gob.mx/salud/prensa/058-todos-debemos-combatir-la-corrupcion-que-tanto-dano-al-sistema-de-salud-en-mexico?idiom=es>

^{19/} <https://www.gob.mx/salud/prensa/067-mexico-se-integra-a-iniciativa-hearts-en-las-americas-para-atender-problemas-cardiovasculares?idiom=es>

Nacionales y Hospitales Federales en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER). El C. Secretario hizo hincapié en fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica, para poder reportar y asistir de manera oportuna y específica cualquier enfermedad que llegara a afectar a nuestras comunidades. Se reafirmó el estar preparados, a través de la investigación y la generación de estrategias efectivas^{20/}.

Considerando como prioridad la promoción y la prevención en salud, en especial durante la primera infancia, en el mismo febrero, la Secretaría de Salud presentó el Programa Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes 2020-2024 (PRONAPINNA), y la Estrategia Nacional para la Atención a la Primera Infancia (ENAPI). Programas que fueron producto de una amplia colaboración y acuerdos entre distintas dependencias del gobierno, autoridades estatales, especialistas y de la sociedad civil. Se enfatizó que el compromiso de la dependencia es garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud universal y de calidad, así como la nutrición correcta de niñas, niños y adolescentes, atendiendo las brechas de desigualdad existentes entre estratos sociales, regiones geográficas y de género, respetando la diversidad inherente a cada individuo^{21/}.

Con el propósito de proporcionar una comunicación oportuna con la población, durante febrero el C. Secretario de Salud intervino cinco veces en la Conferencia de Prensa matutina encabezada por el C. Presidente, Andrés Manuel López Obrador, informando sobre el plan de salud para garantizar atención médica y medicamentos gratuitos. Estas participaciones derivaron en la instauración del “Pulso de la Salud” en las conferencias matutinas; la Secretaría de Salud anunció que cada martes se realizará un informe semanal con respecto a los avances en los servicios públicos de la salud en el país en Palacio Nacional. En ese sentido, se informó acerca de los siguientes temas: el camino a la universalidad, a la gratuidad y a la equidad, a través de la integración de las instituciones de salud con el INSABI y las acciones transversales mediante diferentes proyectos donde la Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salud e instancias de agricultura se unieron para realizar una atención a la niñez y adolescentes con énfasis preventivos y

programas para contrarrestar la epidemia de obesidad, de diabetes, de hiperlipidemia y enfermedades cardiovasculares^{22/}.

Asimismo, con la presencia de funcionarios del sector que encabeza el Secretario de Salud, el Subsecretario de Prevención y Promoción a la Salud, el Dr. Hugo López Gatell Ramírez, informó el número de medicamentos oncológicos comprados y refirió las acciones para atender los casos del COVID-19.

Además, de los trabajos que realizó fueron: cuatro reuniones en la Presidencia de la República, Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ). Y diez reuniones privadas con diversos funcionarios de las distintas dependencias de la Secretaría de Salud y la Presidencia de la República.

El 4 de marzo el C. Secretario de Salud se reunió con integrantes y representantes de la Conferencia Nacional de Gobernadores (CONAGO), que presidió el gobernador de Baja California Sur, Carlos Mendoza Davis. En el encuentro mencionó que se contará con insumos necesarios para pruebas de laboratorio para detectar el coronavirus SARS-CoV-2^{23/}. Continuando con estos trabajos, el seis de marzo al encabezar la inauguración de la Primera Reunión Ordinaria del CONASA, el C. Secretario de Salud, enfatizó que ante la presencia del COVID-19 en nuestro país, el sector salud cuenta con experiencia y un robusto sistema de vigilancia epidemiológica, donde las 32 entidades federativas tienen el potencial de comunicar acerca la situación en tiempo real, lo que permite la toma de decisiones de manera inmediata. Destacó que este virus emergente “es un invitado al que nos acercamos organizados y con disciplina”, sobre el cual, indicó, descifrar su comportamiento, transmisión y matices de gravedad clínica nos ayudará a desarrollar medidas eficaces para combatirlo y reducir, al mínimo, las repercusiones en la salud de nuestras comunidades^{24/}.

En el marco de la conmemoración del Día Mundial del Riñón, celebrado el 12 de marzo, el C. Secretario de Salud, se pronunció por impulsar una estrategia nacional que haga frente a este problema de salud, con la premisa fundamental de que sea basada en la prevención, así como la creación de un registro

^{20/} <https://www.gob.mx/salud/prensa/investigacion-y-capacitacion-fundamentales-para-atender-de-manera-oportuna-cualquier-enfermedad-que-llegue-afectar-a-nuestras-comunidades?idiom=es>

^{21/} <https://www.gob.mx/salud/prensa/presentan-gobernacion-educacion-y-salud-programa-nacional-de-proteccion-de-ninas-ninos-y-adolescentes-2020-2024-236043?idiom=es>

^{22/} <https://www.gob.mx/insabi/es/articulos/el-pulso-de-la-salud-03-de-marzo-de-2020-236561?idiom=es>

^{23/} <https://www.gob.mx/salud/prensa/080-se-contara-con-insumos-necesarios-para-pruebas-de-laboratorio-para-coronavirus-covid-19-alcocer-varela?idiom=es>

^{24/} <https://www.gob.mx/salud/prensa/082-sector-salud-cuenta-con-robusto-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-ante-covid-19?idiom=es>



nacional de pacientes con enfermedad renal, para tener un mapa real de la enfermedad en cada región de nuestro país y enfocar los esfuerzos donde sea necesario²⁵.

Durante marzo se realizaron dos reuniones con el Consejo Coordinador Empresarial en la Secretaría de Salud, a las cuáles asistió el Lic. Carlos Salazar, presidente del Consejo Coordinador Empresarial y la Dra. Graciela Márquez, C. Secretaria de Economía.

Asimismo, el 18 de marzo en las instalaciones de la Secretaría de Salud se llevó a cabo la junta de trabajo sobre COVID-19, entre los comités nacionales de Emergencias y de Seguridad en Salud, encabezada por los secretarios de Salud, Dr. Jorge Alcocer Varela, y de Seguridad y Protección Ciudadana, Alfonso Durazo Montaño. La reunión tuvo como propósito dar continuidad a los esfuerzos del Gobierno de México en materia de preparación y atención a la población ante la pandemia del nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Se presentaron dos acuerdos que fueron aprobados por unanimidad: las acciones de prevención y control, incluyendo la sana distancia (distanciamiento social) definidas por la Secretaría de Salud en consenso con las dependencias involucradas en su aplicación, las fechas de inicio y término de estas, así como extensión territorial del programa²⁶.

El 19 de marzo del año en curso el CSG llevó a cabo su Primera Sesión Extraordinaria de 2020, en la cual reconoció la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV-2, COVID-19 en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria; y el CSG se constituyó en sesión permanente hasta que se ponga lo contrario.

Asimismo, se expuso el Plan Estratégico de Reconversión de Camas Hospitalarias del IMSS, puesto en marcha el pasado 28 de febrero y en el que participaron 18 hospitales en distintos puntos del país²⁷. Por otro lado, ante el presidente de México, la Secretaría de Salud declaró el inicio de la Fase 2 de la contingencia por coronavirus SARS-CoV-2 (dispersión comunitaria), por lo que se fortalecieron las medidas ya existentes y se desarrollaron nuevas acciones, a fin de reducir la transmisión entre la población. Entre las medidas se incluyó la contratación de profesionales de la salud, la disponibilidad

de infraestructura hospitalaria e insumos, además de recursos financieros suficientes y el fortalecimiento del distanciamiento social. En el segmento del Pulso de la Salud, durante la conferencia matutina, a la que acudieron autoridades del sector, encabezadas por el C. Secretario de Salud, se indicó que durante esta fase se implementarían acciones para los siguientes 30 días²⁸.

El 30 de marzo se llevó a cabo la Primera Reunión de la Sesión Permanente del CSG, en la cual, se emitió el acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)²⁹. Asimismo, autoridades de la Secretaría de Salud presentaron las Medidas de Seguridad Sanitarias que habrían de implementarse durante este periodo de emergencia, a fin de garantizar la atención médica, la operación de los programas sociales, el funcionamiento de la economía, así como el mantenimiento de los servicios públicos indispensables, formalizándose en el “Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2”. En el segmento el Pulso de la Salud, durante la conferencia matutina que encabezó el C. Presidente de México, Andrés Manuel López Obrador, en presencia de los secretarios de Salud; de la Defensa Nacional; de la Marina Armada de México, y de Relaciones Exteriores, el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell Ramírez, informó que estas disposiciones fueron presentadas y aprobadas por el CSG.

Para finalizar las reuniones llevadas a cabo en el mes de marzo, el C. Secretario de Salud encabezó la reunión extraordinaria del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” (INNN) en la Presidencia de la República, además de la Primera Sesión Ordinaria de la Junta de Gobierno del INSABI en la Secretaría de Salud.

En abril llegó el cargamento más grande de insumos y equipo médico procedente de China, que se adquirió a través del INSABI en colaboración con la Secretaría de Salud, para atender el incremento de la transmisión por el virus SARS-CoV-2. Durante la conferencia de prensa matutina que encabezó el C. Presidente de México, Andrés Manuel López Obrador, el C. Secretario de Salud presentó el

²⁵ <https://www.gob.mx/salud/prensa/087-gobierno-federal-trabaja-en-estrategia-nacional-para-atender-problemas-renales-en-mexico?idiom=es>

²⁶ <https://www.gob.mx/salud/prensa/091-reunion-de-trabajo-sobre-covid-19-entre-comites-nacionales-de-emergencias-y-de-seguridad-en-salud?idiom=es>

²⁷ <https://www.gob.mx/salud/prensa/092-se-declara-en-sesion-permanente-el-consejo-de-salubridad-general?idiom=es>

²⁸ <https://www.gob.mx/salud/prensa/095-inicia-fase-2-por-coronavirus-covid-19?idiom=es>

²⁹ http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/acuerdo-covid19-csg.pdf



número de personas inscritas a la convocatoria especial del programa Médicos del Bienestar del INSABI. Además, en el marco de Día Mundial de la Salud, se informó que este personal también permitirá responder a las necesidades de profesionales de salud en unidades médicas de las diferentes regiones del país^{30/}.

Asimismo, la Secretaría de Salud anunció el inicio de la Fase 3 por la epidemia de COVID-19 en México, frente a esta contingencia se aprobaron diversas acciones de control, después de que expusiera ante el CSG la evidencia de las características de esta etapa: brotes activos y propagación en el país con más de mil casos, así como las recomendaciones de los grupos científicos. Las medidas aprobadas que destacaron fueron: la extensión de la Jornada Nacional de Sana Distancia hasta el 30 de mayo, y ampliación hasta esa fecha, la suspensión de actividades no esenciales con la finalidad de mitigar la dispersión y transmisión del virus SARS-CoV-2 en la comunidad, así como para disminuir la carga de enfermedad, sus complicaciones y la muerte por COVID-19 en la población residente en el territorio nacional^{31/}.

Durante abril, el C. Secretario de Salud ofreció una entrevista con Telesur, en la que abordó diversos temas como la política del Gobierno Federal, en el sector que él lidera. Así también, de la pandemia de coronavirus que azota al país y el mundo, y las estrategias que han sido implementadas para enfrentarla^{32/}.

Con el objetivo de que las y los trabajadores de la salud pudieran realizar su labor de atención a pacientes en condiciones de seguridad durante la emergencia sanitaria por COVID-19, el 28 de abril llegó material de protección procedente de China, con cien mil lentes protectores (*googles*) adquiridos por el INSABI y por el IMSS, solamente, se compraron 57,600 caretas médicas. Los insumos contaron con las certificaciones sanitarias internacionales y cumplieron con la normatividad nacional establecida por la Secretaría de Salud y la COFEPRIS^{33/}.

Autoridades de la Secretaría de Salud presentaron ante el C. Presidente, Andrés Manuel López Obrador, los avances de algunas de las acciones realizadas para atender la pandemia de COVID-19,

como la distribución de insumos médicos, la convocatoria Médicos del Bienestar y el Convenio con hospitales privados, además de la situación actual en México. En la intervención del C. Secretario se anunció que a una semana del inicio de la Fase 3, México iba bien, lo cual es el resultado de un camino de más de tres meses de trabajo, aunque faltaban semanas críticas.

Con el objeto de comunicar las acciones y el estado médico-técnico ante la emergencia sanitaria del COVID-19, a continuación, se describen todas las presentaciones que realizó el C. Secretario en conferencias de prensa matutinas durante mayo, actos encabezados por el C. Presidente, Andrés Manuel López Obrador desde Palacio Nacional: el 5 de mayo el C. Secretario de Salud recalzó que el COVID-19 afecta la salud de la humanidad, pero también ha derrumbado la economía mundial. En esa línea de acción se presentó el sorteo de préstamos personales del ISSSTE como apoyo económico frente la pandemia^{34/}.

El martes 12 de mayo el C. Secretario dio inicio a la presentación de resultados de los trabajos coordinados por la secretaría a su cargo. Referente al Informe médico-técnico de la emergencia sanitaria relacionado con la estructura, con la formación de recursos y con la obtención de insumos desde enero. Posteriormente, se expusieron las medidas para continuar con la mitigación de la epidemia de COVID-19, a partir de la Jornada Nacional de Sana Distancia; un plan progresivo para el reinicio de actividades sociales, económicas, escolares, bajo los principios siempre de claridad, seguridad y certidumbre. Para ello, participaron la SE, la STPS, la SEP y Secretaría de Salud^{35/}.

Asimismo, el 14 de mayo en conferencia de prensa matutina el C. Secretario de Salud participó en sesión y fue testigo de una de las acciones más concretas, importantes y valiosas de reflejo de solidaridad. Como muestra del reconocimiento al esfuerzo de los trabajadores de salud la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros ofreció un apoyo solidario al personal médico y de apoyo que están operando en los hospitales COVID-19. El seguro cubre a todo el personal del sector que está laborando en estos hospitales desde el 1 de abril, día que se anunció el inicio de la última fase en esta contingencia^{36/}.

^{30/} <https://www.gob.mx/salud/prensa/101-mexico-acelera-acciones-para-enfrentar-casos-graves-por-virus-sars-cov-2?idiom=es>

^{31/} <https://www.gob.mx/salud/prensa/110-inicia-la-fase-3-por-covid-19?idiom=es>

^{32/} https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=dhv_SL_Bgoc

^{33/} <https://www.gob.mx/presidencia/prensa/se-suman-100-mil-lentes-protectores-y-57-mil-600-caretas-al-equipo-de-proteccion-para-personal-de-salud?idiom=es>

^{34/} <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-martes-5-de-mayo-de-2020?idiom=es>

^{35/} <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-miercoles-13-de-mayo-de-2020>

^{36/} <https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-jueves-14-de-mayo-de-2020?idiom=es>



Además, se llevó a cabo la firma de un convenio entre la Secretaría de Salud y Fundación Teletón para sumar 23 de sus centros de rehabilitación a la atención a personas infectadas por COVID-19 y pacientes no COVID-19, así como otorgar terapias a distancia a niñas y niños con discapacidad. Firmaron el acuerdo el C. Secretario de Salud, Jorge Alcocer Varela y el presidente del Patronato Teletón y director general de Fundación Teletón, Fernando Landeros. Participaron como testigos la C. Jefa de Gobierno de la Ciudad de México, Claudia Sheinbaum y el C. Gobernador del Estado de México, Alfredo Del Mazo. La Secretaría de Salud y Fundación Teletón trabajaron de manera coordinada en la elaboración de la 'Guía para la protección de la salud de las personas con discapacidad en el contexto de COVID-19', materiales y recomendaciones para pacientes con autismo^{37/}.

El lunes 13 de mayo el C. Secretario presentó las medidas de seguridad sanitarias para continuar la mitigación de la epidemia.

El Gobierno de Federal puso a disposición de las empresas y los centros de trabajo lineamientos con el fin de lograr una reapertura exitosa, escalonada y responsable de las actividades laborales. Para la elaboración de este documento se contó, con la participación coordinada de la Secretaría de Salud, la STPS, la SE, así como del IMSS. El 19 de mayo en conferencia de prensa matutina el C. Secretario se centró en dichos lineamientos, los cuales derivaron de los acuerdos publicados en el Diario Oficial de la Federación el 14 y 15 de mayo respectivamente en relación con la reanudación de las actividades sociales, educativas y económicas.

Estos lineamientos plantearon un mecanismo para poder verificar que las empresas, que el 1 de junio empezaron a regresar de manera gradual y escalonada, hubieran cumplido con los protocolos de seguridad sanitaria en el entorno laboral^{38/}.

El 29 de mayo durante la conferencia de prensa se informó sobre el inicio de una nueva fase en el combate de la epidemia. Se anunció el término de la tercera etapa y se comunicaron los pasos a seguir.

En la videoconferencia de la Comisión Ejecutiva de Salud de la CONAGO, celebrada el 26 de mayo, se evaluaron los preparativos para la reapertura

gradual a la 'nueva normalidad' ante los secretarios de Gobernación, de Relaciones Exteriores y de Salud^{39/}.

La Secretaría de Salud es la dependencia del Poder Ejecutivo que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población, parte de su misión es establecer las políticas de Estado para que los ciudadanos ejerzan su derecho a la protección a la salud. Dada esta atribución, durante junio el C. Secretario de Salud llevó a cabo una videoconferencia referente a la Política de Salud del Estado Mexicano en donde participó también la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA).

También durante junio se reunieron de manera virtual las secretarías que integran la Comisión para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad (CONABIO) con el objetivo de informar del proceso de transformación de la comisión a un organismo público descentralizado, acordado en la reunión del pasado noviembre, y solicitar su apoyo para el proceso, mismo que se acordó en consenso y será otorgado. En el evento se detallaron las características y funciones que la CONABIO tendrá como organismo público descentralizado.

La Secretaría de Gobernación convocó a todos los gobernadores a realizar una videoconferencia desde Palacio Nacional. Esto en seguimiento al acuerdo por la gobernabilidad y la unidad nacional que todos los participantes aprobaron de manera conjunta, para cumplir con los objetivos principales de continuar la aplicación de las directrices del sector salud^{40/}.

A finales de junio el C. Secretario de Salud realizó una videollamada con elementos de la Dirección General de Tecnologías de la Información en la Secretaría de Salud y la Coordinación de la Estrategia Digital Nacional, la cual surge como respuesta a la necesidad de aprovechar las oportunidades de desarrollo de las TIC, creadas para potenciar el crecimiento del país. El propósito fundamental de la Estrategia es lograr un México Digital en el que la adopción y uso de las tecnologías maximicen su impacto económico y social en beneficio de la calidad de vida de todos. En el objetivo cuatro "Salud Universal y efectiva" en la línea 19: Instrumentar mecanismos de Telesalud y Telemedicina^{41/}.

³⁷ <https://lopezobrador.org.mx/2020/05/12/presidente-atestigua-firma-de-convenio-con-fundacion-teleton/>

³⁸ <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-martes-19-de-mayo-de-2020>

³⁹ <https://www.campeche.gob.mx/noticias/3222-videoconferencia-conago>

⁴⁰ <https://889noticias.mx/noticias/informacion-general/encabeza-segob-videoconferencia-con-gobernadores-del-norte-para-darle-seguimiento-al-acuerdo-por-la-gobernabilidad-y-unidad-nacional/https://www.gob.mx/salud/en/acciones-y-programas/la-estrategia-digital-nacional-edn>

⁴¹ <https://www.gob.mx/salud/en/acciones-y-programas/la-estrategia-digital-nacional-edn>



El 30 de junio el C. Secretario de Salud encabezó una videoconferencia a la que asistieron el Secretario del CSG, el Titular de la CCINSHAE, el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, el Titular de la Unidad de Análisis Económico, el Director General del IMSS, la Dirección General del ISSSTE, el Director General del INSABI y el Titular de Unidad de la Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamentos y Equipamiento Médico.

Además, se llevó a cabo una sesión virtual referente a la Junta de Gobierno del INSABI, encabezada por el C. Secretario de Salud, Jorge Alcocer Varela, donde ratificó el nombramiento de servidores públicos del INSABI que dirige Juan Antonio Ferrer Aguilar. Fueron ratificados los cuatro Titulares de Unidad de las Coordinaciones Nacionales: Alejandro Calderón Alipi, Alejandro Svarch Pérez, Carlos Sánchez Meneses y Víctor Lamoyi Bocanegra, así como coordinadores de otras áreas^{42/}.

^{42/} <https://www.gob.mx/insabi/articulos/en-una-junta-virtual-encabezada-por-el-secretario-de-salud-jorge-alcocer-varela-ratifico-el-nombramiento-de-servidores-publicos-del-insabi?idiom=es>

2

Informe de Labores de la Secretaría de Salud

OBJETIVOS DEL PROSESA 2020-2024

1. Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud

A través del H. Consejo Técnico del IMSS, se autorizó la atención a la población no derechohabiente derivado de la emergencia sanitaria por fuerza mayor decretada por el Consejo de Salubridad General. El proceso de atención a personas no derechohabientes, el intercambio de los servicios requeridos y los mecanismos de referencia entre instituciones públicas del sector salud para proporcionar atención médica, con motivo de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), está previsto en el Convenio Marco para el Intercambio y Atención de Pacientes Graves con COVID-19, suscrito por el IMSS, la Secretaría de Salud, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina (MARINA), el ISSSTE, y Petróleos Mexicanos (PEMEX) con la participación del Instituto del Salud para el Bienestar, a partir del 24 de abril de 2020. Las personas no derechohabientes, atendidas a través del convenio referido, en las Entidades Federativas y la Ciudad de México, de forma acumulada al 31 de julio, ascienden a 2,416, las cuales han sido hospitalizadas de acuerdo a la disponibilidad hospitalaria y médica del IMSS.

ESTRATEGIA 1.1.

Fortalecer al INSABI para garantizar la atención médica y hospitalaria, incluidos el suministro de medicamentos, y exámenes médicos a la población sin afiliación a las instituciones de seguridad social, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación

Conforme a la reforma a la LGS del 29 de noviembre de 2019, el INSABI durante los dos primeros meses

de 2020, celebró 32 acuerdos de coordinación con las entidades federativas para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social.

26 entidades federativas optaron por un régimen de coordinación que permitirá al Instituto prestar asistencia médica de manera directa una vez que se le transfieran los recursos materiales, humanos y financieros, lo que contribuirá en los hechos a la federalización gradual de los servicios de salud dirigidos a las personas sin seguridad social.

El 9 de marzo de 2020 se suscribió el instrumento jurídico por el que se dio vida al Fondo de Salud para el Bienestar, cuyos objetivos son: financiar la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos; la generación de infraestructura en salud preferentemente en las entidades federativas con mayor marginación social, y complementar los recursos destinados al abasto y distribución de medicamentos y demás insumos, así como del acceso a exámenes clínicos asociados a personas sin seguridad social.

Este instrumento permitirá fortalecer el sistema público de salud en nuestro país, con la finalidad de hacer efectivo de manera gradual el acceso gratuito a los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieren las personas sin seguridad social.

Con el fin de ampliar y fortalecer la prestación de servicios para la atención de la población sin seguridad social, se celebró en marzo el Convenio de Colaboración con el IMSS-BIENESTAR, en el cual, se efectuó la transferencia de recursos presupuestarios en abril al IMSS-BIENESTAR, ascendiendo a 1,464,478,455 pesos.

La Oficina de la Abogada General (OAG) participó en la emisión de la postura institucional relacionada con el proyecto de DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la LGS y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Asimismo, revisó y opinó los Proyectos de Acuerdos de Coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero

bis de la Ley General de Salud (según la reforma a la LGS de fecha 29 de noviembre de 2019). Finalmente, se dictaminaron favorablemente los lineamientos mediante los cuales se establece el Procedimiento a que se refiere el Párrafo Segundo de la Regla 27 de las Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

El CSG coadyuvó en la elaboración del DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019.

Con el propósito de **unificar de manera progresiva, los Sistemas Estatales de Salud, para colaborar en la operación y aplicación de políticas orientadas a garantizar el derecho a la protección a la salud en todo el territorio nacional**, la OAG ha participado en diversas reuniones con las entidades federativas, a fin de dar a conocer los alcances de las modificaciones legales, lo que ha permitido avanzar en la federalización progresiva de los Sistemas Estatales de Salud. Asimismo, revisó y opino los Proyectos de Acuerdos de Coordinación para asegurar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero *bis* de la Ley General de Salud, (según la reforma a la LGS de fecha 29 de noviembre de 2019).

Mediante el consenso de las instituciones públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS), el CONASA logró celebrar cuatro reuniones nacionales ordinarias, en el estado de Hidalgo en septiembre de 2019, en el estado de Chiapas en diciembre de 2019, en el estado de Guanajuato en marzo de 2020 y en la Ciudad de México a través de videoconferencia, en julio de 2020. Asimismo, se efectuaron cuatro reuniones regionales ordinarias (occidente, norte, sureste y centro) y dos reuniones extraordinarias en la Ciudad de México, en enero y febrero de 2020.

De igual manera, el CSG se encuentra en coordinación con el INSABI con el fin de establecer acciones que deriven en el cumplimiento de esta estrategia.

En cuanto a la tarea de **promover la organización de los recursos financieros, humanos, y materiales de origen federal y estatal en consonancia con la reforma a la LGS en 2019 para priorizar la atención de población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación**, el Secretariado Técnico del CONASA en conjunto con la Unidad de

Administración y Finanzas (UAF) y la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), realizaron 211 reuniones de trabajo con las entidades federativas, con el objetivo de brindar apoyo técnico y normativo para el fortalecimiento de los servicios de salud de cada una de las entidades, considerando temas de interés tales como la reingeniería de los recursos humanos, manejo de la deuda, programas de mantenimiento y conservación, infraestructura y equipamiento, adeudos en pago a terceros institucionales y no institucionales, abasto de medicamentos, el programa anual de acreditación, dictamen de los estados financieros por ejercicio fiscal.

Con la finalidad de mantener las políticas federales en los órganos de gobierno de los Servicios Estatales de Salud (SESA), así como los temas prioritarios del Gobierno de la República, el Secretariado Técnico participó en 109 reuniones ordinarias y 58 reuniones extraordinarias de los Órganos de Gobierno de los Organismos Públicos Descentralizados (OPDs) de los 32 SESA.

En el pleno de estos Órganos de Gobierno como representante federal se ejerció la rectoría en temas prioritarios que muestran los resultados de la gestión estatal en salud, principalmente en los programas anuales de trabajo y sus informes, el diagnóstico en salud, la autoevaluación del ejercicio fiscal, la aprobación, el seguimiento y evaluación del presupuesto del organismo, considerando el dictamen a los estados financieros y recursos ejercidos, vigilando en todo momento la transparencia y rendición de cuentas, normando programas de ahorro y disciplina presupuestaria, previsiones presupuestales para la acreditación de establecimientos en salud, la utilización eficiente del patrimonio de la institución, así como proponer indicadores de las condiciones de salud de la población para plantear alternativas de atención y participación coordinada.

De igual manera se atendieron 18 reuniones ordinarias de cinco Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE).

Para el ejercicio 2020, el INSABI contó con un presupuesto modificado de 80,008.3 millones de pesos millones de pesos, para ello la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP) realizó diversas gestiones ante la SHCP, entre ellas la solicitud de su clave presupuestaria y de la apertura programática de ocho Programas presupuestarios (Pp).

De estos últimos, destacan los programas "Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral" (U013) y "Seguro Médico Siglo XXI" (S201).

La CCINSHAE coordina al subsector de instituciones dedicadas a la atención médica de alta especialidad, investigación científica en salud y formación de recursos humanos de alta especialidad médica. Está integrada por 13 Institutos Nacionales de Salud (INSalud), seis Hospitales Federales de Referencia (HFR), seis HRAE, los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), los Centros Nacionales de Trasplantes (CENATRA) y de Transfusión Sanguínea (CNTS), que son referencia nacional e internacional en sus especialidades.

En 2020, en el contexto del surgimiento y esparcimiento global de la pandemia de COVID-19 causada por el coronavirus SARS-CoV-2, la CCINSHAE, ha liderado y coordinado, en conjunto con las propias unidades, el proceso de reconversión hospitalaria del INER, INCMNSZ, HIMFG, Hospital General de México (HGM), HJM, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” (INC) y los HRAE Ixtapaluca, Bajío, Oaxaca, Ciudad Victoria y Península de Yucatán, y en los que se cuenta al 15 de julio de 2020, con un total de 837 camas para atención de infección respiratoria aguda grave (camas IRAG) y 630 camas con ventilador para pacientes en estado crítico. Los Institutos Nacionales de Salud y los HRAE mantienen un total 3,748 camas para atención de pacientes en general y se ha mantenido el servicio para casos oncológicos, cardiopatas pediátricos y adultos con complicaciones de padecimientos crónicos como diabetes.

El proceso de reconversión hospitalaria consistió en ampliar los espacios de atención y en el equipamiento de los hospitales de especialidades con ventiladores mecánicos, monitores y personal médico capacitado, durante las tres fases de la pandemia, para atender a personas que requieren cuidados intensivos.

Con la finalidad de **realizar un diagnóstico preciso y verificado en el campo de las condiciones reales, en las cuales se encuentran los servicios de salud, priorizando la identificación de carencias de subespecialidades médicas en las redes de atención médica y conforme al perfil epidemiológico de cada región**, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) en colaboración con sus unidades administrativas adscritas elaboraron un análisis con el cual se constituyó una metodología cuantitativa y participativa a través del denominado “Censo de Establecimientos para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud” para obtener datos cuantitativos de las unidades de salud y dos metodologías cualitativas para el levantamiento en campo partiendo de las jurisdicciones

sanitarias, y visitando distintos tipos de centros de salud, clínicas y hospitales, logrando captar datos en los tres niveles de atención. Para este ejercicio se visitaron un total de 158 unidades de salud de ocho entidades de la región sur-sureste del país, de las cuales 111 fueron centros de salud urbanos y rurales y 47 hospitales comunitarios o bien hospitales generales o de especialidades.

Asimismo, dicho censo se llevó a cabo con el propósito de contar con una herramienta que permita ordenar las intervenciones que lleven al mejoramiento de los servicios de salud y favorezcan la puesta en marcha de la estrategia Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos. Dicho censo se realizó en 3,892 unidades de primer nivel de atención de los estados de Campeche (105), Chiapas (495), Guerrero (928), Oaxaca (757) Quintana Roo (188), Tabasco (527), Veracruz (738) y Yucatán (154). Con los resultados de este tiene identificados los establecimientos más precarios en las dimensiones de servicios básicos, cartera de servicios, mantenimiento, mobiliario, equipamiento, instrumental, medicamentos, biológicos, y recursos humanos; para que a partir de esa identificación se lleven a cabo las acciones necesarias para su respectivo fortalecimiento^{43/}.

En el contexto de la atención a la población, los HRAE participan en las redes integradas de servicios de salud, dando así capacidad resolutive, para que la propia red pueda ofrecer alta especialidad sin que haya necesidad de desplazarse.

Para lograr lo anterior, se realizan reuniones de coordinación con los SESA, por lo que ha sido posible detectar los requerimientos de especialidades como Pediatría, Ortopedia, Gineco-obstetricia en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY) y el Centro Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud (CRAE CS).

En lo que respecta a la formación de recursos humanos, se logró que la especialidad de Medicina crítica sea avalada por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en los HRAE Oaxaca, Ciudad Victoria, Ixtapaluca y el CRAE CS, y la formación de neonatólogos, neurocirugía, urgencias en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI).

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) señala que el Censo Estratégico de

^{43/} http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf



Establecimientos para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud ha permitido identificar el estado actual de la red de Atención Primaria en Salud para establecer estrategias que permitan otorgar una atención médica integral con ampliación y fortalecimiento en la infraestructura, equipamiento, recursos humanos y abasto de medicamentos. Desde septiembre de 2019, catorce entidades reportaron la información referente a 4,517 unidades de primer nivel y 321 hospitales. Se han censado a la fecha 10,798 establecimientos de atención primaria y 563 establecimientos de atención hospitalaria en veintidós entidades federativas.

A fin de **elaborar un plan integral para el mejoramiento y el combate a la corrupción en el SNS, considerando los avances en la implementación de la reforma del 29 de noviembre de 2019 a la LGS y atendiendo a los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas**, el Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad, y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024, coordinado por la UAF, realizó una opinión jurídica sobre las Bases de Colaboración suscritas por la SHCP, la Secretaría de la Función Pública, Presidencia y la Secretaría de Salud, cuyo objeto es establecer los mecanismos para el cumplimiento del programa.

En la tarea de **ampliar y fortalecer la red de prestación de servicios a través de la infraestructura física, humana y tecnológica de las instituciones y programas encargados de la atención a población sin seguridad social**, la OAG emitió opinión jurídica en conjunto con la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) respecto a los Criterios de Operación del “Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral” (PASMGPSSL) para el ejercicio fiscal 2020 y los Modelos de Convenio respectivos.

De un presupuesto de 5,114.2 millones de pesos del PASMGPSSL, se transfirieron a 31 entidades federativas 3,771.3 millones de pesos y al IMSS-BIENESTAR 1,342.9 millones de pesos. Con ese presupuesto, se realizó la ampliación y fortalecimiento de la red de prestación de servicios a través de la infraestructura física, humana y tecnológica, para fortalecer la atención a población sin seguridad social laboral. Se definieron 10,274 establecimientos de salud susceptibles de ser apoyados ubicados en localidades en condiciones de alta o muy alta marginación y/o con bajo índice de desarrollo humano.

Las entidades federativas seleccionaron 6,398 establecimientos de salud, de los que 4,331 se ubican en localidades aisladas en condiciones de alta y muy

alta marginación, con una población potencial a atender de 8.2 millones de personas de las que 1.7 millones son indígenas. En los 6,398 establecimientos de salud las entidades federativas aplicaron 1,399.1 millones de pesos para conservación y mantenimiento de 1,440 Centros de Salud, 101 Hospitales Comunitarios o Indígenas y 15 Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana (CEREDIS). Para medicamentos, material de curación y de laboratorio, se aplicaron 559.4 millones de pesos y se adquirieron 1,965 claves de medicamentos para 2,631 Centros de Salud y 2,084 claves de medicamentos para 135 Hospitales Comunitarios o Integrales.

Para la contratación de recursos humanos se destinaron 742.1 millones de pesos, con los que se contrataron 2,821 médicos, 2,654 enfermeras, 179 nutriólogos, 216 psicólogos y 87 despachadores de farmacia. Las entidades federativas asignaron 660.6 millones de pesos para la adquisición de más de 123 mil unidades de instrumental y equipo médico.

En 2019 IMSS-BIENESTAR celebró convenios con los gobiernos de San Luis Potosí y Oaxaca para operar dos hospitales que llevaban varios años sin iniciar operaciones, e implicaron la donación del terreno, edificación y equipamiento (parcialmente este último). El Hospital ubicado en Los Hernández, San Luis Potosí, comenzó a operar en septiembre de 2019 y fue inaugurado por el Presidente de la República, en octubre. Por su parte, el Hospital de Tlaxiaco, Oaxaca, fue inaugurado por el Primer Mandatario en abril de 2020. En este último caso, el nuevo inmueble sustituyó al que operaba IMSS-BIENESTAR en el municipio, y a las cuatro especialidades troncales que ofrece el Programa, se agregaron traumatología y ortopedia; otorrinolaringología y oftalmología, lo que implicó incorporar 48 nuevas plazas de base a la plantilla.

Derivado del compromiso asumido por el Presidente de la República en su gira de trabajo por los 80 hospitales rurales de IMSS-BIENESTAR; en septiembre de 2019 se concretó la compensación económica, hasta por un 20%, a médicos especialistas que laboran en zonas rurales y de difícil acceso. Para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores y fortalecer los servicios también se regularizó la contratación de 51 profesionales de psicología adscritos a los hospitales rurales de IMSS-BIENESTAR cuyo contrato era a tiempo determinado; y fueron reclutados 2,548 sustitutos, 129 para la rama de medicina, 1,507 de enfermería, 171 paramédicos, 103 administrativos, y 638 de servicios generales, a fin de subsanar necesidades de cobertura de plazas vacantes y de ausentismo.



Otra medida relevante para fortalecer los servicios de IMSS-BIENESTAR fue la basificación, a partir de noviembre de 2019 y durante 2020, de 92 integrantes de su personal de enfermería. Asimismo, en febrero de 2020 se crearon 53 plazas para contratar al mismo número de egresados de las Especialidades para los Servicios Rurales de Salud de la generación 2017-2020. Dichas especialidades forman parte de la estrategia implementada por IMSS-BIENESTAR para ampliar la formación de sus propios médicos generales, y se deriva de un convenio establecido por parte del Programa con el Instituto Politécnico Nacional y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.

Una de las demandas más generalizada durante los giras del Presidente de la República para evaluar al Sector Salud, fue el equipamiento de ambulancias, por lo que en noviembre de 2019 IMSS-BIENESTAR adquirió 20 de estos vehículos para sus hospitales rurales; 14 con recursos del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), y seis con recursos propios. Estas ambulancias fueron distribuidas en enero de 2020.

En la tarea de **promover la vinculación interinstitucional para la integración y fortalecimiento del SNS**, el 2 de marzo de 2017 se suscribió el Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios, que comprende 715 intervenciones con tarifas homologadas a nivel sectorial, susceptibles a intercambiarse entre las instituciones públicas del sector en las entidades federativas, derivado del cual se suscribieron 26 convenios específicos para el intercambio o prestación unilateral de servicios en 22 entidades federativas: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán.

En sustitución del anterior, el 3 de abril de 2020 se suscribió sectorialmente el "Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica", con el objeto de fijar los lineamientos generales y criterios operativos-administrativos, financieros y jurídicos para establecer la prestación médica y las contraprestaciones que de dicha provisión se deriven entre los establecimientos médicos de las instituciones referidas, así como de las entidades federativas, los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, los Federales de Referencia y demás instituciones del SNS, una vez que se adhieran al mismo, del cual también tomó conocimiento el H. Consejo Técnico del IMSS.

Por otra parte, a través del régimen ordinario del IMSS, se tiene el compromiso con el Sector Salud de brindar la atención de urgencias que ponen en peligro la vida tales como: infarto agudo de miocardio, accidente vascular cerebral, traumatismos y emergencias en el embarazo. Esta estrategia permite mejorar la atención en los servicios de urgencias, haciéndolos más eficientes y favoreciendo el acceso a los cuidados médicos; de igual manera contribuirá con el Sector Salud para atender de forma gratuita la urgencia real a personas no derechohabientes y posteriormente derivar al paciente a donde así corresponda.

Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, con el propósito de incrementar el intercambio de servicios en el Sistema Nacional de Salud, el ISSSTE elaboró un diagnóstico situacional de los servicios médicos excedentes y faltantes, con lo que integró una Base de Datos Nacional donde se identifican 1,566,788 estudios, productos o intervenciones faltantes y 98,609 excedentes en las unidades médicas de los tres niveles de atención.

Como resultado de la participación en diversas reuniones de trabajo con funcionarios de la Secretaría de Salud, el IMSS y PEMEX, se elaboró la propuesta del nuevo Acuerdo General de Coordinación Interinstitucional para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica. A la fecha se tienen registrados convenios vigentes de intercambio de servicios en 16 estados, y se busca en un futuro próximo implementar un Convenio Nacional único de intercambio interinstitucional de servicios de salud, con tarifas homologadas.

Además, en conjunto con las dependencias de salud, se colaboró en el Tabulador de tarifas de cobro de servicio médicos para el Convenio Marco por los Integrantes del Sistema Nacional de Salud Pública o Social integrados por la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, PEMEX, INSABI, MARINA y SEDENA, con la Asociación Nacional de Hospitales Privados AC y el Consorcio Mexicano de Hospitales AC.

Con el propósito de establecer directrices técnicas que gestionen acciones en los sectores público, social y privado, orientadas a procurar la salud de la población, se intervino en seis reuniones de Consejo Estatal de Salud de cinco cuerpos colegiados en los estados de Baja California, Baja California Sur, Estado de México, Guerrero y Veracruz.

Se fomentó con la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, la Comisión Consultiva de Análisis de Problemas Económicos y la Comisión



Consultiva; reuniones para establecer estrategias que refuercen la capacitación y formación del personal del SNS.

Con el Premio Nacional de Acción Voluntaria y Solidaria 2019, se logró la promoción de los mecanismos de participación ciudadana con el apoyo del tercer sector.

ESTRATEGIA 1.2.

Asegurar el acceso a Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos para la población sin afiliación a las instituciones de seguridad social y dar prioridad a la población de las regiones con alta o muy alta marginación

En apego a los Criterios de Operación del Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral del 21 de febrero de 2020 y en la recepción del Programa de la DGPLADES al INSABI ocurrido en del mismo año, se han realizado diversas acciones.

Con base en los proyectos para el ejercicio del gasto de las entidades federativas se elaboraron los Convenios de Colaboración para el desarrollo de las acciones de la Vertiente Dos del PASMGPSSL; se efectuaron las primeras transferencias de recursos presupuestarios a las 31 entidades federativas, por un monto de 2,503,662,750 pesos.

Con el fin de reemplazar la dispersión de la subrogación de bienes, se llevó a cabo la Compra Consolidada para garantizar el suministro de medicamentos y materiales de curación. La Compra Consolidada es una herramienta para la eficiencia en el uso de recursos, ya que garantiza la suficiencia, operatividad y permite la introducción de mejoras económicas, en precio o volumen.

Estas compras contribuyen a garantizar el abasto de medicamentos y mejores condiciones en cuanto a calidad y precio. También, están basadas en la transparencia, sana competencia entre proveedores, mejores oportunidades y control presupuestal como principios que engloban estas compras.

Al cierre de 2019 el INSABI coordinó la integración de la demanda 2020 de los estados que participan en la Compra Consolidada. La SHCP lideró las compras a partir del segundo semestre del 2019

y durante todo el proceso de compra, se controló el ejercicio de recursos para garantizar la entrega oportuna de los bienes necesarios. Asimismo, se fortaleció el esquema de compra, a través de grupos de optimización, donde participaron los expertos médicos del sector salud, con el objetivo de revisar los tratamientos actuales y proponer mejoras para su adquisición.

La compra consolidada 2020 incluyó a 26 entidades federativas del país coordinadas por el INSABI; de esta forma, a partir del primer trimestre de 2020, se inició la distribución de los bienes adquiridos y en el segundo semestre, continuarán las entregas a los almacenes estatales, con el fin de atender la demanda de insumos médicos.

En la tarea de **analizar las necesidades de servicios de salud requeridos por la población sin seguridad social laboral y redefinir los alcances en el acceso efectivo de dichos servicios**, se emitió una opinión jurídica por la OAG a la DGPLADES, respecto a los Criterios de Operación del PASMGPSSL para ejercicio fiscal 2020 y los Modelos de Convenio respectivos.

En 2016, 15.5% de la población del país reportó no tener acceso a servicios de salud y 45.3% tenía acceso limitado para algunas enfermedades a través del SPSS (Seguro Popular). En consecuencia, 74.5 millones de mexicanos no contaba con seguridad social laboral. Para redefinir las acciones respecto de la población con carencia de seguridad social laboral, la Secretaría de Salud a través de la SIDSS emitió los Criterios de Operación del PASMGPSSL para los años 2019 y 2020.

En los Criterios se establecen sus principios de operación: el derecho humano de toda persona a la protección de la salud; el pleno ejercicio de las capacidades de la persona a través de la protección de la salud, el bienestar físico y mental; la prolongación y mejoramiento de su calidad de vida, disminuir las brechas de desigualdad en salud originadas por la condición laboral de las personas; brindar servicios de salud a la población, con énfasis en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integradas de carácter preventivo, acordes con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas y la participación de los gobiernos de las entidades federativas en la consolidación y funcionamiento del SNS.

Para concretar esos principios, se desarrolló el Modelo de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I Mx), para transformar los servicios de salud a nivel nacional y transitar hacia el acceso universal y efectivo con equidad, dignidad, calidad



y eficiencia a la atención a la salud, a partir de la participación comunitaria, la intersectorialidad y a los actores comunitarios en salud. Incluye todos los niveles de atención del sistema de salud, y contempla la promoción de la salud, la prevención, la curación, la rehabilitación y la atención paliativa. No se restringe a la atención en el primer nivel, sino que incluye las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que permiten a las personas acceder al nivel de complejidad de servicios, ambulatorios o hospitalarios, que requieren para la atención de su padecimiento.

La OAG participó en la emisión de la postura institucional relacionada con el proyecto de Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Asimismo, se emitió opinión jurídica a la DGPLADES, respecto a los Criterios de Operación del PASMGPSSL para el ejercicio fiscal 2020 y los Modelos de Convenio respectivos.

Con la finalidad de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de la población, en particular de aquellos grupos vulnerables, la Secretaría de Salud fungió como facilitadora del diálogo entre los órganos legislativos y las autoridades del recién creado Instituto para informar y promover de manera amplia la política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos; así como el nuevo modelo de atención a la salud.

La Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) en su compromiso de **ampliar progresivamente el acceso a los servicios para la población sin seguridad social en sus vertientes de educación para la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección y tratamiento de enfermedades y rehabilitación**, se ampliaron los servicios de promoción de la salud en la vertiente de educación para la salud para la prevención de sobrepeso y obesidad con la realización de 158,783 eventos del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, donde se abordaron temas de educación sobre estilos de vida saludables, alimentación correcta, consumo de agua, actividad física, lactancia materna, cultura alimentaria saludable, prevención de enfermedades no transmisibles e higiene de alimentos, logrando orientar e informar a 6.3 millones de personas de todos los grupos de edad.

Del 1 de septiembre 2019 al 30 de junio 2020, en el marco de la salud escolar, se realizaron 1,978,273 acciones preventivas de detección de problemas frecuentes de salud: revisión de la Cartilla Nacional

de Salud, esquema de vacunación y vigilancia nutricional, detecciones de agudeza visual, auditiva, defectos posturales, enfermedades diarreicas, respiratorias, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, entre otras; posteriormente fueron referidos a las unidades de salud 259,301 alumnas y alumnos. Además, con propósito de proteger, mantener y mejorar la salud de la población a nivel personal, familiar y social, así como contribuir a la generación de condiciones que la favorezcan a través de la modificación o transformación de los determinantes de la salud se impartieron 399,643 talleres comunitarios dirigidos a la población general.

En el marco de la línea de acción destinada a **remplazar la subrogación de servicios privados, prioritariamente, con la contratación de servicios interinstitucionales, dentro del sector, sobre la base de un tabulador mutuamente aceptado, complementando dicha oferta de servicios con la subrogación de servicios privados cuando sea necesario**, y en seguimiento a la estrategia de intercambio de servicios, cuyo objetivo es el de reorganizar los servicios de atención médica para garantizar el uso ordenado de los recursos financieros, humanos e infraestructura para hacer efectiva y equitativa la protección de la salud, mediante la celebración de instrumentos jurídicos que establezcan compromisos para asegurar la atención de forma planificada sin importar la afiliación o derechohabencia.

Al respecto, se suscribió el “Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica” con fecha 3 de abril de 2020, entre la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE y PEMEX, con el objetivo de fijar los lineamientos generales y criterios operativo-administrativos, financieros y jurídicos en los procesos para el intercambio y/o prestación unilateral de servicios de atención médica hacia la universalización de los servicios de salud.

Asimismo, como anexos del Acuerdo General, se definió el “Catálogo de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios” y los procedimientos de derivación y contradervación establecidos en el “Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios”.

Al ser las instituciones de alta especialidad disponibles en las distintas regiones, los HRAE dan cobertura a cerca de 16 entidades federativas, se han suscrito convenios de atención médica tanto con instituciones públicas como con los SESA y en el caso de Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO), HRAEPY y Hospital Regional de

Alta Especialidad de Ciudad Victoria (HRAEV) se suscribieron los convenios de intercambio de servicios que incluyeron a las instituciones de Seguridad Social.

De la misma forma, cinco de los seis HRAE se interesaron por contar con convenios que incluyen a PEMEX. El proceso de análisis fue apoyado por la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (DGCHRAE) de la CCINSHAE.

ESTRATEGIA 1.3.

Brindar a la población sin seguridad social, especialmente a quienes habitan en regiones con alta o muy alta marginación, acciones integrales de salud que ayuden a prolongar su vida con calidad, evitar la ocurrencia de enfermedades o en su caso, detectarlas tempranamente a través de la participación de todas las instituciones del SNS

Derivado de las reformas a la Ley General de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación, el 29 de noviembre de 2019, se creó el INSABI, definiendo en el artículo 77 *bis* 35, como parte del objeto de esta institución: “impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración de las instituciones públicas del SNS”.

En enero de 2020, se lanzó el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI) dirigido a la población sin seguridad social basado en la APS-I Mx. Algunas acciones que se han realizado en el marco de este modelo son: Guías y Protocolos de Atención Común, compras conjuntas de medicamentos; equipos e insumos; y la integración de comités técnicos interinstitucionales en asuntos de salud prioritarios como, por ejemplo, la respuesta a la epidemia de COVID-19.

De igual forma, a los 15 días del inicio de funciones del INSABI, se puso en operación el primer Hospital General INSABI, en Tekax, el cual a partir del 15 de enero de 2020 brinda servicios gratuitos a personas que carecen de seguridad social. Esta unidad médica de segundo nivel brinda servicio las 24 horas de los 365 días del año, e inició actividades con una plantilla de más de 300 trabajadores de la salud, para atender en los servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización y diversas especialidades,

en beneficio de más de 225 mil habitantes de 11 municipios de la zona maya.

Se apoyó la participación de la Misión Permanente de México ante la Organización de las Naciones Unidas en la Reunión de Alto Nivel sobre Cobertura Sanitaria Universal de la Asamblea General, la cual se llevó a cabo el 23 de septiembre del 2019, en la sede de las Naciones Unidas, Nueva York, Estados Unidos de América. El objetivo de la reunión fue fortalecer el compromiso de los estados en la promoción del acceso a la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados, la atención primaria; así como el acceso a medicamentos y vacunas seguros y asequibles. La reunión adoptó una declaración política sobre la cobertura sanitaria universal.

Para **impulsar bajo la conducción de la Secretaría de Salud, el proceso de integración entre todos los servicios públicos de salud, brindados por las instituciones del SNS, cuyo objetivo es la atención de toda la población**, la SIDSS entre sus facultades tiene establecer nuevos instrumentos que promuevan la innovación y modernización de la Secretaría y del SNS, en este sentido a través de esta Subsecretaría se realizan acciones que contribuyen al fortalecimiento de la integración y coordinación de los servicios públicos de salud que brindan las diversas Instituciones del SNS.

En este contexto y con el objeto informar los avances alcanzados por la SIDSS para atender esta Línea de Acción, para el periodo que se reporta se informa la conclusión y la emisión del documento denominado “Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: La Propuesta Metodológica y Operativa”, el cual tiene por finalidad presentar el modelo de atención adoptado por la Secretaría de Salud del gobierno de la Cuarta Transformación. Este modelo abarca el conjunto de las acciones de atención a la salud que van desde aquellas instrumentadas en el territorio, que pasan por el Primer Nivel de Atención y llegan a los servicios de creciente complejidad, sean estos ambulatorios u hospitalarios, con dicho modelo se pone el énfasis en la propuesta metodológica-operativa que permite llevar adelante la reorganización e implantación concreta del nuevo modelo en los SESA^{44/}.

Con el objeto de **promover la coordinación oportuna y la participación activa de las instituciones del SNS, para la identificación de necesidades e implementación ordenada de estrategias y**

^{44/} http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf

acciones que procuren la promoción y prevención en salud de programas universales, del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, en organización con los SESA y sus áreas de promoción de la salud llevaron a cabo un trabajo interinstitucional para desarrollar 38 alianzas de colaboración con diferentes instituciones, para la promoción de estilos de vida saludables en contexto del sobrepeso y obesidad, con lo cual se logró impactar a 65 mil personas en sus diferentes entornos de desarrollo.

Durante este periodo, las tres comisiones del CONASA que contribuyen al análisis y propuestas de solución de asuntos específicos, que son: la Comisión Consultiva de Salud Pública, la Comisión Consultiva de Análisis de Problemas Económicos y la Comisión Consultiva sobre Necesidades de Capacitación y Formación, han sesionado en 35 ocasiones identificando acciones prioritarias para el mejoramiento del SNS.

Una directriz para las actividades de los HRAE ha sido la vinculación estrecha con las redes de servicios estatales y regionales. Se han establecido convenios interinstitucionales con resultados mixtos, pero siempre en apoyo de la red.

El CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas se mantiene como el centro de tratamiento de cáncer en niños y adolescentes en Chiapas. El HRAE Bajío, líder en la realización de trasplantes a nivel nacional, cuenta con una sólida red de procuradores de órganos en los servicios estatales con los que colabora en código infarto con excelentes resultados con la realización de procedimientos de angioplastia primaria.

Se realizó el análisis a las necesidades de la población y la implementación de estrategias de prevención y promoción de la salud en todo el país, a través del seguimiento de los puntos de acuerdo e iniciativas que exhortan a la Secretaría sobre la atención oportuna al abasto de medicamentos e insumos en temas como el cáncer, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), dengue y vacunas en todo el país.

Con el ánimo de **acercar los servicios de salud a la población, a través de Jornadas de Salud Pública y esquemas itinerantes para brindar acciones integrales de salud, especialmente en zonas con mayores dificultades de acceso a las instituciones del SNS**, de septiembre de 2019 a abril de 2020, IMSS-BIENESTAR participó en dichas jornadas, durante las cuales se desarrollaron de manera intensiva intervenciones de vacunación, promoción de la

salud y profilaxis. En este periodo IMSS-BIENESTAR suministró 1,489,381 dosis de vacuna antipoliomielítica oral SABIN; 60,465 dosis de triple viral (SRP); así como 172,041 de otras vacunas. Además, distribuyó 1,139,973 sobres de vida suero oral; 2,380,066 dosis de albendazol; y difundió 2,337,996 mensajes de prevención de enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas y tétanos neonatal.

Durante la 1a. Jornada Nacional de Salud IMSS-BIENESTAR orientó a 130,101 integrantes de su Organización Comunitaria: 39,754 Comités de Salud; 13,782 Voluntarios Rurales de Salud; y 76,565 Voluntarios. A través de ellos se impartieron 221,292 talleres para la salud y 2,938 talleres con adolescentes sobre violencia y prevención del embarazo; también se realizaron 6,619 jornadas de limpieza y 5,810 acciones de descacharrización que permitieron impulsar entornos favorables para la salud; y se concertaron 6,585 espacios para transmitir 24,325 mensajes de comunicación educativa como la instalación de mantas, carteles, pinta de bardas y periódicos murales.

La Organización Comunitaria de IMSS-BIENESTAR colaboró en la identificación de 13,076 mujeres embarazadas que requerían vacunación, 98% de las cuales fueron derivadas a unidad médica; y en la identificación de 123,537 menores de cinco años que requerían completar esquemas de vacunación, 96% de los cuales se derivaron a la unidad médica.

Con la finalidad de ampliar la red de atención a través de unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional, el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM), a través de 741 unidades médicas móviles federales acercó los servicios de atención primaria a la salud a 730 municipios y 11,451 localidades, en beneficio de más de 1.5 millones de personas a las cuales se les han otorgado 6.10 millones de acciones en materia de salud, de las que 1.21 millones corresponden a atención médica y 4.89 millones a acciones de promoción y prevención a la salud que contribuyen con el bienestar social del país.

Del 4 al 15 de noviembre de 2019, se realizó la Primera Jornada Nacional de Salud Pública en las 32 entidades federativas, participaron 216 jurisdicciones sanitarias; 8,314 unidades de salud y 959 municipios, se atendieron a 4.1 millones de habitantes de todos los grupos de edad. Asimismo, se brindaron 19,889 acciones de promoción de estilos de vida saludables para la prevención de la obesidad, realizando 7,910 pausas por la salud en entornos laborales, escolares y comunitarios.

Entre las actividades **para impulsar reformas de la Ley General de Salud, para ampliar la obligación de todas las instituciones de atender urgencias**, el ISSSTE otorga en forma permanente atención médica en caso de urgencias, a los pacientes no derechohabientes hasta que su estado de salud del paciente permita su traslado a otra unidad privada o pública. Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, se otorgaron 46,141 acciones curativas a población no derechohabiente, de las cuales 54% correspondió al género femenino y 46% al masculino. Del total de acciones curativas, 28,637 fueron urgencias no calificadas, 14,051 urgencias calificadas que derivaron en 2,450 egresos y 1,003 cirugías.

Con el objetivo de priorizar la atención de los pacientes con urgencias reales en los servicios de urgencias, en marzo de 2020 el ISSSTE elaboró el documento "Criterios de Actuación de Triage", cuyo propósito es unificar las actividades del personal operativo asignado a dicha actividad, además de considerarse como referente futuro para la capacitación estandarizada del personal médico y de enfermería del servicio de urgencias.

En abril de 2020, como resultado de la pandemia de enfermedad COVID-19, el ISSSTE celebró un acuerdo interinstitucional con la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México, para atender y agilizar las necesidades de recepción y traslado de los pacientes con enfermedad COVID-19 en la Ciudad de México, beneficiando tanto a pacientes derechohabientes como no derechohabientes.

El CSG dadas sus atribuciones constitucionales, es la autoridad sanitaria facultada para sancionar las medidas de preparación, prevención y control de la epidemia de enfermedad COVID-19, diseñadas, coordinadas y supervisadas por la Secretaría de Salud.

Los servicios de atención médica continua en los HRAE han mantenido sus puertas abiertas para recibir a todos los usuarios. El índice de urgencias reales sobre urgencias que no requirieron internamiento fue entre 1.5 y dos veces mayor, ya que se les dio asesoría para recibir consulta en alguna de las instituciones de la red. El HRAEI, es el único que formalmente cuenta con servicio de urgencias y en él se atiende a personas accidentadas, con padecimientos neurológicos, cardíacos y emergencias obstétricas.

Asimismo, los Institutos Nacionales de Salud, coordinados por esta Comisión, deben observar lo dispuesto en la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, en la que se establece que a los Institutos

Nacionales de Salud les corresponde, proporcionar servicios de urgencias y atenderlas.

Es conveniente mencionar que durante la contingencia por COVID-19, la reorientación a la atención de pacientes con COVID-19, por tratarse de una emergencia, disminuyó la atención a pacientes en general, aunque permanecieron las consultas de triage que sirvió prioritariamente para seleccionar y asesorar a los usuarios que presentaron síntomas graves o muy graves que ingresaron a las áreas reconvertidas.

Con el propósito de facilitar y mediar las opiniones institucionales, en el marco de sus atribuciones, la Secretaría de Salud tramitó durante el periodo del 1 de septiembre de 2019 al 31 de agosto 2020, un total de 433 iniciativas y 180 puntos de acuerdo en materia sanitaria presentadas por las y los legisladores del Congreso de la Unión; donde los temas recurrentes, en orden de importancia, en ambas Cámaras fueron: salud sexual y reproductiva, regulación de drogas y combate a las adicciones, combate al sobrepeso y obesidad, enfermedades crónicas degenerativas y salud mental.

Del mismo modo, el seguimiento a los temas y reuniones convocadas por los órganos legislativos y las diferentes instancias de gobierno en materia de salud, ha permitido fortalecer el diálogo interinstitucional, para anticipar adecuaciones a la ley que resulten procedentes en el SNS.

Con el fin de **realizar un levantamiento de información en hospitales rurales IMSS-BIENESTAR para identificar las condiciones predominantes de operación**, del 5 de julio al 18 de octubre de 2019 el Presidente de la República, acompañado de los titulares de todas las instancias del Sector Salud, efectuó un recorrido por los 80 hospitales de IMSS-BIENESTAR, con la finalidad de sostener un diálogo con trabajadores y la comunidad para determinar las necesidades más apremiantes en materia de salud. En estos encuentros participaron aproximadamente 12 mil trabajadores de IMSS-BIENESTAR, y cerca de 24 mil integrantes de la organización comunitaria entre voluntarios de salud, parteras voluntarias rurales, avales ciudadanos y miembros de los Comités de Salud.

Derivado de estas visitas se efectuó, entre otras acciones, un diagnóstico de necesidades de construcción, ampliación o remodelación de los albergues comunitarios contiguos a los hospitales de IMSS-BIENESTAR, con el fin de ampliar y fortalecer los servicios de hospedaje, alimentación y educación en salud de las personas que requieren servicios

hospitalarios y que, por su condición social y lejanía de su lugar de residencia, no disponen de recursos para sufragarlos. En este diagnóstico se determinó un requerimiento de 34 obras, cuya realización ha procedido a ser gestionada con instancias gubernamentales, básicamente municipales.

Como un proceso de mejora del servicio en los hospitales del Programa IMSS-BIENESTAR, 3,437 Avales Ciudadanos contribuyen de manera voluntaria en actividades de apoyo a la Contraloría Social y Participación Ciudadana. Durante 2019, en las 80 unidades hospitalarias colaboraron 266 integrantes de Comités de Contraloría Social (35 hombres y 231 mujeres) a través de la captación de 1,681 sugerencias de mejora relacionadas con medicamentos, instalaciones, tiempo de espera, trato digno, confort e información principalmente; captación de 4,265 quejas, de las cuales 3,066 (72%) fueron resueltas; la entrevista a 15,565 beneficiarios; así como la recepción y gestión de 246 cartas compromiso de las cuales 226 (92%) fueron atendidas.

Para **definir los requerimientos para la implementación de los programas en materia de salud, considerando la diversidad cultural de cada grupo de la población, con especial atención en las áreas rurales, marginadas e indígenas bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género**, IMSS-BIENESTAR orienta a los integrantes de su Organización Comunitaria en su lengua materna y acorde a los usos y costumbres de cada localidad. Durante 2019 y 2020 fortaleció los conocimientos, habilidades y destrezas de los voluntarios de la comunidad con orientación a la atención integral de la diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica; fortalecimiento de la salud materna; reducción de la mortalidad neonatal; atención a la infancia y a la adolescencia; vacunación; y vigilancia epidemiológica.

Durante 2019 fueron orientados 1,531 voluntarios para realizar la réplica en la región suroeste del país (Campeche, Chiapas, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Veracruz y Yucatán) lo que permitió cumplir con 97% de la meta programada. Adicionalmente, de septiembre de 2019 a mayo de 2020 a nivel nacional se llevaron a cabo 109,092 Talleres para la Salud con 1,754,033 participantes. A través de Talleres de Prácticas Saludables se ofreció orientación a 938 voluntarios para formarlos como facilitadores de la estrategia, quienes a su vez adquirieron el compromiso de formar en su localidad un grupo local. Esta dinámica permitió la conformación de 5,656 Grupos Locales de Prácticas Saludables con 86,112 participantes, quienes actualmente operan en las

19 entidades federativas del país donde tiene presencia IMSS-BIENESTAR.

Mediante la estrategia de Información, Educación y Comunicación, con la que se promocionan y difunden mensajes alusivos a las prioridades de salud fijadas por IMSS-BIENESTAR, durante 2019 y 2020 se realizaron acciones de pintura de bardas, perifoneo, periódicos murales, carteles, lonas y mantas en 3,919 unidades médicas.

Se promueven los lineamientos interculturales en los modelos de "Atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado e intercultural y seguro", y se inician en febrero los cursos de Capacitación Intercultural denominados "Interculturalidad y Género en el Marco de los Derechos Humanos", con los requerimientos para la implementación de los modelos interculturales y para la capacitación del personal, a través de cursos presenciales y vía *Internet*.

Estos requerimientos parten de considerar la diversidad cultural, los derechos humanos y la perspectiva de género. Además, se promueve la interrelación institucionalizada con la medicina tradicional y la partería indígena en 14 Módulos adjuntos a los Hospitales Integrales con Medicina Tradicional del estado de Puebla y el Módulo de Medicina Tradicional del Centro de Salud con Servicios Ampliados y Medicina Tradicional de Amealco, en Querétaro.

Se impulsa la pertinencia cultural en las estrategias para lograr el acceso efectivo a alimentos saludables, agua limpia, control de basura y el acceso a Redes Resolutivas de Servicios de Salud, con especial atención a los municipios con localidades indígenas, afromexicanos y rurales, para ello, se difundieron lineamientos y acciones coordinadas como "Elementos interculturales frente al COVID-19: Si te cuidas tu nos cuidamos todos"; se realizó en el "Conversatorio Mujeres que resisten: Indígenas y afromexicanas frente a la pandemia", organizado por ONUMUJERES y se participó en la Asamblea Nacional política de mujeres indígenas, celebrada en mayo de 2020 entre otras experiencias que implementan el Modelo intercultural en salud.

La población que acude a recibir atención médica en los HRAE es vulnerable en varias formas ya que en promedio cerca del 95% es población en pobreza, adicionalmente por la ubicación en estados de alta marginación, principalmente en los HRAEO, HRAEPY, HRAEI y en los hospitales del CRAE se atiende población indígena monolingüe por lo que se cuenta con personal con capacidades de



traducción o convenios para contar con el apoyo; se ha señalado en diversas lenguas así como difundido los derechos de los pacientes. En el CRAECS y el HRAEPY se atiende personas extranjeras, el primero cuenta con colaboración consular con países centroamericanos para la atención de migrantes en tránsito.

Los diversos mecanismos implementados para ofrecer atención médica, fueron reforzados para los pacientes con COVID-19, respeto a sus derechos humanos, cumpliendo con el derecho a la protección a la salud consagrado en el artículo 40. Constitucional.

Con la meta de **fomentar y consolidar acciones en beneficio de la población migrante considerando a quienes recorren el territorio mexicano, así como a la población mexicana que radica en Estados Unidos, en coordinación con las dependencias competentes**, a partir de junio de 2019 y de conformidad con las políticas y acuerdos internacionales en la materia, IMSS-BIENESTAR instrumentó una nueva estrategia para acercar a los migrantes atención médica, preventiva y asistencial, tanto en la frontera norte, como en el sur del país. De acuerdo con cifras estimadas, entre septiembre de 2019 y el 15 de mayo de 2020 se proporcionaron 46,147 consultas médicas a este sector vulnerable, mediante diversos puntos de atención localizados en Chiapas, Chihuahua y Baja California.

Adicionalmente, a través de un promotor de acción comunitaria se orientó a la población migrante en medidas preventivas tales como: 17,324 pláticas individuales; 1,340 talleres a 3,346 participantes; distribución de 26,841 impresos educativos; transmisión de 1,152 mensajes de salud; y 12,213 acciones de saneamiento básico.

En las Unidades Coordinadas por esta Comisión, se ha dado atención a migrantes en tránsito sobre todo centroamericanos, brindando solidaridad internacional a personas en una situación de extrema vulnerabilidad cumpliendo con los compromisos establecidos como país con respecto a los derechos humanos, pudiendo prestar atención en medio de la pandemia. Se ha apoyado también la formación de médicos en medicina crítica de universidades de la región.

Durante la XIX Semana Binacional de Salud en Tijuana, la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social (UCVPS) buscó participar de la experiencia y las contribuciones que expusieron durante el foro los distintos actores clave de la frontera norte, con el propósito de intercambiar e impulsar, en consonancia con las instancias de salud federales

y estatales, mecanismos para acercar a los habitantes de los municipios del norte del país y a la población migrante a los servicios de salud, a través de la orientación de medidas de promoción de la salud.

En ese sentido, también se facilitó el diálogo entre distintos actores de la sociedad para generar acciones que contribuyan a la promoción de la salud en el país, particularmente entre grupos vulnerables, quienes por su condición social, económica o migratoria, no tienen acceso a la salud.

A través de los Módulos de Atención Integral a la Salud del Migrante Repatriado, ubicados en los cinco principales puntos de repatriación: Tijuana, Baja California; Matamoros, Nuevo Laredo y Reynosa, Tamaulipas; y Nogales, Sonora; se llevan a cabo acciones para la prevención y promoción de la salud con servicios de orientación sobre prevención de enfermedades; tamizajes y detección oportuna de VIH/sida, diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad y tuberculosis; valoración y atención médica, referencias a los sistemas de salud mexicanos; valoración psicológica y estabilización en caso de crisis.

De septiembre 2019 a junio 2020 se brindaron 35,241 servicios a 19,152 migrantes repatriados. Las Ventanillas de Salud (VDS) se ubican en los Consulados de México en Estados Unidos de América y brindan atención integral preventiva e información culturalmente apropiada, mediante la detección oportuna y la referencia a servicios de salud especializados. Actualmente operan 49 VDS ubicadas en los consulados de México en Estados Unidos de América y dos VDS móviles (Nueva Jersey y Detroit). Brindan servicios relevantes en el ámbito de la migración, tales como: orientación y consejería en temas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, detección oportuna en VIH/sida, índice de masa corporal, niveles de colesterol, glucosa, entre otras; referencia a servicios de salud; aplicación de algunas vacunas; orientación sobre alternativas de aseguramiento médico en los Estados Unidos de América; y búsqueda en el sistema de salud.

De septiembre 2019 a junio 2020 se atendió a 2,149,624 personas y se brindaron 5,754,447 servicios. En la Semana Binacional de Salud y el Mes de Salud Fronteriza México-Estados Unidos de América, que se realizan anualmente en octubre, se movilizaron organizaciones comunitarias, agencias federales y estatales y voluntarios para mejorar la salud y el bienestar de la población mexicana migrante que reside en EUA. A través de talleres, ferias, pláticas, atenciones médicas y capacitaciones en materia de salud, se informa a los migrantes y sus familias en EUA, sobre acciones de prevención y promoción



de la salud, y detección oportuna de glucosa, índice de masa corporal, exámenes de la vista, y detección de VIH, entre otros, a través de las VDS, Consulados de México en Estados Unidos de América y diversas agencias asociadas.

Durante el Mes de la Salud Fronteriza México-Estados Unidos de América, en octubre de 2019 se atendió a 21,036 personas, y se realizaron 40 actividades.

En la XIX edición de la Semana Binacional de Salud se brindaron aproximadamente 41,094 servicios, beneficiando alrededor de 220,069 personas migrantes, mediante la realización de 994 actividades y la participación de más de ocho mil voluntarios en las 56 representaciones de México en Estados Unidos de América y Canadá.

Entre las acciones destinadas a **fortalecer el Subsistema Nacional de Donación y Trasplante y el Acceso Universal a la Sangre, incluyendo campañas informativas y de sensibilización dirigidas a la población en general en las que se difunda su importancia**, la Unidad de Análisis Económico ha participado en colaboración y de manera continua con el Centro Nacional de Trasplantes, con la finalidad de generar estrategias para el fomento y financiamiento de los trasplantes en México. Adicionalmente, la UAE participó en la celebración del día mundial del trasplante, en donde se presentó el impacto económico del fomento de los trasplantes.

Fueron actualizadas las bases de colaboración entre el CENATRA y la COFEPRIS, mediante las cuales el control y vigilancia sanitaria, de los establecimientos destinados a la disposición de órganos, tejidos y células de seres humanos, se constituye en un factor determinante para proteger, promover y restaurar la salud del individuo, favoreciendo la transparencia, la equidad y la eficiencia en materia de donación y trasplantes.

En este sentido se llevó a cabo la vigilancia sanitaria de 100% de los establecimientos que presentaron incumplimientos, resultado de supervisiones a cargo del CENATRA y se aplicaron cinco sanciones con multas por un monto total de 2,494,699 pesos.

De septiembre a noviembre de 2019 el CNTS realizó la Encuesta a Donantes Voluntarios de Sangre, con la cual se logró conocer que el donante prefiere la comunicación y reconocimiento a través de redes sociales, sobre los obsequios tradicionales; asimismo, en diciembre de 2019, realizó el Curso-Taller de Donación voluntaria y Altruista impartido por vía presencial y remota a 500 trabajadoras sociales de

todos los sectores, con lo cual se pretende difundir el mensaje a la población en general sobre la importancia de la donación altruista de sangre de forma regular. El 14 de junio de 2020 se llevó a cabo la celebración del Día Mundial del Donante de Sangre, a través de una jornada virtual teniendo como lema “Dona sangre para el que mundo sea un lugar más saludable”.

El 17 febrero de 2020 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Programa Anual de Normalización 2020 de la Secretaría de Economía, en el cual se incluye a la NOM-253-SSAI-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y en los meses de febrero y marzo de 2020 se realizaron Cursos Capacitación para el personal del ISSSTE a nivel nacional, sobre Donación Voluntaria y Altruista e Indicaciones de la Transfusión. Cabe señalar, que en marzo y abril de 2020 se capacitó a los bancos de sangre de todas las instituciones del SNS en aspectos de selección y diferimiento de donantes ante pandemia por COVID-19, así como bioseguridad en los procesos y en conjunto con la COFEPRIS, se establecieron los Lineamientos técnicos para protocolos de investigación relacionados al uso terapéutico de plasma proveniente de donadores convalecientes de COVID-19.

Entre el 1 de septiembre de 2019 y el 15 de julio de 2020, el CENATRA registró un total de 1,639 trasplantes renales; 1,111 provenientes de donador vivo y 528 de donador fallecido. Hubo, además, 2,151 trasplantes de Córnea; 1,703 de ellos provenientes de córneas Nacionales y 448 importadas; así como 124 trasplantes de hígado, tres trasplantes pulmonares y 23 trasplantes cardíacos. En lo que corresponde a la donación de órganos y/o tejidos de personas fallecidas, se lograron 1,415 donaciones, de las cuales 326 corresponden a donaciones concretadas con diagnóstico de muerte encefálica y 1,089 reportes de Donaciones concretadas con diagnóstico de paro cardiorrespiratorio irreversible.

De mayo a julio de 2020, el CENATRA coordinó reuniones a distancia dirigidas a Centros y Consejos Estatales de Trasplantes y a instituciones de salud, para la retroalimentación y la presentación del Plan de reactivación de los programas de donación y trasplante. Lográndose la participación de: Sociedad de Trasplantes de América Latina y el Caribe, Sociedad Mexicana de Trasplantes, Asociación Mexicana de Hepatología AC, Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas, Colegio Mexicano de Medicina Crítica, Hospital Civil de Guadalajara, HGM, INC, INCMNSZ, Banco de Córneas de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital

General “Dr. Gaudencio González Garza”, Instituto de Oftalmología “Fundación Conde de Valenciana”, SEDENA, MARINA, IMSS, ISSSTE, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Colima, Durango, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Durango, México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, y Zacatecas.

ESTRATEGIA 1.4.

Mejorar la atención especializada de la población sin seguridad social priorizando a grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad

La reforma a la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019, significó un gran paso para la efectiva tutela del derecho a la protección a la salud en nuestro país, al establecer la obligatoriedad de brindar servicios de salud a todo habitante sin seguridad social, con lo cual se eliminó la condicionante que se preveía en el SPSS, de que esa protección correspondía exclusivamente a personas de nacionalidad mexicana. Este cambio normativo permitirá garantizar la atención, entre otros grupos vulnerables, a la población migrante que cruza nuestro país.

Por otro lado, del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2019, se autorizaron 20,269 casos que ascienden a 1,601 millones de pesos. Los principales motivos de atención fueron cáncer de mama, cáncer cervicouterino y cuidados intensivos neonatales.

Del 1 de enero al 15 de julio de 2020, se autorizaron 28,088 casos que ascienden a 1,657 millones de pesos. Los principales motivos de atención fueron cáncer de mama, cáncer cervicouterino y cáncer de próstata.

Del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2019 se autorizaron 11,487 casos que ascienden a 201 millones de pesos. Los principales motivos de atención fueron taquipnea transitoria del recién nacido, neumonía bacteriana e ictericia neonatal.

Del 1 de enero al 15 de julio del 2020 se autorizaron 14,033 casos que ascienden a 258 millones de pesos. Los principales motivos de atención fueron taquipnea transitoria del recién nacido, ictericia neonatal y parálisis cerebral espástica.

Al 31 de diciembre de 2019, se realizaron las estimaciones sobre la población indígena afiliada al SPSS por entidad federativa, con base en los indicadores de afiliación, las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Encuesta Intercensal 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), con la variable de auto adscripción a pueblos o comunidades indígenas.

Del 1 enero al 15 de julio de 2020, para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas en la región del Proyecto de Desarrollo Tren Maya^{45/} y del Programa para el Desarrollo del Corredor Interoceánico del Istmo de Tehuantepec^{46/}, se dio seguimiento a las acciones en materia de infraestructura, medicamentos, material de curación y oncológicos, y el Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la población sin Seguridad Social Laboral (U013). Asimismo, para identificar a la población en situación de vulnerabilidad y presencia indígena, se desarrollaron fichas técnicas para toma de decisiones de salud pública en México. Se realizaron actividades de coordinación interinstitucional con la Comisión Nacional de Desarrollo Social que atiende el Programa Sectorial de Desarrollo Social 2019-2024, y con la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia 2020.

Con respecto al objetivo de **analizar las necesidades de servicios de atención especializada requeridos por la población sin seguridad social y redefinir los alcances en el acceso efectivo de dichos servicios**, la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR) tiene a su cargo a seis unidades las cuales cuentan con diferentes carteras de servicios ofertados, integradas por más de 42 especialidades quirúrgicas, clínicas y auxiliares de diagnóstico y tratamiento, realizando más de 1.5 millones de consultas anuales aproximadamente, 284,611 atenciones de urgencias, 74,409 cirugías anuales en promedio, más de 500 mil estudios de imagenología, 4.2 millones de estudios de laboratorio, más de 82,355 egresos, de los cuáles el 94.4% son por mejoría; 45 clínicas multidisciplinarias, beneficiando a más de 600 mil usuarios anuales, el 58% pertenece a la Ciudad de México, 31% Estado de México y el 11% restante a 21 entidades de la República Mexicana.

Asimismo, se coordinó la asistencia y capacitación de 880 profesionales de la salud adscritos a los HFR, en los temas de: “Prevenir, sancionar y erradicar los delitos en materia de trata”, “Ley General de Víctimas

^{45/} Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán

^{46/} Oaxaca y Veracruz

aplicada a las Unidades Hospitalarias”, “Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas”, “Atención a personas en situación de víctimas” y “Creación de Políticas Públicas de Protección del Derecho a la Salud de las Víctimas de Trata de Personas”.

Se incorporó un Sistema de Información Gerencial denominado “Reporte Ejecutivo de Productividad”, herramienta que cuenta con 48 indicadores de desempeño y de gestión que se caracterizan por ser dinámicos y de actualización permanente, mismos que permiten detectar de manera temprana las desviaciones que pueden producirse durante el desempeño cotidiano debido al efecto denominado “ceguera de taller”.

En la tarea de **identificar fuentes de financiamiento para expandir la cobertura y prestación de servicios de atención especializada**, los HRAE han mantenido su productividad y la obtención de ingresos propios principalmente a través de las 115 acreditaciones con las que pueden ofrecer servicios con alta calidad, este costo no se transfiere de manera directa al paciente, ya que es cubierto por diversos fondos federales.

Esto ha implicado un enorme reto para contar con recursos para la operación, adicionalmente la atención de pacientes con COVID-19 implicó la utilización de las áreas de terapia intensiva que generan un mayor de insumos y medicamentos, no obstante, se logró ofrecer servicios de calidad de los que egresaron por mejoría cerca del 70% de los pacientes.

Para avanzar de manera progresiva en la gratuidad de los servicios de Atención Médica y Hospitalaria de Tercer Nivel de atención, para la población no derechohabiente, e **impulsar las propuestas o modificaciones al marco normativo que rige al sector salud para ampliar las posibilidades de atención gratuita en las instituciones de atención especializada**, la CCINSHAE, por conducto de la Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud (DGCINS), promovió la aprobación de un acuerdo Transversal en las Juntas de Gobierno de las Entidades coordinadas, por el cual se suspenden los procesos administrativos y gestiones correspondientes para actualizar las cuotas de recuperación que deberán devengar las personas que soliciten estos servicios durante 2020.

Adicionalmente, la CCINSHAE llevó a cabo reuniones de trabajo con todas las entidades coordinadas en donde se establecieron acuerdos para mantener la gratuidad. Dichos acuerdos surten efectos en los servicios de Atención Médica de Alta Especialidad y favorecen a las personas que estuvieran afiladas al anterior esquema del Seguro Popular, así como las nuevas solicitudes que requirieran de atención bajo este mismo esquema. Lo anterior en tanto se establecen las reglas de operación del INSABI.

Los tratamientos en los HRAE, a medida del avance legal y normativo serán más accesibles para la población. Esto fue posible en la atención de pacientes en la pandemia por COVID-19, que implicó la atención sin restricciones laborales, económicas o sociales de los afectados.

Además de **coordinar a los Institutos y Hospitales de Alta Especialidad para definir los mecanismos que amplíen progresivamente la gratuidad en instancias de tercer nivel de atención para población no derechohabiente**, el Titular de la CCINSHAE, en conjunto con los Directores Generales de los INS Salud, HFR y HRAE, acordó acompañar una estrategia para avanzar en la gratuidad de los servicios de salud, por lo que permanecen vigentes las cuotas establecidas en los periodos 2019 y anteriores, lo cual resulta en un beneficio inmediato para las personas usuarias en tanto se establecen los procesos que eventualmente garantizarán la gratuidad en la Atención Médica de tercer nivel.

Con el propósito de **realizar un Censo de Capacidad Instalada de Servicios de Alta Especializada bajo un enfoque territorial que identifique la cobertura y correspondencia con las necesidades de la población** y como parte de la reingeniería de las Redes de Servicios realizada dentro del modelo APS-I Mx, se configuraron los catálogos de servicios existentes en el interior de los hospitales comunitarios, generales y de especialidades estatales para incorporarlos a la red de servicios de alta especialidad. Se elaboró de manera participativa mediante talleres de adopción del modelo en las entidades, lo que permitió validar lo establecido en los sistemas de información actuales sobre los servicios presentes en cada unidad de hospitalización.



ESTRATEGIA 1.5.

Fomentar la participación de comunidades en la implementación de programas y acciones, bajo un enfoque de salud comunitaria para salvaguardar los derechos de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas mayores, mujeres, comunidad LGBTTTI, personas con discapacidad, comunidades indígenas y afromexicanas

Con el fin de **promover la organización y participación directa de las comunidades en los procesos de prevención y promoción en salud para determinar y atender sus prioridades como obesidad, diabetes, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual**, del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, se realizaron 35 reuniones para formar redes de apoyo en salud materna y perinatal. Se formaron 137 redes en 22 entidades^{47/}. A nivel nacional el programa de atención a la salud materna y perinatal contó con 594 brigadistas y promotores para trabajo de campo distribuidos en 25 entidades^{48/}.

Asimismo, al 30 de junio de 2020, la Secretaría de Salud contó con 19,014 promotores y promotoras juveniles, que apoyaron de manera voluntaria a los Servicios Amigables para Adolescentes, así como con 4,563 brigadistas que colaboran en comunidades rurales e indígenas. Se fomentan estilos de vida saludables entre la población adolescente, mediante acciones de información, educación y comunicación entre pares, en entornos familiares y comunitarios, y con una perspectiva intercultural.

El programa de atención a la salud de la adolescencia desde septiembre de 2019 a junio de 2020, centró sus acciones preventivas de riesgos en la población adolescente, a través de los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS), los cuales están integrados por 20,348 hombres y 25,662 mujeres, dando un total de 46,010 adolescentes atendidos. Estos adolescentes y jóvenes reciben información por parte del personal de salud mensualmente en grupos de trabajo. Asimismo, se mantuvo el trabajo

de 2,361 GAPS, cuya principal función fue abordar las principales causas de morbi-mortalidad (sobrepeso y obesidad; embarazo no planeado en la adolescencia e infecciones de transmisión sexual -ITS-; prevención de la violencia en el noviazgo, prevención de adicciones; depresión y suicidio) en dicha población mediante acciones transversales donde se prioriza la información y la formación de estos y estas adolescentes.

Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, se conformaron 796 Grupos de Ayuda Mutua, integrados por 7,852 personas con diagnóstico de diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemia, en los que reciben orientación periódica referente a cambios de estilos de vida saludables.

De septiembre 2019 a febrero 2020, los voluntarios rurales de salud y voluntarios pertenecientes a la Organización Comunitaria de IMSS-BIENESTAR impartieron 25,016 talleres para la salud con 397,568 participantes en los temas de diabetes, obesidad y embarazo adolescente. Asimismo, se integraron 1,380 grupos locales de prácticas saludables para la prevención de la diabetes con 21,397 participantes, y un promedio 16 personas por grupo.

Como parte de la promoción de la alimentación saludable, se instalaron 1,191 huertos demostrativos en Unidades Médicas Rurales de IMSS-BIENESTAR, con el fin de fomentar su instalación en traspatio y enriquecer la dieta diaria de la población con alimentos saludables. Con esta estrategia 212,243 familias sembraron huertos y 119,512 árboles frutales.

En el mismo periodo, los voluntarios rurales de salud y voluntarios orientados por IMSS-BIENESTAR derivaron a las unidades médicas a 204,011 personas sospechosas de diabetes mellitus, para su atención por los equipos de salud; también realizaron 77,769 acciones de derivación de embarazadas para su control prenatal periódico.

Para **incluir en el equipo de salud a promotores voluntarios y promotoras voluntarias, debidamente capacitados como líderes originarios comunitarios donde no haya unidades de salud**, en la estructura de IMSS-BIENESTAR y a partir del Modelo de Atención Integral a la Salud, se encuentra integrada la figura del Promotor de Acción Comunitaria; profesional en desarrollo comunitario que conjuntamente con un equipo de salud, se desplaza en unidades móviles y brigadas de salud a localidades lejanas, de difícil acceso y alta dispersión poblacional. El Promotor de Acción Comunitaria impulsa a la población a realizar acciones en salud con base en las necesidades epidemiológicas identificadas

^{47/} Aguascalientes, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

^{48/} Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

en cada localidad; promueve y fomenta la participación para el autocuidado de la salud; orienta a los integrantes de la Organización Comunitaria y a las familias; gestiona recursos con las autoridades municipales y otras dependencias para mejorar las condiciones sanitarias y de servicios en las localidades con mayores rezagos.

La Organización Comunitaria para la Salud se integra con personas de la localidad electas en asamblea y quienes participan de manera voluntaria a través de las siguientes figuras: Comités de Salud, Voluntarios Rurales de Salud, voluntarios, Red Social, Aval Ciudadano, Parteras Rurales y Médicos Tradicionales. Los integrantes de la Organización Comunitaria reciben orientación por parte del personal de IMSS-BIENESTAR; orientan a las familias; vigilan su participación; derivan a la unidad médica a personas enfermas para su atención; promocionan el uso de tecnologías apropiadas al medio; promueven el saneamiento básico comunitario; y bimestralmente reportan el registro de sus acciones.

Para **contribuir a fomentar la organización comunitaria y la designación de representantes en la comunidad que faciliten acciones de promoción y prevención en salud, bajo un enfoque intercultural**, del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, se capacitaron y conformaron 4,489 comités locales de salud. Asimismo, se capacitó en temas de salud pública a 1,730 agentes de salud, que a su vez replicaron esta capacitación a 22,560 procuradores y procuradoras de salud con el fin de fortalecer las competencias de las personas para adoptar conductas saludables, impulsar la participación comunitaria y generar entornos favorables a la salud. Finalmente, se certificaron como favorables a la salud 83,661 viviendas, 110 sitios de trabajo; 640 espacios de recreación y seis mercados. En total, para diciembre de 2019, se certificaron 427 comunidades como promotoras de la salud.

Para atender la emergencia sanitaria por COVID-19, se elaboró material dirigido a promotores de salud para fortalecer su competencia e implementar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las comunidades de las 32 entidades federativas.

Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, se realizaron 33 ferias interculturales para la población indígena, con un total de 11,180 asistentes, de los cuales, 6,838 (61%) fueron mujeres. En todas se incorporó a la población de la comunidad para la planeación e implementación de las actividades de promoción y prevención en un contexto de pertinencia cultural y de ser posible lingüística.

El Programa de Salud y Bienestar Comunitario (PSBC) apoya a las localidades de alta y muy alta marginación con procesos de participación social y organización autogestiva, a través del desarrollo de capacidades y la implementación de proyectos comunitarios.

De enero a junio de 2020, impulsó en 376 municipios de las 32 entidades federativas, la conformación de 243 Grupos de Desarrollo (GD) para implementar proyectos comunitarios apoyados con insumos; 648 GD para recibir capacitaciones en desarrollo social, humano y comunitario y, 196 GD para recibir capacitación e implementar proyectos comunitarios.

En abril de 2020, IMSS-BIENESTAR cuenta con una Organización Comunitaria integrada por 15,775 voluntarios rurales de salud; 158,561 voluntarios; 101,884 integrantes de comités de salud; 6,719 parteras voluntarias rurales; y 796 médicos tradicionales; personas originarias de las localidades con quienes coordina la participación de la población en la atención y autocuidado de su salud.

En respuesta al Plan Institucional de Respuesta ante la Pandemia COVID-19, al 5 de junio 99,362 voluntarios participaron en la instalación de 80 salas Triage; derivaron a 3,018 sospechosos de infecciones respiratorias a unidad médica; vigilaron en comunidad a 2,270 personas con problemas de vías respiratorias; a través de la Red Social trasladaron a 731 personas con síntomas respiratorios a unidad médica. También, impartieron 57,859 sesiones educativas para producir 18,232 litros de alcohol gel; 245,783 cubrebocas; y 27,915 litros de jabón y/o desinfectante líquido. Colaboraron en la transmisión de 81,717 mensajes a través de carteles, mantas, pinta de bardas; la distribución de 1,029,876 folletos; 433,338 mensajes de video y audio; y en la concertación con 816 organizaciones y 142 radiodifusoras locales para la transmisión de 129,693 mensajes.

Con el fin de fortalecer la atención médica bajo un Enfoque Intercultural en Salud (EIS), de septiembre 2019 a mayo 2020 fueron capacitados de manera presencial, en un curso de ocho horas, 3,570 profesionales de IMSS-BIENESTAR incluyendo a personal médico, de enfermería, paramédico, de acción comunitaria, servicios generales y administrativo. La capacitación fue impartida por el propio personal de IMSS-BIENESTAR que previamente fue capacitado como replicador en un curso avalado por la Secretaría de Salud.

Se difunde a los Servicios de salud de todo el país los "Lineamientos Interculturales para el diseño y operación de programas de salud" para la

implementación de un modelo de salud a nivel comunitario que considera a la medicina y parte-ría tradicional indígena, la inclusión de la herbolaria medicinal y la presencia de intérpretes traductores en lenguas indígenas, así como documentos y lineamientos como la “Promoción de la Salud con enfoque intercultural”.

Estas propuestas hacen énfasis en metodologías de consulta con la población, para establecer la interrelación del personal de salud con la comunidad mediante procesos de diálogo intercultural.

Entre las acciones destinadas a **fortalecer la coordinación interinstitucional para incorporar los enfoques transversales que favorezcan la perspectiva de género, la pertinencia cultural y la inclusión en la educación, promoción y prevención de salud**, de septiembre a diciembre de 2019, se participó con la ciudadanía para incorporar la perspectiva de género en una propuesta para el acceso efectivo a la salud a personas con discapacidad en México y se colaboró con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) en la realización de la Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos de las Personas con Discapacidad. También, se llevaron a cabo, con hospitales y unidades de salud: seminarios, foros, procesos formativos y jornadas a favor de la población en condición de vulnerabilidad, incluida la LGBTTTI, con el objetivo de sensibilizar y visibilizar la importancia de mejorar los procesos y la calidad de atención a la salud, libre de discriminación.

Por medio de la Red de Enlaces de Género, la Secretaría de Salud da respuesta al Eje 1 del Plan Nacional de Desarrollo y a la Política Nacional de Igualdad (PNI) y lleva a cabo acciones para transversalizar la perspectiva de género, no discriminación y la inclusión, tanto en la cultura institucional como en los programas de salud pública. Asimismo, se generó una colaboración para capacitar consejeras sobre el Protocolo de Atención y Prevención del Acoso y Hostigamiento Sexual en la Administración Pública Federal y los Lineamientos de los Comités de Ética en materia de sanción a la violencia sexual laboral y respeto a los derechos humanos, lo anterior contribuye al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 5.

Al cierre de 2019, se capacitó a los integrantes de 19 grupos estatales intersectoriales, con la finalidad de hacer sinergia para atender de manera conjunta los principales determinantes sociales que influyen en la salud y brindar herramientas que les permitan incorporar acciones de salud pública en sus ámbitos de competencia. Asimismo, de septiembre de 2019

a junio de 2020, se realizaron 72 ferias interculturales para la población migrante, en 24 entidades^{49/} con la asistencia de 25,257 migrantes, siendo 12,864 (51%) mujeres, con la finalidad de lograr la participación de diferentes instituciones y sectores, para acercar los servicios a esta población y mejorar sus condiciones y calidad de vida.

De septiembre 2019 a febrero 2020 en IMSS-BIENESTAR se realizaron 4,950 Talleres para la Salud con el tema Equidad de Género, en estos talleres participaron 76,990 personas con un promedio de 16 personas por taller.

En los HRAE ubicados en estados con población indígena se han implementado acciones especiales para ofrecer servicios en la lengua al contar con personal para traducción, convenios para el apoyo de expertos en lenguaje de señas cuando ha sido necesario como es el caso de los hospitales que conforman el CRAE, señalética en lenguaje indígena.

La DGCHRAE ha promovido las temáticas de derechos humanos y vigilado el cumplimiento de las acciones. En HRAEO, HRAEPY, HRAEI se cuenta con materiales para informar sobre derechos de los pacientes, cuidados de pacientes en terapia intensiva y en general otros temas de trascendencia para el cuidado de los usuarios.

La capacitación del personal con enfoque de género y de respeto a los derechos humanos ha sido una constante entre los cursos ofrecidos, campañas de información del personal sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, celebración del Día Naranja, entre otras actividades. El HRAEPY tuvo capacitaciones específicas y HRAEI cuenta con un convenio con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).

Los Enlaces en Salud Intercultural, designados por las autoridades Estatales de salud en el país, establecieron su programación de actividades que coloca como elemento central en el modelo intercultural, la coordinación interinstitucional. Para establecer una propuesta con enfoque intercultural en salud para la población de las regiones indígenas que incluya acciones de Saneamiento Integral, como el manejo de agua limpia y de basuras, la nutrición saludable y culturalmente pertinente (“Dieta de la Milpa”), así como el manejo de agro tóxicos en los campos temporaleros, se realizaron reuniones de coordinación para ampliar esta visión de la salud

^{49/} Baja California Sur, Chiapas, Hidalgo, Jalisco, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Yucatán no realizaron ferias interculturales para la población migrante.

con la participación de la SEMARNAT, Comisión Nacional de Aguas, IMSS BIENESTAR, COFEPRIS, entre otras instituciones relacionadas con el tema.

En los proyectos estratégicos como el Tren Maya, Corredor Interoceánico y el Aeropuerto de Santa Lucia, se propone el Modelo de unidades de Salud y Hospitales Interculturales, para fortalecer en los municipios indígenas, cuenten con los elementos mínimos de competencia intercultural: personal sensibilizado, interrelación con la medicina tradicional, presencia de intérpretes traductores (en su caso) y la atención Humanizada e Intercultural del Parto, con la participación de las parteras indígenas como un derecho cultural.

En el marco del Foro de Cooperación Asia Pacífico, la Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI) brindó apoyo al Instituto Nacional de Geriátrica en la planeación y realización del taller: “Desarrollo de capacidades para Cuidados de Largo Plazo de Base Comunitaria”, el cual fue llevado a cabo, en la Ciudad de México, en octubre de 2019, en coordinación con APEC, en el cual se abordaron los principales retos y oportunidades en materia de envejecimiento.

En febrero de 2020, a solicitud de la Secretaría de Relaciones Exteriores, se compartieron las acciones que realizó la Secretaría de Salud para dar respuesta a las recomendaciones emanadas del Examen Periódico Universal del 2018, referidas a la población LGBTTTI, especialmente en lo concerniente a su inclusión en el Plan Nacional de Desarrollo. Lo anterior a fin de dar seguimiento a las acciones en materia de salud para cumplir con las recomendaciones del Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, travestis, transgénero, transexuales e intersexuales (LGBTTTI) en México.

En marzo de 2020, se integró el informe anual de la Secretaría de Salud para dar seguimiento a las acciones realizadas en el cumplimiento de la Resolución A/RES/68/237 titulada: “Reconocimiento, Justicia, Desarrollo”, la cual proclama el Decenio Internacional de las personas Afrodescendientes.

De manera particular, en 2020, los avances reportados por los estados giraron en torno al tema: Instrumentación de los derechos humanos de las niñas, los niños y jóvenes afrodescendientes. El informe fue solicitado por la Sección de Lucha contra la Discriminación Racial de la Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

En febrero y marzo, se integró la posición de la Secretaría de Salud para apoyar la participación de México en el 64o. periodo de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, celebrado en marzo. Se aprobó la Declaración Política sobre el 25o. Aniversario de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (PAB), la cual incluyó referencias mujeres afrodescendientes, mujeres con VIH y sida, mujeres rurales, mujeres indígenas, mujeres con discapacidad, entre otras; destacó que existen barreras estructurales, prácticas discriminatorias, niveles amplios de desigualdad y señaló la importancia de incluir la perspectiva de género en las políticas relacionadas al medio ambiente.

En la línea de acción destinada a **implementar Caravanas de la Salud y brigadas de atención ambulatoria para brindar servicios a población afectada por contingencias emergentes, que viven en localidades alejadas de las ciudades o que transitan en condición migrante**, en IMSS-BIENESTAR la atención a las poblaciones más dispersas geográficamente se realizó a través de 140 unidades médicas móviles y 184 brigadas de salud.

De septiembre 2019 a abril 2020 por medio de las unidades móviles se pudieron llevar a cabo 323,845 consultas, 177,114 a población indígena; captación de 2,326 nuevas aceptantes de planificación familiar; atención a 18,963 pacientes embarazadas; 20,327 detecciones de cáncer cervicouterino y 17,549 de cáncer mamario; 71,711 valoraciones del estado nutricional a niños menores de cinco años; 74,607 detecciones de diabetes mellitus tipo II y 80,697 de hipertensión arterial sistémica; y aplicación de 213,629 dosis de biológicos para cumplir esquemas de vacunación.

Asimismo, a través de las 184 brigadas de salud de IMSS-BIENESTAR, se registraron 226,104 consultas médicas; 38,599 de éstas a personas indígenas; 10,635 consultas de vigilancia del embarazo; 121,266 consultas de control del estado nutricional del menor de cinco años de edad; 57,120 detecciones de diabetes mellitus tipo II y 59,216 de hipertensión arterial sistémica; aplicación de 201,038 dosis de biológicos de acuerdo con el esquema de vacunación.

Las acciones comunitarias y de gestión impulsadas por IMSS-BIENESTAR contribuyeron a la contención de brotes epidémicos de dengue. Con el apoyo de 1,755 voluntarios de la red se dio cobertura a localidades de Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Sinaloa, Tamaulipas y Veracruz; tratamiento a 11,596 casas; abatización de 21,864 recipientes domiciliarios con agua y aplicación de 1,550 kilos de larvicida. También, se realizaron 203 jornadas de descacharrización;

eliminación de 30.6 toneladas de basura; 320 talleres para la salud a 5,537 participantes; y gestión de 27 acuerdos con autoridades estatales, municipales y locales. En Michoacán, Nayarit y Veracruz, con el apoyo de los SESA, se nebulizaron 293.5 hectáreas y se aplicaron 215.5 litros de insecticida para proteger a 19,335 habitantes.

Dentro de las modalidades de atención del Programa FAM se encuentra la correspondiente a la participación en contingencias en donde, tanto las unidades médicas móviles del Programa FAM en las diferentes entidades federativas como las del Centro Operativo para la Atención de Contingencias, se brindan acciones de promoción a la salud y prevención de la enfermedad a población que está en riesgo o afectada por la presencia de agentes perturbadores de origen natural o antropogénico, destacando al periodo que se reporta las siguientes actividades:

- Brindar atención médica y acciones de enfermería y promoción y prevención a la salud, a la población afectada por el paso de los fenómenos perturbadores que se encontraron activos en el Océano Pacífico y presentaron afectaciones al Territorio Nacional, en los estados de Colima, Jalisco, Nayarit, Sinaloa, Baja California Sur derivados de las tormentas tropicales “Lorena” y “Mario”.
- Revisar el Operativo de Salud para la atención de la población migrante en Piedras Negras, Coahuila.
- Apoyo médico y acciones de prevención contra el aumento de casos de dengue en el estado de Jalisco, entre otros.

Por otra parte es importante destacar que derivado del virus SARS-CoV-2 (COVID-19), declarado como “Pandemia” por la OMS, el Programa FAM y el Centro Operativo para la Atención a Contingencias, se han llevado a cabo actividades médico preventivas y de capacitación para mitigar dicha pandemia, tales como Curso de formación de capacitadores en el manejo clínico de COVID-19 por el nuevo virus, Curso para el uso adecuado de equipo de protección personal y selección y uso de desinfectantes, Aplicación de cédulas de evaluación de los Centros de Atención Temporal y Hospitales COVID en los estados de Baja California, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nuevo León, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán, brindar atención médica, odontológica, acciones de enfermería, promoción y prevención a la salud a los

asistentes al Festival “Vive Latino 2020”, Curso del Marco de Actuación ante Coronavirus en México para las Unidades Médicas Móviles del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, realizar el diagnóstico y elaborar el plan de trabajo al Centro Integrador para Migrantes, en Ciudad Juárez Chihuahua, a fin de emitir las recomendaciones conducentes, para la protección de la salud, control y contención de COVID-19, despliegue del Hospital móvil para la atención de pacientes con COVID-19 en el estado de Guerrero y capacitación para la instalación de las estructuras móviles en el estado de Coahuila.

El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, ante la pandemia del COVID-19, se sumó a las estrategias de contingencia que determinó cada Secretaría de Salud Estatal, brindando acciones de atención primaria a la salud con 341 unidades médicas móviles en 21 entidades federativas del país.

Las principales acciones que están realizando los equipos de salud itinerante son detecciones de síntomas de COVID-19 en lugares de concentración como centros comerciales y mercados, así como puntos estratégicos en carreteras; adicionalmente se están dedicando a la realización de triage y toma de muestra en unidades hospitalarias y atención primaria integral en zonas urbanas y rurales.

El total de acciones del 30 de marzo al 30 de junio que han realizado las unidades médicas móviles incorporadas a la contingencia son 41,455 consultas médicas y 92,717 acciones de prevención y promoción divididas en 72,298 acciones al individuo y 20,419 acciones a la comunidad.

De septiembre de 2019 a junio de 2020, se atendieron 61 desastres y 2,360 brotes, con apoyo en la Ciudad de México, Chihuahua, Colima y Jalisco, coadyuvando directamente en cuatro operativos (dos tormentas tropicales, uno por sarampión y uno para migrantes).

Como parte del compromiso de **fortalecer los modelos de atención que coordinen la capacitación y el trabajo del personal médico y parteras para la atención de mujeres en comunidades rurales**, de las 6,719 parteras voluntarias rurales con las que IMSS-BIENESTAR mantuvo interrelación, de septiembre de 2019 a febrero de 2020 se entregó equipo para la atención del parto a 1,305 de éstas derivado de la gestión efectuada con la Fundación AMANECE (Atención Materna, Neonatal, Crecimiento y Estimulación Temprana).

También, se proporcionó orientación a 1,110 de las parteras a través de ocho talleres efectuados en temas de lactancia y salud materna; y se continuó con la orientación bimestral que los equipos de salud de las Unidades Médicas Rurales proporcionan a las parteras con una participación de 6,070 de las parteras en interrelación (90%). Finalmente, las parteras voluntarias atendieron 4,142 partos, 450 de los cuales (12%) fue con acompañamiento del equipo de salud.

Se apoyó la coordinación de tres “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo” entre parteras(os) indígenas tradicionales y personal de salud del estado de Hidalgo en Huejutla, Molango y San Bartolo Tutotepec, del 1 al 5 y del 9 al 10 de diciembre de 2019, con una participación total de 53 parteras(os) tradicionales y 43 asistentes del personal de salud. Se definieron acuerdos conjuntos para la mejora de la atención de las mujeres indígenas.

Se avanza en las gestiones institucionales para lograr la autorización de parteras indígenas para realizar la atención del embarazo, parto y puerperio en las instalaciones de salud en el estado de Quintana Roo.

En el contexto de la epidemia de COVID-19, se analiza con parteras(os) indígenas tradicionales de Chiapas, opciones seguras de atención del parto fuera de los hospitales, de amplia aceptabilidad social.

En el país, se registró la implementación de opciones de información adecuadas con enfoque intercultural de apoyo a la salud materna y perinatal a través de enlaces interculturales. En total, 11 entidades^{50/} contaron con este personal que trabaja de manera conjunta con el personal médico para apoyar en la atención de mujeres en comunidades rurales e indígenas. Entre el 1 de septiembre de 2019 y el 30 de junio de 2020, se contó con 197 enlaces interculturales hablantes de lenguas indígenas o lenguaje de señas mexicanas, incorporados en el segundo nivel de atención a la salud.

Entre el 1 de septiembre 2019 y el 30 de junio 2020, se registraron un total de 14,502 parteras(os) tradicionales que se distribuyen en 27 entidades^{51/}, con un promedio ponderado de 29 años de servicio, mayoritariamente son mujeres (96%) y 4% hombres. Del total, el 41% hablan alguna lengua indígena. De

las 14,502 parteras(os) registrados, 92% siguen activas(os) y el 77% informan a la Secretaría de Salud las actividades que realizan. De las(os) 14,502 parteras(os) activas(os), se registró que 89% realizan control del actividades de control de puerperio; 73% registraron que atienden partos; y 77% reportaron llevar a cabo cuidados del recién nacido.

En lo referente a **incorporar elementos de la medicina tradicional en los servicios de salud brindados a población indígena y fortalecer el registro sanitario de medicamentos herbolarios**, iniciamos la recuperación de la herbolaria y de la medicina tradicional, reconocida y utilizada ancestralmente por los pueblos originarios y comunidades más pobres del país. La COFEPRIS realizó acciones para reconocer y preservar, como patrimonio de los pueblos indígenas, sus conocimientos, tradiciones y costumbres.

El 17 de diciembre 2019, se instaló el Comité de Reconocimiento y Recuperación de la Herbolaria y la Medicina Tradicional en México, integrado por representantes de las siguientes instituciones: COFEPRIS, CONACYT, INPI, SADER, SEMARNAT, CULTURA, BIENESTAR, Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes de la Ciudad de México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, IMSS, UNAM, sus objetivos son lograr el reconocimiento pleno de la sabiduría popular para la recuperación de la herbolaria y la medicina tradicional en México, ponerla a disposición de la población y de la comunidad médica, como parte de la terapéutica, rescatar la investigación para la difusión del conocimiento acumulado en la materia, reconocerla como propiedad patrimonial de los pueblos originarios y establecer procesos de transmisión de las tradiciones.

El 27 de febrero de 2020, se suscribió un Convenio Marco de Colaboración entre el INPI y la COFEPRIS, cuyo propósito es lograr el reconocimiento de la medicina tradicional mexicana como una de las riquezas culturales de los pueblos indígenas y la búsqueda de acciones que permitan su preservación, en beneficio de las comunidades por lo que del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, se han otorgado 16 autorizaciones sanitarias de remedios herbolarios.

Como parte de la difusión y promoción que se realiza en cada modelo local de salud de IMSS-BIENESTAR con la medicina tradicional, se establecieron jardines botánicos y herbarios de plantas medicinales demostrativos y de la localidad en 879 unidades médicas rurales y 72 hospitales rurales. Asimismo, los médicos tradicionales atendieron a

^{50/} Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

^{51/} Aguascalientes, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.



15,222 personas de padecimientos respiratorios; digestivos; crónico-degenerativos; y otros especialmente ligados a enfermedades culturales como empacho; caída de mollera; susto/espanto/pérdida del alma; y mal de ojo. Exceptuando las enfermedades culturales, los médicos tradicionales derivaron a 5,293 personas con problemas de salud a las unidades médicas para su atención.

Se celebró en octubre de 2019, el Día Internacional de las Medicinas Tradicional y Complementarias con el encuentro: “Vigencia y aportes de la Medicina Tradicional Indígena, Homeopática y China al SNS, en la Sala “Dr. Miguel Bustamante”, de las oficinas centrales de la Secretaría de Salud. Se identificaron elementos de la medicina tradicional y medicinas complementarias para el fortalecimiento de los servicios de salud.

El mismo mes, se realizó el 1er. Congreso Estatal de Medicina Tradicional y Complementaria del estado de Oaxaca y se presentó la ponencia “La Medicina Tradicional Indígena y las Medicinas Complementarias, Retos y Desafíos”. Asistieron más de cuatrocientas personas: terapeutas tradicionales, terapeutas complementarios, personal de salud (operativo y directivo) y estudiantes de medicina. En ese contexto, se firmó el Convenio Interinstitucional entre la Secretaría de Pueblos Indígenas y Afromexicano y la Secretaría de Salud de Oaxaca, para fortalecer la Salud de las Comunidades Indígenas y Afromexicanas por medio del enfoque Intercultural y la Medicina Tradicional, se contó con la asistencia del Gobernador del estado, como testigo de honor.

Se fortalece la coordinación y el apoyo con los SESA que han establecido Institucionalmente la oferta de la medicina Tradicional indígena, como los SESA de los estados de Puebla (14 Hospitales Integrales con Medicina Tradicional) y Querétaro (Centro de Salud con Servicios Ampliados con Medicina Tradicional de Amealco).

A través de 21 Centros de Rehabilitación a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), y dentro de las acciones para **fortalecer los servicios de rehabilitación no hospitalaria realizados a través de dichos centros para atender a población con discapacidad y en riesgo potencial de presentarla, favoreciendo su inclusión educativa, laboral y social**, del 1 de septiembre de 2019 al 30 junio de 2020 se realizaron las siguientes actividades:

- Se realizaron 1,785 pláticas para la prevención y detección de la discapacidad, a las que asistieron

23,585 personas con y sin discapacidad y se detectaron 11,372 personas en riesgo potencial de presentarla.

- Se proporcionaron 234,399 consultas médicas y se realizaron 11,205 estudios de diagnóstico como audiometrías, potenciales evocados, rayos X y electromiografías.
- Se efectuaron 767,305 sesiones de terapia, se entregaron 2,976 piezas de órtesis y 370 prótesis para coadyuvar en el proceso de rehabilitación integral de 1,893 personas.
- Se incrementó el número de módulos del Programa de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, de 100 a 105 módulos, en los cuales se otorgaron 48,578 credenciales para personas con discapacidad para llegar a 551,270 pacientes registrados.
- Se logró la inclusión de 523 personas con discapacidad al Sistema Educativo Nacional y 392 al ámbito laboral.

A través del IMSS, se llevan a cabo acciones para atender la independencia funcional de las y los adultos mayores, como la valoración gerontológica estandarizada al inicio y al final de los cursos y talleres, de acuerdo con sus intereses y necesidades.

Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, el Programa de Envejecimiento Activo y el Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores realizaron 35,370 valoraciones funcionales gerontológicas en las 35 Delegaciones del IMSS y se impartieron cursos y talleres de promoción de la salud, cultura física y deporte, capacitación y adiestramiento técnico y desarrollo cultural a 210,673 personas adultas mayores; además, asistieron 200,689 personas a 1,914 servicios de campañas, pláticas, y eventos. Asimismo, se formaron 319 Cuidadores de Adultos Mayores y 345 Acompañantes y Promotores de Apoyo Gerontológico.

Entre julio 2019 a marzo 2020 se otorgaron 707,955 consultas y 832 pacientes se reincorporaron a laborar, del 1 de julio 2019 al 30 de junio de 2020 se proporcionaron 8,546,307 sesiones de terapia y realizaron 80,413 estudios de electrodiagnóstico, lo que en general representa una disminución respecto a los mismos periodos 2018 a 2019. También sobresale la gestión de equipamiento básico en un programa específico para los servicios de rehabilitación en el país. Asimismo se da cuenta de 115,387 asistentes al “Foro Institucional para las Personas con Discapacidad”.



El ISSSTE proporciona servicios de rehabilitación física a los derechohabientes que clínicamente lo requieren, a través de las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención que cuentan con servicio de consulta externa de medicina física y rehabilitación, así como el área de terapia; sin embargo, en caso de no contar con la infraestructura para proporcionar el servicio, este se realiza a través de un tercero mediante la subrogación del mismo. Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, el ISSSTE otorgó 2,374,545 sesiones de rehabilitación a 449,154 pacientes.

ESTRATEGIA 1.6.

Fortalecer los mecanismos relacionados con la producción, precios y abasto oportuno de medicamentos, materiales de curación e insumos para la salud en beneficio de toda la población, especialmente de grupos históricamente discriminados y personas en condición de vulnerabilidad

Para la integración de las necesidades de medicamentos y material de curación de las entidades federativas para el ejercicio 2020, se consolidó un total de 5,409 claves, mismas que integraron en la adquisición consolidada a cargo de la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público incrementando la demanda en un 75% con respecto al año anterior.

La Oficialía Mayor de la SHCP adjudicó 2004 claves para todo el sector salud, con un valor de 92 mil millones de pesos que, considerando los precios máximos de referencia, representa un ahorro de 7,086 millones de pesos, equivalente al 39%, respecto de la estimación inicial, con base en las estimaciones de la Oficialía Mayor. En marzo se inició la distribución de bienes a las 26 entidades adheridas al INSABI, correspondiente a 66,778,105 piezas.

Por otra parte, durante el mes de enero de 2020 se identificaron un total de 28 claves de medicamentos oncológicos en potencial desabasto, ante lo cual, a través de la MARINA, se llevaron cabo compras internacionales, para dar atención a las demandas de medicamentos oncológicos. De esta forma, de enero a mayo 2020 se distribuyeron 178,283 piezas de los 28 fármacos oncológicos requeridos por las entidades federativas. En este periodo, se adjudicaron

a fabricantes nacionales e internacionales, los tratamientos para asegurar el abasto del ejercicio 2020.

En el eje rector de la distribución, y con el mismo objetivo de garantizar el suministro de medicamentos e insumos a todos, el INSABI estableció una estrategia para sistematizar el monitoreo y control de ciclo de abasto de medicamentos e insumos. De esta forma, en coordinación con la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI), se desarrollaron dos herramientas para dar soporte a la operación.

La primera de estas herramientas es el Sistema Nacional de Distribución de Medicamentos cuya función es una ser herramienta para la generación de pedidos a los fabricantes y seguimiento a la programación de entregas. Hasta el 25 de noviembre de 2019, la solicitud de pedidos a los fabricantes se llevaba a cabo de forma manual, con lo cual se perdía el control y registro de la distribución. De esta forma, entre diciembre 2019 y enero 2020, todas las solicitudes de entrega se registran en la plataforma electrónica. Con estas actividades se fortalece el seguimiento al control del abasto en las secretarías de salud estatales adheridas al INSABI.

La segunda herramienta es el programa Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones en Salud (AAMATES) cuya función es servir de herramienta informática para el registro de atenciones médicas, desde la agenda de la cita, consulta, hasta la emisión de la receta electrónica. En enero de 2020, la plataforma fue instalada en el estado de Chiapas. Personal de la DGTI y del INSABI, en conjunto con la Secretaría de Salud del estado, instalaron la aplicación y capacitaron al personal médico y administrativo.

Adicionalmente, con el fin de integrar de forma consolidada la información de inventarios, se desarrolló un módulo exclusivo para la carga de las existencias en los almacenes de las secretarías de salud en las entidades federativas. De esta forma, las piezas que se reciban a partir de los pedidos derivados de la Compra Consolidada 2020, se podrán visualizar en la herramienta.

Finalmente, para automatizar la integración de los requerimientos en las Compras Consolidadas, durante el segundo semestre de 2019 se desarrolló en AAMATES, un módulo para recibir de manera sectorial, las necesidades de medicamentos y material de curación, de forma directa de las unidades médicas, a efecto que los bienes a adquirir, cuenten con los datos de la demanda real.



En junio de 2020, se participó en el Observatorio General de Precios de Medicamentos para COVID-19, organizado por la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios y Proyectos (UNOPS), el cual ofreció una herramienta de monitoreo y análisis de precios de referencia internacional para el acceso y compra justa de medicamentos.

Se participó en la 73a. Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, la cual estuvo dedicada a la respuesta mundial contra la pandemia por COVID-19. La Asamblea adoptó una resolución sobre este particular, que entre otros puntos señala que, en su momento, se iniciará un proceso de evaluación independiente sobre la respuesta internacional de la OMS, que incluya el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional y las actividades realizadas por la Organización ante dicha respuesta. Asimismo, se transmitió de manera continua a las áreas técnicas, la información de OMS relativa a recomendaciones, actualizaciones, lineamientos y acciones estratégicas para el control de la epidemia.

La 73a. Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, adoptó una resolución sobre la respuesta internacional a la pandemia de COVID-19, propuesta por la Unión Europea y copatrocinada por México. La resolución hace un llamado para que el acceso universal, oportuno y equitativo, así como la distribución justa de medicamentos y tecnologías en salud para responder a la pandemia, sean una prioridad mundial.

Entre las diversas actividades para **homologar y unificar los cuadros de medicamentos e insumos considerando el modelo de atención APS-I Mx y criterios de necesidad, eficiencia, efectividad, seguridad y calidad farmacéutica para procurar su uso racional**, se contribuye a contar con un referente para todas las instituciones del Sector Público de Salud basado en las mejores prácticas terapéuticas y aquellas que resultan costo-efectivas para el sector de la salud, con la emisión del Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

Para la ejecución del Programa Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral para el año 2020, se analizó la base de datos de las compras de medicamentos del año 2019 y se determinó que para el uso eficiente de los recursos se requieren 534 claves para cubrir las necesidades del primer nivel de atención médica de la población objetivo.

Esas claves se definieron al correlacionar las 20 principales causas de morbilidad por entidad federativa señaladas en el Boletín de Epidemiología 2018

publicado por la Secretaría de Salud, las intervenciones del Catálogo Universal de los Servicios de Salud 2019 (CAUSES) y las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica del Catálogo Maestro del primer nivel de atención en salud.

Asimismo, se desarrolló un catálogo de 60 claves de medicamentos para hospitales Comunitarios y 474 claves para material de curación. Los medicamentos seleccionados son de aplicación a las áreas especificadas, por lo que, no son limitativos ni exclusivos para todos los sectores considerados como primer nivel de atención en salud.

La presente administración de la COFEPRIS reestructuró el Comité de Moléculas Nuevas, debido a que se hacían juicios favorables de medicamentos que no habían logrado obtener registro sanitario en otros países, en su país de origen o bien que no habían demostrado plenamente la calidad, seguridad y eficacia a que están obligados; por lo que se procedió a la integración de un nuevo comité con plena orientación técnico-científica, cuyo propósito es emitir opiniones técnicas de medicamentos calificados como moléculas nuevas, a partir de las necesidades terapéuticas de la población en México.

El Comité de Moléculas Nuevas se dividió en Grupos Terapéuticos con expertos en cada materia, quienes en el periodo del 12 de noviembre de 2019 al 15 de julio de 2020, han evaluado 95 medicamentos y contestado 16 consultas; de las 95 opiniones, 72 han obtenido una opinión técnica favorable, a cuatro se les solicitó presentar información técnica-científica complementaria y se ubican en los siguientes grupos terapéuticos:

- Cardiología
- Metabólicos y dislipidemias
- Gastroenterología
- Hemofilia
- Infectología
- Nefrología
- Neumología
- Neurología
- Oncología
- Reumatología
- Vacunas.

En torno a la tarea de **implementar una política farmacéutica que garantice la integración de los cuadros de medicamentos e insumos considerando los distintos niveles de atención para priorizar la disposición oportuna y reducir la pérdida de medicamentos no utilizados o caducados** y para impulsar la producción de medicamentos genéricos en México, al amparo de la “Cláusula Bolar”,



se determinó un nuevo procedimiento de vinculación con el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI), a partir del cual, desde marzo de 2020, para el otorgamiento de un registro sanitario, prevalece el principio de vigencia de patentes solo de los principios activos y de formulación, además de integrar un proceso inmediato de atención para el dictamen de los expedientes que se encuentren en el supuesto de esta cláusula y que ingresen a la COFEPRIS dentro de los tres años previos al vencimiento de la patente. La resolución final, siempre que sea una autorización, se le comunica al usuario mediante un oficio, el cual deberá intercambiar por el registro sanitario al día siguiente de vencida la patente correspondiente, por lo que ya se pueden producir medicamentos genéricos sin las problemáticas anteriores.

Actualmente se cuenta con un proyecto ejecutivo de política farmacéutica, el cual se elaboró tomando en cuenta los lineamientos establecidos por la OMS y la OPS. En dicho documento se consideró la realidad del abasto de insumos esenciales para la salud de la población mexicana.

Son diversas las tareas que se llevan a cabo a fin de **fomentar la realización de compras consolidadas a efecto de obtener mejores condiciones económicas por el volumen de las compras**. Entre dichas actividades, la UAE en colaboración con el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) realizó la estimación de la demanda de insumos para la prevención, diagnóstico y atención médica provocada por la pandemia de COVID-19.

Con la finalidad de atender a la población derechohabiente y tener de forma oportuna los insumos, el IMSS ha realizado compras consolidadas para la adquisición de medicamentos, materiales de curación, Centros de lavado, manejo de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos, gas, Residuos Sólidos Urbanos y arrendamiento vehicular.

Del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2019, el ISSSTE adquirió 49 claves de material de curación y ropa quirúrgica desechable, de las cuales, 22 fueron adquiridas de forma consolidada con la Secretaría de Salud y 27 de manera Institucional.

En 2020 el ISSSTE adquirió por licitación pública consolidada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 773 claves de medicamentos, de las cuales 293 fueron para medicamentos genéricos y 480 se ubicaron dentro de grupos focales que atienden padecimientos tales como: cardiovasculares, metabólicos, hemofilia, hematológicos, hepatitis,

enfermedades huérfanas, infecciosas, entre otras. De igual forma se adquirieron 363 claves de material de curación. Del total de procedimientos para las compras consolidadas, a través de la modalidad de subasta en reversa, el ISSSTE participó en la licitación para la adjudicación de 36 claves de medicamentos.

Como resultado de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), en marzo de 2020, el ISSSTE realizó la adquisición de 55 claves de medicamentos para ser suministrados a la derechohabiente, 101 claves de material de curación, de laboratorio y equipo de protección, destinado a las unidades médicas para el uso del personal médico y atención a la derechohabiente. Adicionalmente, por un monto de 1,309.7 millones de pesos, el ISSSTE adquirió 20,368 unidades de instrumental y equipos médicos de alta especialidad para terapia intensiva, con la finalidad de dar atención médica para hacer frente a la contingencia sanitaria del COVID-19.

El CENAPRECE participó en la compra consolidada del sector salud en 2020 que coordinó y realizó la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, incluyendo un monto de 67 claves de medicamentos e insumos para la salud por un importe total adjudicado de 853 millones de pesos, mediante la figura de Licitación Pública Internacional y Adjudicaciones Directas, para los insumos que tenían solamente una fuente de abastecimiento o proveedor único. Asimismo, en conjunto con la Unidad de Análisis Económico, ante la epidemia por COVID-19 realizó la estimación de la demanda de insumos para la protección, diagnóstico y atención de toda la población.

Desde septiembre 2019, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA) se sumó los procedimientos de la SHCP para la contratación de medicamentos e insumos necesarios para la operación y cumplimiento de las metas y objetivos bajo la estrategia de triple optimización para la procuración de insumos para la salud. Se formalizaron contratos/pedidos para garantizar el oportuno abasto, para los pacientes que viven con VIH en el país, se obtuvo un ahorro de más de 28.4 millones de pesos tratamiento antirretroviral con respecto al 2019. Se invirtieron 991.7 millones de pesos, para garantizar el acceso al tratamiento para hepatitis viral tipo C para todas las personas con antivirales panfibróticos y pangénotípicos lo que constituye el primer paso en la estrategia de eliminación contra este problema de salud pública.

Durante el ejercicio 2019, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), se adhirió a la compra consolidada que coordinó

la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda, en conjunto con la CCINSHAE. Con esta práctica fue posible abatir costos y realizar la adquisición de 10 claves de biológicos en las mejores condiciones existentes para el estado mexicano, toda vez que se garantizó el mismo precio de adquisición para todo el Sector Salud.

En el periodo que se reporta, la CCINSHAE ha coordinado la participación de sus unidades médicas en los procedimientos de adquisición de compra consolidada de medicamentos y material de curación que lleva a cabo la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para el SNS, de acuerdo con el siguiente cuadro:

CUADRO 1. PROCESOS CONSOLIDADOS EN LOS QUE HAN PARTICIPADO LAS UNIDADES MÉDICAS COORDINADAS POR LA CCINSHAE			
SESIÓN EXTRAORDINARIA	CASO	DESCRIPCIÓN	TIPO DE PROCESO
1	1	Adquisición de medicamentos para el tratamiento de hemofilia grupo 10 (patente y fuente única)	Bajo cobertura de tratados
	2	Adquisición de medicamentos para el tratamiento de hemofilia grupo 10 (genéricos)	Bajo cobertura de tratados
2	1	Antirretrovirales (patente y fuente única)	Bajo cobertura de tratados
	2	Antirretrovirales (genéricos)	Bajo cobertura de tratados
	3	Antirretrovirales (genéricos)	Internacional abierta
	4	Hepatitis (patente y fuente única)	Abierto
	5	Hepatitis (patente y fuente única)	Cerrado
3	1	Planificación familiar (patente)	Bajo cobertura de tratados.
	2	Planificación familiar (patente)	Internacional abierta.
	3	Planificación familiar (genéricos)	Internacional abierta.
	4	Vacunas (patente)	Internacional bajo la cobertura de tratados
	5	Vacunas (patente)	Internacional abierta.
	6	Vacunas (genéricos)	Nacional
4	1	Hemofilia (patente y fuente única)	Internacional bajo la cobertura de tratados
	2	Medicamentos (patente y fuente única).	Internacional bajo la cobertura de tratados
	3	Material de curación (patente y fuente única).	Internacional bajo la cobertura de tratados
	4	Material de curación (patente y fuente única)	Abierta.
	5	Oncológicos. (patente y fuente única abierta)	Abierta.
	6	Enfermedades infecciosas (genéricos)	Internacional bajo la cobertura de tratados
	7	Enfermedades infecciosas (genéricos)	Abiertos.
	8	Enfermedades infecciosas (patente y fuente única).	Internacional bajo la cobertura de tratados
5	1	Adquisición de material de bienes terapéuticos	Internacional abierta
6	1	Adquisición de medicamentos para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas (patente y/o fuente única)	Internacional bajo la cobertura de tratados
	2	Adquisición de medicamentos para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas (genéricos)	Internacional abierta
	3	Adquisición de medicamentos para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas (genéricos)	Internacional bajo la cobertura de tratados
	4	Adquisición de medicamentos para el tratamiento de hematológicos (único oferta)	Internacional bajo la cobertura de tratados
	5	Adquisición de medicamentos para el tratamiento de hematológicos (genéricos)	Nacional
7	1	Contratación del servicio integral de logística, recepción, almacenamiento, distribución y recolección de bienes terapéuticos grupos 010, 020, 030, 040, 060, 070, 080 y demás insumos para la salud	Nacional
	2	Contratación consolidada de complementos de material de curación "bienes terapéuticos (material de curación, laboratorio, osteosíntesis y endoprótesis)	Internacional abierta
8	1	Contratación consolidada para el servicio subrogada de farmacias	Nacional
	2	Contratación consolidada para el servicio subrogada de central de mezclas	Nacional
10	1	Adquisición de bienes terapéuticos (material de curación, laboratorio, osteosíntesis y endoprótesis) único oferente	Internacional bajo la cobertura de tratados
	2	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (grupos 010, 020, 030 y 040) (único oferta)	Internacional bajo la cobertura de tratados
	3	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (grupos 010, 020, 030 y 040) (genéricos)	Internacional bajo la cobertura de tratados
	4	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (grupos 010, 020, 030 y 040) (genéricos)	Internacional abierta
	5	Contratación consolidada de complementos de material de curación "bienes terapéuticos (material de curación, laboratorio, osteosíntesis y endoprótesis)	Internacional abierta
11	1	Medicamentos oncológicos. (único oferente)	Internacional abierta
13	1	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (único oferta)	Internacional bajo la cobertura de tratados
14	1	Contratación consolidada de complementos de material de curación "bienes terapéuticos (material de curación, laboratorio, osteosíntesis y endoprótesis)	Internacional bajo la cobertura de tratados
15	1	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (genéricos)	Internacional bajo la cobertura de tratados
	2	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (genéricos)	Internacional abierta
	3	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (único oferta)	Internacional bajo la cobertura de tratados

SESIÓN ETNOGRÁFICA	CASO	DESCRIPCIÓN	TIPO DE PROCESO
16	1	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (único oferta)	Internacional abierta
	2	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (único oferta)	Internacional bajo la cobertura de tratados
	3	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (genéricos)	Internacional bajo la cobertura de tratados
	4	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (genéricos)	Nacional
17	1	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (único oferta)	Internacional bajo la cobertura de tratados
	2	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (genéricos)	Nacional
18	1	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (genéricos)	Nacional
	2	Adquisición de medicamentos y bienes terapéuticos (único oferta)	Internacional bajo la cobertura de tratados
19	1	Auxiliares de diagnóstico materiales, accesorios y suministros de laboratorio	Internacional abierta
20	1	Adquisición de 133 claves medicamentos oncológicos	Internacional bajo la cobertura de tratados
21	1	Adquisición de 31 claves medicamentos correspondientes al grupo "metabólicos" genéricos	Internacional bajo la cobertura de tratados
	2	Adquisición de 2 claves medicamentos correspondientes al grupo "metabólicos" genéricos	Internacional abierta
	3	Adquisición de 66 claves medicamentos correspondientes al grupo "metabólicos" patente, fuente y oferente únicos	Internacional bajo la cobertura de tratados
22	1	Adquisición de las claves del grupo 010 medicamentos (compra consolidada) correspondiente al grupo focal cardiovasculares	Nacional
	2	Adquisición de las claves del grupo 010 medicamentos (compra consolidada) correspondiente al grupo focal cardiovasculares	Internacional abierta
	3	Adquisición de las claves del grupo 010 medicamentos (compra consolidada) correspondiente al grupo focal cardiovasculares	Internacional bajo la cobertura de tratados
23	1	Adquisición de las claves del grupo 010 medicamentos (compra consolidada) correspondiente al grupo focal cardiovasculares	Nacional
	2	Adquisición de las claves del grupo 010 medicamentos (compra consolidada) correspondiente al grupo focal cardiovasculares	Internacional bajo la cobertura de tratados
24	1	Adquisición consolidada de "medicamentos oncológicos"	Internacional abierta
	2	Adquisición consolidada de "medicamentos oncológicos"	Internacional bajo la cobertura de tratados

Fuente: Expedientes de consolidación, compra OM SHCP.
Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de julio de 2020

Con respecto a la línea de acción destinada a **fortalecer los mecanismos para el manejo transparente efectivo y eficaz de los recursos para abatir la corrupción**, por parte de la DGPYP, se han emitido 39 circulares durante el periodo del informe, con el objetivo de mantener a las unidades administrativas actualizadas con base en los criterios normativos vigentes, así como compartirlas las fechas, criterios y términos en los que deben presentar su información para la integración de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal, los reportes trimestrales sobre la Finanzas Públicas y la Deuda Pública, informes requeridos por la Presidencia de la República y la Oficialía Mayor de la SHCP, así como el registro en los sistemas globalizadores como el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) y el Sistema Integral de Información de los ingresos y Gasto Público (SII), entre otros, como parte de la rendición de cuentas, información y documentación que fue entregada en tiempo y forma de acuerdo con la normatividad aplicable.

Es conveniente señalar que algunas de las circulares, se generaron con el propósito de optimizar procesos, lo que ha permitido a las unidades administrativas contar con mayores elementos de control para un ejercicio de su presupuesto transparente y eficiente.

Adicionalmente, se realizaron reuniones de trabajo quincenales con las y los titulares de las coordinaciones administrativas, en las cuales se tomaron acuerdos sobre el seguimiento y atención de los asuntos presupuestarios que tenían a su cargo, promoviendo con estas juntas la transparencia y el combate a la corrupción.

Para **sistematizar el monitoreo y control del ciclo de abasto de medicamentos e insumos para asegurar su disponibilidad en todo el sistema público de salud**, la DGTI realizó la reestructuración del ciclo de abasto de medicamentos e insumos con el Gestor Integral de Insumos para la Salud, actualmente dicho gestor es utilizado por personal del CENSIDA y por el INSABI.

También se implementaron módulos auxiliares desarrollados sobre el AAMATES para diferentes iniciativas, siete módulos en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19, entre ellos el ciclo de abasto de medicamentos y el arranque del Gestor Documental de la Secretaría de Salud, así como 15 visores, la optimización del Examen Nacional a Residencias Médicas, la automatización de cuatro centros de contacto telefónico y el sistema de traslados y regulación intersectorial del Centro de Regulación de Urgencias Médicas (CRUM).

La CCINSHAE ha coordinado la participación de sus unidades médicas en los procedimientos de adquisición de compra consolidada de medicamentos y material de curación, principalmente, a fin de que dichas unidades cuenten con el abasto oportuno de medicamentos y estos estén disponibles para brindar atención médica integral.

Entre las tareas destinadas a **promover las alianzas con el sector privado, la investigación y el desarrollo de tratamientos innovadores, para fortalecer la producción nacional de medicamentos, bajo una perspectiva bioética**, en el periodo que se reporta, la exploración ha sido una de las sustantivas de los HRAE y los INSalud, los cuales han participado activamente en el establecimiento de protocolos conjuntos de investigación sobre tratamiento del COVID-19, en particular lo referente a la determinación de tratamiento medicamentoso.

Si bien el ciclo previo fue un año particularmente productivo en términos de artículos publicados, el periodo se vio afectado por la atención a la pandemia, pero se integraron los equipos de médicos e investigadores al desarrollo de proyectos que seguramente aportarán conocimiento de vanguardia para el enfrentamiento futuro de la enfermedad, en lo que se refiere no sólo a su patogenia sino a las medidas y medicamentos eficaces.

Con respecto a la línea de acción destinada a **analizar y someter a pruebas de seguridad, eficiencia y costo efectividad de los nuevos medicamentos e insumos para la salud, a fin de evaluar su posible beneficio sobre los ya existentes en el mercado, para determinar su inclusión en el compendio nacional**, a través del CSG se realiza la evaluación económica completa de los nuevos medicamentos e insumos para la salud para su inclusión en el Compendio Nacional, teniendo en cuenta los criterios de priorización para la atención de los principales problemas de salud con insumos que hayan demostrado su eficacia, seguridad y costo efectividad, acorde a la mejor evidencia disponible, ejemplo de ello son los medicamentos destinados al tratamiento de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial y enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus. Durante este periodo se han recibido 132 solicitudes de actualización para medicamentos, material de curación, auxiliares de diagnóstico e instrumental y equipo médico.

La UAE llevó a cabo reuniones con la Secretaría de Economía, COFEPRIS, el IMPI y la Comisión Federal de Competencia Económica, para definir acciones en conjunto que permitan agilizar la introducción de nuevos medicamentos; así como, la liberación

de patentes y mejorar de esta forma la reducción de precios en el mercado de los medicamentos.

En el tema de vacunas, la UAE en conjunto con la SPPS, realizó un costo beneficio de las vacunas pentavalente y hexavalente disponibles para el sector público con la finalidad de identificar posibles actualizaciones al Esquema Nacional de Vacunación.

Por último, la UAE participó con el CONASA para la revisión y análisis para la mejora de la red de frío en las entidades federativas con la finalidad de brindar apoyo técnico y financiero.

Durante el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2019 al 31 de agosto de 2020, se realizaron 58 asesorías en materia de Evaluación de Tecnologías para la Salud (ETES) a solicitud del CSG, para la inclusión, modificación o exclusión de insumos al Compendio Nacional de Insumos para la Salud y a los cuadros institucionales. La información generada por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) es utilizada por tomadores de decisiones del SNS para definir las tecnologías que serán financiadas con fondos públicos, procurando la mejora en la calidad de la atención médica, el uso eficiente de los recursos y la sostenibilidad financiera de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.

Se consolidó el Grupo de Trabajo Interinstitucional de Evaluación de Tecnologías para la Salud (GTI-ETES) cuyo objetivo es "Promover entre las Instituciones Públicas del SNS, la Evaluación de Tecnologías para la Salud como una herramienta generadora de información, orientada al apoyo en la toma de decisiones relacionadas con la incorporación, uso o retiro de tecnologías, para contribuir al acceso y a la calidad de los servicios de salud, así como al uso óptimo de los recursos". El GTI-ETES es presidido por el titular del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud y está conformado por representantes de la Secretaría de Salud, SEDENA, MARINA, IMSS, ISSSTE y PEMEX. En el periodo que se informa y en el marco de las actividades del GTI-ETES, se coordinó la realización de dos reuniones del Grupo de Trabajo y se llevó a cabo la evaluación "Criterios sobre desenlaces subrogados/intermedios en oncología: utilidad para la toma de decisiones en salud en México".

El CENETEC, en su carácter de Centro Colaborador de la OPS/OMS, participa en la Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (RedETSA), mediante el intercambio de información, conocimientos e instrumentos metodológicos en materia de ETES entre países e instituciones de la Región.



En ese contexto, se asistió al XI Encuentro de Países Miembros de la Red que se realizó del 12 al 14 de noviembre de 2019, en la ciudad de San José, Costa Rica. El centro también colaboró, de enero a marzo de 2020, en el Grupo de Trabajo sobre Evaluación de Tecnologías de Dispositivos Médicos y concluyó de manera exitosa el proyecto “Definición de conceptos de Evaluación de Tecnologías para la Salud” como representante de RedETSA ante la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías para la Salud.

A partir de octubre de 2019, CENETEC ha participado como asesor en el módulo “Evidencia: protocolos clínicos basados en evidencia” de la iniciativa HEARTS en las Américas coordinado por la OPS, colaborando en la elaboración de protocolos clínicos para el manejo integral de la diabetes mellitus y de la hipertensión arterial en la Atención Primaria a la Salud. En ese sentido, CENETEC participó en la “Reunión Técnica de HEARTS en las Américas sobre protocolos de tratamiento y medicamentos esenciales para el manejo de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención”, convocada por la OPS, que se llevó a cabo los días 19 y 20 de noviembre de 2019 en la ciudad de Panamá, Panamá.

A partir del 26 de marzo de 2020, el CENETEC elabora y actualiza de manera permanente las notas informativas “Perspectivas de tratamiento para COVID-19” y “Pruebas diagnósticas para COVID-19”. En esas notas se incluye la información relevante a nivel internacional y se califica la evidencia científica de los estudios publicados; asimismo se incluyen los criterios y recomendaciones de organismos internacionales competentes en lo que respecta a pruebas diagnósticas. Las notas se envían a los Comités Técnicos Específicos de Medicamentos y de Auxiliares de Diagnóstico del CSG quienes son los responsables de la actualización del Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

Respecto al compromiso de **implementar en coordinación con la Secretaría de Económica una estrategia para incentivar la producción y distribución de medicamentos y vacunas**, para 2020, el CENSIDA junto con el CENSIA, realizaron estimaciones sobre la necesidad de vacunas de VPH para mujeres que viven con VIH, las cifras ascienden a 43,188 vacunas para la Secretaría de Salud; éstas serán gestionadas por el CENSIA. El trabajo interinstitucional se ha centrado sobre los lineamientos generales del programa de vacunación universal y jornadas nacionales de salud pública, cuyo objetivo es establecer las líneas estratégicas para contribuir al bienestar y equidad en salud, mediante la vacunación universal de la población en la línea de vida,

para la disminución de las enfermedades que se previenen a través de la vacunación.

El Gobierno de México, a través de los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V. (BIRMEX) produjo la totalidad de la vacuna antipoliomielítica bivalente oral suministrada al Sector Salud para la Jornada Nacional de Salud Pública de noviembre de 2019 y las actividades de vacunación en el marco de la Jornada Nacional de Sana Distancia 2020, en conjunto, estas tareas forman parte del Plan Global de Erradicación de la Poliomielitis.

Se han liberado 45,440,668 dosis producidas e importadas por BIRMEX para el abasto y uso en los programas de vacunación en México, con alto impacto social y económico, protegiendo la vida y salud de los mexicanos, especialmente de los grupos históricamente discriminados y la población en condición de vulnerabilidad, principalmente mujeres embarazadas, niños y niñas, adolescentes, y adultos mayores.

Los programas de control de calidad en todos los procesos de producción y evaluación de los insumos aseguran productos de calidad a la población. En el periodo septiembre 2019-agosto 2020 se realizaron 2,172 pruebas analíticas y 36,970 monitoreos en áreas controladas y servicios críticos, obteniendo cero rechazos por la autoridad regulatoria de los lotes de vacuna y productos biológicos que fabricó BIRMEX. Con la autorización de procedimientos de auto muestreo, en 2019 se logró reducir en 30% los tiempos en la liberación de vacuna de influenza, favoreciendo la vacunación oportuna de la población.

BIRMEX comercializó y distribuyó 70,157,307 dosis de vacunas, medicamentos, sueros y reactivos, con productos propios y de terceros. Las instituciones públicas beneficiarias de las vacunas y medicamentos de BIRMEX son: la Secretaría de Salud, mediante CENSIA y CENSIDA e IMSS, con 89.4%; y las Secretarías de Salud de las Entidades, a través de sus Organismos Públicos Descentralizados, así como el ISSSTE, PEMEX y SEDENA, con 10.6 por ciento.

La operación de la Asociación Público-Privada de BIRMEX con Sanofi (APP) asegura el suministro de vacunas contra la influenza y los combos pediátricos, generando la posibilidad de contar con infraestructura que permitiría al Gobierno Federal atender contingencias sanitarias como una pandemia de influenza.

Para cumplir con el compromiso de **implementar mecanismos de coordinación, articulación y validación de las instancias investigadoras sobre**

nuevos medicamentos e insumos para la salud que potencie el beneficio de los logros, evite duplicidad de esfuerzos y elimine conflictos de intereses, junto a las instancias normativas correspondientes, el CSG Cuenta con la Comisión Consultiva Científica, la cual tiene competencia sobre aquellos asuntos relativos a la innovación, investigación, desarrollo, transferencia de conocimiento

y tecnologías que se consideren relevantes para el SNS. En la actualidad, conforme a lo establecido en la Segunda Sesión Ordinaria 2019, celebrada el 27 de noviembre, está conformada con cuatro Comités Técnicos específicos que son el Comité de Investigación, regularización de la Investigación, Ética y formación de recursos humanos para la investigación.

2. Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano

Se reforzó el programa “Receta Resurtible”, que está disponible en clínicas y hospitales del IMSS de todo el país. Para disminuir el riesgo de contagio por Coronavirus y la afluencia de consulta en las Unidades de Medicina Familiar y hospitales, se ha reforzado el programa “Receta Resurtible” para adultos mayores y personas con enfermedades crónico degenerativas controladas: diabetes, hipertensión arterial y padecimientos del corazón, entre otras, que permite a los pacientes tener medicamentos para un periodo de hasta 90 días sin necesidad de acudir nuevamente a consulta médica.

Durante la emergencia sanitaria por COVID-19 se ha expedido la Receta Resurtible a pacientes adultos mayores que no se encuentren descompensados, sin embargo, en caso de presentar síntomas agudos de la enfermedad o cualquier otro problema de salud podrán acudir a su Unidad de Medicina Familiar en cualquier momento para recibir atención médica. En total se han otorgado del 23 de marzo al 12 de julio del presente año 8,184,019 de Recetas Resurtibles en el primer nivel. En el Segundo Nivel de Atención, en el periodo de julio de 2019 a 21 de julio del 2020, su uso presentó un aumento del 27.5% comparado con el mismo periodo de julio de 2018 a junio de 2019 (520,908 vs 408,544), derivado del incremento de unidades emisoras de 97 a 143.

Estrategia 2.1.

Instrumentar un nuevo modelo de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx, para incrementar la capacidad resolutive en el primer nivel de atención y garantizar el acceso oportuno de la población a los servicios de salud

En enero, se apoyó la participación de México en la 146a. sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS, en la cual se aprobó un proyecto de resolución que promueve la creación de un Centro Mundial de Excelencia sobre Atención Primaria a la Salud (APS) y un grupo de trabajo sobre digitalización, así como un programa transversal sobre APS en la OMS. Además, solicitó que la 73a. Asamblea Mundial de la Salud, que se espera sesione de manera presencial a finales de 2020, apruebe el Marco operativo sobre el Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud.

Con base en el Modelo de Atención Primaria APS-I Mx y en concordancia con las necesidades reales de salud de la población que, junto con la desarticulación observada en el SNS que mantenía programas de salud en papel sin reflejar un beneficio o bienestar real a la población, la Secretaría de Salud realizó una reingeniería profunda que sustente el bienestar de las próximas generaciones desde en el cuidado de la salud en las personas, cambiando la histórica tendencia.

De esta manera, se fundamentó el cambio en una metodología cuantitativa y cualitativa para el diagnóstico de las condiciones del sistema público de salud y se estableció un Grupo Interinstitucional del Primer Nivel de Atención (GIPNA) con integrantes de las instituciones públicas del sector salud^{52/}, dando como resultado un Modelo de Atención Primaria APS-I Mx. Este modelo inició su implementación en el estado de Chiapas y de San Luis Potosí donde se logró el acuerdo para la transición jurídica de las jurisdicciones a los Distritos de Salud (DS) por parte de la DGPLADES.

^{52/} Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-BIENESTAR, ISSSTE y SEDENA.

Continúan los trabajos destinados a **homologar el modelo de atención en primer nivel conforme al modelo APS-I Mx, para mejorar la atención y compartir las tareas de educación, promoción de la salud y prevención de enfermedades**, se dio continuidad al proyecto “Intercambio de experiencias entre México y Brasil para el combate a la obesidad”. Esta iniciativa es un esfuerzo de ambos países para el fortalecimiento de acciones en contra de la obesidad a través de compartir información sobre promoción de la salud, medidas regulatorias como buenas prácticas en la implementación de políticas públicas para hacer frente a la obesidad.

A través del IMSS, se ha implementado el Programa de Atención Social a la Salud (PASS), enfocado en la atención integral a enfermedades crónicas no transmisibles. Este programa otorga atención no farmacológica a derechohabientes referidos por el área médica, mediante intervenciones orientadas a promover la modificación de hábitos y estilos de vida, impulsar una cultura de vida activa y saludable y contribuir en la prevención y/o control de enfermedades y sus complicaciones. Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020 se ha beneficiado a 30,580 personas.

Por la emergencia sanitaria que atraviesa el país y considerando que el PASS atiende a grupos de riesgo para COVID-19, el 18 de marzo de 2020 se emitieron comunicados, en donde se exhorta a suspender las actividades del programa hasta nuevo aviso.

Referente al Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas, se aplicó a 310 usuarios con diagnóstico de prediabetes para prevenir que la enfermedad crónica se desarrolle y para detectar, minimizar y manejar el impacto de la enfermedad cuando ésta ya esté presente.

A través del Acuerdo del Consejo Nacional de Vacunación, se ratificaron en 2019 los Esquemas Básicos de Vacunación que aplican a todas las Instituciones Públicas y Privadas de Salud.

Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, el ISSSTE como parte del grupo de trabajo interinstitucional “Grupo de Primer Nivel de Atención”^{53/}, participó en la propuesta metodológica para brindar Atención Primaria de la Salud Integral e Integrada APS-I Mx, cuyo objetivo es el fortalecimiento del primer nivel de atención con un enfoque en la atención

primaria de la salud. El ISSSTE por su parte, elaboró la propuesta del Modelo de Atención Integral de Medicina Familiar^{54/} como base normativa de los procedimientos que se llevan a cabo en las unidades de primer nivel de atención con la finalidad de centrar la atención con un enfoque preventivo y de seguridad del paciente.

Para mejorar la oportunidad y la atención médica en el primer nivel de contacto, del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, en el ISSSTE se implementaron los criterios en las “Guías Operativas del Sistema de Cita Médica Telefónica e Internet (SCMTI)” en las unidades médicas que cuentan con el sistema (278) y la “Guía de atención Médica en Consultorios Médicos en Centro de Trabajo (75 CMCT)”. Respecto a la Guía Operativa del SCMTI, la oferta para los usuarios en la unidad médica será de 30 días hábiles, a través de *web* clínica, solamente para aquellos pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, licencias médicas, entre otros. La oferta de citas para *web* público, aplicación móvil y *call center*, será de cinco días hábiles posteriores al actual.

Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, el ISSSTE agregó al flujograma de información para usuarios a través del *call center* del número 4000-1000, las acciones relacionadas a la estrategia para el acompañamiento gerontológico.

Para reforzar la capacitación a distancia y presencial para el personal directivo y operativo de los DS sobre temas de planeación, desarrollo, evaluación y gestión de recursos para la APS-I Mx, en septiembre de 2019 se realizó la reunión nacional de la Comisión Permanente de Enfermería para determinar la contribución de Enfermería al modelo APS-I Mx, con la participación de 190 líderes de enfermería. En noviembre, se realizó la reunión nacional de educación en enfermería, para analizar las necesidades actuales de formación en enfermería con orientación hacia la APS-I Mx, con la participación de líderes del ámbito educativo. Se diseñó el documento “Rol ampliado de Enfermería en el Primer Nivel de Atención en México” y se integraron grupos de trabajo entre instituciones de salud y educativa para la implementación.

Se elaboró el documento “Modelo de Salud Intercultural en el contexto de la APS-I Mx”. Este modelo considera la salud comunitaria con el ejercicio

^{53/} Grupo liderado por la Secretaría de Salud y conformado por el ISSSTE, el IMSS, IMSS-27BIENESTAR, PEMEX y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

^{54/} Actualmente el Modelo de Atención Integral de Medicina Familiar se encuentra en proceso de autorización.



y nutrición saludable “*Qi Gong*” y medicinas complementarias como la Medicina Homeopática y la Acupuntura Humana, así como la inclusión en las redes de servicios de unidades de salud y hospitales interculturales, con intérpretes traductores en lenguas indígenas, la interrelación con la medicina tradicional y la atención humanizada, intercultural y segura del parto, la capacitación intercultural del personal de salud y el modelo de alimentación saludable y culturalmente pertinente: “La Dieta de la Milpa”.

Este componente de alimentación se socializó e implementó a través de “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo” con terapeutas Tradicionales indígenas de Tabasco y Morelos y mediante cursos presenciales y vía *Internet* a personal médico, nutriólogos, de servicio social y de enfermería de más de 18 estados⁵⁵⁷. También, se capacitó personal del CENAPRECE, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), de *Greenpeace*-México, del ISSSTE, de la SADER y SEPI.

Los HRAE forman parte integral de las redes de servicios en los estados en los que se ubican, al recibir cerca del 70% de los pacientes referidos por las instituciones públicas, otro elemento que ha facilitado la integración es la acreditación de 115 servicios para brindar atención médica con calidad y seguridad en sus instalaciones.

Se reestructuran las jurisdicciones sanitarias en los DS como estrategia fundamental para la implantación del Modelo APS-I Mx y en consecuencia poder garantizar el acceso efectivo a los servicios de atención médica requeridos, para lo que se realizaron talleres participativos con las principales instituciones del sector salud en el grupo de primer nivel y dos entidades federativas.

Esto ha facilitado la atención a los usuarios generando círculos virtuosos al agilizar los procesos para cáncer de mama, de próstata, entre los más representativos.

En enero, se apoyó la participación de México en la 146a. sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS, en la cual se aprobó un proyecto de resolución que promueve la creación de un Centro Mundial de Excelencia sobre Atención Primaria a la Salud (APS) y un grupo de trabajo sobre digitalización, así como un programa transversal sobre APS en la OMS;

además solicitó que la 73a. Asamblea Mundial de la Salud, que se espera sesione de manera presencial a finales de 2020, apruebe el Marco operativo sobre el Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud.

Para cumplir con el propósito de **fortalecer las jurisdicciones sanitarias para la coordinación de actividades, de promoción y prevención y la vigilancia epidemiológica en los centros de salud**, a partir de la contingencia por la pandemia originada por COVID-19, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza cambia a un Sistema de Vigilancia de Enfermedades Respiratorias Virales, fortaleciendo su operatividad a través de la herramienta tecnológica de su plataforma en línea.

Con base en los esfuerzos destinados a **identificar los problemas comunes de salud para la prevención, detección oportuna y tratamiento en el primer nivel de atención de cada comunidad**, en el primer nivel de atención de IMSS-BIENESTAR se efectuaron acciones de detección oportuna de enfermedades crónicas no transmisibles. De septiembre 2019 a abril 2020 se llevaron a cabo 2,071,461 detecciones de diabetes mellitus y 2,298,997 de hipertensión arterial en población de 20 y más años, lo que permitió ingresar a tratamiento temprano a 7,219 personas con diabetes mellitus tipo 2; a 3,525 prediabéticos; y a 8,114 con hipertensión arterial sistémica. Respecto al cáncer cervicouterino y mamario, se realizaron 196,352 citologías cervicales a mujeres de 25 a 64 años; 923,937 exploraciones clínicas de mama; y 42,931 pruebas rápidas de VIH a embarazadas. Para otorgar tratamiento oportuno en enfermedades metabólicas congénitas del recién nacido, se tomaron 479 pruebas de tamiz metabólico.

IMSS-BIENESTAR realiza diagnósticos periódicos del saneamiento básico por parte de los habitantes para identificar riesgos a la salud. De septiembre 2019 a febrero 2020 se detectaron 245,134 familias que no tratan el agua que consumen; 31,735 familias que practican el fecalismo al ras del suelo; 32,400 que cuentan con pozo negro; 813,700 familias persisten en la práctica de quema de basura; y de 428,610 casas visitadas para realizar actividades de control de mosquitos, 8,385 fueron positivas a larvas o pupas del vector transmisor. Derivado de este diagnóstico se elaboraron 214 planes integrales de intervención para la contención de padecimientos como dengue, zika, chikungunya, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, hepatitis A, rickettsiosis o brucelosis en zonas de mayor riesgo.

De septiembre 2019 a febrero 2020 los 15,775 voluntarios rurales de salud de IMSS-BIENESTAR

⁵⁵⁷ Personal de los Servicios de Salud de Baja California, Ciudad de México, Chihuahua, Chiapas, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Querétaro, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, y Veracruz.



atendieron a 1,053,902 personas con problemas de salud de baja complejidad como gripes sin complicaciones, malestar estomacal, accidentes leves, entre otros. De estos pacientes se enviaron 416,953 a las unidades médicas de primer nivel para su atención; de igual forma, junto con los 156,140 voluntarios derivaron a 1,654,681 personas con diferentes necesidades o por requerir algún otro servicio de salud como consejería y planificación familiar.

En la tarea de **promover enfoques transversales con otras instituciones para atender de manera integral la problemática de salud en el primer nivel de atención, considerando las determinantes sociales y culturales en cada comunidad**, del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, se instalaron 784 comités municipales de salud, que representaron el 38% del total de municipios de las 25 entidades federativas que cambiaron administración en 2019, con el propósito de analizar la situación local de salud, diseñar y elaborar programas municipales en materia de salud pública que contribuyan a modificar los determinantes de la salud de la población de su demarcación.

De septiembre 2019 a abril 2020, por medio de la coordinación y gestión con autoridades gubernamentales, básicamente municipales y locales, y con organizaciones la sociedad civil, IMSS-BIENESTAR gestionó recursos para rehabilitación de áreas de atención médica que le permitieron concluir 123 remodelaciones o rehabilitaciones de infraestructura médica; 111 de infraestructura comunitaria; y llevar a cabo 383 acciones de salud pública para beneficiar a 156,707 familias. Entre dichas acciones destacan el saneamiento ambiental, mejoramiento de vivienda, traslado a hospital de mujeres embarazadas de riesgo, alimentación a pacientes en jornadas quirúrgicas y despensas para albergues comunitarios.

Los albergues comunitarios de IMSS-BIENESTAR son espacios aledaños a los hospitales, donde se proporciona alojamiento y alimentación a los pacientes y familiares que no cuentan con recursos para sufragar su estancia lejos de su lugar de origen. Del segundo semestre de 2019 a junio de 2020, a través de la gestión con autoridades estatales y municipales, se logró la habilitación de dos nuevos albergues comunitarios en los hospitales rurales Los Hernández, San Luis Potosí, y Tlaxiaco, Oaxaca. También, se contó con el apoyo del INPI para ampliar el albergue de Huejutla, en la huasteca hidalguense. En estos tres inmuebles se tiene capacidad de ofrecer servicio de alojamiento a 39,420 personas.

De septiembre a diciembre de 2019, IMSS-BIENESTAR gestionó con municipios, organizaciones civiles y particulares, el financiamiento de alojamiento y alimentación para familiares de pacientes que fueron beneficiados en 15 Jornadas Quirúrgicas de Alta Especialidad; esto implicó la dotación de 28,684 dietas a población que acudió a Hospitales de Zacatecas, Puebla, Baja California, Sinaloa, Yucatán, Campeche, Veracruz, Hidalgo, Durango, Chihuahua, Tamaulipas, Oaxaca y Michoacán.

En aras de **fortalecer, en coordinación con las demás instituciones públicas del sector, la política de medicamentos y otros insumos para la salud, en el primer nivel de atención**, el CSG creó y publicó en el Diario Oficial de la Federación el Compendio Nacional de Insumos para la Salud el día 30 de abril de 2020^{56/}.

A fin de optimizar la labor de **fortalecer el diagnóstico oportuno a través de un sistema de diagnóstico de laboratorio en primer nivel de atención**, en noviembre de 2019, se continuó con el Diagnóstico de Baciloscopia para Tuberculosis en los 32 Laboratorios Estatales de Salud Pública (LESP) y en los 762 laboratorios locales del país, a los cuales el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) realiza evaluación del desempeño para garantizar la confiabilidad de la información que estos emiten. En este modelo se refrendó la participación de los LESP de Baja California, Baja California Sur, Ciudad de México, Chiapas, Colima, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

Entre las actividades para **incorporar la perspectiva bioética en el desarrollo e implementación del nuevo modelo de Atención Primaria de Salud**, que instrumenta IMSS-BIENESTAR se ha incorporado la perspectiva bioética en diversos puntos de la atención en salud que se proporciona. De septiembre 2019 a mayo 2020 en los albergues comunitarios aledaños a los hospitales rurales de IMSS-BIENESTAR se ofrecieron 35,967 días estancia y la atención a 7,530 embarazadas; 3,590 puérperas; 4,011 pacientes diversos y 20,836 acompañantes. Estos albergues son financiados por IMSS-BIENESTAR, pero en su funcionamiento tienen una intervención activa los voluntarios de salud quienes apoyan su operación cotidiana.

^{56/} Disponible para su consulta en el siguiente enlace:
http://www.dof.gob.mx/2020/CSG/CSG_DOF_29042020.pdf



Acorde con las prioridades del Sector, durante 2019 la Comisión Nacional de Bioética diseñó una estrategia para el arraigo de la bioética en la APS I Mx. Asimismo, se elaboró un decálogo en el que se señalan pautas que orientan el actuar bioético del equipo salud, en el marco de la implementación de la APS. Este decálogo fue puesto a consulta en las cuatro reuniones regionales convocadas por la DGCEs, realizadas en las ciudades de San Luis Potosí, Nayarit, Mérida y Torreón, en noviembre de 2019. En 2020 el decálogo ya mencionado fue revisado y comentado por el Consejo Consultivo de esta Comisión Nacional y se ha iniciado a difundir entre las Comisiones Estatales de Bioética (CEB). Asimismo, se ha integrado el tema de bioética y APS en el programa de capacitaciones para las CEB.

En este mismo sentido y con el propósito de promover el análisis y la discusión respecto al rol de la bioética en la implementación de la APS, se efectuaron dos conferencias sobre el tema, las cuales fueron llevadas a cabo durante la ceremonia de la Firma del Convenio de Colaboración entre la Comisión Nacional de Bioética, el Tribunal Superior de Justicia del Estado de Guerrero y la CEB de dicha entidad federativa en la ciudad de Acapulco el 18 de octubre 2019; y en el marco del 1er. Congreso Internacional de Ética y Bioética “Dr. Octavio Rivero Serrano” de la Facultad de Medicina de la UNAM el 5 de noviembre de 2019. Asimismo, la temática de la primera Gaceta CONBIOÉTICA 2020, del periodo enero-marzo, versó sobre “Atención Primaria de Salud”.

ESTRATEGIA 2.2.

Implementar un sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención que permita el acceso a la consulta de especialidad, hospitalización y cirugía dando prioridad a las regiones con mayores niveles de marginación y donde los servicios se hayan federalizado

A partir de la firma de los acuerdos de coordinación con las entidades federativas para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin protección médica, se ha dado inicio a la implementación del SABI para las personas sin seguridad social en México, basado en la Atención Primaria de la

Salud, en el que se plantea la creación de las “Redes Integradas de Servicios de Salud”, como mecanismos de referencia y contrarreferencia y, en el cual, participarán todas las instituciones públicas del sector, en específico, los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad con los cuales se vincularán funcionalmente.

Aunado a lo anterior, para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), el INSABI suscribió el 13 de abril de 2020, en conjunto con otras instituciones del SNS, el Convenio Marco para la Prestación Subrogada de Servicios Médicos y Hospitalarios con la Asociación Nacional de Hospitales Privados, AC y con el Consorcio Mexicano de Hospitales, AC Con este instrumento jurídico se tiene la posibilidad de referir a la población sin seguridad social a los hospitales privados, para la atención de parto, embarazo y puerperio, cesáreas, enfermedades del apéndice, hernias complicadas, úlceras gástricas y duodenal complicadas, endoscopias, colecistectomías.

Asimismo, con el fin de hacer frente a la emergencia sanitaria originada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), se suscribió con las demás instituciones públicas de salud federales un Convenio Marco para el intercambio y atención de pacientes graves con COVID-19 en sus unidades médicas, así como para la optimización del empleo de su personal e infraestructura médica, conforme a su disponibilidad presupuestaria.

Históricamente el sistema de salud mexicano se caracterizó por dejar en manos de las personas el peregrinaje entre médicos, unidades de salud, hospitales y servicios de apoyo y diagnóstico. Buscando resolver estos obstáculos, la política de salud de la actual administración propone mejorar los servicios con base en el modelo de atención APS-I Mx.

Este modelo a través de las RISS y los DS, considera que el acceso efectivo a atención médica y de especialidad, debe ser realmente alcanzado y convertido en realidad poniendo a las personas en el centro del sistema, marcando la ruta que siguen las personas a lo largo del sistema de salud dentro de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Además de actualizar la administración de los territorios mediante los DS y generando planes de desarrollo de red de corto, mediano y largo plazo que cierren las brechas entre las necesidades y demandas de salud de la población. Asimismo, cumple cabalmente sus propósitos y contribuye eficazmente a integrar y darle coherencia a todas las partes de la red y los involucrados en el proceso de atención, al visibilizar las redes comunitarias de las personas, establecer

un territorio de responsabilidad con población específica para los equipos de salud, regionalizar la distribución de infraestructura en salud en función de carteras de servicios médicos, redes de servicios diagnósticos de apoyo, y sentando las bases para una gestión por parte de personal comprometido con el bienestar de sus poblaciones.

Durante este periodo se ha hecho énfasis en **establecer las redes básicas regionalizadas para garantizar la referencia de las y los pacientes para su acceso a la consulta de especialidad, la hospitalización y la cirugía**, se generaron las redes integradas de servicios de salud como estrategia fundamental de mejora de acceso y cobertura dentro del Modelo de Atención Primaria (APS-I Mx) para la que se realizaron talleres participativos con las principales instituciones del sector salud en dos entidades federativas.

Para facilitar el proceso de atención de los pacientes se han implementado mecanismos de comunicación que permiten la referencia de pacientes para su tratamiento incluso en casos graves como son el código infarto, código *stroke*, código mater, entre otros, en los HRAE del Bajío, Ixtapaluca y CRAE CS.

Se han promovido las carteras de servicios entre las jurisdicciones para que se dé a conocer las patologías que se atienden y facilitar el acceso de la población a través de los servicios médicos. Esto se ha realizado en particular en los HRAE de la Península de Yucatán y de Ixtapaluca, incorporando las capacidades resolutivas de las redes de servicios locales y regionales.

En 2019, **para sistematizar la comunicación entre los actores del sistema público en salud para armonizar el nuevo modelo de atención a través de la implementación de tecnologías de información**, la Dirección General de Información en Salud (DGIS) participó en el trabajo de campo del Censo Estratégico, con el objeto de llevar a cabo la evaluación conjunta del universo de establecimientos de salud e identificar las necesidades específicas en cada una de las entidades federativas, a fin de priorizar la asignación de recursos de acuerdo con las necesidades identificadas en distintos tipos de unidades de salud.

Con base al diagnóstico estratégico obtenido, para la implementación del Modelo de Atención de la APS-I Mx, se estableció que se requiere del trabajo coordinado e integral de la comunidad y del sector, así como contar con las RISS, las cuales se integrarán a partir del análisis realizado.

Un elemento implícito en las RISS es la información e inteligencia de datos, por lo que se trabaja en la definición del sistema y tecnologías de información que se requieren para la implementación del Modelo de Atención de la APS-I Mx.

Desde el segundo semestre de 2019 a la fecha se ha trabajado en el diseño conceptual de un sistema de información que apoye la operación de los DS a los que hace referencia el Modelo de Atención APS-I Mx.

Las tecnologías de la información se han incorporado al modelo de atención, para facilitar el proceso de referencia de pacientes y se han implementado mecanismos de comunicación para el tratamiento de padecimientos graves, como son infarto, accidente vascular cerebral, urgencias obstétricas en los HRAE del Bajío, Ixtapaluca y CRAE CS.

Otra alternativa ha sido la revisión de incidentes por teleconferencia con el Instituto Nacional de Cancerología con el CRAE CS y con el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, para casos de niños con cardiopatías con el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas.

Entre las actividades para **elaborar un diagnóstico hospital por hospital, que permita aprovechar la infraestructura de cada entidad, estableciendo los niveles de complejidad para la implantación de un sistema de referencia y contrareferencia, que evite la saturación de hospitales y la subutilización de centros de salud**, se conformaron los grafos de referencia y contrareferencia de personas a lo largo de las redes de salud, basados en la capacidad resolutiva de cada una de las unidades, tomando como base los resultados del censo estratégico realizado por la SIDSS en los ocho estados prioritarios de la región sur sureste. Esto permitió identificar la dispersión de recursos humanos en salud a lo largo de las diferentes unidades y niveles de atención, encontrando una alta concentración de personal en el segundo nivel y en las zonas urbanas. De esta forma, se lograron identificar las necesidades de cobertura de servicios de apoyo y de atención primaria en cada red basadas en las capacidades de personal de salud disponible en la red. Lo anterior marca la pauta para la transición de la planeación aislada hacia la generación de planes de desarrollo con enfoque de red, donde además de considerar la cobertura espacial, se fortalezca el alcance de servicios, equipamiento, insumos y medicamentos a la población.

Con respecto a **fortalecer la coordinación entre los diferentes niveles de gobierno para articular**



las redes básicas regionalizadas, incluyendo su infraestructura y desarrollo de los recursos humanos y tecnológicos, se difundió el documento “Estrategia de Redes de Flujo Real de Pacientes” como un modelo intercultural “territorial” para definir y establecer la infraestructura existente de flujo de pacientes, ubicando las rutas efectivas (diferentes a las proyectadas en mapas) y los recursos humanos, materiales y comunitarios existentes para la atención efectiva a la población, principalmente de las regiones indígenas.

Se incluye en las redes funcionales, a la medicina tradicional y la partería indígenas, las autoridades comunitarias, religiosas y los recursos de las organizaciones civiles, como los mecanismos de traslado en casos de contingencia. Se propone en los Modelos orientadores de salud, posicionar este modelo intercultural, como elemento sustantivo en la definición de los programas basados en la APS-I Mx.

La coordinación con las instituciones de las redes básicas regionalizadas se ha instrumentado con tecnologías de la información, para la atención médica y se han establecido convenios de intercambio con instituciones de seguridad social, PEMEX, SEDENA y MARINA, brindando para facilitar la atención de pacientes en los HRAE de Oaxaca, de la Península de Yucatán y de Ciudad Victoria.

Otras formas de convenio se han establecido con las propias unidades de alta especialidad del IMSS, ISSSTE y los SESA, como en los casos de HRAE de Bajío, Ciudad Victoria, Península de Yucatán y Oaxaca.

En cuanto a la tarea de **implementar mecanismos y protocolos confiables para la referencia y la contrarreferencia de pacientes entre los distintos niveles de atención y con apoyo en TIC,** en un marco de adopción tecnológica que pudiera resolver los vacíos de articulación de la referencia y contrarreferencia de los pacientes, se integraron herramientas de modelado matemático como los grafos y las redes capacitadas para configurar los flujos naturales de los pacientes a lo largo de las instituciones públicas de salud, así como los flujos operativos habituales existentes a nivel Jurisdicción-Distrito.

En el CRAE Ciudad Salud se ha desarrollado una aplicación para la referencia de pacientes que ha permitido la implementación de la atención más ágil de pacientes con accidente vascular cerebral e infarto, lo que permite el tratamiento con angioplastia primaria disminuyendo las complicaciones permitiendo reintegrar a los pacientes a la vida social y productiva en menor plazo, aprovechando la infraestructura de hemodinamia única en la región.

Un sistema de comunicación similar se ha implementado en los HRAE del Bajío y de Ixtapaluca, para la atención de código infarto.

Estas experiencias ponen a disposición de la población servicios de alta especialidad con procesos ágiles para su atención.

Con el propósito de **anticipar los servicios de salud requeridos a partir de un enfoque territorial, en el que se identifiquen posibles riesgos sanitarios o contingencias epidemiológicas,** se promueven elementos interculturales frente al COVID-19: “Si te cuidas tú nos cuidamos todos”, para aplicar con toda la población, con énfasis en ciudadanos indígenas, afromexicanos y rurales que viven en comunidades de menos de 500 habitantes. La propuesta propone escuchar a la gente y a los equipos locales de salud desde su diversidad; construir con ellos las medidas preventivas y de acción, en base en su cosmovisión y expectativas. Plantea apoyar estas acciones con el modelo de educación y promoción intercultural de la Salud elaborado por la DGPLADES.

De septiembre de 2019 a junio 2020, se atendieron a 33.7 mil agredidos por animales transmisores de rabia, dando profilaxis al 5.3%; se aplicaron 3.1 millones de vacunas antirrábica canina (2.1 millones en la semana de reforzamiento); se esterilizaron a 352 mil perros y gatos, se trataron 393 enfermos de brucelosis y 542 probables de rickettsiosis; se ectodesparasitaron a 102 mil perros y se rociaron 73 mil casas para control de garrapatas. Las acciones para el control del vector se focalizaron en 137 localidades para controlar el incremento de casos del 2do. semestre en 2019. De septiembre de 2019 a junio de 2020, se realizaron 12.4 millones de aplicaciones domiciliarias de larvicidas; 1.9 millones de rociado de insecticida intra-domiciliario; y dos millones de hectáreas nebulizadas. Para la Temporada de Influenza se distribuyeron 49 mil tratamientos de Oseltamivir. Para COVID-19, gestionó el Comité Nacional para la Seguridad en Salud y Subcomité Técnico de Enfermedades Emergentes, y se emitieron 45 documentos técnicos. De septiembre de 2019 a junio de 2020, se obtuvieron 47,425 muestras de hisopo rectal para búsqueda de enterobacterias de interés epidemiológico, sin detección de casos de cólera.

Al 31 de mayo de 2020, se contó con 77 Centros Ambulatorios para la Atención y Prevención del sida e ITS (CAPASITS) y 64 Servicios de Atención Integral Hospitalaria (SAIH) en todo el país. Del 1 de septiembre de 2019 a 30 de junio de 2020, en la Secretaría de Salud, 99,811 personas viviendo con VIH estaban en tratamiento antirretroviral, de las cuales, el 80% se encontraba en supresión viral.



De septiembre a diciembre de 2019, se realizó un cerco epidemiológico y se aplicaron 107 dosis de vacuna anti-sarampión (SR y SRP). Al inicio de 2020, derivado del brote de sarampión en un reclusorio varonil se aplicaron más de siete mil vacunas a la población interna y trabajadores. Para el control del brote más de 50 mil dosis en Campeche, Ciudad de México, México y Tabasco, todo en el marco del Plan de Respuesta Rápida para el Control del Brote de Sarampión presentado por la Secretaría de Salud en abril de 2020. En la Jornada Nacional de Salud Pública, se repartieron 3.6 millones de sobres de vida suero oral, se suministraron 2,981,884 dosis de Vitamina A y 8.4 millones de dosis de albendazol a niñas y niños de entre dos y 14 años. En el marco de la contingencia por COVID-19 se mantuvo el programa de vacunación y se emitieron los lineamientos para la prevención, detección y atención de COVID-19 en niñas, niños y adolescentes.

Como parte de la respuesta sanitaria la Secretaría de Salud reactivó el Grupo Técnico de Trabajo de Salud Mental en Emergencias para la articulación interinstitucional y con las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Participaron 34 instituciones, 19 instituciones gubernamentales, tres de academia, 12 de la sociedad civil nacional e internacional, con el objeto de fortalecer las capacidades nacionales para la atención de la salud mental y apoyo psicosocial durante la contingencia por COVID-19. De septiembre de 2019 a junio de 2020, se elaboraron 39 boletines epidemiológicos. Se realizaron, validaron y publicaron informes de enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica y el panorama epidemiológico de dengue. La cobertura del InDRE y la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública a nivel nacional realizó un Marco Analítico Básico con enfoque en algoritmos diagnósticos que considera a todos los padecimientos de importancia en salud pública.

ESTRATEGIA 2.3.

Fortalecer un modelo de atención integral y asistencia social para optimizar la eficiencia y efectividad en los procesos y ampliar la cobertura de los servicios de salud y asistencia social

Las Unidades Móviles son un proyecto de fortalecimiento de la Estrategia Ventanillas de Salud con el objetivo de llevar servicios preventivos de salud fuera de los consulados, a las comunidades alejadas con mayor concentración de población hispana/

mexicana residente en Estados Unidos de América, y con difícil acceso a servicios de salud. Operan 11 unidades móviles ubicadas en Chicago, Dallas, Denver, Las Vegas, Los Ángeles, Miami, Nueva York, Orlando, Phoenix, Raleigh y Tucson, brindando servicios de orientación y consejería en temas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, detección oportuna en VIH/sida, índice de masa corporal, niveles de colesterol, glucosa, entre otras; y referencia a servicios de salud. Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, se brindaron 237,582 servicios a 70,698 personas en situación de migración.

El desafío de desentrañar las dificultades concretas para avanzar en el cumplimiento del compromiso de proporcionar Atención Médica y Medicamentos Gratuitos a todos los mexicanos, prioridad de esta administración, se abordó al optimizar la eficiencia y efectividad de los procesos mediante la figura de DS, que coordinarán las acciones del Modelo APS-I Mx en las comunidades y áreas bajo su responsabilidad. Esta evolución de las jurisdicciones sanitarias hacia los DS entendidos como el Organismo de la Secretaría de Salud con carácter técnico-administrativo y de gestión del Sector Salud, facultado para planear, coordinar, ordenar, ejecutar y evaluar los procesos del modelo de APS-I Mx, para contribuir a garantizar el derecho universal a la salud en su territorio de responsabilidad, será uno de los ejes fundamentales para un sistema de salud integrado con los programas, e integral para las actividades de las unidades prestadoras de servicios de salud, además de que se vincula de forma activa con la población promoviendo la participación comunitaria dinámica y continua, para crear en la población un estado de pertenencia y proactividad en torno a la propia salud comunitaria.

Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de agosto de 2020, con la finalidad de **mejorar los esquemas de operación y fortalecimiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, Comités de Ética en Investigación y Comisiones Estatales de Bioética**, se emitieron 136 renovaciones y 57 registros de Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) para un total acumulado de 1,082 CHB a nivel nacional. Asimismo, derivado del Informe Anual de seguimiento implementado, se obtuvo información de 544 comités, base para la elaboración y publicación del informe global de seguimiento a CHB (periodo 2019), el cual tiene la finalidad de dar a conocer una perspectiva del funcionamiento de los CHB a nivel nacional, así como identificar acciones que contribuyan al fortalecimiento de sus funciones y capacitación continua de sus integrantes, como de quienes participan en el proceso de atención médica.



Respecto a los Comités de Ética en Investigación (CEI), entre septiembre 2019 y agosto 2020 se emitieron 30 nuevos registros de CEI a establecimientos del ámbito público, social y privado a nivel nacional. Alcanzando un total acumulado de 358 CEI. Se continuó con el análisis de la integración y funcionamiento de los CEI, con el resultado de 290 Informes Anuales de seguimiento recibidos. Base para la publicación del informe de seguimiento a CEI (periodo 2019), que brinda un panorama acerca del estado de los CEI a nivel nacional, sus principales fortalezas y áreas oportunidad. Con lo anterior, la Comisión Nacional de Bioética refrenda su compromiso de elevar la calidad de las actividades de los CEI: proteger a las personas que participan en investigaciones para la salud y a los investigadores que realizan la evaluación de protocolos de investigación bajo los más altos estándares éticos.

Mediante 23 videoconferencias de CONBIOÉTICA realizadas entre el 1 de septiembre de 2019 y el 31 de agosto de 2020, se expusieron temáticas emergentes y de especial interés para la infraestructura nacional en bioética (CEI-CHB-CEB) y los profesionales de la salud en general. Se destaca la emisión de cerca de siete mil constancias de capacitación para las personas que visualizaron las videoconferencias (con un promedio de 300 constancias por cada una de éstas), previa evaluación sobre los temas abordados en éstas. Dicho material audiovisual forma parte del catálogo disponible en el canal de YouTube institucional, que, del 1 de septiembre de 2019 al 31 de agosto de 2020, alcanzó 70 mil visualizaciones y un total acumulado de 900 suscriptores.

Respecto a las actividades para fomentar el arraigo de la bioética en las entidades federativas, entre septiembre 2019 y agosto 2020, la Comisión Nacional de Bioética sostuvo 14 reuniones virtuales con las CEB y dos reuniones regionales de las entidades federativas. Asimismo, la Gaceta CONBIOÉTICA número 34, se dedicó a las incidencias nacionales en bioética, en el que se mencionan acontecimientos y problemáticas de salud relacionados con la bioética en los ámbitos nacional, regional y local para favorecer la toma de decisiones informada y el desarrollo de acciones estratégicas que atiendan las necesidades actuales de la población en México.

Se fomenta el vínculo con las entidades federativas a través de la colaboración en foros y conferencias, como la participación en el XIII Encuentro Nacional de Bioética en el Estado de México (25 de septiembre de 2019), la asistencia al Primer Congreso Nacional de Bioética en Zacatecas (10 de octubre de 2019), la firma de convenio de colaboración CEB-TSJ del estado de Guerrero (18 de octubre de 2019),

la Jornada Académica e Institucional “Bioética y Derechos Humanos en la Universidad” y la conferencia Magistral Manuel Ruiz de Chávez, efectuadas en Campeche (25 de octubre de 2019). La emisión de boletines de incidencias en bioética fue realizada de manera mensual en 2019, logrando en el periodo de septiembre a diciembre la publicación de cuatro documentos; para el 2020 se ha cambiado la estrategia a una edición trimestral, teniendo al momento la difusión de dos boletines de incidencias y dos ediciones especiales destinadas a la emergencia sanitaria por causas de fuerza mayor COVID-19.

Por otro lado, en el contexto de la pandemia ocasionada por la enfermedad del COVID-19, el pasado 13 de mayo se convocó a una sesión virtual sobre la Guía Bioética de Asignación de Recursos y Medicina Crítica, publicada por el CSG. En dicha sesión el titular del CSG y expertos que colaboraron en la elaboración del documento mencionado, establecieron un diálogo con integrantes de las CEB de 28 entidades federativas, con el objeto de aclarar dudas y atender comentarios respecto al alcance e implicaciones de la Guía.

Con el deseo de **fortalecer los programas prioritarios especiales o institucionales, para la atención de grupos en situación de discriminación histórica o reiterada, ejecutando acciones concretas en beneficio de estos grupos**, se aborda la búsqueda intencionada de padecimientos propios de las personas adultas mayores: depresión, alteraciones de la memoria, incontinencia urinaria, caídas, osteoporosis que se presenta en etapas tempranas. Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, se incorporaron a los equipos de salud 72 licenciados en gerontología, para una atención centrada en sus necesidades, en el primer nivel. Con el propósito de fortalecer las acciones en materia de salud mental y adicciones se realizó el 14 y 15 de octubre de 2019, el “Taller Nacional para el abordaje integral del suicidio”, el “Taller Estratégico para integrar el componente de salud mental en el Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante”, el “Taller sobre el manual de capacitación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), para formuladores de políticas sobre la naturaleza, prevención y tratamiento de los trastornos por el uso de sustancias psicoactivas”.

De septiembre de 2019 a junio de 2020, se brindaron 18,203 atenciones a población en condición de vulnerabilidad, en las ventanillas incluyentes en unidades de salud, 22,943 atenciones a mujeres, 1,886 a hombres y 30,422 a niñas y niños, a través de 69 Centros de Entretenimiento Infantil, de éstas, 971 atenciones fueron brindadas a población en



condición de vulnerabilidad. Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio 2020, 26 entidades apoyaron el traslado de mujeres embarazadas desde sus localidades a los diferentes niveles de atención, 19,860 traslados de los cuales 4,867 correspondieron a apoyos para usuarias indígenas y el resto (14,892) para usuarias no indígenas. Se contó con enlaces interculturales, en 11 entidades. Del 1 de septiembre 2019 al 30 de junio 2020, se otorgó apoyo a 31,063 mujeres embarazadas, 22,393, en puerperio, y 12,247 familiares, en 23 lenguas indígenas y uno con señas mexicanas.

En septiembre de 2019, se adquirieron 19,615,800 piezas de condones masculinos. Para 2020, se adquirieron 25.95 millones de piezas de condones masculinos y, por primera vez, la adquisición de 606,309 piezas de condones femeninos. Se transfirieron 13.2 millones de pesos a 10 estados, para la ejecución de acciones comunitarias de prevención y detección del VIH e ITS, se distribuyeron 750 mil piezas de condones masculinos y 125 mil piezas de gel lubricante y se aplicaron más de ocho mil pruebas de VIH y sífilis entre los grupos de la población clave. Asimismo, se llevó a cabo la contención de la vacuna oral tipo SABIN (bOPV), y se avanza en la detección y destrucción de muestras de laboratorio que podrían contener Poliovirus vacunal tipo 2, a fin de contribuir al Plan Global de Erradicación de la Poliomieltis.

Se fortaleció el sistema de vigilancia epidemiológica de morbilidad materna severa extrema; el cual hasta el 28 de junio de 2020 se conocía como morbilidad materna severa y a partir del 29 de junio de 2020 se modificó a morbilidad materna extremadamente grave, tiene 316 unidades activas distribuidas en el país con 1,260 registros al 31 de junio de 2020. De igual forma, se conserva como prioridad nacional la vigilancia epidemiológica y notificación inmediata de muertes maternas ocurridas. Se mantiene en los recién nacidos la detección de aquellos que presentan defectos en el tubo neural y craneofaciales, en el sistema especial se registraron 751 casos al 31 de julio de 2020, sin relación con el síndrome congénito asociado al zika. A partir de 2019, se incluyó en los sistemas de vigilancia epidemiológica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), la variable migrante, con la finalidad de identificar afecciones prioritarias en salud pública. Se tiene registrada a la población indígena que presenta alguno de los padecimientos sujetos a vigilancia de acuerdo con la NOM-017-SSA2-2012.

Como contribución para dar atención a esta línea de acción, la SIDSS y sus unidades adscritas, en

colaboración con instituciones del Estado mexicano, academias y organismos internacionales, se realizó el Primer Informe Sobre Desigualdades en Salud en México denominado Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS).

En este sentido con el fin de contribuir a cerrar esta brecha de evidencia e información estratégica, el ONIS en México ofrece un análisis de un conjunto de desigualdades sociales en salud, y en específico las diferencias en acceso a servicios de salud, las cuales contribuyen a generar diferencias en oportunidades para el desarrollo individual, estableciendo desigualdad entre la población usuaria de los servicios públicos de salud.

En conclusión, el Observatorio Nacional de Inequidades en Salud en México surge con el objetivo principal de monitorear las desigualdades e inequidades en salud en México, asimismo, está orientado a generar un amplio análisis de la interacción que tiene la salud con factores económicos y sociales que muchas veces escapan de las competencias y los alcances de las instituciones públicas rectoras, financiadoras y proveedoras de servicios de salud^{57/}.

A partir de la nueva administración, el Programa IMSS-BIENESTAR fortaleció de manera sustantiva las Jornadas Médico-Quirúrgicas que, con el apoyo del IMSS, lleva a cabo para ofrecer atención especializada de tercer nivel a personas sin seguridad social de las zonas más pobres del país. Con un notable despliegue logístico, los médicos especialistas y el equipo necesario son movilizados a estas regiones para atender las especialidades de Cirugía Reconstructiva, Cirugía Reconstructiva Pediátrica, Ginecología Oncológica, Oftalmología, Ortopedia, Ortopedia Pediátrica y Urología.

Previo al inicio de estas Jornadas, la red comunitaria de IMSS-BIENESTAR y los equipos de salud de cada localidad, identifican a los individuos susceptibles de tener el padecimiento que será atendido; además, se coordina con organizaciones locales y autoridades municipales el hospedaje y alimentación de los pacientes y sus familiares. De septiembre 2019 a marzo 2020 se realizaron 19 de estas Jornadas BIENESTAR; fecha en la que fueron temporalmente suspendidas debido a la pandemia de COVID-19. En estas 19 Jornadas fueron valoradas 19,922 personas, y operadas 2,308 a través de 4,714 procedimientos quirúrgicos.

^{57/} http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/1_informe_desigualdad_mexico.pdf

En la tarea de **desarrollar y fortalecer manuales, protocolos, guías y prácticas para la atención integral, basadas en evidencia científica, para garantizar la calidad de los diferentes niveles de atención**, en las publicaciones “Atención primaria de salud integral e integrada APS-I Mx: la propuesta metodológica y operativa” y “Administración y Organización de los DS” se describen los elementos fundamentales y se sientan las bases para la construcción de las guías específicas de los 10 componentes funcionales para la administración y organización de los servicios de atención a la salud en los DS. Los componentes son participación y organización comunitaria, entornos saludables, coordinación sectorial e intersectorial, educación continua y capacitación, monitoreo, evaluación y seguimiento, gestión de las redes integradas de servicios de salud, información e inteligencia de datos, logística y operación, conservación y mantenimiento y estructura orgánica, los cuales fueron el resultado sistémico del análisis y síntesis de los problemas identificados en el Censo Estratégico para la Prestación de Servicios de Salud con el Grupo Interinstitucional del Primer Nivel de Atención.

Para homologar la calidad y atención de los servicios de salud, entre el 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, el CENETEC coordinó el Secretariado Técnico del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica (GPC), y se logró la autorización de 18 GPC de actualización y uno de nueva creación para sumar un total de 815 GPC publicadas en el Catálogo Maestro.

Es importante mencionar que destaca la actualización de las GPC Diagnóstico y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas; Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor; Diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas en adultos en los tres niveles de atención; Diagnóstico de muerte encefálica, evaluación y manejo del potencial donante de órganos; Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del pie diabético; Tratamiento del asma en menores de 12 años de edad en el primer y segundo niveles de atención; Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención; Prevención, diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda en el paciente adulto en primer nivel de atención; Recién nacido de término. Detección, referencia oportuna y pautas de egreso hospitalario; Prevención, diagnóstico y tratamiento de la influenza estacional; Diagnóstico y tratamiento de miastenia gravis; y Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tromboembólica

venosa en la paciente obstétrica; que contribuyen a las acciones de respuesta a prioridades de salud pública en el país.

Por medio del Plan Estratégico Sectorial para la Implementación de Guías de Práctica Clínica mediante Algoritmos de Atención Clínica, durante el primer cuatrimestre de 2020, 6,446 establecimientos de salud de los tres niveles de atención reportaron el uso de los Algoritmos de Atención Clínica en las enfermedades prioritarias en el país.

La organización interna de los HRAE ha favorecido que se implementen mecanismos de revisión de la integración de expedientes con el 89% de cumplimiento de la normatividad aplicable, incluido el uso de las Guías de Práctica Clínica. El HRAEI ha transitado a un modelo más eficiente de sistematización de la información hospitalaria, que facilita la gestión de todos los procesos administrativos y médicos que concluirá en el último trimestre del año la liberación total de los 83 módulos que lo integran.

Como parte de los procesos de acreditación y de obtención de la certificación, los HRAE han actualizado sus manuales operativos y técnicos, lo que ha dado como resultado que se acrediten por la calidad 115 servicios.

Con respecto al compromiso de **fortalecer los modelos de gestión y seguridad del paciente, atendiendo a criterios de accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios médicos y asistencia social, incorporando indicadores que reflejen la efectividad de los servicios**, la CCINSHAE, a través de la DGCHRAE ha participado en el diseño y aplicación de los indicativos de desempeño de todas las entidades coordinadas tanto en lo que se refiere a la Matriz de Indicadores para Resultados como los Indicadores de Medicina de Alta Especialidad. Estos resultados permiten dar seguimiento al desarrollo de las actividades sustantivas en los aspectos de formación, capacitación y actualización de personal de salud; la generación de conocimiento científico y atención médica especializada incorporando en sus programas de trabajo una perspectiva de orientación a resultados. La pandemia de COVID-19 limitó el cumplimiento de las metas establecidas en los programas de trabajo.

Otro elemento que ha favorecido la efectividad de las actividades clínicas, es la realización de procesos de auditorías clínicas, para asegurar cumplir con los mejores estándares de atención. En el HRAE de Ciudad Victoria ha permitido disminuir cerca de un 30% la frecuencia de cesáreas; en el HRAE de

Oaxaca se ha mejorado la vigilancia de síntomas en pacientes oncológicos.

El Programa S202 Calidad en la Atención Médica (PROCAM) otorga el Premio Nacional de Calidad en Salud y el Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua el cual reconoce a aquellas unidades de atención médica, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento del sector y unidades administrativas y centrales de calidad que han demostrado mayor madurez en la implementación del modelo de gestión de calidad en salud. Este programa proporciona 2.3 millones de pesos para el desarrollo de planes de progreso a los galardonados de acuerdo con la convocatoria publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF 28/12/2019).

El PROCAM se focaliza para que el subsidio otorgado para la mejora de la calidad de la atención se asigne para atender temas prioritarios de salud pública del país con enfoque en Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada como son la atención materna con enfoque hacia la prevención de la mortalidad materna, síndrome metabólico, obesidad, diabetes mellitus, cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, salud mental, tumores de la infancia y la adolescencia específicamente leucemia, infarto agudo al miocardio y sus complicaciones, y enfermedades infecciosas y parasitarias. Para el año 2019 se otorgaron 5,457,789 pesos en subsidios para Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica beneficiando a 20 establecimientos de atención médica.

Se fortalece la cultura de seguridad del paciente con la puesta en marcha a nivel nacional de la Estrategia Multimodal de Higiene de Manos, en la cual participan aproximadamente 757 hospitales del sector público de salud, y más de 97,805 profesionales de la salud que han demostrado una mejora continua en la implementación y evaluación de la higiene de manos a nivel nacional, con lo que se evitan las infecciones asociadas a la atención a la salud y el riesgo a los trabajadores de la salud. A noviembre de 2019, se implementaron 23 clínicas de heridas y estomas en APS, sumando un total de 263 en el país. En marzo de 2020, se concluyó el documento Recomendaciones para el manejo de Catéteres Venosos Periféricos Cortos, con expertos de cuatro países de América Latina y se obtuvo el Número Internacional Normalizado del Libro (ISBN por sus siglas en inglés).

Se tramitaron ante las diversas áreas e instancias de la Secretaría de Salud 11,767 peticiones ciudadanas; de éstas, 5,965 se recibieron de la Dirección General de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República, 266 de la Oficina del C. Secretario de

Salud, 292 de la Oficina de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, 342 directamente en la Dirección de Gestión de Peticiones Ciudadanas y Promoción Social, 576 se atendieron a través de la Cámara de Diputados, 363 de la Cámara de Senadores y 3,963 se captaron por medio del Sitio Web de la Secretaría de Salud en su liga electrónica denominada Contacto Ciudadano.

En consecuencia, se dio atención y gestión a las peticiones ciudadanas asignadas, captadas por los diferentes canales y se remitieron las solicitudes procedentes a las distintas Unidades Administrativas Centrales, Órganos Desconcentrados, hospitales e institutos de salud de esta dependencia, así como a las Secretarías Estatales de Salud; además, se ha trabajado para fortalecer los vínculos institucionales para optimizar el seguimiento de las peticiones ciudadanas.

El CSG es el responsable de conducir la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica a través de la Certificación de Establecimientos de Atención Médica con el Modelo de Seguridad del Paciente. Así como la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.

Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020 se certificaron 46 establecimientos de atención médica: 15 hospitales, siete clínicas de atención primaria y consulta de especialidades y 24 unidades de hemodiálisis. Con éstos, se registran un total de 326 establecimientos con certificado vigente (189 hospitales, 73 centros de atención primaria, 63 de hemodiálisis y un centro de rehabilitación) Por otra parte, con el propósito de fortalecer las capacidades de instrumentación del Modelo de Seguridad del Paciente, así como la formación de evaluadores, se realizaron cinco cursos presenciales que contaron con 636 participantes y se llevó a cabo la primera promoción del curso en línea “Bases teóricas del Modelo de Seguridad del paciente del Consejo de Salubridad General” que tuvo un registro inicial de 2,043 participantes. El 15 de junio se puso en marcha la segunda promoción con 481 registrados.

También es valioso mencionar que se ha incrementado la vinculación con las entidades federativas, ejemplo de ello es la Firma del Convenio para la Implementación del Modelo de Seguridad del Paciente con seis estados de la república: Coahuila, Guanajuato, Michoacán, Querétaro, San Luis Potosí y Jalisco, para promover el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, donde todos los establecimientos de atención médica en la entidad incorporen, promuevan y difundan la calidad



en la prestación de los servicios de salud e implementen el Modelo de Seguridad del Paciente.

Asimismo, se firmó un convenio de certificación de los servicios médicos de la cámara de diputados, el cual no sólo se constituye en un parteaguas en la prestación de estos servicios a miles de personas que diariamente transitan el recinto, sino un ejemplo a nivel nacional y, sin duda, para otros parlamentos.

Durante el XXII Congreso Internacional de Avances en Medicina de los Hospitales Civiles de Guadalajara, el 26 de febrero de 2020, el CSG recibió el premio al Mérito Humanitario “Fray Antonio Alcalde”.

En julio de 2020 IMSS-BIENESTAR cuenta con la certificación del Modelo de Seguridad que otorga el CSG para nueve de sus Hospitales Rurales. Cabe señalar, que la certificación implica un modelo de seguridad tanto para el paciente, su familia, los trabajadores y el inmueble hospitalario. De los nueve hospitales de IMSS-BIENESTAR certificados, dos se encuentran en proceso de recertificación, y cuatro más están listos para ser certificados, situación que está en función del calendario que fije dicho Consejo, pues debido a la contingencia por COVID-19, las evaluaciones fueron suspendidas temporalmente.

En el marco de la línea de acción destinada a **rediseñar los procesos administrativos en los Centros de Salud para mejorar la efectividad de los programas y disminuir o simplificar la carga administrativa** y con la finalidad de contribuir a facilitar los procesos gerenciales de los Directivos de la Secretaría de Salud y de las unidades prestadoras

de servicios, se diseñaron 21 herramientas gerenciales de carácter estratégico que, bajo una perspectiva práctica, están razonablemente aprobadas y utilizadas en los sectores público y privado, tanto a nivel nacional como internacional.

Dichas herramientas impactan el escenario organizacional desde el proceso de diagnóstico y planeación, hasta el despliegue y puesta en marcha de estrategias que permitan la realización de los objetivos planteados.

En aras de **impulsar el uso de mecanismos alternativos, como son la conciliación y el arbitraje, para la atención de controversias y solución de conflictos en salud**, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) apoya a los usuarios y prestadores de servicios médicos para que, a través de mecanismos alternativos de conciliación y arbitraje, obtengan una solución a su controversia, privilegiando un diálogo asertivo, la buena fe, la imparcialidad y la objetividad; asimismo, colabora con instituciones de procuración y administración de justicia y con órganos internos de control para la emisión de dictámenes médicos institucionales.

Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de mayo de 2020, la CONAMED concluyó un total de 10,194 asuntos relacionados con inconformidades derivadas de la prestación de servicios de salud, de los cuales 5,497 fueron por orientaciones; 2,705 por asesorías especializadas, 1,172 gestiones inmediatas; 733 fueron quejas por conciliación o arbitraje y se emitieron 87 dictámenes médicos institucionales asociados con solicitudes de instituciones de procuración e impartición de justicia y algunos órganos internos de control (cuadro 2).

CUADRO 2. ASUNTOS CONCLUIDOS POR LA CONAMED 2011-2020

Concepto	Datos Anuales Observados									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 ^{1/}
Por orientación	6,225	6,156	9,391	9,609	8,042	7,695	9,894	9,567	9,856	2,517
Por asesoría especializada	5,299	3,484	4,646	4,013	3,985	3,499	2,481	2,856	4,135	1,454
Por gestiones inmediatas en instituciones de salud	915	1,046	1,179	1,370	1,409	1,208	1,312	1,370	1,781	718
Por emisión de dictámenes médicos institucionales	309	300	249	245	294	186	227	163	128	56
Como queja	1,794	1,699	1,775	1,654	2,022	1,972	1,964	1,643	1,158	411
Conciliación	975	845	918	758	822	609	519	406	348	125
Laudo	71	91	92	55	37	83	71	54	45	13
Otras modalidades	748	763	765	841	1,163	1,280	1,374	1,183	765	273
Total de asuntos concluidos	11,659	14,542	12,685	17,240	16,891	15,752	14,560	15,878	17,058	5,156

FUENTE: CONAMED.

^{1/} Período enero-mayo 2020.



La CONAMED inició 17 protocolos de investigación relacionados con las posibles desviaciones o fallas en la prestación de los servicios médicos, entre los que se encuentran:

- Revisión de interacciones fármaco-fármaco en la farmacoterapia de pacientes diabéticos con expedientes de queja médica en la CONAMED.
- Evaluación de las prescripciones de las benzodiazepinas. Estudio transversal descriptivo en expedientes de queja médica en la CONAMED.
- Análisis de la prescripción de AINE y paracetamol. Estudio transversal descriptivo observacional en pacientes de diferentes grupos de edad en expedientes de queja médica de la CONAMED.

Asimismo, se iniciaron 14 proyectos de investigación interinstitucional entre los cuales se encuentran:

- Factores predictores del nivel de empatía en estudiantes mexicanos de enfermería. Colaboración con la UNAM.
- Empatía médica en estudiantes de medicina en México. Colaboración con Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad WestHill e Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.
- Empatía en el contexto clínico en estudiantes de psicología. Colaboración con Universidad Autónoma de Nuevo León e Instituto Politécnico Nacional.

Fueron concluidos siete proyectos de investigación y se publicaron ocho artículos buscando impactar en la prevención del conflicto, elevar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

En septiembre 2019 se publicó el volumen 24 con el número tres, y en diciembre se publicó el número cuatro y su suplemento. En abril del 2020 se publicó el volumen 25 con el número uno y está en proceso de publicar el volumen dos. En total, se publicaron 29 artículos disponibles en la página de *Internet* de esta Comisión^{58/}.

El Centro de Documentación de CONAMED cuenta con 28 convenios interbibliotecarios atendiendo a 205 usuarios, los cuales tuvieron una satisfacción del 100% en la calidad del servicio.

Durante el último trimestre 2019, se autorizó y realizó la producción de un spot de radio de 30 segundos en español para profesionales de la salud, y otro spot de radio 30 segundos dirigido a población en general; de este último se produjeron 13 spots de radio de 30 segundos, traducidos a 13 lenguas indígenas. En enero 2020, se dio inicio al procedimiento de registro de la campaña CONAMED 2020 “Una Instancia para la atención de quejas médicas 2020”, la cual fue aprobada.

Para difundir información de interés para una adecuada atención de los pacientes, se realizaron 13 recomendaciones dirigidas al personal de salud, público en general y las intervenciones de bajo costo para prevenir COVID-19 en el sitio de trabajo y CORONAVIRUS/COVID-19 flujograma para casos probables.

Al 31 de mayo de 2020 *Twitter* cuenta con 22,345 seguidores, *Facebook* con 37,709 seguidores y 36,445 “me gusta”, para el *Blog* “CONAMED Contigo” se registraron 276,712 visitas, el canal de *YouTube* tiene 307 suscriptores y 19,626 reproducciones de los videos publicados.

Plataforma para el registro de quejas médicas y dictámenes de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico y la CONAMED.

Al cierre del ejercicio 2019, se registraron 41,941 asuntos concluidos de los cuales, 22,961 son orientaciones (54.7%), 10,381 asesorías especializadas (24.7%), 5,194 gestiones inmediatas (12.4%), 2,812 quejas (6.7%) y 593 dictámenes médicos y opiniones técnico médicas (1.5%).

Asimismo, al primer trimestre de 2020, se registraron 8,875 asuntos concluidos, de los cuales 4,674 son orientaciones (52.7%), 2,365 asesorías especializadas (26.7%), 1,115 gestiones inmediatas (12.5%), 580 quejas (6.5%) y 141 dictámenes médicos y opiniones técnico médicas (1.6%). Debido a la contingencia ocasionada por COVID-19, cuatro comisiones estatales (Coahuila Morelos, Querétaro y Tabasco) no han concluido su registro.

La CONAMED desarrolló la Estrategia y Plan de Acción para mejorar la Calidad de la Atención en la prestación de Servicios de Salud 2020-2025 y participó en la planeación del Día internacional de Seguridad del Paciente.

Se continuó con el Proyecto de Intercambio de Experiencias: Modelos de Salud entre Chile y México con relación a la Acreditación en Calidad y Arbitraje

^{58/} <https://www.gob.mx/conamed>

Médico, asimismo se llevó a cabo el encuentro Chile-México los días 2, 3 y 4 de octubre de 2019.

Se publicaron los números 26 y 27 del Boletín de CONAMED como Centro Colaborador OPS/OMS en materia de Calidad de la Atención Médica y Seguridad del Paciente, actualmente se están desarrollando los contenidos del número 28.

Se participó en la coordinación para el levantamiento de información relacionada con los Programas de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA) y los Point Prevalent Survey (PPS) en algunos hospitales en México, Cuba, Colombia, El Salvador, Costa Rica, Perú, Nicaragua y Paraguay, siendo el consultor coordinador de Argentina. Debido al confinamiento, el análisis de la información en breve será publicado.

Desde el mes de septiembre de 2019, la CONAMED se sumó al proyecto de caracterización de barreras de acceso a opioides en cuidados paliativos encabezado por la OMS/OPS. En este rubro se está llevando a cabo el levantamiento de información a partir de la encuesta regional de barreras de acceso en los países de la región de las Américas.

En cuanto al propósito de **establecer acciones y estrategias específicas para la atención de personas cuidadoras de personas enfermas, con discapacidad o necesidades especiales para evitar trastornos o el síndrome del cuidador**, se publicaron, durante abril y mayo en el sitio web de la Secretaría de Salud (<https://coronavirus.gob.mx>), materiales de apoyo en materia de salud mental: Recomendaciones para padres, madres y cuidadores de niñas, niños y adolescentes con trastorno del espectro autista durante la contingencia COVID-19; recomendaciones y estrategias generales para la protección y la atención a la salud mental del personal sanitario que opera en los centros COVID-19 y otras instalaciones que prestan atención a los casos sospechosos o confirmados; videos, entre otros. Además, se puso a disposición de toda la población números de atención telefónica.

Del 1 de septiembre de 2019 al 30 junio de 2020, se brindaron 547,964.5 servicios de psicología, nutrición, gericultura, médicos y de enfermería, entre otros, a un promedio de 327 personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad, en los Centros Gerontológicos y Casas Hogar para Ancianos, a cargo del SNDIF.

A fin de optimizar la labor de **impulsar políticas públicas, estrategias y programas dirigidos a la**

reducción de enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludable, la Secretaría de Salud en acompañamiento con la OPS, lanzó en febrero de 2020, en Sonora y Chiapas, la iniciativa HEARTS, que está dirigida al fortalecimiento del primer nivel para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Este proyecto está acompañado de asesoría técnica por parte de expertos internacionales y nacionales. Las entidades de Campeche, Tabasco y Yucatán se encuentran en fase de pre implementación de esta estrategia.

Como trabajo conjunto con los sectores, público, social y privado, se incorporó el componente de salud bucal a la Primera Jornada Nacional de Salud Pública 2019, que se llevó a cabo del 4 al 15 de noviembre de 2019, durante la cual se intensificaron acciones de prevención y promoción de salud bucal, beneficiando a 8,962,469 personas con la realización de 38,062,896 actividades preventivas.

Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, se dio continuidad a los programas y estrategias de promoción de las saludes dirigidas a la educación y fomento de estilos de vida saludables para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles, en coordinación con los 32 SESA y sus jurisdicciones sanitarias.

Estrategia 2.4.

Consolidar un sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas que determine el impacto real en las condiciones de salud y que incorpore el cumplimiento de los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano

Durante el primer semestre de 2020, se presentaron los resultados de la Evaluación Integral del Derecho a la Salud, realizado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, este estudio se realizó con el objetivo de brindar elementos para que la política de desarrollo social continúe avanzando en garantizar el pleno goce de los derechos sociales; en este caso se vincula con el derecho a la salud. El resultado de esta evaluación fue producto del análisis principalmente de los 14 Pp que corresponden a la Secretaría de Salud.

En este sentido y considerando esta perspectiva de atender el derecho a la salud como un derecho social, los resultados tuvieron un mayor alcance toda vez que se hizo un análisis a partir de la información de otros Pp que corresponden tanto a la Secretaría de Salud como a otras instituciones y entidades de la administración pública federal y que contribuyen en garantizar este derecho. Asimismo, y como se señala en el informe de evaluación, estos reportes pueden servir de guía para elaborar estrategias a fin de mejorar el diseño de políticas públicas en la materia y que permitan progresar sin dejar a nadie atrás.

Para **sistematizar la evaluación de las nuevas políticas del sector salud, en la que se considere aspectos bioéticos, de accesibilidad, calidad, oportunidad e integralidad de los servicios prestados, así como su impacto en la población, considerando sus características diferenciadas**, en el marco de la colaboración del Fondo Conjunto México-Chile se dio continuidad al proyecto “Intercambio de experiencias: modelos de salud exitosa entre México Chile en relación con la acreditación en calidad y arbitraje”. Durante la semana del 29 de julio al 2 de agosto de 2019 se llevó a cabo en la Ciudad de México, el Taller denominado “Competencias profesionales para la Evaluación de la Calidad de los Establecimientos y Servicios de Atención Médica en México” en el cual se realizó el intercambio de experiencias de los modelos de acreditación de México y Chile a través de los equipos de la Superintendencia de Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile y de la DGCES.

De manera particular, del 2 al 4 de octubre de 2019 se llevó a cabo un encuentro entre la DGCES, la CONAMED y la Superintendencia de Salud de Chile en el que se revisaron los modelos que se aplican para la resolución de controversias vinculadas a la atención médica, así como la normativa, protocolos y demás marco jurídico que da sostén a cada modelo y la experiencia de la CONAMED en relación a la explotación de información estadística que favorece la prevención de conflictos. Con esta actividad se dio por concluida la colaboración de este proyecto que permitió a las instituciones de calidad y arbitraje de ambos países intercambiar experiencias y mejores prácticas en beneficio de los pacientes.

A raíz de los cambios en los flujos migratorios, donde México ha pasado de ser un país de origen y tránsito y se ha convertido en un país de destino y retorno de personas migrantes, la DGRI ha participado en las actividades que encabeza la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) por medio de la Comisión Intersecretarial de Atención Integral en Materia Migratoria.

En el marco de las actividades de la Comisión, se ha participado en los diferentes grupos de trabajo que la conforman, con la finalidad de implementar las acciones para que el Gobierno de México se encuentre en posibilidad de atender y dar una respuesta institucional e integral a las necesidades de la población migrante.

Destaca que, en la Tercera Sesión Ordinaria de la Comisión, celebrada el 18 de diciembre de 2019, el Dr. Hugo López-Gatell Ramírez, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, presentó el Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante, cuyo objetivo central es brindar atención a la población migrante que transita por el territorio nacional, con estricto apego al respeto de los derechos humanos, con eficacia, calidad y justicia.

Por otra parte, el Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México Canadá ha permitido fortalecer la relación bilateral con Canadá, consolidándose como un modelo de migración segura, regular, ordenada y circular a través del cual se satisface la demanda de mano de obra calificada. La DGRI colabora con los SESA de las 32 entidades federativas para ampliar la Red de Hospitales/Clinicas de Salud, donde se realizan los exámenes médicos a los Trabajadores Agrícolas, como un requisito para que monitorear sus condiciones de salud y promover que puedan viajar para laborar en Canadá de manera sana y en caso de que un trabajador sea diagnosticado con algún padecimiento, se le otorga el tratamiento adecuado. En 2019, alrededor de 26 mil trabajadores de origen mexicano acudieron a ocuparse en los campos agrícolas canadienses.

En el marco de la pandemia ocasionada por el COVID-19 y ante la necesidad ofrecer certidumbre al Gobierno de Canadá sobre el estado de salud de los connacionales, con la colaboración de la Dirección General de Epidemiología (DGE), se coordinan las acciones para que los equipos de Sanidad Internacional en el Aeropuerto de la Ciudad de México, realicen una revisión visual para la detección de signos y síntomas de COVID-19 entre los jornaleros que se dirigen a prestar sus servicios en Canadá. Hasta junio se ha acompañado la salida de más de 10,500 trabajadores.

En lo que se refiere al Proceso de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves la Secretaría de Salud, a través de la DGRI ha colaborado con la SRE en las gestiones necesarias de 72 solicitudes de apoyo ante las instituciones de salud ya sean federales o con los SESA con el objetivo de brindar la atención médica requerida por los pacientes de origen mexicano que serán repatriados a territorio



nacional y que están siendo atendidos en otros países, principalmente en Estados Unidos de América, por presentar alguna enfermedad de especialidad o por haber sufrido un accidente y requerir tratamiento a largo plazo.

La CCINSHAE, a través de la DGCINS, dirigió el Grupo Colegiado de Directivos Médicos de las entidades coordinadas, actualizó el Sistema de Evaluación por Indicadores de Medicina de Alta Especialidad, el cual tiene entre sus elementos de valoración, indicadores que reflejan la efectividad, eficiencia y calidad de las distintas áreas que compone el proceso sustantivo de atención médica y hospitalaria. Del resultado de esta actualización se conformó el Catálogo de Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad Versión 2020, el cual fue puesto a consideración de las Juntas de Gobierno de las entidades para su aprobación y seguimiento en sus esquemas de evaluación e informes de resultados.

Por otra parte, se llevó a cabo el Programa Institucional de Auditoría Clínicas en el cual se instrumentaron 32 Auditorías con diferentes ejes temáticos y bajo la responsabilidad de los Titulares de las entidades coordinadas. Las Auditorías Clínicas son un esfuerzo institucional para la mejora de la calidad en la prestación de servicios de atención médica, tienen como objetivo sistematizar los resultados de los procesos sustantivos y establecer acciones de mejora que modifiquen de manera positiva eventuales procesos de evaluación hasta llegar al resultado esperado. Algunos de los resultados más relevantes se presentaron en la 4a. Reunión Institucional de Auditorías Clínicas celebrada del 25 al 27 de septiembre en la Ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Por otra parte, se llevó a cabo el Programa Institucional de Auditoría Clínicas en el cual se instrumentaron 32 auditorías con diferentes ejes temáticos y bajo la responsabilidad de los Titulares de las entidades coordinadas. Las Auditorías Clínicas son un esfuerzo institucional para la mejora de la calidad en la prestación de servicios de atención médica, tienen como objetivo sistematizar los procesos sustantivos y optimizar los protocolos de evaluación hasta llegar al resultado esperado. Algunos de los resultados más relevantes se presentaron en la 4a. Reunión Institucional de Auditorías Clínicas celebrada del 25 al 27 de septiembre en la Ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

En materia de evaluación del desempeño y en concordancia con las prioridades nacionales y sectoriales, IMSS-BIENESTAR reforzó su Matriz de

Indicadores para Resultados del ciclo fiscal 2020. Los cambios se orientaron a fortalecer el monitoreo y medición de avances de las acciones médicas de detección, seguimiento y tratamiento de la diabetes mellitus e hipertensión arterial; y la prevención del sobrepeso y obesidad en escolares de cinco a nueve años, padecimientos con alta carga epidemiológica en la salud de la población beneficiaria.

De enero a junio de 2020 se obtuvieron los siguientes resultados: detección de diabetes mellitus 73.43%; detección de hipertensión arterial 86.47%; seguimiento de detección anormal de hipertensión arterial 60.88%; seguimiento con glucemia de detección anormal 71.88%; personas con diagnóstico reciente de diabetes mellitus que ingresan a tratamiento 89.95%; personas con diagnóstico reciente de hipertensión arterial que ingresan a tratamiento 95.30%; prevalencia de 3% de sobrepeso y obesidad en escolares.

Se realizaron visitas a doce entidades federativas para evaluar la operación de 26 establecimientos de salud que prestan servicios de atención a pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19. Se integró el Programa Anual de Acreditación 2020, con un total de 1,452 evaluaciones a establecimientos con fines de Acreditación y/o Reacreditación en CAUSES (corte a junio de 2020), en el cual se busca beneficio de la población a nivel nacional.

A nivel nacional 14,532 establecimientos de atención médica del Sector Salud cuentan con la participación de 18,362 Avales Ciudadanos que representan la voz de la ciudadanía y un mecanismo de comunicación entre la población y los trabajadores de la salud en el que se expresan las necesidades para mejorar la calidad de la atención médica y quienes también realizan el monitoreo ciudadano a través del Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno en 6,991 establecimientos de atención médica a nivel nacional y se firmaron 4,913 cartas compromiso entre los responsables de las unidades médicas y el aval ciudadano. Adicionalmente, se realizó el monitoreo institucional por parte del personal de salud en 8,265 establecimientos de atención médica del Sector Salud, durante el primer cuatrimestre de 2020.

En los reportes de las diferentes plataformas cabe mencionar, que el Sistema Unificado de Gestión se encuentra implementado a nivel nacional en 10,596 establecimientos de atención médica y las entidades federativas resuelven alrededor del 50% de sus solicitudes de atención, mismas que son presentadas por los usuarios de los servicios de salud; por otro lado, 10,366 establecimientos de atención médica del Sector Salud reportaron al Sistema



Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, los indicadores sectoriales relacionados con la atención médica efectiva y la organización de los servicios de salud y en la plataforma del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), se recibió el reporte de 3,412 establecimientos de atención médica del Sector Salud que realizan las acciones para evaluar el cumplimiento de la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y los Algoritmos de Atención Clínica.

En las publicaciones “Atención primaria de salud integral e integrada APS-I Mx: la propuesta metodológica y operativa” y “Administración y Organización de los DS” se consideran en los DS los componentes funcionales de monitoreo, evaluación y seguimiento, e información e inteligencia de datos, para sistematizar los controles de evaluación de cada situación o actividad a reportar, que proporcionen información valiosa para que los procesos y procedimientos de las unidades prestadoras de servicios de salud se lleven a cabo con calidad, integralidad, bioética y accesibilidad, así como, para identificar el impacto en la salud de la población.

La Comisión Nacional de Bioética, en colaboración con Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) y con el propósito de contribuir al análisis de los aspectos bioéticos de la protección de datos personales especialmente en el ámbito de la salud, llevó a cabo el foro “Bioética, Transparencia y Protección de Datos Personales”. El encuentro realizado en la Ciudad de México los días 27 y 28 de febrero de 2020 contó con un aforo de 325 personas y transmisión vía streaming. Esta reunión fue marco para la firma de un convenio de participación entre esta Comisión Nacional de Bioética y el INAI.

La Secretaría de Salud, por medio de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, concluyó la elaboración del reporte de Indicadores *Health Care Quality and Outcomes* 2019 (Calidad en la atención y resultados, HCQO, por sus siglas en inglés). El ejercicio incluyó la estimación y actualización de la serie de los nueve indicadores reportados con datos de 2009 a 2017 a nivel nacional. Se aplicó la metodología definida por la OCDE para realizar la estimación de la serie para cada indicador, utilizando diversas fuentes de información, entre ellas, bases de datos de egresos hospitalarios del sector salud 2009-2017, proyecciones y retroproyecciones de población y datos de encuestas nacionales de salud (ENSANUT 2006, 2012 y 2016).

En el marco del Programa de Mejora para la Salud del Reino Unido y con el objeto de **promover el uso de**

las evaluaciones en la toma de decisiones para el mejoramiento de los programas en salud, se definió de manera coordinada con la Secretaría de Salud, la Embajada el Reino Unido en México y el Gobierno británico trabajar en las siguientes líneas de acción:

La colaboración bilateral pretende reforzar la comunicación para obtener la mejor experiencia en la organización de la atención de la salud pública del Reino Unido, particularmente con el *Public Health England* y el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés), la cual puede coadyuvar en las reformas que ha impulsado la presente administración y ampliar las oportunidades para una mayor cooperación científica e intercambio de información técnica en temas como Salud Mental y la presente emergencia sanitaria por COVID-19.

Reino de Dinamarca: en el marco de la cooperación entre México y Dinamarca a través del Memorandum de Entendimiento en materia de salud firmado entre ambos gobiernos en 2013 y del cual fue ampliada su vigencia en 2018, la Embajada de Dinamarca en México en coordinación con el Centro de Becas Danida han lanzado la convocatoria para ofrecer becas a funcionarios del sector salud en distintos campos de aprendizaje. En 2020, y dada la buena relación bilateral entre ambos gobiernos, se aceptó la participación de más de 40 funcionarios en dichos cursos, siendo el año con mayor admisión de personal para nuestro país.

República Francesa: derivado de la cooperación entre México y Francia se extendió la invitación para acceder a la oferta de cursos de capacitación por parte de los Hospitales Públicos de París (AP-HP) en materia de COVID-19 orientada a temas sobre: a) higiene y asilamiento; b) técnicas de terapia intensiva; c) atención a mujeres embarazadas; d) geriatría, entre otros. Los cursos han sido traducidos al español gracias al apoyo de la Embajada de Francia en México. Dicha oferta fue transmitida a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Estados Unidos de América: se brinda acompañamiento al Consejo Nacional contra las Adicciones para presentar el proyecto en el marco de la Iniciativa Mérida para fortalecer la rectoría de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) a través del desarrollo y/o rediseño de políticas públicas en el marco de la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones Juntos por la Paz (ENPA). El programa busca desarrollar capacidades técnicas a nivel municipal y estatal para el personal de diversas instituciones mexicanas involucrado en la mitigación del consumo de drogas

y/o prevención de las adicciones con una orientación de formación de formadores.

El uso de metodologías para la evaluación del desempeño en las unidades coordinadas por la CCINSHAE no sólo ha centrado lo referente a las Matrices de Indicadores para Resultados, se han implementado las auditorías clínicas que evalúan la efectividad de las acciones en la práctica médica comparada con los mejores estándares de atención, cada HRAE ha implementado dos protocolos de auditoría al menos en cada año, logrando mejorar sus procesos, como fue el caso de HRAEV que redujo sustancialmente el porcentaje de nacimiento por cesárea que se llevaban a cabo; se ha vigilado con este método la atención de pacientes obstétricas severamente enfermas en el HRAEI; paciente oncológicos que presentan fiebre y leucopenia en HRAEO, entre algunas sobresalientes ya que han optimizado los servicios.

La Dirección General de Evaluación del Desempeño, lleva a cabo la detección de los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM) comprometidos por las Unidades Responsables, derivados de diversos informes y evaluaciones a los Pp de esta dependencia; por ello, se observa lo dispuesto en el Mecanismo para el seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los Pp de la Administración Pública Federal, registrando de manera periódica los avances en el Sistema de Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora. En septiembre de 2019 y marzo de 2020, se ha dado seguimiento a 56 Aspectos Susceptibles de Mejora de 18 Pp, de los cuales, 18 ASM se han cumplido al 100%; asimismo, ha publicado los documentos de trabajo e institucionales, así como los documentos probatorios ofrecidos por las Unidades Responsables que concluyeron ASM^{59/}.

En diciembre de 2019 se publicó el informe de dos encuestas realizadas con la finalidad de evaluar los siguientes temas relacionados con las GPC: 1) Encuesta del Catálogo Maestro de GPC 2018, cuyo objetivo fue Conocer la experiencia de los usuarios del Catálogo Maestro y 2) Encuesta sobre los Avances de la Implementación de GPC a través de algoritmos de atención clínica 2018, con el objetivo de Conocer los avances en el conocimiento y aplicación de algoritmos de atención clínica, la opinión sobre la utilidad de los algoritmos y recomendaciones de mejora^{60/}.

^{59/} Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/depcumplimentopes/asm_filtro

^{60/} html Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/529529/informe_de_las_Encuestas_2018_en_materia_de_Gu_as_de_Prctica_CL_nica.pdf.

Con el ánimo de **definir nuevos indicadores para monitorear la atención de los pacientes, y el impacto de las acciones, acorde al nuevo modelo APS-I Mx**, se reactivó el Grupo de Trabajo del Plan de América del Norte para la Influenza Pandémica y Animal (NAPAPI por sus siglas en inglés), con representantes de México, Estados Unidos de América y Canadá para intercambiar información sobre la respuesta de cada país al COVID-19. El grupo de trabajo técnico ha mostrado el apoyo para establecer soluciones conjuntas, tales como la adquisición de estos productos, procesos de fabricación y estrategias de comunicación en la administración de equipo médico personal para disminuir la demanda, además de enfocar sus esfuerzos en los siguientes puntos:

1. Evaluación de los requerimientos y disponibilidad de equipos de protección personal y otros suministros médicos prioritarios para definir las necesidades regionales de los mismos.
2. Desarrollo de estrategias nacionales y conjuntas enfocadas al incremento de la demanda de suministros (estrategias de comunicación coordinadas con el público y proveedores, adquisición coordinada con entrega rápida y tardía para garantizar grandes adquisiciones).

El Órgano de Coordinación de Alto Nivel de NAPAPI externó la necesidad de acceder a suministros médicos prioritarios y la preocupación por la capacidad de producción para cumplir con los requerimientos necesarios.

En la publicación Atención primaria de salud integral e integrada APS-I Mx: la propuesta metodológica y operativa se considera en los DS el componente funcional de Monitoreo, Evaluación y Seguimiento para fortalecer la cultura de la mejora continua, mediante la medición de las acciones de atención a la salud en todos los niveles operativos y administrativos.

La Matriz de Indicadores para Resultados desarrollada para los programas sustantivos de las entidades coordinadas por la CCINSHAE incluyen aspectos como la referencia de pacientes por instituciones públicas; educación continua a participantes de las instituciones del sector salud, artículos en colaboración, entre otros que permiten tener elementos iniciales para la vinculación de las instituciones coordinadas con las redes.

Los HRAE aplican estos indicadores y los del Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, que permite dar seguimiento a las acciones con los usuarios y pacientes, así como el avance del

conocimiento e interacción con el entorno institucional, en los que se ha logrado un alto grado de madurez.

Como parte de las acciones que la Secretaría de Salud ha desarrollado para avanzar en la elaboración de una Estrategia Nacional para mejorar el primer nivel de atención, se elaboró un documento que permitiera invitar a los responsables de los servicios de salud en los distintos niveles de atención y en sus diferentes niveles de gobierno, a incorporar la evaluación como la mejor herramienta para impulsar sus servicios y lograr avanzar en la disminución de brechas en el campo de la salud.

Se presentó un documento con un conjunto de fichas técnicas que contienen una propuesta de indicadores de estructura, proceso y resultados, con la finalidad de que cada distrito (antes jurisdicciones sanitarias), con base en su problemática en salud, elija e inicie sus propios procesos de evaluación^{61/}.

En el segundo semestre de 2019 en el marco de la implementación del proyecto Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx, se colaboró en diversas capacitaciones en materia de evaluación en los estados de Chiapas y San Luis Potosí, con el propósito de fortalecer las capacidades técnicas para el análisis de indicadores y aportar elementos para la toma de decisiones a nivel local.

A partir de las experiencias en diagnósticos de salud de los servicios de salud realizados en Veracruz, Chiapas, Tabasco y San Luis Potosí en 2019 y el análisis técnico se desarrolló en el primer semestre de 2020 el apartado de Evaluación en los DS incluido en el documento denominado “Intervenciones de APS-I Mx en DS”, el cual incluye un ejercicio de evaluación a nivel estatal y para una unidad hospitalaria específica con resultados del indicador de Porcentaje de Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio, el cual es un nuevo indicador impulsado para ser implantado en las pruebas a nivel local; asimismo se incluye un grupo de indicadores recomendados para que se realice un ejercicio de autoevaluación^{62/}.

Entre las actividades para **establecer mecanismos de seguimiento y monitoreo de convenios y acuerdos interinstitucionales e intersectoriales que procuren medir el impacto para la población**, los HRAE, han establecido convenios con

instituciones de salud e instituciones académicas y de investigación. Los convenios de atención médica han tenido efectos trascendentes en la población, derivado de los resultados en investigación y la formación de personal médico de alta especialidad.

El Consejo Nacional de Salud, perfilado como uno de los espacios de diálogo, encuentro y consenso entre los diferentes ámbitos de gobierno a fin de alcanzar los compromisos del Gobierno de México y dar continuidad a los convenios establecidos, realizó tres reuniones intrainstitucionales de trabajo, en las cuales se dieron cumplimiento a seis acuerdos.

El 5 de febrero de 2020, se llevó a cabo la Segunda Reunión Nacional de Secretarios Técnicos de los Organismos Públicos Descentralizados de los SESA, al ejercer la rectoría como representante federal, se emitieron y se acordaron los lineamientos para la integración de contenidos obligatorios de las juntas de gobierno en las entidades federativas para el 2020: tal como el diagnóstico en infraestructura y equipamiento, transparencia y rendición de cuentas, temas transversales como la calidad de la atención médica, prevención y control de riesgos sanitarios, obesidad y sobrepeso, hipertensión arterial, diabetes, universalización de los servicios, mortalidad materna, la vacunación universal, la acreditación y certificación de establecimientos de Salud, reingeniería de recursos humanos, programas y proyectos de inversión, modelo de operación del INSABI y proponer los criterios necesarios para la organización, secuencia, alcances y progresividad de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible busca entre otros objetivos garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en cualquier edad.

El cambio que se busca con la integración de la visión de la Agenda 2030 en las acciones que promueven el desarrollo de un país es una acción coherente e integral, que tenga en cuenta los impactos y las oportunidades de las tres dimensiones del desarrollo sostenible: la social, la económica y la ambiental. La Secretaría de Salud coordina el ODS (Objetivos y Metas de Desarrollo Sostenible) número tres, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

A través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, el Sector Salud participó en el desarrollo del documento denominado “Estrategia Nacional para la implementación de la Agenda 2030, para no dejar a nadie atrás: por el bien de todos, primero los

^{61/} Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/intervenciones-de-aps-i-mx-en-los-distritos-de-salud-2452747?idiom=es>

^{62/} Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/557320/3.1_VERSION_DIGITAL_20-06-2020_Intervenciones_de_APS-I_Mx_en_DS.pdf

pobres, el cuidado del medio ambiente y una economía incluyente^{63/}, misma que coordinó la oficina de la Presidencia de la República y que fue presentado al Gobierno Federal en febrero del 2020.

Durante este periodo se ha hecho énfases en **fomentar la incorporación y consolidación de mecanismos de evaluación experimental que contribuyan a la eficiencia y eficacia de campañas y programas, desde la etapa correspondiente a su diseño y planeación**, por lo que derivado de la emergencia sanitaria mundial por el brote del virus SARS-CoV-2 (COVID-19), se impulsó el acercamiento con distintos actores internacionales a fin de intercambiar información sobre el manejo y control de la epidemia. Así como establecer mecanismos de cooperación que ayuden a compartir las buenas experiencias en programas de salud.

Se estableció acercamiento con los Ministerios de Salud y Representaciones Diplomáticas de distintos países para coordinar encuentros con expertos técnicos en materia de vigilancia epidemiológica con el objetivo de contribuir a la difusión de las medidas implementadas ante la emergencia del brote del COVID-19. Entre estos se encuentran: 1) Alemania a través del Proyecto *German Epidemic Preparedness Team*; 2) Reino Unido a través del Programa de Mejora para la Salud en donde se ha establecido contacto con el *National Health Services, Public Health England, NICE*, Universidad de York y la Universidad de Oxford; 3) República Popular de China; 4) República de Corea; 5) República Italiana; 6) Canadá, a través de la Agencia de Salud Pública de Canadá en donde además se brindó acceso a nuestro país para descargar documentos técnicos de la Organización Estándares de Salud; 7) República Francesa en donde se brindó acceso a nuestro país para los cursos ofrecidos por los Hospitales Públicos de París; 8) Reino de España; 9) Reino de Dinamarca, a través de la Autoridad Danesa de Vigilancia Epidemiológica, la cual propuso a expertos de México trabajar de manera conjunta en un proyecto de vigilancia epidemiológica; y la Unión Europea con la cual se impulsará la firma de un instrumento de cooperación con el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades y la Secretaría de Salud para el intercambio de información y mejores prácticas.

Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte. En el marco del Programa de Mejora para la Salud del Reino Unido se definió trabajar en las siguientes

líneas de acción: 1) Enfermedades Crónicas no Transmisibles, bajo líneas de acción enfocadas en diabetes y obesidad; y 2) Fortalecimiento de las capacidades del primer nivel de atención, en las líneas de capacitación y educación de recursos humanos.

En el marco del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) ha venido desarrollando la "Evaluación inicial de la implementación de Guías de Práctica Clínica a través de Algoritmos de Atención Clínica: resultados del apego a recomendaciones". El objetivo es evaluar el acatamiento a los 11 algoritmos de atención clínica, y sus recomendaciones específicas, a partir de la información de más de cinco mil unidades de primer nivel de atención de las instituciones públicas de salud, con la referencia de más de 114 mil expedientes registrados en el sistema denominado MECIC. En diciembre de 2019 se presentaron las conclusiones preliminares de cuatro algoritmos de atención y se está trabajando en el informe de resultados de los 11 algoritmos.

Como parte del compromiso de **promover, en coordinación con las demás instituciones del sector público, las evaluaciones de la biodisponibilidad y bioequivalencia de nuevos medicamentos genéricos**, se coordinó con la Embajada de Canadá en México, la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Salud la propuesta de cooperación conjunta en el tema de igualdad de género, bajo tres líneas de acción: 1) Implementación de un Taller de enfoque *Gender Based Analyst +*; 2) Campaña para erradicar la violencia de género y 3) Financiamiento a Organizaciones de la Sociedad Civil.

El Gobierno de Canadá ofreció la capacitación a un funcionario de la Secretaría de Salud sobre el curso "Análisis Basado en Género Plus (ABG+ o GBA+, por sus siglas en inglés)". A su vez, con el apoyo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva se enviaron propuestas para que Organizaciones de la Sociedad Civil pudieran ser consideradas para recibir el apoyo económico del Fondo Canadá.

Con el fin de **sistematizar el seguimiento de indicadores que permitan analizar el desempeño de las acciones y programas en salud a través de mecanismos confiables y válidos**, dicho procedimiento se realiza a través de los sistemas globalizadores establecidos por la SHCP. La Secretaría de Salud registró durante el ejercicio 2019, 246 indicadores asociados a 24 Pp, de los cuales se consideraron 29 para dar seguimiento al desempeño de la Secretaría, de acuerdo con su periodicidad (mensual, trimestral, anual, entre otros).

^{63/} Documento para consulta en <https://www.gob.mx/agenda2030/documentos/estrategia-nacional-de-la-implementacion-de-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible-en-mexico?idiom=es>

Para 2020, se registraron 253 indicadores vinculados a 26 Pp, a los cuales se dará seguimiento en los Comités de Control y Desempeño Institucional (COCODI), así como en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal.

Estrategia 2.5.

Consolidar los mecanismos y procedimientos relacionados con la adopción de un enfoque de interculturalidad y sin discriminación para propiciar una atención adecuada y digna a mujeres víctimas de violencia, comunidades indígenas y grupos históricamente discriminados

Se difunde el Modelo de "Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado intercultural y seguro" el cual propone entre otras cosas, la eliminación de la violencia a las mujeres y la inclusión de las parteras indígenas tradicionales en la atención del parto.

Considerando el riesgo de una mayor tasa de cesáreas por la pandemia de COVID-19, se impartió el 5 y 6 de marzo de 2020 un taller interinstitucional de formación para replicadores en este modelo de atención para personal de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, del Centro Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y de organismos no gubernamentales, a fin de que conozcan la metodología de implantación y puedan aprovecharla y promoverla, como lo enuncia la Recomendación General 31/2017 de la CNDH.

Con la meta de **desarrollar e implementar documentos metodológicos, operativos y procedimentales para brindar servicios de salud y asistencia social, que procuren la atención prioritaria, permanente, accesible, de calidad y gratuita, a la población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación**, IMSS-BIENESTAR, además de ser un Programa que anualmente emite en sus Reglas de Operación los mecanismos para el otorgamiento de sus servicios, ha plasmado en otros documentos normativos las líneas de acción de la atención médica que ofrece a la población vulnerable.

Tal es el caso el Procedimiento para la integración, orientación y seguimiento de la Organización Comunitaria para la Salud; el Procedimiento para

la entrega de apoyos económicos a Voluntarios de Salud y Parteras Voluntarias Rurales; diferentes guías normativas para la participación de los grupos de voluntarios; y a junio de 2020 se encuentra en proceso la implementación de los Lineamientos para la Operación y Funcionamiento de los Albergues Comunitarios de IMSS-BIENESTAR, documento que permitirá regular las funciones y actividades del personal institucional involucrado y hacer más eficiente el otorgamiento de servicios en estos espacios.

El Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas (CGCAEO) tiene el objetivo de fijar los lineamientos generales para que la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE, provean servicios de salud a través de sus unidades médicas a todas las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica, tanto a la madre como a su recién nacido, con el fin de contribuir a disminuir la muerte materna y perinatal a nivel nacional.

Actualmente se cuenta con una red nacional de emergencias obstétricas conformada por 467 unidades médicas resolutivas, entre las tres instituciones, distribuidas en las 32 entidades federativas.

Por medio del Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas se contabilizan las atenciones médicas otorgadas al amparo del CGCAEO que, durante el periodo que se informa, fueron las siguientes:

CUADRO 3. ATENCIONES MÉDICAS OTORGADAS BAJO EL CGCAEO

INSTITUCIÓN DE AFILIACIÓN DEL BENEFICIARIO	INSTITUCIÓN QUE OTORÓ LA ATENCIÓN			TOTAL
	SALUD	IMSS	ISSSTE	
SALUD		251	18	269
IMSS	844		0	844
IMSS-PROSPERA	0	4	0	4
ISSSTE	173	5		178
TOTAL	1,017	260	18	1,295

FUENTE: Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas (SREO)
Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de mayo de 2020.

Para **capacitar y sensibilizar en materia de atención integral a víctimas, derechos indígenas, interculturalidad, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación al personal directivo y encargado de la atención directa de población en condición de vulnerabilidad para prevenir la revictimización**, en septiembre y octubre de 2019,

personal del Programa IMSS-BIENESTAR, obtuvo constancia en “Migración y xenofobia” y “Prevención social de la violencia con enfoque antidiscriminatorio” 194 (100 mujeres y 94 hombres) servidores públicos; asimismo de enero a abril de 2020, 125 (74 mujeres y 53 hombres) servidores públicos obtuvieron la constancia en “El ABC de la igualdad y la no discriminación” y “Prevención social de las violencias con enfoque antidiscriminatorio” de la oferta educativa de la CONAPRED.

Con motivo de las actividades de promoción de Contraloría Social realizadas por IMSS-BIENESTAR se ofreció orientación a 206 Comités de Contraloría Social (Avales Ciudadanos) y a 3,937 personas en el tema Derechos de los Pacientes como parte del Derecho a la Salud.

Se realizaron acciones de capacitación en unidades de Salud y Hospitales del país, en forma presencial y vía *Internet*, con cursos presenciales y en línea: “Interculturalidad y Género en el marco de los Derechos Humanos 2020” con más de 1,338 servidores públicos registrados en el curso en línea durante el primer y segundo trimestre del 2020, que se suman a los 879 matriculados en 2019 y a la formación de 52 replicadores en salud intercultural en 2020 del estado de Tabasco y que se suman a los 310 replicadores formados en 2019 en el país.

Es de destacar que el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” formó un equipo de replicadores para promover la sensibilización en este hospital de relevancia nacional. Se capacitó además, a los trabajadores del Hospital Privado Centro Oncológico Internacional en Tijuana, Baja California, a los “Enlaces Estatales en Salud Intercultural” en la Ciudad de México y se apoya en la concientización del personal de los Hospitales de la Zona Norte oriente del Estado de México de los Hospitales de Tepexpan y General de Ecatepec, a fin de difundir el Modelo de “Hospitales y Unidades de salud Interculturales”.

La atención a la población con vulnerabilidad por diversas causas, al elevado número de personas de nivel socioeconómico precario, indígenas monolingües, y migrantes, ha sido una constante en los HRAE. A esto se agrega la atención a víctimas, que en algunos casos afectan no sólo a la víctima directa sino a las indirectas. En el HRAEV se han atendido cerca de 60 pacientes anuales con diversos grados de afectación, en un contexto de violencia social muy complejo. Esta situación se presenta con otras características en el CRAE, HRAEI y HRAEO, en las que se ha brindado atención a incidentes relacionados con la migración, violencia intrafamiliar,

embarazos en adolescentes o con la participación en movimientos sociales.

Del 1 de septiembre 2019 al 30 de junio 2020, se dio continuidad a las capacitaciones dirigidas al personal de salud para el conocimiento y adecuada aplicación de los criterios establecidos en la NOM-046. Asimismo, se capacitaron a 111 trabajadores del personal de enfermería en el taller de atención inmediata a la violación sexual; 340 del personal de salud que asistió al taller de interrupción voluntaria del embarazo; 1,042 personal médico y de enfermería que asistió a las capacitaciones de buen trato en las salas de obstetricia y 3,834 personal médico y no médico que asistió a las capacitaciones de la NOM-046.

Entre el 1 de septiembre del 2019 y el 31 de marzo de 2020, se capacitaron 8,334 personas trabajadoras de unidades de salud y oficinas centrales pertenecientes a las 32 entidades federativas en materia de género y salud, derechos humanos, interculturalidad, diversidad sexo-genérica, discapacidad, entre otros temas; para mejorar la cultura institucional y la igualdad laboral, se capacitaron a 210 trabajadores. Además, de promover y difundir material informativo en dicha temática, se implementaron los cursos virtuales al respecto.

Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio 2020, el compromiso gubernamental para mejorar la cultura Institucional y la igualdad laboral se tradujo en la capacitación de 210 trabajadores de la Secretaría de Salud; además de promover y difundir material informativo en dicha temática, logrando un alcance de 8,862 personas. Se implementaron los cursos virtuales: 1) Perspectiva de igualdad de género en salud en el marco de los derechos humanos, y 2) Hostigamiento y acoso sexual en el ámbito laboral de la salud, que 84 profesionales de la salud de nivel federal y estatal concluyeron satisfactoriamente.

En la línea de acción destinada a **promover la atención integral de población indígena, considerando las contribuciones de la medicina tradicional, la participación de intérpretes y traductores de lenguas indígenas, la capacitación en materia de derechos indígenas y el enfoque de interculturalidad**, como parte del Enfoque Intercultural en Salud (EIS) que instrumenta IMSS-BIENESTAR, de septiembre 2019 a abril 2020 se realizaron 5,471 acciones tales como señalética en lengua local; vocabulario en lengua local para orientación médica; jardín botánico medicinal; y herbario seco de plantas medicinales demostrativo. También, se efectuaron 203 tareas de adecuaciones a la cultura local, específicamente para otorgar dietas regionales a pacientes en las áreas de hospitalización. De igual



manera, se llevaron a cabo 4,811 actividades que forman parte de las cinco líneas de acción del componente “fomento al parto intercultural”, de las cuales destacan 2,323 partos atendidos con acompañamiento de familiar durante la atención.

Considerando que en muchas regiones los mensajes de prevención frente al COVID-19 han generado miedo al asociar el contagio con la muerte, en coordinación con investigadores de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) y un grupo de jóvenes de Radio Peto, vía reuniones virtuales, en abril y mayo de 2020 se elaboraron mensajes interculturales para reducir el miedo de la población y los encaminen a mejorar su estilo de vida, especialmente de la alimentación. Derivado de la reunión con los profesores de la UADY, también en mayo se llevó a cabo una reunión virtual con promotores comunitarios mayas, en la que participaron 24 personas de Cantamayec, Teabo, Mayapán, Maní, Yaxcabá, Tixmehuac y Mérida. La propuesta parte de escuchar sus temores dudas y comprensiones de la enfermedad, acordando la construcción colectiva de mensajes para fortalecer la prevención priorizando la alimentación saludable.

En abril se realizó una reunión virtual con enlaces interculturales de la Secretaría de Salud en los estados, en la que se identificaron aportes de la medicina tradicional y de la recuperación de la milpa como método habitual de cultivo que facilita una alimentación saludable en conjunto con la siembra de hortalizas y frutales de traspatio. Este Modelo de Alimentación que difunde DGPLADES, denominado “La Dieta de la Milpa” favorece que las familias tengan menos presión por comprar alimentos de manera externa. Para impulsar esta práctica, se propuso realizar reuniones virtuales con promotores comunitarios, autoridades y terapeutas tradicionales, vía este mecanismo de comunicación.

En la atención a la población indígena se han implementado acciones especiales para ofrecer los servicios en su propia lengua y con pleno respeto a su cultura en este sentido, se cuenta con señalética en lenguaje indígena, personal para traducción, se han suscrito convenios para el apoyo de expertos en lenguaje de señas cuando ha sido necesario, como el caso de los hospitales que conforman el CRAE.

En los HRAEO, HRAEPY y HRAEI se cuenta con materiales para informar sobre derechos de los pacientes, los cuidados que los familiares deben dar a los pacientes en terapia intensiva y en general, temas de trascendencia para el cuidado de los usuarios y pacientes tanto dentro como fuera del hospital.

Entre las acciones para **elaborar y difundir lineamientos interculturales para la adecuación, diseño y operación de los programas de Salud en el marco de la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I Mx)**, se distribuyó material para difundir los lineamientos del EIS, tales como carteles y la entrega de 20 mil trípticos a los usuarios de los servicios en los 80 hospitales rurales de IMSS-BIENESTAR.

En febrero de 2020 se difundió a través de los Secretarías Estatales de Salud, los “Lineamientos Interculturales para el diseño y operación de programas de salud”, relacionados con los derechos humanos de los pueblos indígenas y el derecho a la salud en el Contexto del Modelo de APS-I Mx y, vía una reunión virtual con 18 enlaces estatales Interculturales el 2 de junio, la Resolución 1/2020 “Pandemia y derechos Humanos de las Américas” y la “Guía práctica de respuestas inclusivas y con enfoque en derechos ante el COVID-19” elaborados por la Corte Interamericana de los Derechos Humanos y la Organización de Estados Americanos, dirigidos a los responsables de las áreas institucionales y al personal de salud, para el trabajo comunitario. Establece recomendaciones a todos los programas de salud, así como para la realización de consultas informadas a la población y para la implementación de los Modelos Interculturales en la atención de la salud de la población, todo esto, desde una perspectiva de derechos humanos.

En 2020, **para contribuir a promover la coordinación interinstitucional e intersectorial y la participación de la comunidad para procurar la inclusión de la Interculturalidad bajo un enfoque territorial**, IMSS-BIENESTAR se organizó con el INPI para la traducción y difusión de 13 guiones radiofónicos y 46 audios en chinanteco, huichol, maya, mazahua, mixe, náhuatl, tepehuano, tenek, tojolabal, totonaco, tseltal, tsotsil y zapoteco; así como 32 mensajes de salud a través de 18 radiodifusoras.

Ante las limitaciones generadas por la pandemia del COVID-19, se propuso una metodología intercultural de reuniones virtuales con promotores y autoridades comunitarias que se probó como actividad piloto el 14 de mayo con 24 promotores comunitarios mayas que tienen celular, con el apoyo de profesores de la UADY. Se difundió esta metodología el 20 de mayo en una reunión virtual con enlaces interculturales en los estados del país. Los estados de Tabasco y Guerrero, a través de sus enlaces estatales interculturales, serán los próximos a realizar estas actividades.



Estrategia 2.6.

Fomentar la apertura de información en las instituciones del SNS para garantizar el cumplimiento de obligaciones de transparencia y rendición de cuentas, con énfasis en la ética institucional y el combate permanente a la corrupción, especialmente en la utilización de recursos financieros

Al respecto, como parte de las acciones de transparencia, la Oficina de la Abogada General atendió 6,625 solicitudes de acceso a la información, de las cuales el 9.3% se relacionaron con la contingencia sanitaria derivada por la pandemia del COVID-19, en este sentido, se instalaron mesas de trabajo para proporcionar y publicar información de utilidad sobre la pandemia de COVID-19 como ejercicio de transparencia proactiva en el micrositio *coronavirus.gob.* y en el portal del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

Por otra parte, con base en lo establecido en el sistema de portales de obligaciones de transparencia, la secretaría de salud obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 90.95% en la verificación vinculante correspondiente al cuarto trimestre del 2019.

Finalmente, se impulsó ante el INAI la incorporación del INSABI como sujeto obligado a efecto de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, con la finalidad de transparentar los acuerdos de coordinación en los que se contemplan las modalidades orgánicas y funcionales de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, los conceptos de gasto, así como el destino de los recursos.

En la tarea de **sistematizar los mecanismos de vigilancia y fiscalización que garanticen el uso transparente y eficiente de los recursos a favor del combate a la corrupción** y como parte de las acciones para la sistematización de la información presupuestaria, la DGPYP operó el registro, autorización, ejercicio, control y seguimiento de los recursos financieros, a través de los sistemas establecidos por la SHCP, como el SICOP, el SII, el

Sistema de Administración Financiera Federal, el Sistema para la Integración de la Cuenta Pública, el Sistema de Contabilidad Gubernamental, así como los módulos de adecuaciones presupuestarias de dependencias y entidades, de ingresos, de seguimiento de programas y proyectos de inversión, de Administración y Seguimiento de Compromisos Plurianuales, que integran el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda, sistema de Cuenta Pública. Asimismo, se utilizaron sistemas institucionales internos, como el Sistema de Información Financiera, que permitieron la emisión de reportes específicos para un seguimiento del ejercicio del presupuesto eficiente y transparente.

Con estas acciones de seguimiento y control, se cumplió en nuestro carácter de sujeto obligado, con la publicación de la información programática y presupuestaria en el Sistema de Portales de Transparencia, a cargo del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, así como en la Página de *Internet* de esta Secretaría en términos de las disposiciones normativas vigentes.

Con respecto a **institucionalizar una política para la asignación y el uso racional de los recursos bajo el enfoque de austeridad y uso responsable de los recursos** y cumplimiento a la Ley Federal de Austeridad Republicana, así como las diversas disposiciones que regulan el uso racional de los recursos, establecidas en Reglamentos, Lineamientos, Decretos, emitidas por el Titular del Poder Ejecutivo Federal y la propia SHCP, se han establecido variables de control del presupuesto a través de sistemas informáticos, que permitieron validar que el ejercicio de los recursos se realizó atendiendo lo impuesto en dichos preceptos normativos.

Como parte de los criterios de austeridad, se determinaron las partidas de gasto que no podían rebasar los montos erogados en las mismas en el ejercicio fiscal precedente, por lo que, una de las medidas determinadas en la Secretaría de Salud, fue vigilar que, en su conjunto, las unidades administrativas no excedieran el ejercicio del gasto respecto a su similar en el año anterior, en cumplimiento a lo dispuesto en la LFAR.

En el cuadro siguiente, se puede observar el cumplimiento a dicha medida de control del gasto con corte al 31 de julio del presente año:

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DEL CONTROL DE GASTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD, POR CONCEPTO, EN LOS EJERCICIOS FISCALES 2019 Y 2020

CONCEPTO DE GASTO	EJERCIDO 2019	EJERCIDO 2020	VARIACIÓN
Alimentación	138.2	100.0	-38.2
Arrendamientos	662.4	297.6	-364.8
Bienes informáticos	0.0	0.0	0.0
Combustibles	38.2	17.5	-20.8
Congresos, convenciones y seminarios	14.7	2.7	-12.0
Exposiciones	0.0	0.0	0.0
Mobiliario	0.0	0.0	0.0
Fotocopiado	18.2	3.7	-14.5
Papelería	12.8	6.5	-6.3
Equipo de telecomunicaciones	0.0	0.0	0.0
Remodelación de oficinas	182.0	4.1	-177.9
Telefonía	16.5	5.0	-11.5
Telefonía celular	0.3	0.0	-0.2
Pasajes	47.0	10.8	-36.3
Viáticos	33.0	4.2	-28.8

FUENTE: SICOP

Cifras en millones de pesos con corte al 31 de julio de 2020

Como parte de las actividades de control y **fortalecimiento de los informes relativos a la justificación y comprobación de la designación de recursos financieros, para fomentar la transparencia y rendición de cuentas, así como para facilitar las decisiones sobre la utilización del presupuesto en el sector salud**, se emiten informes periódicos sobre la aplicación de los mismos, como son: Informe Trimestral sobre la Situación Económica y las Finanzas Públicas, SII, Cuenta de la Hacienda Pública, reportes para el COCODI, entre otros.

La emisión de estos reportes, permite evaluar el ejercicio del presupuesto de forma constante, a fin de realizar movimientos internos para reorientar los recursos de manera compensada, en función de las necesidades de gasto de los programas a cargo de la Secretaría de Salud.

Como resultado de las acciones antes descritas, se presenta en el cuadro siguiente el avance en el ejercicio del presupuesto que alcanzó un 99% del recurso programado al 31 de julio de 2020, en los siguientes Pp:



**CUADRO 5. AVANCE EN EL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO MODIFICADO
Y EJERCIDO AL 31 DE JULIO DE 2020**

		MODIFICADO	EJERCIDO	AVANCE
TOTAL		74,469.19	73,758.2	99%
U013	Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin. Seguridad Social Laboral	49,868.21	49,865.4	100%
E023	Atención a la Salud	13,321.11	13,119.8	98%
E010	Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	2,205.23	2,046.8	93%
M001	Actividades de apoyo administrativo	1,698.88	1,678.9	99%
E022	Investigación y desarrollo tecnológico en salud	1,109.56	1,100.4	99%
P020	Salud materna, sexual y reproductiva	919.07	819.2	89%
E025	Prevención y atención contra las adicciones	718.91	718.0	100%
E036	Programa de vacunacion	693.63	693.1	100%
S200	Fortalecimiento a la atención médica	616.70	616.7	100%
E040	Servicios de asistencia social integral	556.62	547.4	98%
C004	Protección Contra Riesgos Sanitarios	391.34	346.4	89%
U009	Vigilancia epidemiológica	347.18	331.0	95%
P013	Asistencia social y protección del paciente	331.29	322.8	97%
P012	Rectoría en Salud	279.76	238.0	85%
U008	Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes	262.03	223.2	85%
S201	Seguro Médico Siglo XXI	259.51	259.5	100%
U281	Programa Nacional de Reconstrucción	237.37	237.4	100%
Otros		652.78	594.1	91%

FUENTE: SICOP

Cifras en millones de pesos, ejercicio del presupuesto al 31 de julio de 2020.





3. Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con mayores niveles de marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos

A través del IMSS se han habilitado 189 hospitales de segundo nivel y tercer nivel los cuales se han reconvertido para aumentar la capacidad en el número de camas hospitalarias destinadas a la atención de pacientes con COVID-19.

La reconversión ha permitido contar con 156 hospitales híbridos, 33 hospitales que atienden casi en su totalidad pacientes con COVID-19, cuatro hospitales de apertura anticipada utilizados para pacientes con COVID-19 con 477 camas (HGZ Uno Tapachula en Chiapas, HGZ 33 Bahía de Banderas en Nayarit, HGZ 32 Villa Coapa en la Ciudad de México Sur, HGZ 252 Atlacomulco en Estado de México Poniente); 11 hospitales de extensión hospitalaria con 567 camas (HGSZ 33 Tizayuca en Hidalgo, UMF 70 Ciudad Juárez en Chihuahua, UMAA Tlalnepantla de Baz en Estado de México Oriente, UMF seis Villas de San Alejandro en Puebla, HGR Uno Culiacán en Sinaloa, Minera de Fresnillo en Zacatecas, estadio de Béisbol en Mexicali Baja California, Obregón en Sonora, HGZ Dos Tuxtla Gutiérrez en Chiapas, HGR Uno Tijuana en Baja California, HGR Uno Cuernavaca), cuatro hospitales de renta con 338 camas (HGR 110 Oblatos en Jalisco, HGZ 67 Apodaca en Nuevo León, HGZ 24 Linda Vista en la Ciudad de México zona norte y Autódromo hermanos Rodríguez en CDMX Sur) y cuatro hospitales temporales con 160 camas (Hospital de Santa Cecilia en Nuevo León, CRIT Iztapalapa en CDMX Sur, CRIT Nezahualcóyotl en Estado de México Oriente y CRIT La Paz en Baja California Sur). En conjunto, dichas unidades médicas reconvertidas y habilitadas cuentan con un total de 14,133 camas, 1,263 camas de cuidados intensivos y se ha contado con 4,271 ventiladores mecánicos funcionales y habilitados.

Asimismo, se ha implementado la orientación médica telefónica a través del cual se atienden dudas de las personas acerca de la enfermedad, del 1 de

abril al 31 de julio se han recibido 104,781 llamadas telefónicas de las que 39,620 son relacionadas con COVID-19.

Se ha llevado a cabo la convocatoria dirigida al personal de salud para la “Jornada Nacional de Reclutamiento y Contratación de Recursos Humanos para la Salud México contra COVID-19”, así como la Convocatoria Abierta Nacional 2020 para buscar médicos especialistas (incluidos jubilados) que fortalezcan la atención derivada de la contingencia sanitaria. A raíz de estas convocatorias se han contratado a 13,583 profesionales de la salud al 31 de julio 2020 y se han conformado 2,659 equipos COVID-19.

Para capacitar al personal de salud del IMSS en temas relacionados con la contingencia del COVID-19, fue creado un repositorio multimedia en el Portal de la Coordinación de Educación en Salud, para el acceso libre y autoconsumo de los profesionales de la salud, así como para mantener su disponibilidad para el personal responsable de la planeación y de la implementación de los eventos de capacitación en salud de las unidades médicas al interior del país, dicho repositorio contiene al 31 de julio, 352 recursos educativos e informativos, que van desde la prevención, las diferentes fases de la epidemia, manejo hospitalario, cursos en línea y una sección de avisos sectoriales o institucionales, entre otros, se encuentra alojado en la siguiente liga: <http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/coronavirus>, con la finalidad de que todos los profesionales de la salud tuvieran acceso a la información para el apoyo a la toma de decisiones de atención médica, con actualizaciones periódicas, el cual tiene un registro de 724,953 visitas a la página al cierre de julio, siendo los materiales descargables por perfil profesional el lugar más visitado por los internautas, seguido de los cursos en línea, además se incluyeron videos de lavado de manos en lenguas indígenas.

Lo anterior en concordancia con el comportamiento de la pandemia de enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) y de las acciones instrumentadas para atender la contingencia sanitaria, la capacitación del personal de salud ha constituido una tarea relevante para el Instituto.

En el periodo comprendido entre enero a marzo de 2020, denominada Fase I, se realizaron 25,586 sesiones generales y departamentales, con un total de 267,150 asistentes al corte del 1 de abril.

Por otra parte y con la finalidad de intensificar las acciones de capacitación a las diversas categorías que integra el personal de salud del IMSS, a finales de marzo se intensificó la estrategia de capacitación presencial y en línea, dando inicio a la Fase II, de capacitación nominal en temas COVID-19, con énfasis en atención clínica y equipo de protección personal, dirigido a los trabajadores de la salud del IMSS, cuyos temas, todos relacionados con COVID-19, fueron categorizados en 19 grandes grupos con fines de reportes directivos.

En el corte al día 31 de julio, se tiene el registro de 266,411 trabajadores del IMSS, de diversas categorías en las unidades de atención médica capacitados en temas de COVID-19.

Desde inicio de mayo, se ha intensificado una capacitación especial para los integrantes médicos y de enfermería de los Equipos de Respuesta COVID-19, que incluye seis temas definidos por atención médica prioritarios para la atención de calidad a los pacientes con COVID-19, y para la seguridad de los trabajadores: higiene de manos; equipo de protección personal; triage respiratorio; síndrome de insuficiencia respiratoria aguda; manejo de vía aérea y ventilación mecánica asistida; y manejo de cadáveres, con un total de 38,551 trabajadores registrados al 31 de julio en los cursos dirigidos para equipos de respuesta COVID-19, por ende se agregaron dos categorías con relación a equipos de respuesta COVID-19 para los reportes directivos.

Por otra parte en materia de educación en línea se generaron los siguientes cursos para atender la pandemia por COVID-19:

Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19)

- COVID-19: Temas selectos para el personal de laboratorio
- COVID-19: Temas selectos para el personal de Enfermería
- COVID-19: Temas selectos para el personal Médico
- Estrategia en salud mental ante la contingencia por COVID-19

Además se encuentra en producción el curso COVID-19: Temas selectos para el personal de estomatología.

El curso de “Enfermedad por COVID-19” se implementó en tres plataformas diferentes, los resultados al 31 de julio son SICAVI y SIED con 29,125 y 22,265 trabajadores aprobados respectivamente y Cursos en Línea Masivos del IMSS (CLIMSS), siendo esta última para la población en general, con un alcance de 94,228 personas aprobadas, siendo 20% de trabajadores matriculados del Instituto. Además de 9,864 trabajadores aprobados de los otros cuatro cursos mencionados.

Estrategia 3.1.

Identificar las necesidades del SNS para planear, desde una visión articulada, el fortalecimiento e incremento de sus capacidades conforme a los nuevos modelos de atención y asistencia social que consideren un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos

Dos problemas claves identificados en el sector salud son: por un lado, una enorme heterogeneidad en el sistema de salud y, por el otro, la falta de un tejido institucional de los servicios que garantice su funcionamiento regular. Por esta razón, una vez establecido el GIPNA con integrantes de las instituciones públicas del sector salud, se instauraron mesas de trabajo para las atender los principales retos en salud, las enfermedades no transmisibles, las enfermedades isquémicas, la emergencia obstétrica, cáncer de la mujer, cáncer de próstata, la salud mental y la atención de los adultos mayores. Estos grupos permitieron la generación y armonización de los programas de salud mental, el modelo de atención geriátrica, cáncer de próstata, y la reconfiguración de la red de unidades de especialidades médicas para enfermedades crónicas, para las que se alcanzaron consensos sobre las directrices a impulsar en cada una de estas políticas prioritarias. En este sentido, los trabajos de los demás grupos mencionados se vieron afectados por el inicio de la contingencia por COVID-19.

Frente a la epidemia por COVID-19, se han propuesto medidas de apoyo para la protección ante la pandemia con la aportación de las medicinas complementarias. Se elaboró y se difunde la estrategia

de “cuidar al cuidador” dirigida en primer lugar para favorecer la protección del personal de salud que atiende a personas sospechosas o enfermas de COVID-19, con la ayuda de la medicina homeopática. Se pretende extenderla a todo el personal de salud al igual que a trabajadores de áreas estratégicas que no pueden parar sus actividades, de los sectores de energía, agua, alimentación, recolección de basura y seguridad.

En coordinación con especialistas de la medicina homeopática y acupuntura, se elaboraron protocolos de prevención y tratamiento de síntomas de neumonías con estos remedios, considerando el marco legal y el soporte institucional nacional e internacional, como la Recomendación de Medicina Tradicional de la OMS; estas acciones se difunden a través y con el apoyo de los enlaces estatales interculturales.

Entre las acciones para **elaborar un diagnóstico del estado que guardan actualmente las unidades de salud y validarlo por un grupo de trabajo interinstitucional**, se implementaron dos instrumentos diagnósticos en las 32 entidades federativas, uno para directivos o encargados de unidades prestadoras de servicios y otro para jefes jurisdiccionales, con la finalidad de recabar la información necesaria referente a gerencia en salud, para diseñar y poner a disposición de los directivos los modelos gerenciales en salud que faciliten la gestión en sus unidades médicas y jurisdicciones. Actualmente se está analizando la información recabada para la elaboración del reporte respectivo.

La infraestructura de las redes de servicios y su funcionalidad es una información indispensable, por lo que en las reuniones que se han desarrollado entre los HRAE y los servicios estatales y regionales se han identificado las necesidades de la población, estos diagnósticos han mostrado que se puede contar con la disponibilidad de equipo de alta tecnología como aceleradores lineales, tomógrafos, resonancia magnética, áreas de rehabilitación y para procedimientos ambulatorios que no se encuentran en otras unidades.

De manera interna, se realizó un diagnóstico en todos los HRAE para conocer la situación de la infraestructura hospitalaria e identificar necesidades de sustitución, planear proyectos de inversión, no obstante, para la atención de pacientes durante la pandemia por COVID-19, se recibieron equipos que fortalecieron los servicios.

260 hospitales del sector salud implementan actualmente el Modelo de Gestión de Calidad en Salud (MGCS) el cual sirve como marco rector para

la mejora continua a partir de la integración de los ocho componentes que están centrados en el individuo y la comunidad para la obtención de los cinco resultados de valor orientados al desarrollo continuo y sostenido de la calidad en la atención. El MGCS se implementa en unidades de todos los niveles de atención, así como áreas administrativas y centrales de calidad y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento del sector, evaluando aquellos que tiene el mayor nivel de madurez en su implementación para ser acreedores al Premio Nacional de Calidad en Salud y el Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua.

El CENETEC participó, junto con todas las unidades técnicas de la SIDSS, en los trabajos de verificación de las condiciones de infraestructura en unidades médicas de las jurisdicciones sanitarias de los estados de Tabasco, Chiapas y San Luis Potosí.

Se colaboró en el diagnóstico y mejora de la red de frío de los SESA, por iniciativa del CONASA, estructurando equipos técnicos para tal propósito.

Como parte de estas acciones la SIDSS y sus unidades administrativas adscritas, llevaron a cabo el Censo de Establecimientos para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud, con el propósito de contar con una herramienta que permita ordenar las intervenciones que lleven al mejoramiento de los procesos de servicio y favorezcan la puesta en marcha de la estrategia Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos. Dicho censo se realizó en 3,892 unidades de primer nivel de atención de los estados de Campeche (105), Chiapas (495), Guerrero (928), Oaxaca (757) Quintana Roo (188), Tabasco (527), Veracruz (738) y Yucatán (154).

Con los resultados del censo, se tiene identificados las instalaciones más precarias de esas entidades y los requerimientos de servicios básicos, cartera de servicios, mantenimiento, mobiliario, equipamiento, instrumental, medicamentos, biológicos, y recursos humanos; para que a partir de esa identificación se lleven a cabo las intervenciones necesarias para su respectivo fortalecimiento.

En lo referente a **establecer un plan maestro de acción que considere los nuevos modelos de atención y permitan corregir el rezago identificado en cada región** y con base en el Nuevo Modelo APS-I Mx, que considera como principal pilar la atención primaria a la salud. Se revisó la cartera de servicios que deberá proporcionar estas Unidades considerando características sociodemográficas de las regiones; así como la articulación de las redes de servicio de salud.



En torno a la tarea de **identificar los requerimientos de infraestructura, equipamiento, humanos y materiales de acuerdo con las necesidades específicas de la población en cada región**, se estableció la estrategia para la coordinación de gestión de equipo médico, con énfasis al primer nivel de atención, con presentaciones a las autoridades de los SESA y sus correspondientes jurisdicciones sanitarias.

El CENETEC llevó a cabo la 5a. Reunión Nacional de Responsables de Gestión de Equipo Médico, con participación de 65 representantes de los SESA de 31 entidades federativas, alcanzado acuerdos para la mejora de estas funciones.

Se contribuyó, en conjunto con la COFEPRIS y CONACYT, en la formulación de lineamientos, disposiciones, flujos y validación de desarrollos de ventiladores mecánicos invasivos para apoyo en la emergencia sanitaria.

Derivado de la revisión y valoración de distintos parámetros e indicadores de salud, como son: morbi-mortalidad, población sin seguridad social dentro de un área de influencia determinada, acceso a servicios de salud, ocupación hospitalaria y de consulta externa, condiciones actuales de las unidades médicas, entre otros elementos; la DGPLADES emitió del 1 de septiembre de 2019 al 31 de mayo de 2020, el Certificado de Necesidad (CDN) de obra para un total de 65 proyectos de infraestructura física en salud. De los 65 proyectos de obra certificados, 51 acciones beneficiarán a unidades de consulta externa, en tanto que 14 impactarán directamente en unidades de hospitalización (ver cuadro 6).

CUADRO 6. CERTIFICADO DE NECESIDADES DE OBRA EXPEDIDOS POR LA DGPLADES ^{1/}		
ATENCIÓN / TIPO DE UNIDAD	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN
Obra nueva	0	1
Sustitución	50	10
Ampliación y fortalecimiento	1	3
TOTAL	51	14

FUENTE: Secretaría de Salud DGPLADES.
 1/ Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de mayo de 2020.

Entre las diversas actividades para **definir la programación e inversión requerida para el fortalecimiento progresivo de la capacidad material y humana del SNS**, se elaboró y difundió la “Guía para la Evaluación de Programas y Proyectos de Inversión

en Salud” con la finalidad de facilitar la elaboración de los estudios y análisis costo-beneficio. Por otro lado, el Programa Nacional de Reconstrucción 2019/ Programa presupuestario U281, se incorporó en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2019, con el objeto de retomar la responsabilidad del Estado en la protección de los derechos humanos de las personas y de las comunidades afectadas por los sismos de septiembre de 2017 y febrero de 2018. Presupuestando para la Secretaría de Salud 800 millones de pesos.

En los meses de septiembre y octubre de 2019 se formalizaron Convenios Específicos de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales con el carácter de subsidios, con las Secretarías de Salud y de Finanzas de los estados de Chiapas, México, Guerrero, Morelos, Oaxaca y Puebla; asimismo, mediante adecuación presupuestaria se transfirió recurso al HGM, HJM, INPSIQ y HRAE en Chiapas, el total de recurso transferido a las entidades federativas y OPDs fue del orden de los 467.98 millones de pesos, atendiendo un total de 81 inmuebles de infraestructura en salud.

Para dar continuidad al Programa Nacional de Reconstrucción se autorizaron 333.33 millones de pesos en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2020 a la Secretaría de Salud lo cual permitirá la reconstrucción de 62 unidades médicas en los estados de México, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla y Ciudad de México.

Los HRAE han realizado diagnósticos sobre su propia infraestructura y equipamiento para plantear proyectos de sustitución e inversión, identificando necesidades de atención, como fue el caso en el que se detectó que las redes de Oaxaca y Chiapas no cuentan con aceleradores para el tratamiento de cáncer en las mejores condiciones y en el mejor de los casos, los tratamientos se realizan con bombas de cobalto.

Otro aspecto fundamental es la capacitación y actualización de personal de salud, con la formación de especialistas en área tan significativas como la medicina crítica, urgencias, entre otras que mostraron ser indispensables para garantizar la atención a la población, en particular durante emergencias sanitarias.

Con base en las atribuciones de la DGPLADES dentro de las acciones para **diseñar prototipos de centros de salud y hospitales que incluya infraestructura, equipamiento, recursos humanos y materiales para agilizar su instalación y habilitación, considerando posibles adecuaciones para corresponder a las condiciones locales en cada región** y derivado de la generación del modelo de

atención (APSI-MX) fue necesario la revisión de los modelos de infraestructura existentes; ya que las carteras de servicios deberían ajustarse al nuevo modelo y se convocó a las diversas Direcciones de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud a participar en mesas de trabajo donde se desarrollaron los siguientes productos:

- Centro de Salud de un Núcleo.
- Centro de Salud de Cinco Núcleos
- Centro de Salud con Servicios Ampliados.

El CENETEC avanzó en la actualización de los modelos de equipamiento médico para unidades médicas del primer nivel de atención, y en apego a la estrategia de la Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada.

Con respecto a la infraestructura en salud y dentro de las acciones para **desarrollar un Censo Nominal de Capacidad Instalada de Servicios Universales para determinar el número y localización de unidades de atención médica en cada localidad**, el Plan Maestro de Infraestructura (PMI) y CDN, son instrumentos para la identificación, certificación, planeación y seguimiento en el desarrollo de recursos en salud. En materia de las RISS, se generaron polígonos de cobertura para cada unidad de hospitalización de la Secretaría de Salud, utilizando herramientas de revisión de datos, sistemas de información geográfica y servicios de análisis espacial.

Estos elementos de planeación tan importantes, pero tan descuidados anteriormente, dan continuación a los resultados de los censos para obtener las regiones de cobertura de servicios de salud basadas en disponibilidad real, dejando atrás las prácticas de estimaciones y supuestos. Estos estudios de localización apoyados en carteras de servicios son los bloques fundamentales de los planes de desarrollo de infraestructura en salud basados en redes.

Estrategia 3.2.

Desarrollar e implementar estrategias integrales para garantizar la suficiencia, formación y profesionalización del personal encargado de otorgar los servicios de salud y asistencia social, bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos

Se apoyó la participación del C. Secretario de Salud en la 73a. Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, quien durante su intervención señaló la considerable labor del personal de salud para enfrentar la pandemia por COVID-19. Además, el Secretario expresó su reconocimiento, en el marco del Año Internacional de los Profesionales de Enfermería y Partería, el papel central de este recurso humano para el fortalecimiento de los sistemas de salud y alcanzar las metas planteadas en los ODS, incluida la reducción de las desigualdades en el acceso a la salud.

Se promovió la participación de México en el panel “Fuerza de Trabajo en Salud-El equipo ideal para una transformación sostenible”, celebrado en noviembre de 2019, en Nairobi. El panel abordó la forma en que la partería profesional es una solución para la eliminación de la mortalidad materna prevenible en México, como estrategia para disminuir las inequidades en salud sexual y reproductiva. También se gestionó la participación de la Secretaría de Salud en el noveno Foro mundial de jefes de servicios públicos de enfermería y partería y en la 8a. reunión tripartita de la OMS. Las reuniones tuvieron como objetivo examinar las repercusiones por COVID-19 para el personal de enfermería y de partería; se revisó el informe de la OMS sobre la situación de la enfermería en el mundo 2020, e intercambiaron puntos de vista sobre las próximas directrices estratégicas para el 2021 y 2030.

En abril, la DGRI difundió el informe sobre la “Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo”, que la Organización Mundial de la Salud presentó en el marco del día Mundial de la Salud. Dicho informe busca resaltar la importancia del trabajo del personal de enfermería en el mundo, mismo que representa el 59% de los profesionales sanitarios contribuyen con el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.

Del 1 septiembre al 31 de diciembre 2019 se impartieron tres cursos en línea en el aula virtual de la CNPSS dirigidos a gestores del Seguro Popular. Los temas abordados fueron: habilidades gerenciales, el sistema de protección social en salud y la atención integral a la salud de la población con enfoque intercultural. En total, 3,815 participantes concluyeron satisfactoriamente los cursos.

De junio a diciembre de 2019, se impartió el seminario “El derecho a la salud e Interculturalidad”, con la participaron de más de 470 personas en el país y asistentes internacionales. Al cierre de 2019, a través



de la estrategia de efecto multiplicador en cascada, los gestores del Seguro Popular capacitaron a un total de 87,979 servidores públicos de los SESA.

Desde la creación del INSABI, la Coordinación Nacional Médica inició una estrategia educativa para formar profesionales de la salud con conocimientos, habilidades y actitudes confiables para desempeñarse en la APS y coadyuvar a las transformaciones del SNS.

Como parte de los esfuerzos de capacitación, el Instituto inició una estrategia educativa en colaboración con la OPS, la OMS, la UNAM y la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), adscrita a la SPPS, con el objetivo de ofrecer continuidad laboral a los ex afiliadores del extinto Seguro Popular, y formarlos como gestores de participación social en salud. Una vez preparados, se busca integrarlos a los grupos de promoción de la salud estatales. Se han visitado 12 entidades federativas para dar inicio a la instrucción e integración de equipos del bienestar. Al 15 de julio del 2020, 3,377 ex afiliadores han iniciado su proceso de capacitación.

A partir del lanzamiento de la convocatoria de “Médicos del Bienestar” para el reclutamiento de médicos, especialistas y enfermeras (21 de octubre de 2019), se inició la recepción de solicitudes para poder formar parte de la plantilla de trabajadores en salud pública de la transformación histórica del SNS. A la fecha, se han recibido 107,542 registros. Entre los que se encuentra personal especialista que colaboró en la atención por COVID-19.

En el marco de las acciones realizadas para la atención de la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), se autorizó la contratación extraordinaria de 113,558 plazas para personal médico, paramédico y afín que brindan apoyo en 27 entidades federativas.

Asimismo, se transfirieron recursos para la contratación de 3,999 plazas en los HRAE de Ixtapaluca, Bajío, Península de Yucatán y Oaxaca, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, HIM, HJM, INCMNSZ y los Institutos Nacionales de Cardiología y de Enfermedades Respiratorias, todos ellos pertenecientes a la CCINSHAE.

Además, se transfirieron recursos al ISSSTE para la contratación de 4,331 plazas para hacer frente a la pandemia. Lo anterior suma un total de 21,888 plazas de personal médico, paramédico y afín para la atención de pacientes con la enfermedad COVID-19 con un costo equivalente a 7,392.1 millones de pesos.

En el modelo SABI para las personas sin Seguridad Social en México, se plantea la necesaria participación de todas las instituciones públicas del sector, lo cual implicará modificaciones estructurales orgánicas progresivas, para lograr la cobertura universal.

En torno a la tarea de **avanzar progresivamente hacia la uniformidad de las estructuras orgánicas de todas las instituciones en lo referido a los servicios de salud, médicos y de asistencia social**, y si bien lograr una uniformidad de estructuras orgánicas en todas las instituciones de servicios de salud, médicos y de asistencia social, es un gran reto para la actual administración, una de las competencias de la SIDSS, es establecer mecanismos para la innovación y modernización de la Secretaría de Salud y del SNS. En este contexto, esta Subsecretaría en coordinación con sus unidades administrativas adscritas han desarrollado durante este periodo instrumentos que contribuyen a la reorganización y fortalecimiento del SNS.

Los planteamientos centrales de esta reorganización fueron: la elaboración e implementación de un nuevo modelo de atención denominado APS-I Mx, que incluye el fortalecimiento del primer nivel de atención y la propuesta de sustituir las jurisdicciones sanitarias por DS, así como el establecimiento de RISS; entre otros⁶⁴.

Si bien estas acciones no influyen directamente en la uniformidad de estructuras orgánicas de las instituciones del SNS, son elementos que contribuyen en la reorganización operativa y coordinada de las instancias públicas del otorgamiento de los servicios públicos de salud.

Con respecto a la línea de acción de **actualizar y fortalecer los esquemas que regulan las residencias médicas e incorporar o mejorar los perfiles relacionados con la promoción y atención comunitaria, reconociendo su importancia en la efectividad de los servicios médicos y en el sistema de formación y profesionalización del personal**, las unidades médicas coordinadas por la CCINSHAE representan del universo del programa E010 Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Salud de la Secretaría de Salud, aproximadamente el 41% de la formación de Médicos Residentes a nivel nacional, impartiendo en sus campos clínicos 109 Especialidades Médicas, 340 Cursos de Posgrado de Alta Especialidad en Medicina,

⁶⁴ Esta información se encuentra disponible para su consulta en el sitio web de SIDSS <http://sidss.salud.gob.mx>.

Maestrías y Doctorados en Ciencias Médicas y de la Salud, Salud Pública y Medicina Genómica, con una eficiencia terminal promedio de 97 por ciento.

En este contexto se llevó a cabo en diciembre de 2019, conjuntamente con la Dirección General de Recursos Humanos y Organización de la Secretaría de Salud, el Taller de Capacitación orientado a los Directores de Enseñanza y operativos de Recursos Humanos de las Unidades Coordinadoras donde se presentó la sistematización de los procesos para la contratación de estos médicos en formación logrando con ello el 97% de pago oportuno para el ciclo académico 2020-2021 tanto para Médicos Residentes de Especialidades, Subespecialidades y Cursos de Posgrado de Alta Especialidad en Medicina.

Concertar la dotación de becas y plazas de médicos internos de pregrado, pasantes y residencias asegurando que el personal en formación se capacite en los temas que favorezcan su desempeño en el servicio y tengan una orientación hacia el paciente, la comunidad y el entorno. Actualmente, se destinan cerca de 50 mil becarios de todas las áreas de la salud a los establecimientos de salud de todo el país y más de 10 mil médicos generales cumplen con programas de especialidad en las residencias médicas.

En la 1a. Sesión Ordinaria 2020 de la Comisión Permanente de Enfermería se presentó el Plan de Respuesta Estratégica de Enfermería ante el COVID-19, con la finalidad de contribuir a la contención y mitigación de la pandemia en el SNS. Se diseñó el instrumento Triage respiratorio en atención primaria, la infografía “Recomendaciones al Personal de Salud en la Contingencia COVID-19” y el lineamiento técnico para el uso y manejo del equipo de protección personal ante la pandemia por COVID-19. Se conjuntó un informe de la situación de los recursos humanos de Enfermería en México, para integrar el análisis del déficit. Se publicaron los nuevos Criterios Esenciales para Evaluar Planes y Programas de Estudio de las Licenciaturas en Enfermería.

Entre las tareas destinadas a **actualizar los mecanismos del Servicio Social para garantizar que la última etapa de formación profesional del personal de salud permita su inserción en las prioridades de Salud de la población**, la inclusión de recursos de aprendizaje virtual dentro de la plataforma de Educación, Capacitación y Actualización a Distancia en Salud (EDUC@DS) que está orientada al primer nivel de atención, como estrategia para fortalecer la capacitación y adiestramiento para el personal en formación que se desempeña en las

áreas médicas de los diferentes servicios de salud, se suma a la política de asignar a los pasantes en establecimientos de salud ubicados preferentemente en las áreas urbanas y rurales más vulnerables del país. En la promoción agosto 2020-julio 2021, se implementó el Programa Nacional de Servicio Social en Salud en Enfermería, en ocho SESA.

Respecto al compromiso de **replantear la formación académica y práctica a nivel medio superior y superior de los profesionales de la salud, para incorporar un enfoque que favorezca la integración al primer nivel de atención y la diversificación en las áreas de especialización**, los HRAE cuentan con programas académicos de pregrado y servicio social para medicina y enfermería, así como de nutrición, psicología, ingeniería biomédica para apoyar la formación de profesionales de la salud en las regiones, vinculándose con las redes de servicios, pero también con las instituciones de educación superior.

Para cumplir con el propósito de **fortalecer el sistema educativo a partir del rediseño y actualización de perfiles profesionales e incidencia en la oferta educativa de carreras para la salud, priorizando medicina y enfermería en las universidades**, se ha favorecido la formación de personal en los diferentes niveles incluyendo los de posgrado en áreas de la salud. En lo que se refiere a medicina se cuenta con cursos de pregrado, servicio social y las especialidades médicas tanto de entrada directa e indirecta, como 13 cursos de alta especialidad en áreas vinculadas con las necesidades de salud de las regiones. En lo que se refiere a enfermería se cuenta con pregrado, rotaciones y especialidades como enfermería pediátrica en el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas en áreas críticas, entre otras.

En apoyo a la tarea de **fortalecer la capacitación y educación continua para la actualización de todo el personal en su ámbito de competencia, en el nuevo modelo de salud y para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno de las enfermedades crónico-degenerativas**, los HRAE han ampliado las oportunidades de formación de especialistas en los estados, en 2020 se graduaron 110 especialistas que se incorporan en su mayoría a los servicios de salud de los estados en los que se ubican los hospitales. Con esta generación se han logrado cerca de 500 egresados en las seis generaciones.

En el contexto de la pandemia, se capacitaron cerca de 7,500 profesionales de la salud para la atención de pacientes con COVID-19 y apoyar las acciones de reconversión que permitieron la atención en los hospitales.



Llevar el registro de los programas de capacitación de los SESA a través del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación de la Secretaría de Salud e impulsar los temas que sean necesarios para fortalecer las competencias del personal de salud que permitan acompañar a los estados en las tareas de capacitación y adiestramiento que son necesarias para atender a la población. Se diseñó el temario del diplomado en Atención Integral de Enfermería en diabetes con enfoque en APS. Se integró el contenido académico del curso Farmacología Clínica para Enfermería en la APS. Se grabó el video Triage Respiratorio en Atención Primaria para COVID-19 y se desarrolló el curso Uso correcto del equipo de protección personal.

Con el propósito de **reforzar la formación de especialistas del Sistema Público de Salud para que respondan a las necesidades de atención médica de la población**, las especialidades médicas que se ofrecen en los HRAE derivan de las necesidades de salud de las regiones, tanto las que actualmente cuentan con plazas de residentes como las que no se han abierto. La correlación se muestra en que más del 50% de los egresados ejercen en la región en que se formaron, también los graduados en subespecialidades han regresado a incorporarse a los SESA e incluso el personal permanente de los HRAE. Es importante resaltar como es el caso de la especialidad de trasplantes avalada por la UNAM, es la única en un estado de la república.

En mismo periodo, se efectuó la formación de 39 médicos especialistas en psiquiatría y psiquiatría infantil en los SAP.

Una de las partes centrales de la formación de residentes es la programación de rotaciones de campo para médicos residentes de último año de Anestesiología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Medicina Familiar y Pediatría, lo anterior para impulsar el desarrollo de los servicios de salud y acercar la medicina de especialidad a las comunidades vulnerables.

De septiembre de 2019 a mayo de 2020, la CONAMED impartió cinco cursos relacionados con la "Prevención del conflicto derivado del acto médico", uno de ellos dirigido a la población; asimismo, se impartió uno titulado "Aspectos normativos de la práctica médica". El total de participantes en estos seis eventos fue de 640 personas.

La CONAMED participó con la modalidad de "póster en investigación" durante el VII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería.

En este congreso se presentaron dos trabajos de investigación titulados:

- Estudio sistematizado de incidentes y eventos adversos en traumatología, a través de las quejas médicas atendidas por la CONAMED: protocolo de investigación.
- Protocolo para la auditoria "Catching" sobre la calidad de los registros de enfermería en expedientes de queja médica: estudio transversal.

También se impartieron conferencias en seis eventos nacionales e internacionales, contando con una participación total de 7,525 asistentes.

Se realizaron ocho cursos, seis de ellos realizados con la *Johns Hopkins University* relacionados con la calidad, la generación de proyectos en seguridad en la atención médica, la mejora continua, la revisión sistemática y el meta análisis.

Con el propósito de **fortalecer la capacitación y profesionalización del personal que brinda asistencia social**, los programas de capacitación en los HRAE han incluido a todo el personal, para este periodo, fue notable el intenso programa para preparar la atención de pacientes con COVID-19, lo que implicó cerca de ocho mil capacitados entre el propio personal como de los servicios estatales y de la comunidad.

En materia de capacitación y enseñanza, del 1 de septiembre de 2019 al 31 de agosto de 2020, el CENATRA concluyó dos ediciones del Diplomado para la Formación de Coordinadores Hospitalarios de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante, con lo anterior se capacitó un total de 220 profesionales provenientes de diferentes entidades federativas e instituciones de salud. Asimismo, durante este periodo se contribuyó con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en la actualización de la "Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Muerte Encefálica y manejo del potencial donante de órganos".

Asimismo, se coordinó la asistencia y capacitación de 880 profesionales de la salud adscritos a los HFR, en los temas "Prevenir, sancionar y erradicar los delitos en materia de trata", "Ley General de Víctimas aplicada a las Unidades Hospitalarias", "Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas", "Atención a personas en situación de víctimas" y "Creación de Políticas Públicas de Protección del Derecho a la Salud de las Víctimas de Trata de Personas".



A fin de impulsar la formación de recursos humanos de acuerdo con las necesidades demográficas y epidemiológicas que labora en los Centros de Rehabilitación del SNDIF, del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020:

- Se otorgaron 16 cursos: tres de posgrado para la formación de 47 médicos especialistas en medicina de rehabilitación y 13 de nivel licenciatura para la formación de 740 estudiantes en terapia física y 11 en terapia ocupacional. En septiembre de 2019 egresaron 116 licenciados en terapia física y siete licenciados en terapia ocupacional, de igual forma en febrero de 2020, egresaron 15 médicos especialistas en rehabilitación.
- Se otorgaron 1,651 sesiones del programa de educación continua al personal médico y paramédico de los Centros de Rehabilitación del SNDIF sobre temas relacionados con el uso de las guías de práctica clínica y temas de rehabilitación.

Estrategia 3.3.

Mejorar y ampliar la infraestructura y equipamiento de salud, generando condiciones adecuadas y accesibles para brindar servicios de calidad a toda la población en todos los niveles de atención

En el periodo comprendido entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2019, se transfirieron recursos por un total de 1,583,868,318.95 pesos para apoyar 78 proyectos destinados al fortalecimiento de infraestructura física en materia de salud en 19 entidades federativas del país.

Entre los proyectos financiados, destacan los correspondientes a los estados de Michoacán, San Luis Potosí y Sinaloa, denominados: “Obra Nueva por Sustitución y Equipamiento del Hospital Infantil Eva Sámano de López Mateos en Morelia, Michoacán”, “Sustitución del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto” y “Sustitución del Hospital General de Mazatlán Dr. Martiniano Carvajal”, transfiriéndose 392,630,729.25, 142,652,862.18 y 92,891,957 pesos, respectivamente.

En la tarea de elaborar un plan maestro específico para el fortalecimiento y ampliación de la infraestructura y equipamiento del sector, considerando la integración de redes básicas de atención médica y

garantizando las condiciones de seguridad y accesibilidad, especialmente para personas con discapacidad y de acuerdo con el artículo 31 del Reglamento de la Ley General de Salud el PMI es el instrumento rector al que se sujetarán los SESA, en los términos de los artículos 77 bis 10 y 77 bis 30 de la Ley, con el fin de racionalizar la inversión pública en infraestructura y garantizar la operación sustentable, así como definir las características de los centros regionales de alta especialidad.

La Secretaría de Salud a través del PMI concentra y da seguimiento a todas las acciones de infraestructura que las entidades identifican previamente como necesarias y son certificadas por la DGPLADES o el CENETEC, en caso de equipamiento. Al 31 de mayo de 2020, de acuerdo con información proporcionada por los estados, HFR, HRAE e Institutos Nacionales de Salud, el PMI comprende 424 acciones, de las cuales 216 corresponden a unidades de consulta externa, 191 a hospitalización, 13 unidades médicas móviles y cuatro unidades de apoyo:

CUADRO 7. ACCIONES VIGENTES EN EL PMI A MAYO DE 2020					
Tipo de unidad/Acción	Obra nueva	Sustitución	Ampliación y fortalecimiento	Equipamiento	Total
Consulta externa	35	132	10	39	216
Hospitalización	24	42	24	101	191
Unidades Médicas Móviles	0	13	0	0	13
De apoyo	0	1	1	2	4
TOTAL	59	188	35	142	424

FUENTE: SSA, DPLADES, PMI.
Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de mayo de 2020.

Como parte de las tareas destinadas a **promover el mantenimiento y equipamiento para la inmediata operación de servicios federales y estatales de acuerdo con las necesidades de cada entidad**, el CENETEC emitió 100 dictámenes de validación de equipo médico, que representan un monto de inversión por 3,403 millones de pesos y 19 certificados de necesidad de equipo médico por un monto de inversión de 724 millones de pesos.

En la publicación “Atención primaria de salud integral e integrada APS-I Mx: la propuesta metodológica y operativa” se consideran en los DS los componentes funcionales de “Conservación y Mantenimiento” y “Logística y Operación” para garantizar la operación de las unidades de atención médica.

En la línea de **ampliar o reforzar progresivamente la infraestructura existente en los servicios federales y estatales para población abierta y derechohabiente, considerando el perfil epidemiológico,**



la complejidad del acceso geográfico, la pirámide poblacional, el número de egresos hospitalarios y sus causas, y con la finalidad de aplicar los Criterios Generales para el Desarrollo de Infraestructura en Salud, cuyo propósito es el de mejorar la coordinación y logística de los procesos a los que deberán sujetarse las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud competentes que intervienen en los procedimientos de planeación y otorgamiento de apoyos económicos para el desarrollo de proyectos en salud, ya sea de equipamiento u obra instalada o aquella que esté por desarrollarse. En este sentido, a través de la Ventanilla Única se han atendido 210 solicitudes de proyectos de suministro de equipo médico y factibilidad.

CUADRO 8. PROYECTOS DE APOYO A LA INFRAESTRUCTURA EN SALUD, GESTIONADOS A TRAVÉS DE LA VENTANILLA ÚNICA					
CDNEM ^{1/}	Actualización de Costos (CDNEM)	DVEM ^{2/}	Actualización de Costos (DVEM)	DTTM ^{3/}	CFD ^{4/}
36	12	138	14	3	7

FUENTE: Sistema de Ventanilla Única.
Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de mayo de 2020.
1/ Certificado de Necesidad de Equipo Médico
2/ Dictamen de Validación de Equipo Médico
3/ Dictamen Técnico de Medicina.
4/ Certificado de Factibilidad

Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de mayo de 2020, se concluyeron 45 acciones de infraestructura en salud en 13 entidades federativas: Baja California Sur, Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz y Zacatecas.

Del total de acciones terminadas, cuatro son nuevas unidades de consulta externa, se sustituyeron dos hospitales y 12 centros de salud, dos unidades hospitalarias se ampliaron o fortalecieron, y se equiparon 25 unidades.

CUADRO 9. ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN SALUD					
Tipo de unidad/Acción	Obra nueva	Sustitución	Ampliación fortalecimiento	Equipamiento	Total
Consulta externa	4	12	0	16	32
Hospitalización	0	2	2	9	13
TOTAL	4	14	2	25	45

FUENTE: Secretaría de Salud, DGPLADES, PMI.
Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de mayo de 2020.

Los HRAE en promedio han obtenido cerca de 25 mil egresos, de los cuales más del 90% han sido por

mejoría como principales causas de atención se encontraban las neoplasias, enfermedades cardiovasculares, trasplantes, entre otras que requieren atención médica de alta especialidad.

En el periodo de marzo a agosto los HRAE se reconvirtieron para atender pacientes con COVID-19 cerca del 50% de las camas disponibles.

La ocupación de las camas de terapia se prolonga por un mayor número de días, por lo que la estancia hospitalaria se estima un incremento anualizado de seis a ocho días.

Como parte de las tareas destinadas a **construir centros de salud, clínicas u hospitales generales priorizando las regiones con alta y muy alta marginación en las que habitan población históricamente discriminada** y con la finalidad de restituir la infraestructura en salud dañada por la presencia de fenómenos naturales, con recursos del Fondo de Desastres Naturales y de la extinta CNPSS, se concluyeron las sustituciones por obra nueva de los centros de salud Salina Cruz, Huamelula y La Asunción Ixtaltepec, ubicados en el estado de Oaxaca, con un monto de inversión de 33.67 millones de pesos.

Asimismo, en el estado de Nayarit se encuentra en proceso la construcción como proyecto integral el Hospital Comunitario, el Centro de Salud Mental y el Centro de Atención Primaria en Adicciones en el municipio de Tuxpan, con un monto de 66.11 millones de pesos; y en proceso de licitación cuatro centros de salud en igual número de municipios.

Los SESA concluyeron la construcción por sustitución de cuatro unidades médicas en municipios considerados de alta de marginación, el Hospital General en Chilapa, dos Centros de Salud ubicados en las localidades de Ayahualulco y Pantitlán en el estado de Guerrero y el Centro de Salud de Xopilapa en Veracruz.

Continuando los esfuerzos destinados a **sistematizar el mantenimiento preventivo de inmuebles y equipos del sector salud para garantizar las condiciones óptimas en su operación**, en materia de conservación se concluyeron las acciones planeadas durante el ejercicio 2019 con lo cual se contribuyó eficazmente para fortalecer la infraestructura existente en Hospitales Federales de Referencia, Hospitales Psiquiátricos, Oficinas Administrativas de la Secretaría de Salud, así como Institutos Nacionales de Salud.

Al cierre del ejercicio 2019 se logró la terminación física de nueve contratos de conservación y mantenimiento por un total de 68.65 millones de pesos, para



la atención de 13 unidades médicas y tres unidades administrativas: Hospital de la Mujer (HM), Hospital Nacional Homeopático, Hospital Juárez del Centro, Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Cuauhtémoc, CECOSAM Zacatenco, Instituto Nacional de Medicina Genómica, Instituto Nacional de Geriátrica, Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas, INNN, HGM, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (HPFBA) y la DGE; así como la DGTI, Almacén “Mariano Azuela” de la Dirección General de Infraestructura Física (DGDIF) y el Edificio Sede de la Secretaría de Salud.

Con respecto a **promover la coordinación intersectorial para garantizar el uso racional, de equipo de alta tecnología y buscar complementariedad especialmente en los estados o regiones donde todas las instituciones públicas tengan un déficit de instalaciones**, las acciones realizadas por los HRAE para coordinar sus servicios de alta especialidad con las redes de servicios los llevaron a contar con convenios que han tenido diversos grados de avance, el CRAE ha propuesto en conjunto con el estado de Chiapas la creación de un área de atención oncológica con un acelerador lineal que sería el primero en servicios públicos en ese estado. En otro contexto, el HRAEPY identificó la necesidad de contar con especialidades adicionales, pero en todos los casos hay una voluntad de integrarse a las redes e incrementar la capacidad resolutive.

Con el objetivo de contar con una adecuada operación de la cadena de frío y su licenciamiento en todo el país, el Secretariado Técnico del CONASA, llevó a cabo el Curso taller para la Capacitación en los Procesos para el Licenciamiento de las Cámaras Frías y Almacenes Estatales, en la Ciudad de México, los días 21 y 22 de enero de 2020, en el cual participaron directivos y autoridades federales del CSG, CONASA, COFEPRIS, UAF, DGPLADES, CENETEC, DGDIF, y el CENSIA, así como representantes de la OPS/OMS en México, Washington, D.C. y Honduras; acudieron de las 32 entidades federativas los responsables del proyecto de la red de frío, responsable sanitario, responsable del Programa de Vacunación, responsable de la COFEPRIS, responsable de Administración y Finanzas de los SESA, responsable del almacén y responsable de mantenimiento, sumando trescientos asistentes.

En conjunto con el CENETEC y la COFEPRIS, el Secretariado Técnico del CONASA ha efectuado cinco reuniones de trabajo con el objetivo de realizar el diagnóstico situacional de los aceleradores lineales disponibles a nivel nacional, con énfasis en

los correspondientes a la Secretaría de Salud, para fortalecer las áreas de oportunidad y plantear soluciones en favor de las personas más vulnerables que padecen cáncer y que no cuentan con seguridad social.

El CENETEC publicó los documentos “Documento de referencia para la participación en la revisión de las normas oficiales mexicanas de la Secretaría de Salud” y “Compendio de Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con infraestructura y equipamiento médico”, para apoyo en las labores de los responsables de la gestión de equipo médico.

Se contribuyó al componente de equipamiento médico y su gestión dentro de los grupos de trabajo para la actualización de seis normas oficiales mexicanas SSA3 y SSA1.

En la publicación “Atención primaria de salud integral e integrada APS-I Mx: la propuesta metodológica y operativa” se consideran en los DS los componentes funcionales de Coordinación sectorial e intersectorial y Gestión de redes integradas de servicios de salud, para fomentar el trabajo colaborativo y complementario que garantice el uso efectivo de los equipos de alta tecnología.

En la línea de **impulsar la reconstrucción de las regiones afectadas por los sismos de 2017** y con el objeto de retomar la responsabilidad del Estado en la protección de los derechos humanos de las personas y de las comunidades afectadas por los sismos de septiembre de 2017 y febrero de 2018; y alineados con el objeto del Programa Nacional de Reconstrucción, la Secretaría de Salud en coordinación con las entidades federativas de Chiapas, Guerrero, Morelos y Oaxaca; y con el INPSIQ, el HJM y el HRAE de Tuxtla Gutiérrez ubicados en la Ciudad de México y en Chiapas y con recursos del PEF 2019, realizaron acciones de rehabilitación, demolición y de estudios y proyectos ejecutivos en 81 unidades médicas con un monto de 312.72 millones de pesos. Lo anterior permitió dignificar los servicios de salud en beneficio de la población afectada por los sismos.

Para dar continuidad a este programa, en el PEF 2020 se autorizaron 333.3 millones de pesos al sector salud, para acciones de reconstrucción de la infraestructura afectada por los sismos referidos, programando la sustitución y reubicación por obra nueva de 20 unidades médicas, la rehabilitación de 36 unidades y la elaboración de seis proyectos ejecutivos en los estados de México, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla y Ciudad de México.



Como acciones complementarias y con el propósito de cumplir con las metas establecidas en el Programa Nacional de Reconstrucción, se participó en la elaboración de las Reglas de Operación, mismas que fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación en abril de 2020.

Con el Programa Nacional de Reconstrucción en el año 2019 se logró apoyar a 81 unidades médicas y/o Infraestructuras de salud ubicadas en cinco estados afectados por los sismos de 2017 y 2018: 14 en Chiapas, ocho en Guerrero, 35 en Morelos, 22 en Oaxaca y dos en la Ciudad de México. Asimismo, se proyecta para este 2020 apoyar a 62 unidades más: 11 en el Estado de México, 14 en Guerrero, 17 en Morelos, seis en Oaxaca, tres en la Ciudad de México y 11 en Puebla, lo cual permitirá que la población cercana a dichas unidades cuenten nuevamente con la atención médica indispensable para el cuidado de su salud, mejorando la calidad de vida de los habitantes y usuarios de las mismas, fortaleciendo e impulsando con ello la reconstrucción de la infraestructura de salud, lo cual coadyuva a la reactivación económica y social de las comunidades afectadas por los sismos de 2017 y 2018.

En apoyo a la tarea de **fortalecer la infraestructura y equipamiento para los servicios de asistencia social y rehabilitación no hospitalaria, garantizando la accesibilidad para personas con discapacidad**, se contribuyó a brindar atención prioritaria a grupos históricamente discriminados, específicamente para favorecer el desarrollo integral y el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad.

Durante el periodo del 1 de septiembre de 2019 a junio de 2020, se autorizaron 37 proyectos en beneficio de 150 municipios de 21 entidades federativas, con los cuales se atendió a 24,503 personas con discapacidad a través del fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de Centros y Unidades de Rehabilitación, el otorgamiento de ayudas funcionales y acciones de desarrollo para la inclusión social de este sector de la población.

Las asesorías a los anteproyectos arquitectónicos que acompañan las Solicitudes de Certificado de Necesidades, sea para obra nueva, sustitución, ampliación o fortalecimiento de la Infraestructura Médica consideran dentro de los criterios considerados para la revisión del cumplimiento con la normatividad vigente, entre las que figura en calidad de obligatoria la NOM-030-SSA3-2013, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de

las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del SNS.

El cumplimiento de la normatividad vigente está acompañado de la asesoría arquitectónica en materia de funcionalidad y optimización de espacios al interior de la Unidad Médica, con el fin de generar propuestas que satisfagan las necesidades de cada usuario.

Estrategia 3.4.

Modernizar el sistema de información y comunicación con el propósito de garantizar información confiable y oportuna que facilite las decisiones en política pública, anticipe las necesidades de la población y favorezca la pertinencia cultural en los servicios brindados en el SNS

El padrón de afiliados a diciembre 2019 integró 51.9 millones de personas, que corresponde a 97% de la meta programada para ese año. Este dato es inferior a la totalidad de mexicanos sin seguridad social laboral, sin embargo, es acorde a la suficiencia presupuestal disponible para 2019 y a las medidas aplicadas a partir del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS con otras instituciones de seguridad social por parte del CSG. El resultado del cotejo determinó la existencia de 4.6 millones de registros duplicados con corte a diciembre de 2018, los cuales fueron notificados en mayo de 2019 a las entidades federativas a efecto de realizar los ajustes necesarios y así contar con disponibilidad para la población sin acceso a servicios de salud.

Las reformas a la Ley General de Salud, publicadas en el Decreto del 29 de noviembre de 2019 en el Diario Oficial de la Federación, extingue el SPSS, crea el INSABI y modifica sustancialmente la forma de operación para atender a la población sin seguridad social, ya que elimina el procedimiento de afiliación y establece que para ser beneficiario de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, bastará con encontrarse en el territorio nacional, no ser derechohabiente de la seguridad social y contar con la Clave Única de Registro de Población, lo cual

permite que los 69 millones de personas sin seguridad social puedan acceder a la atención médica sin restricción alguna.

Entre las acciones para **promover un Centro de Inteligencia en Salud, a partir de la reorganización de áreas para unificar los mecanismos relacionados con registro, conservación y almacenamiento de la información y evitar la fragmentación de la información en los diferentes niveles de atención en el sector**, el CENETEC llevó a cabo la integración y mejora del módulo de información sobre equipo médico de alta especialidad, en el nuevo sistema de información de la Secretaría de Salud, que reporta siete categorías de este tipo de tecnología.

El CSG se encuentra en coordinación con la SPPS para establecer acciones que deriven en el cumplimiento de esta estrategia.

Con respecto a la línea de acción destinada a **conformar un Padrón Único de Salud, que permita identificar la condición de derechohabencia de la población y su nivel de accesibilidad a los servicios de protección a la salud bajo en el enfoque de redes integradas**, en diciembre de 2019, se realizó el cotejo del padrón de beneficiarios del SPSS, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica, donde se identificaron a las personas que cuentan con afiliación a una o más instituciones de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica y, a la vez fueron beneficiarios de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos, por parte del Seguro Popular.

Derivado de las facultades de la DGIS en materia de información previstas en la LGS y la NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, en la mayor parte de los sistemas de información que administra la Secretaría de Salud, y para **fortalecer los mecanismos para la identificación y registro de datos personales, que consideren las disposiciones de la legislación vigente, que se evite la duplicidad de registros y favorezca el acceso y manejo de la información**, se utiliza como identificador único del paciente la Clave Única de Registro de Población (CURP), captando así tanto información general como datos personales y datos personales sensibles, con la finalidad de lograr la convergencia de los sistemas y la unicidad del individuo en las diferentes bases de datos de los integrantes del SNS.

La CURP y las referencias en salud que se concentran en los sistemas de información, se utiliza exclusivamente para el cumplimiento de su objeto, respetando en todo momento los principios rectores de acceso a la información pública, confidencialidad y protección de datos personales y conforme a las responsabilidades de los sujetos obligados que contienen las disposiciones jurídicas aplicables en la materia.

La Secretaría de Salud a través de la DGIS con el fin de **articular los sistemas de información y comunicación existentes en el sector para procurar su unificación, conservación y aprovechamiento, especialmente para la conformación de plataformas y bases de datos confiables** y de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables y criterios médicos, disposiciones de intercambio de información y estándares técnicos probados, coordina la elaboración de guías y formatos que orientan a los prestadores de servicios de salud en cuanto a obtener el intercambio de información que facilite el desarrollo de los servicios de salud electrónicos.

La NOM-024-SSA3-2012, tiene por objeto regular los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES), así como establecer los mecanismos para que los Prestadores de Servicios de Salud del SNS registren, intercambien y consoliden información.

Del periodo comprendido de septiembre de 2019 a la fecha la DGIS trabajó en la actualización de las guías de intercambio referentes a Servicios Otorgados (consulta externa, detecciones, salud bucal, salud mental y planificación familiar), Nacimientos y Egresos Hospitalarios. Asimismo, se encuentran en proceso de revisión las nuevas guías de intercambio de Defunciones, Lesiones y Urgencias.

Entre las acciones destinadas a **implementar progresivamente tecnologías de información y comunicación tendientes a garantizar el funcionamiento de los sistemas de información, digitalización de expedientes e interoperabilidad interinstitucional, entre los diferentes niveles de atención en las instituciones que conforman el SNS**, las actividades de coordinación y capacitación para la atención de la pandemia por COVID-19, permitieron capacitar a cerca de ocho mil trabajadores de la salud se realizaron con apoyo de tecnologías de la comunicación. Este gran esfuerzo preparó y permitió el seguimiento y asesoría a distancia indispensable para la atención, capacitación y generación de proyectos conjuntos de investigación entre de las unidades coordinadas por la CCINSHAE.



En cumplimiento a lo previsto en la NOM-024-SSA3-2012 SIREs, la DGIS lleva a cabo el Procedimiento de la Evaluación de la Conformidad, mismo que tiene por objeto establecer los criterios bajo los cuales se debe generar, procesar, conservar, interpretar y asegurar el intercambio de información entre sistemas, como es el caso de la Entidad de Certificación y Evaluación (ECE).

De 2019 a la fecha, la DGIS ha realizado 14 procesos de verificación, otorgando 10 certificados de SIREs, destacándose la recertificación del SIREs de la MARINA en octubre y por primera vez se certificó el SIREs de la SEDENA en noviembre. Cabe señalar, que ambos sistemas son desarrollos propios de dichas Instituciones.

En materia de ECE, desde el año 2013 la DGIS lleva a cabo un diagnóstico nacional y sectorial para conocer el estado que guarda su implementación.

En el diagnóstico 2019, con cifras preliminares, de un total de 16,089 unidades reportadas, el 30.7% de Unidades Médicas (UM) cuentan con ECE de manera total o parcial, destacándose PEMEX, SEDENA y el SNDIF con el 100% de sus unidades, el IMSS con el 92.45%, MARINA con el 90%, el ISSSTE con un 32.62% y los SESA con el 21% que corresponde a 12,965 UM reportadas.

De estos números globales, se tiene registro de que el 30.12% de UM son de 1er. Nivel (4,326 de las 14,362 UM reportadas), 32.94% UM de 2o. Nivel (533 de las 1,618 UM reportadas) y 76.15% UM de 3er. Nivel (83 de las 109 UM reportadas).

Cabe señalar que para PEMEX y algunos SESA (México, Nuevo León, Sinaloa y Sonora) se tomaron cifras del diagnóstico de ECE 2018 ya que no se cuenta con información actualizada.

Durante el último trimestre de 2019 se realizaron pruebas con tres entidades federativas Morelos, Zacatecas y Aguascalientes, obteniéndose las bases técnicas para instrumentar un proyecto que permita articular las aplicaciones tecnológicas de comunicación e información institucionales, sin duda un elemento importante para analizar la intercomunicación entre sistemas. Por otra parte, la DGIS se encuentra analizando una alternativa que permita para fortalecer el uso del ECE con entidades que no disponen de esta tecnología.

En cuanto a la tarea de **implementar la telemedicina, especialmente para la atención de poblaciones de difícil acceso y de alta marginación**, el HRAEI cuenta con un mecanismo de teleconsulta con servicios del estado de México, particularmente para la atención de reclusos.

Por su parte, los hospitales del CRAE con los Institutos Nacionales de Cardiología "Ignacio Chávez" y de Cancerología, para la discusión de casos mantienen un intercambio permanente, lo que ha favorecido mejoras en los procesos de valoración.

Con el fin de fortalecer el primer nivel de atención y el acceso a la atención primaria, el CENETEC favoreció la aplicación, adopción y uso servicios de Telesalud, con asesorías técnicas, operativas sobre proyectos y programas en Instituciones del sector. Entre el 1 de septiembre de 2019 y el 31 de agosto de 2020 se realizaron 34 asesorías técnicas a los SESA, Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de alta Especialidad, Universidades y Organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales. Se elaboraron lineamientos y recomendaciones de Telesalud procurando la máxima eficiencia de los recursos, por lo que se propuso el uso de tecnología ya instalada y de fácil manejo. En este periodo se desarrollaron los siguientes documentos:

- Guía para el desarrollo de proyectos en telemedicina
- Cédula de Instrumentos Jurídicos aplicables a la práctica de la Telesalud en México
- Telesalud en el contexto de la APS-I Mx
- Modelo de Unidad de Centro de Interconsulta a Distancia para enfermedades crónicas
- Telesalud en el contexto del COVID-19.

En noviembre de 2019 se llevó a cabo la reunión Nacional de Telesalud con la participación de 23 coordinadores estatales, presentando la propuesta inicial del nuevo modelo de atención primaria a la salud con el objetivo de alinear las acciones de Telesalud hacia el apoyo de las atenciones en el primer nivel de atención y la atención primaria a la salud mediante el uso de la interconsulta a distancia. Además, se desarrollaron cinco reuniones virtuales con los coordinadores con el apoyo de expertos internacionales.

Las estrategias de implementación de tecnología en salud deben acompañarse de recursos humanos capacitados, razón por la cual se participó en la coordinación y desarrollo de un curso de Telesalud, en colaboración con la Universidad Minas Gerais de Brasil, participaron profesores de nueve países de Latinoamérica incluyendo a México, se capacitaron 76 estudiantes mexicanos de diversas instituciones de salud del país, 59 de ellos terminaron el curso.



Con el propósito de **consolidar la evaluación y gestión de tecnologías de información y comunicación en salud, para contribuir a mejorar la capacidad y calidad de los servicios**, el diagnóstico estratégico levantado en 2019 para la implementación del Modelo de Atención de la APS-I Mx, permitió evaluar en las entidades federativas Veracruz, Tabasco, Chiapas y San Luis Potosí, tanto las plataformas con la que cuentan los establecimientos de salud, así como las limitaciones que tienen para el registro y distribución de información. En ese sentido, se encontraron unidades con

equipamiento suficiente, pero que no disponen de la conectividad requerida para realizar la transferencia de datos.

Por otro lado, se identificaron unidades que no cuentan con el soporte necesario o adecuada para captar datos de forma electrónica que requieren de manera inmediata infraestructura tecnológica básica e insumos mínimos para registrar la información de las RISS, a efecto de conocer la atención y obtener referencias para la toma de decisiones y la planeación integral dentro del DS.

4. Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural

A través del IMSS, se desarrollaron cursos virtuales dirigidos al público general en la plataforma CLIMSS en relación a las problemáticas suscitadas a raíz de la contingencia por COVID-19. CLIMSS es una plataforma educativa que ofrece cursos en línea gratuitos. Estos cursos incluyen “Recomendaciones para un retorno seguro al trabajo ante COVID-19”, “Todo sobre la prevención del COVID-19”, “COVID-19 y residencias de personas mayores”, “Cuidado de personas mayores ante el COVID-19”, “Cuidado de la Salud Mental en Situaciones de Emergencia” y “Plan de acción para el hogar ante COVID-19”. Al 15 de julio de 2020, 6.9 millones de personas se habían inscrito a dichos cursos virtuales.

Estrategia 4.1.

Fortalecer la vigilancia sanitaria con base en la investigación científica y articulación del SNS para anticipar acciones y estrategias que correspondan a las necesidades y requerimientos desde una perspectiva territorial, epidemiológica y sensible a las condiciones críticas o de emergencia

Se participó en la 73a. Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, la cual estuvo dedicada a la respuesta mundial contra la pandemia de COVID-19. La Asamblea adoptó una resolución sobre este particular, que entre otros puntos señala que, en su momento, se iniciará un proceso de evaluación independiente sobre la respuesta internacional de la OMS, que incluya el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional y las actividades realizadas por la Organización ante las conclusiones.

La DGRI participó las reuniones del Grupo de Trabajo de Sanidad Internacional del Subcomité Técnico de Enfermedades Emergentes, en el cual se presentaron y discutieron diversos temas del ámbito de sanidad internacional para dar atención a la pandemia de COVID-19.

Se integró la postulación de candidatos de la Secretaría de Salud para participar en el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico de Inmunización de la OMS, el cual está enfocado en la revisión de las posibles vacunas para el COVID-19. La candidata seleccionada fue la Dra. Celia Alpuche, Directora del Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Salud Pública. La DGRI apoya la participación de la Dra. Alpuche del Instituto Nacional de Salud Pública en el referido grupo.

La UAE continuó siendo el punto focal ante la Organización para la Cooperación y del Desarrollo Económico (OCDE), por lo que llevó a cabo diferentes análisis de las propuestas de políticas públicas para considerar su implementación en el sistema de salud mexicano. Adicionalmente, ha participado en el Grupo de Trabajo de la OMS/OPS para la definición de Estrategia de Cooperación de la OPS con México 2020-2025.

En mayo de 2020 la UAE participó en reuniones virtuales con grupos de expertos sobre medicamentos, calidad de la atención y la presentación de los objetivos del Proyecto PaRIS (*Patient Report Indicator Surveys*), el cual tiene el objetivo de generar indicadores para medir la calidad de los servicios y la experiencia de los pacientes con enfermedades crónicas en el primer nivel de atención.

Con el propósito de **homologar el modelo de vigilancia sanitaria y epidemiológica bajo un enfoque territorial y actualizado con el propósito de combatir la corrupción y proteger a la población contra posibles riesgos**, el 12 de febrero de 2020, se editó el estudio epidemiológico de caso sospechosos de enfermedad respiratoria viral, y el 9 de marzo de 2020, se difundió la 1a. versión del Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por COVID-19 (se actualiza constantemente). Se realizaron ocho capacitaciones, de febrero a mayo de 2020, dirigidas a los responsables de la vigilancia epidemiológica de las entidades e instituciones. En diciembre de 2019, se publicó la actualización del Perfil Nacional de Riesgos, que tiene como objetivo generar un panorama para la identificación de los riesgos a la salud, que permita orientar y focalizar las medidas y programas preventivos.

Adicionalmente, como parte de este enfoque territorial y la homologación del modelo de vigilancia epidemiológica, de septiembre a diciembre de 2019, se realizaron ocho visitas de supervisión; de enero a junio de 2020, se efectuaron 25 inspecciones, con el objetivo de verificar y asesorar sobre el cumplimiento de los procedimientos de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles en las entidades a todos los niveles técnico-administrativos.

Respecto al Sistema de Vigilancia de Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) se realizaron tres supervisiones estatales, dos en noviembre de 2019 a la Ciudad de México y estado de México respectivamente y una en diciembre de 2019 a Sonora, esto con la finalidad de homologar las actividades en los centros de tratamiento de adicciones y los centros de internamiento para menores infractores que proporcionan información al sistema. Asimismo, se supervisó el estado de Michoacán en noviembre de 2019 y a Morelos en diciembre de 2019 con el objetivo de identificar áreas de oportunidad, así como fortalecer los mecanismos para la vigilancia epidemiológica convencional.

A fin de **fortalecer las capacidades en diagnóstico y monitoreo de los pacientes atendidos, procurando la accesibilidad y atención cercana, a través de una mejor articulación de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública**, y ante la emergencia de COVID-19, se instituyó la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública a los Laboratorios Clínicos, Laboratorios de las Academias, Laboratorios de Hospitales Privados y otros Laboratorios del Sector Salud como SEDENA, MARINA y PEMEX para realizar el diagnóstico molecular del SARS-CoV-2 con el propósito de fortalecer la cobertura diagnóstica y el monitoreo.

Con la finalidad de **prever las acciones ante posible situación de emergencia en salud, para salvaguardar y atender a la población afectada, a través de la coordinación interinstitucional que garanticen los servicios de asistencia y atención**, el IMSS-BIENESTAR inició el manejo de la Pandemia COVID-19 en enero de 2020, a través de cursos presenciales a su personal directivo en los estados y a los cuerpos de gobierno de sus hospitales rurales. En marzo, presentó el Plan Institucional de Respuesta ante la Pandemia y una Guía operativa para la atención de pacientes. A partir de las líneas trazadas en estos documentos, llevó a cabo un intenso proceso de capacitación al 100% de su personal (26,759 personas) con distintas variantes, y doble y triple capacitación de acuerdo con el perfil de cada puesto: médico, administrativo y acción comunitaria.

A partir de los requerimientos planteados para atender la Pandemia, IMSS-BIENESTAR también instrumentó la estrategia Triage COVID-19, con el traslado de unidades médicas móviles a sus 80 hospitales rurales, y la contratación de forma temporal de 880 puestos de médicos y enfermeras destinados a complementar la atención. Los datos estadísticos registrados al 18 de junio confirmaron 1,116 casos con COVID-19, de los cuales 455 requirieron ser hospitalizados por cursar con cuadros graves; 661 recibieron tratamiento ambulatorio por presentar cuadros leves de la enfermedad; y de manera lamentable, se registraron 120 defunciones con una letalidad de 11 por ciento.

En la tarea de **constituir una red para la vinculación de servicios estatales, federales e internacionales, relacionados con la sanidad y seguridad en salud** ante la pandemia por COVID-19 y como parte del SINAVE, a través de los Comités Estatales de Vigilancia Epidemiológica dentro de las 32 entidades, se difundió y verificó el cumplimiento de los procedimientos de la vigilancia epidemiológica en las unidades de todo el Sector Salud. De septiembre de 2019 a junio de 2020, se realizaron siete visitas de supervisión a puntos de entrada internacionales para fortalecer las capacidades básicas que permitan detectar y atender una potencial Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). La DGE envió por la vía del Centro Nacional de Enlace, a la OMS 34 notificaciones de potenciales ESPII: 17 por sarampión, 13 por COVID-19, dos por paludismo provocado por *Plasmodium falciparum*, uno por Burkholderia y una por rabia.

Los puntos de entrada supervisados fueron Ciudad de México (en tres ocasiones), los aeropuertos: Internacional de Puerto Vallarta, Internacional de Tijuana, Internacional de Cancún, Internacional de San José del Cabo y el puerto marítimo de Ensenada.

A través de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria (UIES), se emitieron dos Avisos Preventivos de Viaje; a Estados Unidos de América por Encefalitis Equina del Este y a países endémicos de poliovirus salvaje en octubre de 2019. En enero de 2020, se publicaron los dos primeros avisos epidemiológicos por casos de infección respiratoria asociados a un nuevo coronavirus y dos Avisos Preventivos de Viaje a Wuhan y a la provincia de Hubei, China. En febrero de 2020, se actualizaron dos Avisos Preventivos de Viaje a China y a los países que mostraron transmisión comunitaria por COVID-19. En marzo de 2020, se actualizaron los Avisos Preventivos de Viaje, incluyendo a los países

con transmisión comunitaria, así como recomendaciones para la realización de viajes internacionales. En mayo de 2020, se emitió un Aviso Preventivo de Viaje para las personas que regresan o que son repatriadas en cruceros internacionales por la pandemia de COVID-19. La DGE-InDRE fue propuesta por la OMS como Laboratorio de Referencia Nacional de COVID-19, lo cual permitió la vinculación no solo con los Laboratorios de Latinoamérica sino también de otros continentes.

Con el deseo de **diseñar e implementar acciones de sensibilización para la prevención de lesiones accidentales en los diferentes ámbitos de ocurrencia por tipo y grupo de edad, considerando la diversidad cultural**, de septiembre 2019 a junio 2020, en coordinación con los COEPRA se sensibilizaron en prevención de accidentes viales 958,256 personas y en otras lesiones accidentales 1,791 menores, 433 adolescentes, 12,578 adultos y 1,182 adultos mayores, ya que las lesiones accidentales se mantienen como la cuarta causa de muerte en el país, 45% de éstas defunciones corresponden a accidentes viales (12.4 por cada 100 mil habitantes).

Se trabajó además en la identificación y prevención de factores de riesgo en diferentes ámbitos: se aplicaron 13,536 encuestas de alcohol y conducción en la vía pública a fin de implementar estrategias focalizadas de prevención; se visitaron 275 guarderías y 6,847 hogares brindando recomendaciones para la prevención de accidentes, a responsables, cuidadores y jefes de familia.

Con respecto al compromiso de **promover y concertar convenios específicos de colaboración interinstitucional en materia de emergencias en salud, considerando los desafíos que representa la seguridad alimentaria, el cambio climático, las migraciones masivas o cualquier condición que resulte crítica o de emergencia**, durante la pandemia por COVID-19 en marzo de 2020, se llevaron a cabo dos reuniones interinstitucionales para la construcción y revisión del modelo de estimación de casos COVID-19 en México, a través del modelo SEIR. Asimismo, se participó en reuniones para identificar las acciones en torno a población migrante.

Como parte de la colaboración interinstitucional el 29 de enero de 2020, se realizó la Primera Reunión Extraordinaria del Grupo Técnico Interinstitucional del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), en la cual se abordó la revisión del lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad por 2019-nCoV y revisión estudio de caso 2019-nCoV. De igual forma, se realizaron

tres reuniones interinstitucionales para la revisión y actualización de la Norma Oficial Mexicana, NOM 045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, en noviembre y diciembre de 2019 y en febrero de 2020, esto con la finalidad de responder a las necesidades de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención a la salud de nuestro país.

De septiembre de 2019 a junio de 2020, la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Investigación Operativa Epidemiológica en la DGE, en su compromiso de **promover mecanismos de coordinación, articulación y vinculación entre instancias responsables de vigilancia sanitaria, como son SEMARNAT, Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA) y COFEPRIS, a fin de aprovechar los recursos disponibles y evitar la duplicidad de funciones**, participó en 42 videoconferencias como parte de la Iniciativa de Seguridad Global en Salud. Se realizaron siete videoconferencias en conjunto con los SESA de Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Monterrey, Sonora y Tamaulipas, y los encargados de la vigilancia epidemiológica de los estados de Arizona, California, Nuevo México y Texas además de los *Centers for Disease Control and Prevention*, para compartir información sobre posibles riesgos a la salud pública de ambos países que se originen en la frontera Estados Unidos de América-México y coordinar actividades entre las diferentes dependencias de ambos países para su atención como parte del Grupo de Trabajo Técnico binacional México-Estados Unidos de América.

De septiembre de 2019 a junio de 2020, se realizaron 12 videoconferencias en conjunto con los organismos de salud humana y animal de Estados Unidos de América, Canadá y México como parte del acuerdo NAPAPI, contribuyendo a la respuesta conjunta contra el COVID-19. En el marco del funcionamiento del Subcomité Técnico de Enfermedades Emergentes, el Grupo de Sanidad Internacional, conformado por la DGE, la DGRI, la SRE, el INM, la Secretaría de Turismo, la SCT, la MARINA y la OPS, de febrero a junio de 2020, realizó siete reuniones.

El Grupo de Vigilancia Epidemiológica y el Laboratorio bajo las actividades del STEE articularon acciones interinstitucionales y comparten la información con la finalidad de coordinar la respuesta homologada ante COVID-19. Por su parte, el DGE-InDRE durante la pandemia se coordinó con la COFEPRIS para evaluar los estuches comerciales para el diagnóstico de SARS-CoV-2 mediante pruebas moleculares para autorización de registros sanitarios.



En noviembre de 2019, se formalizó un Convenio de Colaboración para el Control Sanitario en Puntos de Ingreso al Territorio Nacional entre la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural (SADER), a través del SENASICA y la COFEPRIS, cuyo objetivo es hacer eficientes los recursos de la Administración Pública Federal, evitando la duplicidad de actividades de verificación e inspección. Como resultado de este convenio se han realizado al 30 de junio de 2020, 46 acciones coordinadas, de las cuales 23 corresponden a retornos de productos y 23 a productos rechazados por otras agencias internacionales, asimismo, se han llevado a cabo dos reuniones con personal de SENASICA y un taller para presentar los procedimientos de atención de estos eventos por cada dependencia, de esta manera se incrementa la capacidad operativa y la vigilancia de estos productos.

En el marco de la línea de acción destinada a **implementar estrategias bajo un enfoque territorial que procuren la seguridad alimentaria, vigilancia sanitaria y prevención de epidemias para salvaguardar a la población, tomando en cuenta la diversidad cultural**, se conformó la Red de Investigadores en Tuberculosis el 21 y 22 noviembre 2019, con participantes en todas las áreas (diagnóstico, laboratorio, grupos vulnerables y salud, epidemiología, economía de la salud, pediatría, esquemas de tratamiento, vinculación y seguimiento). Asimismo, se definieron lineamientos para la atención de tuberculosis, lepra, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma ante la emergencia sanitaria por COVID-19.

La Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria y Desarrollo Comunitario (EIASADC), incentiva el cumplimiento de “Criterios de Calidad Nutricia” a nivel nacional, procurando que los apoyos que se otorgan promuevan una alimentación correcta, pretendiendo, garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la alimentación e incidir en la mejora de la calidad de vida de los beneficiarios.

En el periodo del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2019, el Programa Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo con recurso federal, distribuyó 450,053 despensas, con lo que se apoyó a 68,572 familias, en 343 municipios.

Para el 2020, la EIASADC, sufrió cambios sustantivos, por lo que el Programa Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo, paso a ser el Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas en Situación de Emergencia o Desastre, cuya población objetivo son personas que han sido afectadas por la ocurrencia de fenómenos destructivos naturales y/o antropogénicos, así como migrantes e

individuos en situación de calle. En el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2020, se distribuyeron 670,854 despensas, con lo que se apoyó a 132,964 familias en 343 municipios.

Los programas alimentarios continuaron operando en coordinación con los SEDIF y Sistemas Municipales DIF, al ser una actividad prioritaria, en espacios alimentarios o entrega directa a beneficiarios, inclusive a su domicilio, priorizando las medidas de prevención y sana distancia. Del inicio de la Jornada Nacional de Sana Distancia al 30 de junio de 2020, se han distribuido 7,585,713 dotaciones alimentarias, beneficiando a 8,150,993 personas.

Estrategia prioritaria 4.2.

Fortalecer los mecanismos para normar y controlar las condiciones sanitarias tendientes a la reducción de riesgos a la salud para garantizar acciones y estrategias pertinentes de vigilancia y fomento sanitarios, promoción y prevención, con énfasis en la población en condición de vulnerabilidad

Se participó y dio seguimiento a las reuniones de la Iniciativa sobre Seguridad Global en Salud, las cuales estuvieron enfocadas al abordaje de la atención a la pandemia por COVID-19. Lo anterior con la finalidad de promover acciones coordinadas entre los miembros en materia de vigilancia epidemiológica y comunicación de riesgos. En materia de regulación internacional sobre el uso de productos químicos, se dio seguimiento a la participación de la Secretaría de Salud en los Convenios de Minamata, Rotterdam y Estocolmo, así como del Enfoque Estratégico para la Gestión Internacional de Productos Químicos.

Se mantuvo una colaboración estrecha con el Sistema de Naciones Unidas para definir su apoyo en la respuesta a la epidemia de COVID-19 en México y se dio seguimiento a la cooperación dirigida al fortalecimiento de las capacidades de México en cuanto a la comunicación de riesgos para la salud. Específicamente con la OMS, se apoyó la formalización de la participación de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), en la Lista de Expertos del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de la OMS. La participación de la SPPS podría darse en

una nueva emergencia o como parte del Comité de Examen, responsable de evaluar el funcionamiento e implementación del RSI.

La DGRI colaboró en la redacción de la declaración sobre la respuesta mundial al COVID-19 en el Grupo de Trabajo en Salud de APEC, en el cual se mencionó la necesidad de que los foros y organismos internacionales coordinen acciones y mejores prácticas a fin de focalizar la respuesta al COVID-19 y evitar la duplicidad de acciones.

En aras de **impulsar la adecuación de atribuciones de la COFEPRIS para optimizar sus funciones rectoras relativas al control de medicamentos, dispositivos médicos, bebidas y alimentos en todo el territorio nacional**, es de destacar la participación de la COFEPRIS en el Grupo Intersecretarial para la Armonización Normativa de la Ley General de Salud y normas vinculadas, para regular el uso medicinal, científico y de investigación de alto nivel de la Cannabis. Este proceso de armonización se concluye en julio de 2020, y está orientado a salvaguardar la salud de los mexicanos protegiéndolos de los riesgos sanitarios derivados del consumo de psicotrópicos, en cualquiera de sus formas.

En agosto de 2019, se suscribió una carta de intención para la colaboración entre la COFEPRIS y el SNDIF, en materia de inocuidad alimentaria para la salud escolar en el marco del programa de “Escuelas Saludables y Activas” que ejecutan de manera coordinada la SEP, SS, SNDIF, IMSS, ISSSTE y el INSP, de este modo se establece una estrategia conjunta para mejorar el entorno escolar y promover la salud por medio de tres intervenciones: alimentación correcta, hidratación adecuada e incremento de actividad física.

En la primera fase de implementación se establecieron esfuerzos coordinados en 58 escuelas participando las instituciones que firmaron el convenio. En este marco, la COFEPRIS lleva a cabo la verificación de la calidad sanitaria del agua en las escuelas a través de medición de cloro residual y análisis microbiológico así como de las condiciones sanitarias de expendios, comedores y/o cocinas, las visitas de inspección se realizarán, una vez terminado el confinamiento y decretada la apertura de escuelas, en conjunto con la DGPS por medio de brigadas de supervisión, lo cual permita incrementar la seguridad alimentaria en los entornos escolares.

En cuanto al propósito de **designar personal profesional a los hospitales responsables de la implementación y seguimiento de acciones relacionadas con la farmacovigilancia**, los HRAE

tienen en sus planes de mejora de la calidad la promoción de la farmacovigilancia, el reporte de eventos adversos y en general se ha avanzado en la cultura del cuidado de la prescripción, la selección de medicamentos y la disminución de sinergias no previstas o efectos secundarios o indeseables no reportados.

El HRAEI en especial con el Centro Integral de Servicios Farmacéuticos ha promovido altos estándares de actuación en lo que se refiere a farmacovigilancia.

A fin de optimizar la labor de **impulsar propuestas relacionadas con la eficacia de la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura, la generación de resultados analíticos, resoluciones y dictámenes técnicos confiables y oportunos que favorezcan la protección de la salud de la población**, del 1 de septiembre de 2019 al 15 de julio del 2020, la COFEPRIS ha realizado 11,310 determinaciones analíticas en diversas muestras de productos sujetos a control sanitario, se relizaron 3,442 determinaciones analíticas de productos biológicos que corresponden a 303 lotes de 43 vacunas diferentes, equivalentes a 60,981,268 dosis y se revisaron los Protocolos Resumidos de Fabricación para más de 370 lotes de vacunas (aproximadamente 35,285,729 dosis para el Programa Nacional de Vacunación).

En materia de medicamentos, se realizaron 2,770 determinaciones analíticas, dentro de las que se incluyen 174 lotes de medicamentos oncológicos, además de psicotrópicos, estupefacientes y muestras de vigilancia del mercado. También se realizaron 101 determinaciones de biotoxinas marinas derivadas de emergencias por marea roja y 46 determinaciones analíticas asociadas a otras emergencias sanitarias (bebidas alcohólicas adulteradas, medicamentos falsificados, entre otras).

Para **coordinar la participación activa del sector salud, con diversos sectores para proponer, fortalecer o adecuar medidas regulatorias que propicien entornos saludables para la población**, la COFEPRIS y la Secretaría de Economía llevaron a cabo mediante un trabajo coordinado, la modificación de la NOM-051-SCFI/SSA1-2010. “Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas”, que dota a los mexicanos de una de las normas más modernas y avanzadas en materia de etiquetado frontal y que se ubica como una de las principales acciones de gobierno con respecto al combate a la obesidad, el sobre peso y las enfermedades crónico degenerativas.

Esta acción se complementa con el fortalecimiento del control sanitario de la publicidad, de tal manera que la población tenga a su disposición información suficiente y clara para decidir su consumo. Una primera medida ha sido la cancelación de lineamientos para la regulación de publicidad que se habían emitido en la administración del gobierno anterior y que contravenían los preceptos establecidos a este respecto en la Ley General de Salud.

Desde septiembre de 2019, la DGPS en coordinación con la COFEPRIS, la Secretaría de Economía y otras instancias del sector público, privado y social, participó en el anteproyecto de modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010. Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas pre envasados, con el fin de fortalecer y adecuar las medidas regulatorias para el etiquetado frontal de alimentos y bebidas con altos contenidos de nutrimentos críticos que generan un riesgo a la salud de las personas, buscando propiciar un entorno alimentario con información nutricional veraz y de fácil entendimiento.

De septiembre de 2019 a junio de 2020, se validaron un total de 18 albergues para migrantes como promotores de la salud, en Coahuila (uno), Colima (uno), Chihuahua (tres), Durango (tres), Jalisco (uno), Michoacán (uno), Nuevo León (uno), Oaxaca (uno), Sonora (uno), Tamaulipas (cuatro) y Zacatecas (uno). Este proceso se realizó en conjunto con los responsables de los albergues, COESPRIS y diferentes programas de la Secretaría de Salud, lo que permitió desarrollar competencias en salud en esta población y propiciar un entorno saludable.

Con el objeto de **participar en el proceso interinstitucional relacionado con la regulación y legalización del cannabis, para anticipar adecuaciones que resulten procedentes en el SNS**, la CONADIC colaboró desde el ámbito técnico con la Secretaría de Gobernación, con la Comisión de Salud y con la de Justicia del Senado de la República, a fin de que las propuestas de Ley para la Regulación del Uso Adulto de la Cannabis favorezcan la no criminalización de los usuarios, respeten sus derechos humanos y al mismo tiempo, protejan a niños, niñas y adolescentes de la exposición al consumo. El 4 de marzo de 2020, el Dictamen de las Comisiones Unidas de Justicia, Salud y Estudios Legislativos, con opinión de la Comisión de Seguridad Pública fue aprobado en lo general en la Cámara de Senadores, y el 17 de abril, la Suprema Corte de Justicia de la Nación amplió el plazo hasta el 15 de diciembre de 2020 para que se emita la aprobación de la regulación.

Estrategia prioritaria 4.3.

Promover ambientes sanos y sustentables para propiciar condiciones en el entorno que favorezca la protección y el disfrute pleno de la salud en la población

En octubre de 2019, se participó en el Taller sobre el cumplimiento del Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) OMS en México, el cual se desarrolló en torno a las mejores prácticas en la materia de la región de las Américas para evitar la interferencia de la industria tabacalera. El evento fue organizado por la OPS, la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias y la Secretaría de Salud.

En el periodo de reporte, la DGRI apoyó las gestiones para reactivar el proceso de ratificación, por parte de México, del Protocolo para la Eliminación del Comercio ilícito de Productos de Tabaco, el cual es un tratado internacional cuyo objetivo es eliminar todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco mediante un conjunto de medidas que deben adoptar los países en cooperación entre sí: supone una solución global a un problema mundial.

Con el ánimo de **promover, en colaboración con las dependencias responsables en la materia, intervenciones y regulaciones que incentiven la producción, distribución y comercialización de consumo de alimentos saludables y sostenibles bajo un enfoque de seguridad alimentaria de calidad**, el CENAPRECE ha conformado el Grupo Intersectorial de Salud, Alimentación, Medio Ambiente y Competitividad para vincular al sector salud con dependencias relacionadas con el sistema agroalimentario. Entre los logros más importantes está la publicación del 27 de marzo de 2020 en el Diario Oficial de la Federación, sobre la modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010 del etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas pre envasados.

Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, la DGPS participó en el Grupo Intersectorial para la Seguridad Alimentaria (GISAMA) en coordinación con SEMARNAT, SADER, SALUD, COFEPRIS y CONACyT, para impulsar estrategias interinstitucionales sobre alimentación correcta con énfasis en el consumo de verduras regionales y rescate de una cultura alimentaria tradicional saludable.

Los programas de alimentación deben ir acompañados de estrategias sólidas de orientación y

educación alimentaria, para el fomento de hábitos alimentarios saludables, así como la incorporación de productos frescos provenientes, preferentemente, de pequeños productores, para la movilización de la economía local. Los SNDIF son quienes planifican y realizan las sesiones de Orientación Alimentaria a la población beneficiada, por lo que en el 2020 se tienen programadas 125 sesiones en las 32 entidades federativas.

Entre las actividades para **impulsar políticas medioambientales relacionadas con beneficios directos en la salud y desarrollo social de la población que disminuya la exposición a factores de riesgo, optimice el aprovechamiento de factores de protección a la salud y considere la perspectiva bioética**, la COFEPRIS es responsable de coordinar a las entidades federativas en cuanto a la realización de acciones para garantizar la calidad del agua para consumo humano misma que se realiza a través de determinaciones del cloro residual libre por municipio y los análisis bacteriológicos necesarios por las Comisiones o Direcciones de Protección contra Riesgos Sanitarios Estatales.

Del 1 de septiembre de 2019 al 15 de julio de 2020, las entidades federativas realizaron un total de 648,299 determinaciones de cloro residual libre de las cuales el 89.5% (580,247 determinaciones) se encontraron dentro de los límites permisibles que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994 (modificación 2000).

En cumplimiento al artículo 118 de la Ley General de Salud que establece que la Secretaría de Salud determinará los valores de concentración máxima permisible para el ser humano de contaminantes en el ambiente, en el Suplemento de Normalización 2019 se incluyeron para su actualización tres normas de calidad de aire, las normas NOM-020-SSA1-2014, NOM-025-SSA1-2019 y NOM-026-SSA1-2019, los trabajos de modificación se iniciaron en el segundo semestre de 2019, concluyéndose en febrero de 2020 con la firma de los anteproyectos elaborados por los grupos de trabajo, en donde participaron la academia, centros de investigación, entidades de la Administración Pública Federal, asociaciones de la sociedad civil y particulares, con el fin de armonizar y alcanzar los valores guía establecidos por la OMS, dichos anteproyectos serán publicados para consulta pública, una vez que el Comité Consultivo de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario sesione y sean aprobadas.

Como parte de las acciones tendientes al análisis de aspectos medioambientales desde un enfoque bioético, el 31 de octubre de 2019 en el marco del

Curso Introducción a la Ética Ambiental, se presentó la Conferencia “Cambio Climático y Salud. Un Enfoque Bioético”, el evento se realizó en el auditorio principal del Museo Memoria y Tolerancia de la Ciudad de México con una asistencia de 200 personas. Asimismo, el 13 de noviembre de 2019 en las instalaciones de la UNAM, se llevó a cabo la Conferencia Magistral en Bioética “Juliana González”, la cual versó sobre el mismo tema y contó con la asistencia de 100 personas.

Durante este periodo se ha hecho énfasis **en fomentar la coordinación interinstitucional e intersectorial para la difusión de protocolos y mejores prácticas relacionadas con el manejo de químicos, sus efectos en el ambiente y la protección a la salud con apego a los estándares nacionales e internacionales**, por lo anterior el CSG aprobó la Política Nacional Integral para la Gestión de Sustancias Químicas y el Programa de acción de aplicación inmediata para el control de la exposición a plomo en México, en la Segunda Sesión Ordinaria 2019, llevada a cabo el 27 de noviembre. Esta política pública busca dar solución a la emergencia de Salud Pública por la exposición a plomo, brindar atención inmediata y cubrir el rezago histórico de proteger a la población infantil contra los riesgos a la salud por el contacto plomo proveniente principalmente de la loza vidriada.

Por iniciativa de la COFEPRIS se promovió ante la Comisión de Comercio Exterior, la prohibición de fracciones arancelarias para la importación y comercialización de 13 moléculas de plaguicidas altamente peligrosos cuyo uso en el mundo había sido prohibido desde hace varios años y que se encontraban señalados en los Acuerdos de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos y el Convenio de Rotterdam. Al mismo tiempo, se estableció como medida regulatoria restringir la venta de plaguicidas solamente a farmacias agropecuarias certificadas y la devolución del envase usado como condición para que sea surtido el siguiente producto.

En este sentido la COFEPRIS en coordinación con SADER, SENASICA, SEMARNAT y SE, promovió la publicación, a principios de noviembre de 2019, de un Decreto Presidencial para prohibir la importación y comercialización de 13 moléculas que dan origen a más de 300 registros de plaguicidas altamente peligrosos, los cuales han sido cancelados.

La COFEPRIS suscribió un Convenio de Colaboración con el Sistema Público de Radiodifusión del Estado Mexicano y con el Instituto Mexicano de la Radio, para la producción, conducción y transmisión a partir del 1 de abril de 2020, de una barra diaria de

contenidos radiofónicos para orientar a la ciudadanía sobre temas de Salud. Este proyecto se ha denominado “Desde la COFEPRIS, contra Riesgos Sanitarios, Radio Nacional de Salud”, al 15 de julio de 2020, se han producido y transmitido 76 programas de radio con duración de una hora por la frecuencia del 710 de AM y retransmitidos por la frecuencia XEB1220 de AM, ambas con cobertura nacional.

Estrategia 4.4.

Fortalecer la promoción e investigación sobre hábitos y estilos de vida saludable bajo un enfoque diferenciado, con pertinencia cultural y perspectiva de derechos para disminuir padecimientos prevenibles y procurar el disfrute pleno de la salud en la población

Con el objeto de cumplir con los compromisos internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos, la DGRI coordinó con las áreas técnicas de la Secretaría de Salud la integración de insumos para preparar la posición de México en las sustentaciones ante distintos comités y convenciones de la ONU: sobre los siguientes temas: eliminación de la discriminación racial, derechos civiles y políticos; así como sobre discapacidad. Tales sustentaciones se dan en el marco de los comités y convenciones sobre derechos humanos de la ONU.

Como parte del fortalecimiento de la investigación sobre hábitos y estilos de vida saludables, a través de la Sección mexicana de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos de América (CSFMEU) se realizaron diversas colaboraciones con universidades de México y del extranjero, para la generación de evidencia sobre acceso a servicios de salud, VIH, uso de drogas, enfermedades crónicas y salud mental, entre otras. Los estudios se basaron en la población migrante que vive en Estados Unidos de América y la población migrante de retorno, trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres, y usuarios de drogas, entre otros.

Se ha fortalecido la investigación en salud fronteriza a través de la Red Temática Binacional, proyecto de la Sección mexicana de la CSFMEU, con la Universidad Autónoma de Tamaulipas, la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, la Universidad de California en San Diego y la Universidad de Arizona. Hasta agosto

2020 se tienen convenios de colaboración vigentes con la Universidad de California en San Diego, la Universidad de Arizona, la Universidad de Drexel, El Colegio de la Frontera Norte, la UNAM, la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Nuevo León y Ciudad Juárez, y *Fondation Sanofi Espoir*.

Como parte del compromiso de **promover planes y políticas públicas, bajo un enfoque multidimensional e interinstitucional, para incentivar conductas saludables y prevención de enfermedades, con pertinencia cultural, sensible al ciclo de vida y con perspectiva bioética y de género**, de septiembre a diciembre de 2019, se capacitaron profesionales relacionados con la prevención de lesiones accidentales: 128 auditores de seguridad vial; 310 personas en el manejo inicial del paciente quemado; 156 en rescate acuático; 102 en manejo de envenenamientos e intoxicaciones; 476 instructores de primeros respondientes; y se formaron 23,871 primeros respondientes.

De septiembre 2019 a junio 2020, se realizaron 105 auditorías de seguridad vial y se implementaron 32. A diciembre de 2019, con la Acción Estratégica de Alcoholimetría se establecieron puntos de control en 172 municipios prioritarios. Se envió a los estados los Lineamientos para el Impulso de Iniciativas Normativas Integrales en Materia de Prevención de Accidentes y Seguridad Vial.

Entre febrero y abril se actualizaron infografías para la identificación de caso sospechoso de COVID-19 dirigidas a primeros respondientes; se identificaron las acciones de alistamiento ante la emergencia por parte de los CRUM y los servicios estatales de urgencias; y se participó en la elaboración del Plan Nacional de Salud para Migrantes.

De septiembre de 2019 a junio de 2020, 645 ayuntamientos, que representan el 31% del total de municipios de las 25 entidades, elaboraron un Programa de Trabajo Municipal de Promoción de la Salud, con otras instituciones del sector público y privado y la comunidad, para implementar acciones de prevención y promoción. De marzo a junio de 2020, 2,458 municipios en el país, registraron acciones de organización, coordinación, planeación y presupuesto para la atención de la emergencia sanitaria por COVID-19 por 1,117 (45.4%) en 30 estados, con base en la Guía informativa para presidentes municipales sobre COVID-19.

Las Cartillas Nacionales de Salud (CNS), son la estrategia de política pública del SNS, que permite fortalecer conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades de acuerdo al ciclo de vida. De septiembre de 2019 a junio de 2020, se presentaron 25,141,155 CNS durante la consulta de

primer nivel, es decir en el 70%. Además, se realizaron 26,243,967 atenciones integradas de línea de vida en las consultas, de las cuales 230,928 fueron a migrantes y 1,927,760 en indígenas.

La Comisión Nacional de Bioética, promovió la realización de foros para discutir y analizar las implicaciones bioéticas en distintos ámbitos de la salud, de las cuales se destacan:

CUADRO 10. EVENTOS PROMOVIDOS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA		
FORO	SEDE	FECHA
"4º Curso Bioética en la práctica e investigación clínica. Un enfoque aplicado" Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición Salvador Zubirán	CDMX	Septiembre 2, 2019
Cátedra Patrimonial en Bioética "Ruy Pérez Tamayo" "Edición Genética y Final de Vida: Una humanidad sin enfermedades o el derecho al bien morir" Universidad Autónoma de Querétaro	Querétaro, Qro.	Septiembre 6 y 7, 2019
"V Foro Bioética en la Práctica de Enfermería" Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	CDMX	Septiembre 10, 2019
Conferencia Magistral en Bioética "Rubén Lisker" Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición "Salvador Zubirán"	CDMX	Noviembre 27, 2019
Reunión interinstitucional Protocolo de Trasplante Vascularizado "Cara"	CDMX	Diciembre 19, 2019
Foro Virtual "La Bioética frente a la discriminación hacia la comunidad LGBTQTTIQ"	CDMX	Mayo 20, 2020
Foto Virtual "Acciones por la salud de las mujeres, Retos Bioéticos"	CDMX	Junio 2, 2020

FUENTE: Comisión Nacional de Bioética.
Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de junio de 2020.

Por otro lado, entre septiembre 2019 y agosto 2020, con el objetivo de establecer pautas para el diseño y la implementación de políticas públicas, la Comisión Nacional de Bioética publicó tres pronunciamientos sobre temas prioritarios y de impacto social: "La Laicidad como principio de las políticas de salud en México", septiembre 2019; "Una cultura con perspectiva de género como imperativo bioético", 13 de febrero 2020 y "La Bioética ante la pandemia de COVID-19", 12 de marzo de 2020. En relación con este mismo tema fueron publicadas las "Recomendaciones bioéticas ante el COVID-19", el 31 de marzo de 2020 y se conformó un ciclo de 15 videoconferencias denominado "Aportaciones de la bioética al manejo de la emergencia sanitaria por COVID-19" en las que expertos de varias disciplinas plantearon diversas problemáticas e implicaciones para la salud derivadas de la pandemia.

Se subraya también la edición de la Gaceta CONBIOÉTICA número 33 "Mujer, derechos Humanos y Salud"; y la publicación de los libros "Bioética Clínica: Una Breve Introducción" y "La Ética de Cuidado Paliativo", los cuales presentan de manera sencilla contenidos teóricos y su aplicación mediante casos clínicos. Los materiales mencionados, así como la totalidad de las publicaciones de la Comisión Nacional de Bioética, se encuentran disponibles en formato electrónico en su portal institucional.

A través de los servicios de información especializada en bioética y temas afines del Centro del Conocimiento Bioético, se impulsa que en la Comisión Nacional de Bioética la población encuentre un recinto físico y virtual para generar y/o reforzar sus conocimientos.

En el lapso del 1 de septiembre del 2019 al 31 de agosto de 2020, se atendieron 2,410 solicitudes de información, las cuales se conforman de bibliografía impresa y en formato digital, acorde con de las necesidades e intereses de la población usuaria. Cabe mencionar que en el contexto del COVID-19, las herramientas digitales del Centro del Conocimiento Bioético, han permitido la continuidad de actividades enfocadas a reforzar y difundir la cultura bioética.

Con el fin de **fomentar la investigación sobre los factores determinantes de enfermedades para incidir en la promoción y prevención en salud, con pertinencia cultural, sensible al ciclo de vida y con perspectiva de género**, la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud, adscrita a la CCINSHAE, cuenta con líneas de investigación actualizadas, alineadas a los problemas de salud del país como enfermedades oncológicas, crónico degenerativas, infecciones nosocomiales, ciencias quirúrgicas y en el análisis estratégico de investigación.



Asimismo, se propusieron nuevas líneas para cubrir tópicos como neoplasias malignas; enfermedades crónicas; trastornos de la nutrición; salud reproductiva y medicina perinatal; trastornos psiquiátricos y neurológicos; enfermedades infecciosas y parasitarias; desarrollo de tecnologías para la salud; grupos vulnerables; medio ambiente y salud; accidentes; sistemas de salud, economía de la salud y seguridad social; trasplantes y preservación de órganos, células troncales y tejidos, entre otras.

Para fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos y el fortalecimiento en enero 2020 el CONACYT publicó el listado de investigadores con reconocimiento en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), donde la Secretaría de Salud ocupa el cuarto lugar con 1,416 investigadores pertenecientes al SNI, sólo después de la UNAM, la cual registra 4,966, los Centros Públicos de Investigación del CONACYT con 2,266, la Universidad de Guadalajara con 1,435 investigadores. Sin embargo, los investigadores de la Secretaría de Salud ocupan el primer lugar en número de investigadores SNI en el Área 3. Entre las instituciones del Sector Salud, el IMSS y el ISSSTE cuentan con 348 y 21 investigadores, respectivamente. En total, la Secretaría registra 1,416 investigadores con reconocimiento en el SNI, los cuales se distribuyeron de la siguiente forma: 1,294 en los INS Salud, 92 en los HFR, 22 en los HRAE y ocho en otras unidades coordinadas, como los Servicios de Atención Psiquiátrica así como la propia CCINSHAE.

En el Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas (ICM) de la Secretaría de Salud se encuentran vigentes por categoría el siguiente número de Investigadores: ICM"A" 166, ICM"B" 283, ICM"C" 415, ICM"D" 342, ICM"E" 90, ICM"F" 191, Investigadores Eméritos seis, para un total de 1,487.

Asimismo, se publicaron 2,988 artículos científicos de los cuales 2,021 fueron de calidad, 852 de alta calidad y 115 fueron de excelencia de acuerdo al Factor de Impacto de las revistas en los que fueron difundidos.

Con la meta de **implementar campañas de difusión y promoción de estilos de vida y hábitos alimenticios saludables, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población con énfasis en las áreas rurales, marginadas e indígenas bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género**, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes elaboró diseño y editó diversos materiales, como los

informes anuales y perfiles epidemiológicos de seguridad vial y grupos vulnerables; manuales e infografías para instructores y primeros respondientes; material dirigido a personal de salud y población, con información epidemiológica y de identificación y prevención de riesgos de lesiones accidentales. Al cierre de 2019, 25 entidades difundieron, a través de diversos medios de comunicación, las campañas "Evita Comportamientos Riesgosos" y "La Prevención es Vital", para la prevención de accidentes viales y otras lesiones accidentales.

En relación con la pandemia de COVID-19, se elaboraron 10 aplicaciones gráficas con mensajes para la ciudadanía sobre prevención de accidentes en el hogar y una sobre los riesgos de envenenamientos e intoxicaciones por el uso de cloro y su combinación con otros productos de limpieza.

De septiembre de 2019 a mayo de 2020, se realizaron 124 materiales de comunicación educativa sobre alimentación y actividad física, de los cuales, 78 fueron impresos, 13 audiovisuales y 23 para páginas de internet y redes sociales dirigidas a escolares de cinco a nueve años, adolescentes de 10 a 19 y a adultos jóvenes de 20 a 59 años.

Para atender COVID-19, se realizaron 11 mensajes de audio y dos videos para la población indígena, cubriendo 15 lenguas^{65/}, que representó más del 82% de hablantes indígenas, beneficiando a 6,053,020 de hablantes de lengua indígena. Con el apoyo del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, del INPI y los estados, se realizaron traducciones y se difundieron en radiodifusoras indígenas.

En 26 entidades^{66/} se reportaron actividades de promoción de la salud con población migrante, nacional e internacional y repatriados, en albergues, refugios, centros de salud, comedores, puntos de tránsito, para fortalecer medidas de higiene, información sobre la sintomatología de la enfermedad, sana distancia y otros métodos de protección.

Por conducto del IMSS, se ha promovido la Dieta de la Milpa principalmente en áreas rurales y pueblos indígenas. De septiembre 2019 a junio 2020 ha habido 2,154 inscripciones al taller. Asimismo, se editó, imprimió y distribuyeron 19 mil ejemplares del "Recetario de la Dieta de la Milpa" en las 35 delegaciones IMSS.

^{65/} Náhuatl, Tepehuano del Sur, Amuzgo, Mixteco, Otomí, Tlapaneco, Zapoteco, Cho'ol, Huasteco, Maya, Tojolabal, Tzeltal, Tsotsil, Totonaco y Tarasco.

^{66/} Baja California Sur, Chiapas, Nayarit, Oaxaca, Quintana Roo, y Tabasco no reportaron.

Como parte de los temas en los que los HRAE han trabajado es en la investigación y difusión de conocimiento sobre enfermedades crónicas degenerativas, como diabetes y cáncer, entre las poblaciones que atienden.

El HRAEI cuenta con un programa para la detección de riesgos en el embarazo; en el HRAEO se investigan las bases genómicas de la obesidad, entre otros.

Para **fomentar el uso de tecnologías interactivas y móviles, para informar, sensibilizar y orientar decisiones responsables de la población respecto a sus hábitos y estilo de vida saludable**, se elaboraron estrategias de comunicación educativa utilizando anuncios en páginas de internet y redes sociales sobre 57 temas de salud pública, en 17 entidades federativas^{67/}. En total se diseñaron 199 materiales correspondientes a 28 programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

En la línea de acción destinada a **implementar campañas de difusión en los centros de trabajo sobre los servicios de consulta y detección temprana de enfermedades para su prevención**, en conjunto la Secretaría de Salud y el ISSSTE iniciaron el 25 de febrero de 2020, el proyecto piloto sobre entornos laborales saludables y seguros, para promover espacios saludables laborales, con acciones de promoción de la salud y prevención de sobrepeso y obesidad, y enfermedades crónicas no transmisibles, se inscribieron cinco inmuebles con personal de la Secretaría de Economía en esta primera etapa.

Se han desarrollado foros promocionales con las empresas de alta siniestralidad, para impulsar la aplicación de prácticas seguras y saludables, gracias a la organización del IMSS. De septiembre 2019 a junio 2020, se realizaron al menos 70 foros en los que participaron 5,399 trabajadores.

En este mismo periodo, se realizaron 3,292 Estudios y Programas Preventivos de Higiene en el Trabajo, en igual número de empresas, privilegiando la promoción a la salud y la prevención de enfermedades laborales.

Las acciones de promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades se integran en Chequeo PrevenIMSS; en lo que respecta a la

estrategia PrevenIMSS en empresas, en el periodo septiembre de 2019 a julio de 2020 se brindó atención preventiva a 745,888 trabajadores en sus centros laborales, en consistencia con el propósito de hacer accesibles los servicios de prevención al acercarlos a los centros laborales.

Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, en el marco de la construcción de la cultura de la prevención, el ISSSTE implementó la Estrategia Transformando tu Estilo de Vida, cuyo enfoque es integral porque abarca los componentes esenciales que se requieren para poder generar un cambio en los estilos de vida de una persona, como son: la alimentación correcta, la actividad física, la salud mental, la atención médica, la comunicación y la prevención de la salud. Su principio fundamental es la prevención en los tres niveles (primaria, secundaria y terciaria), con especial interés en la prevención primaria de enfermedades como la obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica.

En los centros de trabajo, se propuso una serie de acciones encaminadas a la promoción y educación para la salud, a través del fomento de factores protectores para enfermedades como son la actividad física y la alimentación saludable.

Para hacer más accesibles los servicios de salud a los trabajadores del estado y dar a conocer la oferta de prestaciones y servicios médicos disponibles, el ISSSTE realizó actividades enfocadas en la protección, prevención y educación a través del empoderamiento de las personas con la adopción de estilos saludables de vida y el autocuidado por medio de la identificación de riesgos para padecer una enfermedad crónica no transmisible. En este sentido, del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, el ISSSTE llevó a cabo 2,315 Ferias de Salud "El ISSSTE en tu Dependencia", 78 jornadas "El ISSSTE Contigo", 67 Ferias Intersectoriales y 103 Actividades en unidades médicas.

Para invitar a **participar en eventos y programas, que promuevan el deporte y la actividad física en el entorno laboral, comunitario, recreativo y escolar para propiciar hábitos saludables**, a través del IMSS, se han realizado acciones de Promoción de la Salud impartidas por el personal de enfermería durante el Chequeo PrevenIMSS. En todas las Estrategias Educativas para la Salud (EEPS) por grupo de edad se aborda la importancia de la práctica diaria de actividad física, y en especial en "Pasos por la Salud", se lleva a cabo la práctica durante tres meses.

^{67/} Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Coahuila, Colima, Durango, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas.

En el periodo de reporte, se capacitó a 20,770 personas con sobrepeso u obesidad en “Pasos por la Salud” y 86,606 personas con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y/o hipertensión arterial en “Yo puedo”.

Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, en coordinación con los SESA y sus jurisdicciones sanitarias se realizaron 46 mil eventos de actividad física. A través de estos eventos masivos, talleres o pausas por la salud, se activó a 2.1 millones de personas de todas las edades, en sus entornos comunitario, escolar y laboral.

Primera Carrera Sectorial de SALUD-CONADE: “Con mejor Salud, Transformas a México”, se impulsó la vinculación interinstitucional para la promoción de estilos de vida saludables.

Con respecto al objetivo de **fomentar acciones integrales, para reducir la presencia de factores de riesgo para la salud, particularmente en niñas, niños adolescentes, jóvenes y grupos en situación de vulnerabilidad, como son el consumo del tabaco, la exposición pasiva al humo del tabaco y el consumo nocivo de alcohol**, a través de la gira Decisión sin adicción “Adicto a la vida”, de septiembre 2019 a junio de 2020 se han realizado 277 funciones con la presencia de 57,112 asistentes en 17 sedes auspiciadas por el IMSS. Además, se trabajó en prevención de adicciones en 15 escuelas en las que participación de 3,300 adolescentes, 426 padres y 30 líderes.

En el IMSS se han realizado acciones de Promoción de la Salud impartidas por el personal de enfermería durante el Chequeo PrevenIMSS y por el personal médico por medio de la consulta de Medicina Familiar, en las Estrategias Educativas para la salud por grupo de edad se aborda el tema de prevención universal de adicciones.

En el periodo de reporte, se capacitó a 55,871 niñas y niños de tres a seis años de edad, así como a 23,006 padres o tutores en la EEPS ChiquitIMSS Junior, 35,828 niñas y niños de siete a nueve años de edad en ChiquitIMSS, 38,238 adolescentes de 10 a 14 años en JuvenIMSS Junior, 28,587 adolescentes de 15 a 19 años en JuvenIMSS, 59,108 mujeres y hombres de 20 a 59 años de edad en Ella y Él con PrevenIMSS y 58,946 personas adultas mayores en Envejecimiento Activo PrevenIMSS.

El Centro de Atención Ciudadana de la CONADIC, La Línea de la Vida, brinda servicio a las personas que viven con un trastorno mental o que por su

condición de consumo de sustancias psicoactivas se encuentran en un estado emocional vulnerable, favoreciendo el acceso a los servicios de salud especializada existentes en el país.

Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de agosto del 2020, 19,886 personas fueron beneficiadas de las actividades de prevención universal y selectivas en la comunidad académica desde primaria, secundaria, preparatoria y universidad, así como escuelas para padres y organizaciones de la sociedad civil y empresarial.

El 31 de mayo de 2020, se llevó a cabo el Día Mundial Sin Tabaco y el mensaje se centró en la protección a niñas niños y jóvenes ante la aparición de los productos novedosos y emergentes de tabaco y nicotina. En este marco, la OMS entregó al gobierno de México el Premio del Día Mundial Sin Tabaco, reconociendo su esfuerzo para generar cambios positivos para el control del tabaco y la protección de la salud. Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de julio de 2020 se coordinó el reconocimiento de 1,141 Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco.

El 13 de mayo de 2020 se publicó en el DOF, el nuevo acuerdo de advertencias sanitarias para empaques de productos de tabaco, vigente del 1 de junio de 2020 al 30 noviembre de 2021, las cuales abordan la relación entre el tabaquismo y enfermedades como el daño cerebrovascular, diabetes y cáncer de pulmón; además de incluir mensajes informativos sobre las consecuencias que tiene el consumo de tabaco ante la pandemia de COVID-19.

Entre el 1 de septiembre de 2019 al 31 de diciembre 2019, la CONADIC y los Consejos Estatales contra las Adicciones realizaron acciones en el marco de la “Estrategia Nacional para la Prevención del Consumo de Bebidas Alcohólicas en Menores de Edad”, visitando 1,283 establecimientos mercantiles con venta de bebidas alcohólicas y brindando información a 6,883 personas sobre los riesgos del consumo de alcohol por menores de edad. Como resultado, un estudio encontró que a partir de su implementación disminuyeron a nivel nacional los ingresos a urgencias por intoxicaciones con alcohol en un 16.4% en menores de edad de 10 a 19 años.

El 15 de noviembre de 2019 se celebró el “Día Nacional contra el Uso Nocivo de Bebidas Alcohólicas” y se realizaron 32 eventos conmemorativos estatales, 851 actividades municipales como ferias de la salud, pláticas, conferencias, carreras y caminatas, entre otras, en los cuales se dio información a 58,654 personas.

En cuanto a la tarea destinada a **promover una cultura sobre el uso adecuado de medicamentos con especial énfasis en los riesgos de la automedicación y polifarmacia a través de la concientización de la población y profesionales de la salud, haciendo hincapié en personas adultas mayores**, hemos establecido un Convenio con la UNAM para el combate a la resistencia antimicrobiana, extendiendo la invitación a los sectores involucrados como SENASICA, SADER y SEMARNAT. Al mismo tiempo, se diseña un programa de vigilancia a consultorios adyacentes a farmacias privadas.

Para fortalecer la farmacovigilancia y la tecnovigilancia, el 23 de septiembre de 2019, se iniciaron las actividades de notificación de reacciones adversas a los medicamentos en el sistema Vigiflow y unas semanas después la validación y envío de notificaciones a la Base Mundial de la OMS. Al 15 de julio de 2020, se han recibido 38,043 notificaciones. Con esta acción se fortalece la Farmacovigilancia y la Tecnovigilancia, hoy estamos interconectados globalmente con VigiFlow/Uppsala, lo que nos permite la atención de alertas internacionales y nacionales.

El 20 de noviembre de 2019, el CSG junto con el Instituto Nacional de Salud Pública, realizó el foro “Resistencia Antimicrobiana”, el objetivo del foro fue incrementar la concientización sobre la resistencia a los antibióticos y fomentar las mejores prácticas entre el público en general, los trabajadores de la salud y los responsables de las políticas para evitar que la resistencia a los antibióticos se siga presentando y extendiéndose.

Una acción destinada a **fortalecer los servicios y programas de asistencia social, dirigidos a la población en cualquier momento del curso de vida, con discapacidad, en contexto de migración, en abandono o desamparo, entre otras, sujeta de asistencia social, para incrementar su acceso**, a través de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, del 1 de septiembre de 2019 al 31 de agosto de 2020, conscientes de las necesidades y contribuyendo día con día a la mejora en los resultados para ayudar a la gente más necesitada, fueron signados 19 convenios de colaboración con beneficencias públicas estatales u homólogas e instituciones de salud en las distintas entidades federativas, otorgando 2,639 ayudas en beneficio a 2,607 personas en situación de vulnerabilidad. Las alianzas generadas con los hospitales e institutos, no se limitan a la entrega de un bien, sino que garantizan la debida colocación de los apoyos otorgados mediante las intervenciones quirúrgicas correspondientes, así como el seguimiento y rehabilitación de los beneficiarios mencionados.

Todos los trabajos anteriormente destacados están enfocados para que las personas de escasos recursos, y sin ningún tipo de apoyo en el campo de la salud puedan acceder a insumos y material quirúrgico hospitalario, que por su grado de especialización y su alto costo serían casi imposibles de adquirir por el beneficiario. Con las acciones antes mencionadas, se apoya de forma directa a la gente más necesitada a tener una calidad de vida superior, logrando mejora en su salud y adquiriendo una mayor autonomía en su movilidad, escucha y otros tipos de discapacidad para una integración social, lo que permite que las familias se incorporen a una vida económicamente activa.

Para salvaguardar los derechos a la recreación y libre esparcimiento, en los Campamentos Recreativos se priorizó la atención a grupos conformados por niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad fortaleciendo la inclusión e integración. Del 1 de septiembre de 2019 al 30 junio de 2020 se realizaron 1,212 eventos en favor de un promedio de 6,944 personas.

Asimismo, se proporcionó el apoyo de acogimiento residencial integral a 313 personas, 51 niñas, niños y adolescentes de 0 a 18 años, nueve adultos entre 18 y 59 años, 199 personas con discapacidad que oscilan entre los ocho y 73 años y 54 adultos mayores, que se encontraban en situaciones de vulnerabilidad, pobreza y desamparo. Por otra parte, del 1 de septiembre del 2019 al 30 de junio de 2020, se otorgaron 340 apoyos funcionales a personas sujetas de asistencia social.

En los Centros de Asistencia Social de Niñas, Niños y Adolescentes, del 1 de septiembre de 2019 al 30 junio de 2020 se brindó atención prioritaria a las problemáticas jurídicas, económicas y sociales, que no les permiten vivir en familia. Se dio cumplimiento a medidas de protección emitidas por la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes a un promedio de 176 niñas, niños y adolescentes albergados; por mes, se realizaron 886,883 acciones para su atención integral como servicios de atención médica, psicopedagógica, educación, formación y de atención social.

Entre las acciones para **implementar estrategias y programas de asistencia social alimentaria para contribuir al ejercicio pleno del derecho a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, particularmente, de los sujetos en condiciones de vulnerabilidad, marginación y discriminación**, en el periodo del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2019, a través del Programa Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables, los SEDIF

distribuyeron 3,298,707 despensas, en apoyo a 347,742 habitantes en condiciones de vulnerabilidad, en 1,811 municipios.

Este programa, también sufrió cambios sustantivos en la EIASADC 2020, dio paso al Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria.

En el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2020 se distribuyeron 2,299,846 dotaciones, con lo que se apoyó a 575,263 personas, en 1,479 municipios.

Estrategia 4.5.

Implementar programas para la prevención y control del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para evitar su propagación o en su caso, propiciar su atención oportuna bajo un enfoque diferenciado con pertinencia cultural y perspectiva de derechos

Se apoyó la participación de México en la 45a. y 46a. Sesión de la Junta Coordinadora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Durante la 45a. Sesión se acordó la consulta al Secretario General de la ONU las opciones para calendarizar la reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre el VIH y el sida, además se presentaron los informes sobre el progreso de la prevención del VIH 2020, tales como el de las barreras al financiamiento dirigido por la comunidad, así como el del progreso para la reducción del estigma y la discriminación en todas sus formas.

Se apoyó la participación de México en la Reunión Ministerial de la Coalición Global para la Prevención de VIH: Acelerando el Progreso hacia los Objetivos 2020 para la Prevención de VIH 2020, celebrada en noviembre, en Nairobi. En la sesión, se presentaron los compromisos del Gobierno de México para incrementar el número de nuevas infecciones prevenidas como parte del Programa de Acción Específico de VIH 2019-2024 y las actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva a través de estrategias de coordinación de los Programas de VIH, de Salud de la Infancia y la Adolescencia y de Salud Sexual y Reproductiva.

Entre las actividades para **coordinar la estrategia interinstitucional, para fomentar la participación**

comunitaria bajo los enfoques transversales, que faciliten la información y sensibilización de la población con mayor riesgo de exposición y prevengan la transmisión de ITS, de septiembre a diciembre de 2019, se realizaron nueve ejercicios de participación democrática con la asistencia de 299 instituciones del sector salud, dependencias federales, personas representantes de OSC, comunidades afectadas, academia, organismos públicos autónomos y de cooperación internacional, los cuales hicieron más de 280 propuestas, para la construcción de estrategias de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva y atención integral para la elaboración del programa preliminar del VIH y otras ITS, el cual definirá la política pública en la materia en los próximos años. Finalmente, el 28 de noviembre de 2019, se llevó a cabo la Primera Reunión Ordinaria del Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH e ITS (CONASIDA), en la cual se presentó la versión preliminar del Programa de Prevención, Atención y Control del VIH y otras ITS, frente a la representación todos los sectores y actores que participan en la respuesta al VIH e ITS en el país.

Entre las tareas que se realizan a fin de **promover campañas educativas respecto a enfermedades e infecciones de transmisión sexual, para reducir la estigmatización y discriminación a la vez que se propicia la asistencia de la población afectada a los servicios de salud**, en el segundo semestre de 2019, se buscó eliminar el estigma de las pruebas de VIH, promoviendo la introducción universal y la aceptación social de las mismas, a través de la difusión nacional en radio, televisión y cuentas institucionales de redes sociales de la campaña de comunicación denominada “Hazte la Prueba”, haciéndose énfasis en que su aplicación es segura, gratuita y confidencial, para lo cual, se invirtió 1.2 millones de pesos.

Asimismo, se promovió de manera permanente en las redes sociales del CENSIDA, mensajes de prevención del VIH, uso correcto y consistente del condón masculino, servicios de atención especializados, acciones contra el estigma y discriminación y protección de los derechos humanos a todas las comunidades en riesgo de infección. Hasta el 30 de junio de 2020, se contó con 36 mil seguidores en *Twitter* y 117 mil en *Facebook*. Finalmente, para conmemorar el mes del orgullo LGBTTTI, del 10 al 30 de junio de 2020, se organizó un ciclo de teleconferencias dirigidas a las personas de la comunidad, sus amigos y familias, líderes comunitarios, activistas y organizaciones de la sociedad civil, con una visión actualizada del movimiento LGBTTTI, acciones hacia el cuidado de la salud, recomendaciones para prevención de infecciones por SARS-CoV-2, la

atención integral y los derechos humanos de esta población. Durante estas sesiones, se tuvo un promedio de 80 participantes en cada una y alrededor de 1,200, en las 10 sesiones programadas.

En cuanto a la tarea de **sistematizar el monitoreo y la vigilancia epidemiológica para anticipar el control oportuno de brotes y la disposición de tratamientos**, el SINAVE mantiene la sistematización la estructuración del seguimiento epidemiológica del país a través del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica de 146 padecimientos de acuerdo con la NOM-017-SSA2-2012, en más de 25 mil unidades del Sector Salud y de 24 sistemas especiales. La DGE como enlace permanente nacional e internacional para emergencias en salud, a través de la UIES, desarrolla la capacidad nacional de evaluación de riesgos, compromiso contraído del RSI. Por lo cual la detección, verificación y evaluación de riesgos es constante las 24 horas los 365 días, y ha sido pieza fundamental en la respuesta nacional frente a la emergencia por COVID-19.

El 31 de diciembre de 2019, la UIES detectó en medios y redes sociales la notificación de casos de neumonía por un agente etiológico desconocido, se inició el seguimiento del evento y detonando la actividad de la vigilancia dirigida. Desde el 1 de enero de 2020, se sigue la contingencia sanitaria derivada por la pandemia de COVID-19 a nivel internacional y nacional. Al 31 de julio de 2020, se emitieron 1,792 informes, nueve Avisos Preventivos de Viaje y cinco Evaluaciones Rápidas de Riesgo.

La vigilancia de eventos internacionales, también es parte fundamental de las actividades de vigilancia, por lo que adicionalmente a la atención de COVID-19 continúa el seguimiento a eventos masivos y de relevancia internacional que pudieran afectar al país, así como a enfermedades de gran impacto para la salud pública como Ébola, Fiebre Amarilla, Rabia, MERS-CoV, entre otros.

En lo referente a **desarrollar y consolidar tecnología e innovaciones para el diagnóstico, tratamiento, vacunas y métodos de barrera para reducir la incidencia de ITS**, y como resultado del esfuerzo colectivo intersectorial e interinstitucional, se creó el 4 de febrero de 2020, el Observatorio Nacional de Hepatitis C, con el objetivo de generar estrategias para la identificación de poblaciones y zonas geográficas más afectadas por la epidemia, mediante la incorporación de un sistema de información que permite tamizar, diagnosticar y tratar a las personas con hepatitis C. En 2020, el programa de eliminación se centra en el diagnóstico, tratamiento y vigilancia de las personas coinfectadas con VIH/virus de

la hepatitis C (VHC), así como en las personas que se inyectan drogas, con el objetivo de tamizar, diagnosticar y tratar a las personas que viven con VIH que reciben atención en los CAPASITS y SAIH. Por lo que, se invirtió 6,237,678.72 pesos en la contratación de personal de enfermería para las actividades.

Se adquirieron 18 mil piezas de la clave sofosbuvir/velpatasvir, para el tratamiento del VHC en la Secretaría de Salud, ese contrato incluyó beneficios adicionales sin cargo presupuestal como son: 1) 87 mil pruebas rápidas para detección de personas con anticuerpos anti-VHC; 2) Estudios de carga viral para la confirmación de infección crónica por VHC; y 3) Estudios pretratamiento a las personas con carga viral positiva, que incluyen: antígeno de superficie de VHB, anticuerpo anti-Core IgM de VHB, creatinina y biometría hemática.

Atendiendo los lineamientos de primeras líneas de tratamiento establecidos por la OMS, al 30 de junio de 2020, se atendieron a 98,972 adultos y adolescentes (≥ 10 años) que viven con VIH. Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, se dio seguimiento a las coinfecciones VIH/TB, se trataron a 1,301 personas coinfectadas que viven con VIH y tuberculosis, que corresponden al total de los casos reportados en la Secretaría de Salud.

En torno a la tarea de **fortalecer la detección oportuna de ITS, para evitar su propagación y prevenir complicaciones graves en la población afectada. Especialmente en el caso de mujeres embarazadas**, se ha mantenido como parte del programa de trabajo de atención materna y perinatal la detección de ITS durante el embarazo. Del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020 se otorgaron 628,799 consultas prenatales de primera vez por trimestre gestacional, de las cuales a 310,657 embarazadas se les realizó las detecciones de VIH-Sífilis, lo que representó una cobertura del 49.4 por ciento.

En 2020, con el objetivo de mejorar la detección oportuna de las personas que viven con VIH e ITS, en particular en poblaciones en riesgo y en situación de desigualdad, la federación, a través del Ramo 12, destinó 78,362,361.60 pesos para la adquisición de 1,164,720 pruebas rápidas para detección de VIH; 50,064,173.20 pesos para la adquisición de 969,860 pruebas rápidas para detección de sífilis; y 44,412,543 pesos para la adquisición de 349,650 pruebas duales que detectan simultáneamente ambas infecciones. Asimismo, del 1 de septiembre 2019 al 30 de junio de 2020, en la Secretaría de Salud se aplicaron 1,473,178 pruebas para la detección del VIH, de las cuales, 300,720 fueron a mujeres embarazadas. En 2019, para el caso de

detección de sífilis, se aplicaron 2,176,720 pruebas, siendo 631,681 pruebas en embarazadas.

En apoyo a la tarea de **mejorar el tratamiento, seguimiento y cuidados de la población afectada garantizando el acceso igualitario la estandarización de la atención y los tratamientos, evitando la duplicidad de intervenciones**, con la estrategia de optimización del TAR, se llevó a cabo una colaboración interinstitucional (Sector Salud, SHCP, comunidad científica y OSC) bajo un enfoque de salud pública de las distintas instancias involucradas en el proceso de investigación, compra, distribución y prescripción de los nuevos medicamentos, los cuales tienen como objetivo final el mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH en el país. La Secretaría de Salud inició con el proceso de optimización con BICTEGRAVIR, por lo que al 31 de diciembre se logró una optimización del 34% del total de pacientes en tratamiento antirretroviral y al 30 de junio de 2020 la optimización alcanzó el 37% del total.

Entre las tareas destinadas a **promover la prevención primaria y secundaria del VIH especialmente en mujeres considerando todas sus diversidades, contextos y ciclo de vida, que integre a las adolescentes e incluya la prevención de la transmisión perinatal del virus en el marco de derechos sexuales y derechos reproductivos**, a través del IMSS se realizan acciones de Promoción de la Salud impartidas por el personal de enfermería durante el Chequeo PrevenIMSS y por el personal médico durante la consulta de Medicina Familiar, así como por el resto del equipo de salud en cada contacto con la población; el personal de Trabajo Social y Promotores de Salud, desarrollan las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud PrevenIMSS, las cuales abarcan el tema de salud sexual y reproductiva.

Entre el 1 de septiembre de 2019 y 31 de julio de 2020, se capacitó a 38,238 adolescentes de 10 a 14 años

en JuvenIMSS Junior, 28,587 adolescentes de 15 a 19 años en JuvenIMSS, 59,108 mujeres y hombres de 20 a 59 años de edad en Ella y Él con PrevenIMSS.

La prevención de la transmisión vertical de la infección por VIH, tiene su soporte en la detección durante el embarazo, de septiembre 2019 a junio 2020, se realizaron 310,657 detecciones de primera vez a las embarazadas (cobertura del 49.4%). Se compraron pruebas para la detección de ambas patologías (dos pruebas durante la gestación). En el tercer trimestre de 2019, la Secretaría de Salud distribuyó 26.8 millones de condones masculinos y 169 mil condones femeninos con el propósito de promover la doble protección, entre hombres y mujeres con vida sexual activa, con énfasis en adolescentes. Durante el primer semestre de 2020, se adquirieron 23.9 millones de condones masculinos y 182 mil condones femeninos. Esta acción representó una inversión de 20.8 millones de pesos en 2019 y 20.5 millones en 2020.

Al cierre de 2019, en la Secretaría de Salud se registraron 66 casos nuevos de VIH y sida por transmisión vertical. Asimismo, del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, se registraron 553 mujeres embarazadas que viven con VIH y recibieron tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud, con lo cual, se estimó una cobertura superior al 90% de tratamiento en mujeres embarazadas que viven con VIH que son diagnosticadas y enviadas a servicios especializados de VIH e ITS. De igual forma, se adquirieron medicamentos antirretrovirales para profilaxis post exposición para los recién nacidos vivos de madres que viven con VIH; como una estrategia adicional para prevenir la transmisión vertical. Finalmente, el Grupo Nacional de Validación de la Eliminación de la Transmisión Vertical del VIH, realizó las gestiones para incorporar a las mujeres que viven con VIH de todas las edades a los programas sociales de la Secretaría del Bienestar.

5. Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población

Estrategia 5.1.

Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad en servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las ENT para reducir su incidencia en la población, especialmente en los grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad

En septiembre de 2019, a iniciativa de la OMS y Uruguay, surgió la Coalición de Jefes de Estado y de Gobierno para la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles (ENT) y la promoción de la salud y el bienestar, cuyo objetivo es ayudar a los gobiernos a cumplir con los compromisos contraídos en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel sobre ENT, de la Asamblea General de la ONU de 2018 y avanzar más rápidamente hacia el logro de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, relativa a la reducción en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, así como la promoción de la salud mental y el bienestar. La DGRI da seguimiento a esta propuesta a fin de evaluar la participación de México.

En febrero de 2020, la DGRI difundió el informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel sobre Enfermedades No Transmisibles, el cual incluye recomendaciones para la OMS, gobiernos, líderes políticos, sector privado, sociedad civil organizada, comunidad internacional y público en general a fin de disminuir la mortalidad y morbilidad asociadas a estas enfermedades.

En abril de 2020, la DGRI participó en una reunión virtual con funcionarios del Ministerio de Salud de Chile, en la cual se invitó a México a participar en el Subgrupo de Trabajo de APEC “*Childhood Nutrition*”, a fin de enriquecer un documento que se prepara sobre las buenas prácticas de las Economías en torno a la nutrición infantil. En mayo de 2020, México confirmó su adhesión a dicho subgrupo.

Con respecto a la línea de acción destinada a **fortalecer la atención primaria de salud para la detección, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de las ENT, a través de servicios de calidad y un acceso oportuno para la población**, del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, la Secretaría de Salud realizó la detección oportuna de diabetes con 4,806,307 personas, hipertensión 4,943,286 y obesidad con 4,814,171. Se otorgaron 223,109 atenciones por el equipo multidisciplinario de las 101 Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas.

Con el objeto de disminuir las enfermedades bucales a la población que acude a los servicios de salud de odontología, del 1 de septiembre de 2019 al 2 de junio de 2020, se realizaron 21,877,453 actividades curativo asistenciales, con 23.1% de tratamientos integrales terminados. Asimismo, se promovieron las recomendaciones para la atención odontológica durante la segunda y tercera fase de la pandemia del COVID-19 y puntualizó las actividades que los odontólogos deben desarrollar según la semaforización para hacer frente a la nueva normalidad en el país.

Respecto al compromiso de **fortalecer el Registro Nacional de Cáncer y crear un registro nacional de enfermedades no transmisibles para disponer de información oportuna, confiable y veraz que faciliten el diseño e implementación de programas y estrategias a nivel nacional**, el Reglamento del Registro Nacional de Cáncer, prevé que la organización, integración, coordinación, monitoreo y vigilancia del Registro, la DGIS podrá auxiliarse del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), en términos del instrumento jurídico que para tal efecto convengan dichas instituciones públicas.

Derivado de lo anterior, en 2019 la DGIS y el INCAN trabajaron conjuntamente en la elaboración de un Convenio de Colaboración, con el objeto de intercambiar información relativa a cáncer que permita su análisis. Asimismo, la DGIS ha trabajado en una guía de intercambio que permita el reporte de información la cual será remitida a las instituciones del sector para su validación.

Para cumplir con el propósito de **implementar innovaciones y tecnologías, basadas en evidencia científica, para mejorar la detección, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de las ENT**, actualmente, se cuenta con el expediente clínico electrónico en 100 Unidades de Especiales Medicas en Enfermedades Crónicas, lo cual permite contar con datos nominales de las personas que se encuentran en tratamiento por un equipo multidisciplinario.

Con el propósito de **fortalecer la vigilancia e investigación sobre las ENT, para utilizar los resultados como sustento en propuestas y modificaciones a políticas públicas, programas académicos y estrategias integrales para su control**, y con base en el análisis de las plataformas educativas y gestiones con organizaciones académicas y otras unidades administrativas para impulsar mecanismos de actualización del capital humano, el CENAPRECE participa en la Estrategia Nacional de Capacitación que dirige la DGCES que responden al Modelo de Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada, mediante el Diplomado “Fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud a través de los Cuidados de Enfermería para las personas que viven con Diabetes Mellitus Tipo 2”.

Se trabaja intensamente en contar con conocimientos y que permitan abordar problemas como los cálculos renales en la península de Yucatán, en la que se planteó un proyecto integral desde las bases históricas, genómicas de costumbres, entre otros aspectos.

El estudio de enfermedades emergentes como zika, chikungunya y dengüe en el CRAE, participación en la red de estudios de influenza en HRAEO darán como resultado nuevas perspectivas para el abordaje médico de esas enfermedades.

Como parte de las tareas destinadas a **instrumentar estrategias y programas nacionales para la prevención y control de las ENT, con mayor impacto en la salud de la población bajo un enfoque de curso de vida y perspectiva de género**, el CENAPRECE en colaboración con el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacion Chávez”, implementó a partir de febrero de 2020, un programa de capacitación en el primer nivel de atención para la detección, diagnóstico y referencia oportuna de las complicaciones por enfermedades crónicas con énfasis en el infarto agudo al miocardio.

Con respecto a **sistematizar el monitoreo y evaluación de enfermedades no transmisibles incluyendo los efectos derivados de políticas públicas**

y las características de las enfermedades para definir los entornos prioritarios de atención, el CENAPRECE en colaboración con la Dirección General de Información en Salud, trabaja desde septiembre de 2019, en los formatos de registro de enfermedades no transmisibles, para contar con variables que permitan dar seguimiento a las acciones de detección, y control estas enfermedades crónicas no transmisibles, así como el logro de las metas planteadas para 2020.

Durante este periodo, para **impulsar iniciativas y fomentar la vinculación interinstitucional e intersectorial, para articular intervenciones dirigidas a la reducción del sobrepeso y obesidad, con énfasis en niñas y niños**, la Secretaría de Salud hace un trabajo coordinado con instancias académicas y organismos de cooperación internacional para desarrollar recomendaciones de política pública nacional, estatal y local para la prevención, control y reducción de la mala nutrición en niñas, niños y adolescentes en México. De septiembre de 2019 a junio de 2020, se valoró el estado de nutrición de 1,506,140 adolescentes, de los cuales resultaron 74,165 con obesidad, 165,771 con sobrepeso y 239,936 adolescentes con sobrepeso u obesidad recibieron orientación alimentaria y/o canalización para su atención.

En el marco del trabajo interinstitucional se firmó el Convenio Interinstitucional de Colaboración para la Salud Escolar “Escuelas Saludables y Activas”, el 24 de septiembre de 2019, con el propósito que las escuelas sean espacios que promuevan la salud y la actividad física, a través de educación en materia de nutrición, hidratación adecuada e incremento de la actividad física; dicho convenio fue signado por los titulares de la Secretaría de Salud, SEP, IMSS, ISSSTE, SNDIF e INSP.

En los HRAE se cuenta con equipos multidisciplinarios de atención principalmente a la obesidad mórbida y programas de cirugía bariátrica, incluyendo psiquiatría de enlace para obtener los mejores resultados y dar un seguimiento muy cercano a los pacientes. Si bien las acciones de atención de diabetes y sus secuelas se hacen ya en casos complejos, se participa en la actualización del personal de salud de los servicios en los estados.

En las acciones para **promover los cuidados paliativos, de manera eficiente y segura, para procurar la calidad de vida y el alivio de pacientes con enfermedad avanzada y en fase terminal**, el CSG impulsó una política pública mediante su participación en el Congreso Nacional de Cuidados Paliativos organizado por la UMAE Oncología del CMN Siglo XXI IMSS en Puebla, del 19 al 21 de septiembre; y

en el Primer Simposio Internacional de Cuidados Paliativos, realizado el 28 de octubre en el Senado de la República.

A solicitud de la Secretaría de Salud del estado de Oaxaca, del 9 al 11 y del 23 al 27 de septiembre, apoyó en la capacitación de personal del primer nivel de atención de las regiones Tuxtepec, Juchitán y Puerto Escondido. Asimismo, participó en la 4a. y 5a. Sesiones Ordinarias del Comité Interinstitucional de Cuidados Paliativos y Dolor, de la Secretaría de Salud del Estado de México en octubre 16 de 2019 y enero 15 de 2020 respectivamente; en la reunión del Grupo Paliativo Metropolitano Interinstitucional de Cuidados Paliativos, ciudad de México, el 7 de noviembre; en el curso de cuidados paliativos de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, el 25 de noviembre y en el curso sobre cuidados paliativos organizado por la Escuela de Enfermería del IMSS, Siglo XXI de la Ciudad de México, el 6 de diciembre.

En la tarea de **fomentar un acompañamiento a los pacientes que viven con ENT bajo un enfoque integral y multidisciplinario que facilite el automanejo y la adquisición de habilidades orientadas a su calidad de vida**, durante el Chequeo PrevenIMSS antes mencionado se da acompañamiento y recomendaciones a los pacientes que viven con ENT. En las EEPS “Pasos por la Salud” y “Yo puedo” se abordan a pacientes con diagnóstico de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y/o hipertensión arterial.

Se capacitó a 20,770 personas con sobrepeso u obesidad en Pasos por la Salud y 86,606 personas con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y/o hipertensión arterial en “Yo puedo”.

Estrategia 5.2.

Garantizar a hombres y mujeres, con especial énfasis en adolescentes y jóvenes, la atención a la salud relacionada con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la planificación familiar, para propiciar en la población una sexualidad saludable, elegida y libre de violencia

La DGRI apoyó la participación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en representación del C. Secretario de Salud, el Doctor

Jorge Alcocer Varela, en la 24a. Reunión del Consejo Ejecutivo de la Alianza para la Salud Materna, Neonatal y del Niño, celebrada en noviembre, en Nairobi. El Secretario es el representante de México ante la Junta Ejecutiva de la Alianza. En dicha sesión se abordó la posibilidad de que México fuera sede de la próxima Junta Ejecutiva, a finales de 2020. No obstante, debido a la pandemia de COVID-19, dicha sesión se celebrará de manera virtual.

En cuanto a la tarea de **implementar campañas educativas en salud sexual y reproductiva para reducir los riesgos y desarrollar habilidades y actitudes relacionadas con una vida saludable bajo un enfoque bioético, participativo, intercultural, de género y de derechos humanos**, el 26 de septiembre de 2019, se conmemoró el Día Nacional para la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes, con el propósito de sensibilizar a la población en general respecto a este tema prioritario que impacta en la salud y en el desarrollo social y económico de la población. Para lograr un mayor impacto, durante todo septiembre se promovieron acciones interinstitucionales e intersectoriales en los 32 SESA, con el lema: “Todo tiene su tiempo, estás en tu momento”. En el marco de la Jornada Nacional de Salud Pública en noviembre de 2019, se efectuaron actividades intensivas de promoción y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en las 32 entidades federativas, en unidades médicas, centros deportivos, culturales y recreativos.

Con el propósito de **difundir a través de tecnología interactiva y redes sociales amigables y accesibles para las y los adolescentes y jóvenes información para promover el ejercicio consiente de sus derechos sexuales y reproductivos**, en el marco del Día Nacional para la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes, 19 Servicios Amigables para Adolescentes de 10 entidades federativas^{69/}, promovieron a través de redes sociales (*Facebook Live*) acciones de salud sexual y reproductiva.

Para fomentar la salud sexual y reproductiva entre hombres y mujeres de 10 a 19 años de edad, en septiembre de 2019 se promovió un pase preferencial a los Servicios Amigables para Adolescentes, mediante un código QR, en todos los planteles de la Unidad de Educación Media Superior Tecnológica Industrial y de Servicios (UEMSTIS) de la SEP, la cual, de acuerdo con los reportes estatales, tuvo impacto en 519,966 adolescentes.

^{69/} Aguascalientes, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Colima, Ciudad de México, Guanajuato, Morelos, Tabasco y Veracruz.

En colaboración con la SEP, del 4 al 8 de noviembre de 2019, se realizaron Diálogos por la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en los 456 planteles del Subsistema UEMSTIS, con la participación de 164,197 estudiantes, donde se promovieron los derechos sexuales y reproductivos a través de diversas actividades académicas, lúdicas y en redes sociales.

A fin de **proporcionar consejería y orientación a través de campañas y servicios que promuevan y faciliten métodos anticonceptivos, con énfasis en la población de adolescentes y jóvenes, para la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual**, del 1 de septiembre 2019 al 30 de junio 2020, se han fortalecieron las acciones de salud sexual y reproductiva para adolescentes en unidades de primer y segundo nivel de atención. Desde septiembre de 2019 se cuenta con 2,777 Servicios Amigables para Adolescentes en la Secretaría de Salud, en donde se otorga orientación y atención en un ambiente de privacidad y confidencialidad; con este tipo de infraestructura se cubre el 66.8% del total de municipios del país. Asimismo, se atendieron 6,821,103 adolescentes en los Servicios Amigables de la Secretaría de Salud, de los cuales 63.2% son mujeres y 36.8%, hombres. Cabe mencionar que 39% de las y los adolescentes atendidos en Servicios Amigables son menores de 15 años y el 60.7% tiene entre 15 y 19 años de edad.

En el periodo del 1 de septiembre 2019 al 30 de junio 2020, se registraron 1,675,754 atenciones en los Servicios Amigables para Adolescentes, lo que indicó que cada adolescente recibió en promedio 2.5 atenciones. Con 47.3% del total de atenciones, el servicio más demandado fue la orientación-consejería; en segundo lugar, la prevención de ITS (17.2%) y en tercer lugar la prescripción de anticonceptivos (7.6%).

Mediante las EEPS del IMSS por grupo de edad, desde la adolescencia, se aborda el tema de salud sexual y reproductiva. Se capacitó a 38,238 adolescentes de 10 a 14 años en JuvenIMSS Junior, 28,587 adolescentes de 15 a 19 años en JuvenIMSS, 59,108 mujeres y hombres de 20 a 59 años de edad en Ella y Él con PrevenIMSS.

Con la finalidad de **promover la orientación y consejería en planificación familiar, bajo un enfoque integral que considere las decisiones en pareja y garantice información veraz, oportuna y con pertinencia cultural y perspectiva de derechos humanos especialmente en jóvenes**, durante el primer semestre de 2020, la Secretaría de Salud formalizó la compra consolidada de 14 claves de

anticonceptivos por un monto de 800 millones de pesos. De esta forma, la población usuaria de los servicios de salud de la institución tiene acceso a una amplia gama de opciones para regular su fecundidad de forma gratuita. Se realizaron 18 cursos de capacitación en temas de planificación familiar y anticoncepción, participaron 812 prestadores de servicios de salud del primer nivel de atención. El 12 y 19 de mayo de 2020, se llevó a cabo el seminario virtual “Continuidad de los servicios esenciales de anticoncepción y planificación familiar frente al COVID-19 en México”, participaron más de 800 profesionales de la salud del país.

Como resultado de las acciones en materia de anticoncepción y planificación familiar, al cierre de 2019 se registraron 4.5 millones de usuarias de métodos anticonceptivos aplicados o proporcionados en la Secretaría de Salud, lo que representó una cobertura del 50.1% del total de mujeres de 15 a 49 años de edad sexualmente activas. 68.6% de usuarias regula su fecundidad con un método permanente de planificación familiar o con un anticonceptivo reversible de acción prolongada.

La cobertura de anticoncepción post-evento obstétrico ascendió a 71.3% en 2019. Asimismo, del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, para favorecer la participación activa de los hombres en la planificación familiar, se registraron 16,691 vasectomías en la Secretaría de Salud.

Con el deseo de **fortalecer los protocolos y mecanismos interinstitucionales para la atención de víctimas de violencia sexual para garantizar su atención oportuna y desde una perspectiva de derechos humanos**, de septiembre de 2019 a junio de 2020, se otorgaron en los SESA, atención médica a 3,946 personas víctimas de violación sexual. Como parte de las acciones realizadas, se produjo y difundió el video “¿Qué hago si sufrí una violación sexual?”, en que se muestra a las personas que vivieron una violación sexual, cuales son los servicios de salud que deben de recibir, incluyendo medicamentos profilácticos para prevenir VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

La atención a víctimas directas e indirectas se ha proporcionado con respeto a los derechos humanos y a la seguridad de las personas, se ha tenido un elevado número de casos, en el HRAEV se han atendido cerca de 60 pacientes anuales con patologías diversas resultado del contexto social, en las que se ha cubierto por parte del hospital los gastos de la atención médica, en un contexto de violencia social muy complejo.

En el CRAE, HRAEI, HRAEO HRAEPY, por estar ubicados en zonas con poblaciones indígenas y vulnerables, en las que se ha brindado atención gratuita, por conductas relacionadas con la migración, violencia intrafamiliar, embarazos en adolescentes o por movimientos sociales, con estricto respeto a sus valores culturales y a los derechos humanos.

En la tarea de **otorgar atención integral a las mujeres, desde el embarazo, pasando por el parto y el periodo neonatal que garantice la salud materna y perinatal con énfasis en adolescentes embarazadas, priorizando la erradicación de la discriminación, estigmatización y violencia obstétrica**, del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, 27 entidades^{69/} implementaron recursos de información en salud materna y perinatal complementaria a la que se obtiene durante la consulta prenatal. Se registró un promedio de 26 clubes por cada entidad federativa participante. Dicha intervención se llevó a cabo en 167 jurisdicciones sanitarias; en promedio 6,089 unidades de primer nivel de atención llevaron a cabo las actividades de club de embarazadas; y en promedio cada club impartió 10 sesiones.

Asimismo, las mismas 27 entidades implementaron opciones de participación comunitarias y corresponsabilidad de la salud a través de la participación de 43,955 personas voluntarias que fungieron como madrinas o padrinos comunitarios quienes cumplieron actividades como el acompañamiento a consultas prenatales, difusión de señales de alarma del embarazo, puerperio y del recién nacido, apoyo para realizar trámites, visitas domiciliarias o revisiones periódicas en el caso de personas que viven en el mismo domicilio que la usuaria.

De septiembre 2019 a junio 2020, se registraron 165 posadas de Atención a la Mujer Embarazada (AME) y sus familiares o acompañantes que beneficiaron a 46,450 usuarias embarazadas o puérperas (62.4%) y 26,180 familiares o acompañantes (37.6%). En 24 entidades^{70/} se contó con Posadas AME que impulsan dicha intervención comunitaria. Por la distribución de características de la población que fue albergada en las posadas AME, se registró que 40% fueron embarazadas no indígenas; 38% embarazadas indígenas; 8% puérperas no indígenas; 4% puérperas indígenas y 8% familiares o acompañantes.

^{69/} Aguascalientes, Baja California, Campeche, Colima, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

^{70/} Aguascalientes, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

Con la ayuda del IMSS se realizan acciones de Promoción de la Salud impartidas por el personal de enfermería durante el Chequeo PrevenIMSS y por el personal médico durante la consulta de Medicina Familiar, así como por el resto del equipo de salud en cada contacto con la población; el personal de Trabajo Social y Promotores de Salud, desarrollan las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud PrevenIMSS, las cuales abarcan los temas básicos de salud de cada grupo de edad y sexo de las Cartillas Nacionales de Salud, a través de sesiones educativas con material especialmente diseñado. En específico, la EEPS “Embarazo PrevenIMSS” aborda diversos temas de salud por trimestre del embarazo. Se capacitó a 107,209 mujeres embarazadas y sus parejas en Embarazo PrevenIMSS.

Los HRAE que tienen atención obstétrica directa son el HRAEV y el HRAEI, en los que se ha promovido la atención integral, en HRAEV se ha disminuido sensiblemente el porcentaje de nacimientos por cesárea. El HRAEI tiene la clínica de atención a embarazadas con cáncer en las que se han obtenido muy buenos resultados tanto para la madre como para el producto.

Adicionalmente, se cuenta con un proyecto con los servicios estatales para la detección de complicaciones del embarazo y brindar atención de manera ágil a las mujeres. Se atienden víctimas de violaciones o de violencia intrafamiliar.

Como parte de los protocolos de atención y de los programas de formación se difundió la recomendación para eliminar la violencia obstétrica en todos los HRAE por parte de la DGCHRAE.

Con respecto al compromiso de **procurar la vinculación interinstitucional y fomentar la participación comunitaria para garantizar la adopción de los enfoques transversales en materia de salud sexual y reproductiva y procurar la pertinencia cultura de cada región**, y para favorecer la participación de la población en el diseño de políticas y programas de salud sexual y reproductiva, durante el tercer cuatrimestre de 2019, se realizaron cuatro Sesiones de Intercambio de Experiencias y Buenas Prácticas en la Provisión de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Comunidades Indígenas, en Nayarit, Puebla, Tabasco y San Luis Potosí, con la participación de 104 prestadores de los SESA y 51 brigadistas juveniles.

De septiembre a diciembre de 2019, se llevaron a cabo ocho consultas públicas para la inclusión de la perspectiva juvenil en los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, con la participación

de 290 promotores juveniles y 196 representantes de instituciones de salud y OSC, de ocho entidades federativas^{7V}, lo que permitió identificar estrategias y líneas de acción para ser incorporados en la planeación estratégica nacional.

En el marco de la línea de acción destinada a **fortalecer los mecanismos relacionados con la supervisión y cumplimiento de la NOM 046-SSA2-2005, para la atención de las mujeres, niñas y adolescentes en situación de violencia familiar o sexual, especialmente, en las entidades federativas en las que persisten impedimentos para la interrupción legal del embarazo**, durante el periodo septiembre 2019 a junio 2020, se han otorgado atención a 127 mujeres y adolescentes que han solicitado la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Estrategia 5.3.

Garantizar el acceso a los servicios de salud mental, apoyo psicológico bajo un enfoque integral y diferenciado para atender los trastornos mentales y problemas relacionados con adicciones especialmente a grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad

En junio se participó en la 27a. sesión del Comité de Salud de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Uno de los temas abordados fue el relativo a la salud mental, en donde la OCDE presentó un documento que establece los indicadores de salud mental recientemente recopilados y su potencial para ser utilizados para la evaluación comparativa internacional, así como una descripción de los esfuerzos de política en los países miembros de esa Organización, basada en el cuestionario de política y recomendaciones clave para fortalecer el desempeño de la salud mental.

Asimismo, en colaboración con la UAE, se coordina la integración de la información de la Secretaría de Salud para participar en un cuestionario de la OCDE sobre salud mental, el cual tiene como objetivo conocer la difusión y concientización de las partes sobre las recomendaciones de la Organización, conocer la opinión de las mismas sobre su utilidad y

relevancia, así como recopilar experiencias políticas sobre salud mental, habilidades y políticas laborales integradas en el contexto de la pandemia de COVID-19 en curso y sus consecuencias.

En lo que va de la pandemia de COVID-19, la DGRI ha difundido la información sobre el impacto de dicha pandemia en la salud mental, elaborada por organismos internacionales como la OMS y la OCDE; además coordinó la consulta al interior de la Secretaría sobre el informe “COVID-19 and the Need for Action on Mental Health”, presentado por el Secretario General de la ONU. El documento apoya el llamado del Secretario General a incluir la salud mental en la respuesta ante el COVID-19. También llama a la comunidad global a permanecer enfocada en acelerar la instrumentación del objetivo tres de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En aras de **reorganizar la atención, seguimiento y evaluación del sistema de salud mental y adicciones para ampliar la cobertura y la atención continua con base en las necesidades de la población, especialmente a aquella afectada por violencia, desastres naturales o situación de emergencia humanitaria**, la CONADIC, derivado de la iniciativa de la UNODC y la Agencia de la ONU para los Refugiados, presentó el 25 de junio el diagnóstico de acciones y herramientas dirigidas a personas desplazadas y migrantes, el cual incluye recomendaciones prácticas para tomadores de decisiones en las entidades federativas.

La SPSS en la consolidación de la rectoría se promovió la toma de decisiones y acciones coordinadas entre los tres encargados de la salud mental y adicciones, Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), CONADIC, SAP que involucran a las personas responsables en las entidades federativas.

Durante la contingencia por COVID-19, para garantizar la atención de la salud mental se establecieron planes de continuidad en las unidades de atención Centro Integral de Salud Mental y Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), CECOSAM y hospitales psiquiátricos, donde se favoreció la atención ambulatoria con medidas de prevención de infección por COVID-19 en las áreas de urgencias y hospitalización.

En cuanto al propósito de **facilitar el acceso a los servicios de salud mental, apoyo psicológico y prevención de adicciones en el primer nivel de atención, bajo el principio de equidad, no discriminación y con sensibilidad al ciclo de vida y**

^{7V} Chihuahua, Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Nayarit, Puebla, Tabasco y Querétaro.

enfoque de género, del 1 de septiembre de 2019 al 10 de julio de 2020, se proporcionaron 242 becas para tratamientos residenciales (198 hombres y 44 mujeres), con tres meses de duración y con la participación de 24 entidades federativas^{72/}, a través del programa de Subsidios para tratamiento residencial dirigido a personas con dependencia a sustancias psicoactivas y en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, que les impide pagar por tratamientos de calidad.

Respecto a las personas con consumo de sustancias psicoactivas en conflicto con la Ley Penal, en el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2019 al 31 de julio de 2020, los Centros de Atención Primaria contra las Adicciones brindaron atención y tratamiento a 1,605 individuos, mismas que fueron derivadas por autoridades de los Sistemas de Procuración e Impartición de Justicia de los 32 estados. Asimismo, en el mismo periodo, se atendieron 209 peticiones ciudadanas y 35 solicitudes de búsqueda de personas desaparecidas y no localizadas.

Con el propósito de mejorar la calidad en las políticas públicas y programas de reducción de la demanda de drogas (desde la prevención hasta la reinserción social), en alianza con el Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea (COPOLAD), la OPS y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), se diseñó un plan de acción estratégico para favorecer programas incluyentes, adheridos a la normatividad nacional que cuenten con perspectiva de género, sean sensibles el ciclo de vida y la multiculturalidad y respeten los derechos humanos.

Aunque ya existían los servicios de consejería y apoyo psicológico y psiquiátrico vía remota, a partir de la contingencia sanitaria por COVID-19, se fortalecieron y pusieron a disposición: a) Línea de la Vida, se habilitó la opción cuatro, sobre malestar emocional del 800 0044800 de la UIES, que vincula a Equidad de Género y Salud Reproductiva, CAPAS CDMX, DIF CDMX, CIJ, Consejo Ciudadano, Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, AC. y Teletón; b) Se expandió su capacitación de atención para incluir, además de atención a consumo de sustancias, otras demandas como violencias, autolesiones y riesgo suicida, malestar emocional debido a COVID-19, atención para personas con discapacidad; c) Se activó la atención especializada a personal de salud que atiende a

personas con COVID; y d) Se vinculó a las líneas de atención telefónica de instituciones de salud con la sociedad civil.

A fin de optimizar la labor de **fortalecer los modelos de atención integral a través de servicios médicos, de salud mental integrados y con capacidad de respuesta para las personas con trastornos mentales y/o adicciones conforme a las necesidades de la población desde una perspectiva de enfoques transversales**, del 1 de septiembre de 2019 al 31 de agosto de 2020, se brindaron cuatro capacitaciones a instituciones gubernamentales sobre el modelo de seguimiento de la Línea de la Vida, que contempla atención en adicciones, salud mental y en casos de emergencia, coadyuvando en capacitación y materiales a otras líneas de atención, incluida la atención a temas relacionados con COVID-19.

En el marco de la Conmemoración del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas y ante las medidas de distanciamiento social por el COVID-19, de la semana del 22 a 26 de junio de 2020 se realizaron nueve sesiones a distancia, en las que fueron abordadas temáticas relevantes en el ámbito de la disminución de la demanda de drogas como la formación en políticas públicas y reducción de daños, atención a los adultos mayores, perspectiva de género en las políticas de drogas, estándares de prevención, tratamiento para usuarios de heroína y otros opioides, atención a migrantes y el Informe Mundial de Drogas 2020. En las actividades participaron 1,300 profesionales de la salud y en redes sociales se tuvo un alcance de 474,300 personas de la población general.

En junio de 2020 se presentó la guía breve para la implementación del enfoque de disminución de riesgos y daños con usuarios de drogas, cuyo propósito es que los planificadores y los prestadores de servicios de salud, tanto del sector público como privado, cuenten con elementos básicos que les permitan incorporar e instrumentar el enfoque de reducción de daños y riesgos como parte del abanico de servicios para la atención integral del consumo de drogas.

En noviembre de 2019, se participó en la Jornada Nacional de Salud Pública con la exposición de la reestructuración del sistema de salud mental en el país. En abril de 2020, en colaboración con Servicios de Atención Psiquiátrica, la OPS, la Facultad de Psicología de la UNAM y el INCMNSZ, se conformó y capacitó a un grupo de 40 brigadistas para dar apoyo en materia de salud mental a los centros COVID-19.

^{72/} Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Querétaro de Arteaga, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.

La DGPLADES desde la conceptualización del Modelo de atención propuesto por la CONADIC integra la atención de la salud mental y las adicciones (Línea de nueva Vida) y fue consolidada con base en el Modelo de APS-I Mx.

Por lo cual, durante los meses de octubre del 2019 a enero del 2020 se trabajó en las líneas de acción que dan prioridad a la promoción y prevención de la salud en la atención de adicciones y salud mental. Derivado de esto, en las reuniones se trabajó en la reingeniería de las unidades médicas pues este cambio modifica los modelos de atención y las necesidades de infraestructura.

Para **fomentar la cultura de calidad en los servicios de salud mental, adicciones y apoyo psicológico monitoreando la aplicación de protocolos y prácticas basadas en evidencia científica, tanto en la atención primaria, como en los diferentes niveles de atención para procurar la recuperación de las personas**, en el fomento de la cultura de calidad y apego a la normatividad nacional en materia de atención y tratamiento, se actualizaron los “Lineamientos para las visitas de supervisión a establecimientos residenciales de atención a las adicciones”. Del 1 de septiembre de 2019 al 5 de agosto de 2020, las Comisiones Estatales contra las Adicciones realizaron 1,146 supervisiones a establecimientos residenciales de atención a las adicciones, en apego a la normatividad y mejora en la calidad de la atención. La CONADIC supervisó 80 centros residenciales para su reconocimiento, entre el periodo del 1 de septiembre al 31 de octubre de 2019.

Del 1 de septiembre a noviembre de 2019, la CONADIC en colaboración con la COFEPRIS realizó 50 visitas de supervisión en siete entidades federativas, dirigidas a establecimientos de tratamiento con modalidad residencial por no cumplir con la normatividad vigente en la materia. Asimismo, aplicó las siguientes medidas regulatorias: 40 por saneamiento básico, 37 por atención médica y 19 por aseguramiento de medicamento.

Con el objetivo de promover, garantizar y mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud mental, adicciones y apoyo psicológico, del 1 de septiembre de 2019 al 31 de julio de 2020, se realizaron 235 visitas de supervisión a las Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) del país. Asimismo, con el objetivo de evaluar la percepción de las personas usuarias de los servicios de las UNEME-CAPA, se realizaron un total de 695 entrevistas: 469 presenciales (67.48%) y 226 vía telefónica (32.52%).

A partir de mayo de 2020, se inició con la depuración del archivo clínico del Centro Integral de Salud Mental adscrito al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, según criterios de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

Con el objeto de **promover la orientación y consejería eficaz para la atención formal e informal en salud mental y adicciones, así como el uso de tecnologías electrónicas y móviles para fomentar la atención oportuna de las personas, garantizando un trato digno e incluyente, y con pertinencia**, del 1 de septiembre de 2019 al 31 de agosto de 2020, a través de los servicios de La Línea de la Vida brindó orientación a 1,006,705 ciudadanos con requerimientos de apoyo en adicciones y salud mental y se proporcionó asesoría a 3,451 solicitantes en temas relacionados con COVID-19. Se reforzó la difusión de los servicios al presentarse la emergencia sanitaria del COVID-19, brindando información a la ciudadanía para que pudieran identificar sintomatología relacionada con la enfermedad, proporcionando contención emocional, refiriendo a instituciones especializadas en caso de violencia, además del apoyo ante el posible aumento en el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas.

En un trabajo coordinado con la Jurisdicción Sanitaria número cuatro “Tenango del Valle”, se capacitaron 136 trabajadores de primer nivel en consejería breve para reducir el consumo de alcohol y tabaco durante 2019, de los cuales 64 obtuvieron una certificación, mismos que hasta el 31 de julio de 2020, han realizado 8,354 consejos breves en la población de los trece municipios que integran la jurisdicción. Como resultado, se publicó un estudio sobre las barreras y oportunidades en la implementación del consejo breve en el primer nivel de atención en salud^{73/}.

La CONADIC inició la homologación de conocimientos, habilidades y actitudes orientadas a la consejería a través de la actualización del Estándar de Competencia 0548 “Consejería en Adicciones”, la actualización del Comité de Gestión por Competencia para la Prevención y Atención de las Adicciones y la integración de un Grupo Técnico experto en Tratamiento. Asimismo, del 6 de enero al 31 de julio de 2020, se implementaron actividades de actualización en materia de adicciones orientadas al personal de los establecimientos residenciales en coordinación con las Comisiones Estatales contra las Adicciones, logrando la capacitación de 2,073 personas.

^{73/} <http://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2020.1.03>.

A partir del 2 de octubre de 2019 y, colaboración con SAP, se implementó la Red de Capacitación en el Programa de acción para superar las brechas en salud mental, en las 32 entidades federativas.

Con el ánimo de **implementar campañas y programas nacionales para la prevención del suicidio y autolesiones, consumo de sustancias y conductas susceptibles a generar adicciones, para promover condiciones saludables de vida y trabajo, especialmente para la población vulnerable e individuos con perfiles de riesgo**, en la CONADIC se actualizaron los contenidos de nueve guías psicoeducativas y guías técnicas para el facilitador, a fin de implementar talleres preventivos dirigidos a la población en general, a niñas, niños y adolescentes con el fin de promover el autocuidado, destacar factores protectores como las ventajas del ejercicio y la sana alimentación, además de alertar acerca de las consecuencias nocivas de consumir alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas y brindar herramientas para detectar riesgo psicosocial o para enfrentar situaciones de riesgo de consumo, poniendo énfasis en los daños a la salud mental asociados a un uso excesivo.

Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de agosto de 2020 la CONADIC, los Servicios de Atención Psiquiátrica, el Consejo Nacional de Salud Mental y el INPSIQ participaron en seis reuniones internas y con el Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA), para la elaboración del PRONAPINNA. Asimismo, se participó en dos reuniones intersecretariales de la Comisión para el Seguimiento de las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas convocadas por la SEGOB y la SRE.

Para las activaciones de la ENPA, se vinculó con el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), BIENESTAR (servidores de la nación). Además, la Secretaría de Salud, a través del STCONSAME, la CONADIC y los SAP, en colaboración con la OPS/OMS en México, y la Facultad de Psicología de la UNAM analizaron los esfuerzos y acciones que se han realizado a lo largo del país para prevenir el suicidio, con la finalidad de crear un programa nacional que permitan posicionar el abordaje integral para la prevención del suicidio como un problema de salud pública prioritario.

Entre septiembre de 2019 y agosto de 2020, CIJ realizó un total de 945,950 acciones de prevención y tratamiento de las adicciones, impactando a 10.5 millones de personas a través de su Red de Atención conformada: por 106 unidades de prevención y atención ambulatoria, ubicadas en municipios y

alcaldías consideradas como prioritarias y de alto riesgo para el consumo de drogas. 11 Unidades de Hospitalización para personas con cuadros agudos de intoxicación y abstinencia por el consumo de sustancias psicoactivas; y dos Unidades de Tratamiento para Usuarios de Heroína.

A través del programa preventivo “Para vivir sin adicciones”, se implementaron 537,415 acciones preventivas, alcanzando una cobertura de 10.3 millones de personas. En el contexto escolar, CIJ participó con 9,300 escuelas de todos los niveles, logrando una cobertura de 6.7 millones de personas, entre estudiantes, docentes y padres de familia. En Atención Curativa, se realizaron 408,535 acciones en consulta externa y hospitalización, con las que se atendió a un total 158,335 pacientes y familiares. Asimismo, se atendió a 701 personas usuarias de heroína.

En lo referente a las investigaciones en materia de adicciones, se realizaron 19 estudios en las vertientes Epidemiológica; Evaluación Cualitativa; Psicosocial y Cualitativa. Con las actividades de enseñanza se actualizó y formó en materia de adicciones a 1,255 profesionales de la salud a través de 68 programas académicos, del total de personas actualizadas 975 corresponden a personal que labora en la institución y 280 a profesionales de organismos afines. Se realizaron 44 mil servicios de información y consulta, de ellos 9,530 son consultas a través del portal de Biblioteca Virtual en Adicciones.

Entre las actividades para fortalecer los mecanismos para la intervención temprana, mediante la prevención, detección oportuna y tratamiento de los problemas de salud mental y adicciones, especialmente durante la infancia y la adolescencia, y con el fin de garantizar que la población mexicana cuente con servicios accesibles para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, la CONADIC cuenta con una red operativa de 334 UNEME-CAPA, que durante el periodo del 1 de septiembre de 2019 al 31 de julio de 2020, en materia de prevención en diferentes contextos como el escolar, salud, recreativo, deportivo, cultural, laboral y comunitario alcanzaron una cobertura de 3,487,728 personas, de las cuales: 215,072 (6%) fueron menores de 12 años; 2,050,886 (59%) adolescentes de 12 a 17 años de edad y 1,221,770 (35%) mayores de 18 años. Para detectar de manera oportuna factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas y/o de otros problemas asociados en población adolescente, se aplicaron 416,885 pruebas de tamizaje, detectando a 66,463 (16%) jóvenes con factores de riesgo, de los cuales 29,282 (44%) acudieron a las UNEME-CAPA a solicitar tratamiento. En materia de tratamiento, se proporcionaron

234,641 consultas totales; 56,157 (24%) fueron consultas de primera vez y 178,484 (76%) consultas subsecuentes.

A partir del 23 de marzo de 2020 y derivado de la alerta sanitaria por la pandemia del SARS-CoV-2, las Comisiones Estatales y las 334 UNEME-CAPA, adoptaron medidas de sana distancia, garantizando la continuidad en la atención presencial y a través de redes sociales, telefónica, videoconferencia. Se sumaron a los esfuerzos de las Secretarías de Salud Estatal, proporcionando atención a la población sobre salud mental, primeros auxilios psicológicos; así como contención emocional a profesionales de la salud que trabajan directamente con pacientes con COVID-19. Participaron en filtros sanitarios en aeropuertos y carreteras; seguimiento de contactos positivos de COVID-19 y entrega de medicinas; supervisión y apoyo en salud centros residenciales, y capacitación a profesionistas para el manejo de problemas de salud mental.

Debido a que un gran número de profesionales, organizaciones e instituciones implementan servicios de prevención, la CONADIC presentó el 24 de junio de 2020 los Estándares Nacionales para la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, documento que reúne evidencia científica sobre las mejores intervenciones en diversos contextos y etapas del desarrollo, así como las mejores prácticas con sustento empírico, de acuerdo a un Comité de Expertos en Prevención, su objetivo principal es favorecer que los programas preventivos integren intervenciones con base científica.

En colaboración con los SAP, a través del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, se imparten videoconferencias en materia de niños, niñas y adolescentes; además, se colaboró en diversos proyectos con IMJUVE (reconstrucción del tejido social), SIPINNA (rutas de atención en materia de salud mental), SEP (capacitación a docentes, administrativos y padres de familia) y el Instituto Nacional de Pediatría (tamizaje para la detección de factores de riesgo en salud mental).

Si bien los HRAE únicamente tienen consulta de psicología y psiquiatría de enlace, se ha cuidado particularmente la participación en grupos multidisciplinarios, el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas cuenta con el curso de posgrado de alta especialidad de neuropsiquiatría pediátrica y ha producido materiales para la prevención del suicidio en adolescentes.

Durante la capacitación para la atención de la pandemia se tuvieron sesiones con expertos para atender la salud mental del personal de salud de los servicios reconvertidos, las sesiones fueron vía teleconferencia.

En SAP se otorgaron un total de 196,720 consultas, de las cuales 21,139 fueron de primera vez y 175,581 subsecuentes. Asimismo, se registraron 3,191 egresos totales, de los cuales 2,959 corresponden a egresos por mejoría.

Como parte del compromiso de **vincular los servicios de salud mental con programas prioritarios en la materia, y estrategias interinstitucionales para articular intervenciones encausadas a fomentar la salud mental, prevenir trastornos mentales y adicciones y brindar atención incluyente y con pertinencia cultural, pluralismo ético y no estigmatización**, las UNEME-CAPA colaboraron en la ENPA, del 1 de septiembre de 2019 al 24 de junio de 2020, se benefició a través de acciones de prevención a 1,655,288 personas. Con el fin de detectar oportunamente el consumo de sustancias psicoactivas y/o de factores de riesgo asociados, se aplicaron 272,314 tamizajes a población adolescente. Se atendieron a 28,812 personas en consultas de primera vez y se otorgaron 80,649 consultas subsecuentes. Asimismo, se capacitó a 3,466 profesionales de la salud de diferentes estados del país.

Los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECAs) y las UNEME-CAPA, colaboraron el 7 de diciembre de 2019 en la Feria Nacional de Salud y Cultura “Juntos por la Paz”, entre los resultados se encuentran: 6,616 niñas, niños y jóvenes que intervinieron en talleres de habilidades para la vida; 2,337 padres y madres de familia en talleres preventivos; 14,506 personas asistieron a pláticas preventivas; 17,761 personas fueron atendidas en los módulos de información y orientación. Se realizaron 59 actividades deportivas en las que participaron 7,053 personas; 31 actividades culturales con 5,480 personas; 156 actividades lúdicas con 9,639 personas; 100 tedederos reflexivos con participación de 11,721 personas; y 42 actividades de otro tipo con la participación de 1,518 personas. En este contexto, se realizaron 2,090 publicaciones en *Twitter* y 1,787 de *Facebook*.

El 7 de diciembre de 2019 se participó en #ZonaK en Ciudad Juárez, Chihuahua y en Acapulco, Guerrero. Se impartieron talleres psicoeducativos para el desarrollo de habilidades para la vida, pláticas de sensibilización y actividades en ámbito comunitario y se aplicaron pruebas POSIT. Se publicaron guías,

dípticos, folletos y materiales informativos relacionados con prevención, información, consecuencias y opciones para enfrentar las adicciones. Se participó en la gran activación nacional simultánea a la Feria Nacional de la Salud Juntos por la Paz de los CIJ, con acciones digitales basadas en los hashtags #FrenteALasAdicciones, #EscuchemosPrimero y #JuntosporlaPaz. Por medio del centro de atención ciudadana de La Línea de la Vida se brindó asesoría, apoyo o información vía telefónica, a través de redes sociales (*Facebook, Twitter, Instagram*) o de manera presencial.

Desde septiembre de 2019, se montaron las Mesas Espejo de la ENPA en los estados de Michoacán, Chihuahua, Guerrero y Jalisco, fomentando la participación de otras dependencias gubernamentales clave en materia de salud mental.

La UAE en colaboración con la Dirección General de Servicios de Atención Psiquiátrica, realizó un diagnóstico sobre las políticas públicas relacionadas con la carga de la enfermedad en México respecto a los principales trastornos mentales, neurológicos y asociados al consumo de alcohol y sustancias adictivas. Adicionalmente se revisaron las intervenciones más costo-efectivas en el ámbito comunitario, primer y segundo nivel de atención.

Con el fin de **fortalecer alianzas interinstitucionales y con organizaciones de la sociedad civil para la investigación y diseño de instrumentos técnicos para desarrollar capacidades de atención en salud mental, adicciones y discapacidades psicosociales con perspectiva de derechos humanos y política pública**, en coordinación con el Observatorio Interamericano de Drogas, CONADIC presentó el 23 de junio de 2020 el estudio “Caracterización de los servicios para personas que consumen heroína, Fentanilo y otros opioides en la frontera norte de México”, el cual versa sobre la disponibilidad de servicios y las brechas en la atención para usuarios de estas sustancias en ocho ciudades fronterizas. Y como parte de la colaboración con el Grupo de Cooperación para Combatir el Abuso y el Tráfico Ilícito de Drogas (*Grupo Pompidou*), la CONADIC participó en la elaboración de un manual internacional con los principios para implementar un enfoque de género no binario en la planificación y la prestación de servicios de prevención, atención y tratamiento para las personas que usan drogas, así como orientación para los organismos encargados de hacer cumplir la ley y el sistema de justicia penal con la integración de los enfoques de género.

En octubre de 2019, se presentó el Reporte de Investigación sobre el Tabaquismo en México,

importante proyecto coordinado por la CONADIC y con la colaboración del Instituto Nacional de Salud Pública y la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, tuvo el objetivo de fortalecer las políticas públicas y reducir el consumo de tabaco en nuestro país, en concordancia con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Dicho reporte, permitió desarrollar evidencia científica en áreas tales como la estimación de la carga de enfermedad atribuible al consumo de tabaco en cada una de las entidades federativas de México, la valoración del impacto económico por la implementación de las leyes de ambientes libres de humo de tabaco; así como la evaluación de las políticas tributarias en los patrones de consumo tabáquico y el impacto de las advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarrillos.

En el ámbito de la Cooperación Internacional, la CONADIC participó en distintos foros internacionales y regionales, lo que consolidó su posición como referente en reducción de la demanda de drogas. En octubre de 2019 se participó en la Conferencia “Cooperación Internacional para alinear las políticas de drogas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible”. En noviembre de 2019 en el 66o. Periodo de Sesiones de la CICAD. Los días 28 y 29 de noviembre de 2019 se participó en la 3a. Reunión Bi-Regional de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas de COPOLAD. Se participó en el Foro sobre Uso y Abuso de Sustancias organizado por la Universidad Estatal de California en San Diego. El tres de junio de 2020 se participó en el foro virtual Medidas alternativas a la privación de libertad en tiempos de COVID-19 y Retos para el futuro, seguimiento a la Declaración de Montevideo. El 26 de junio se participó en la presentación del Informe Mundial de Drogas, a cargo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. El 15 de julio tuvo lugar la videoconferencia trilateral sobre reducción de la demanda de drogas, (Estados Unidos de América, México y Canadá), y el 17 del mismo mes CONADIC encabezó la Delegación Mexicana en el 67o. Periodo de sesiones de la CICAD.

Desde septiembre de 2019, se colabora con los SAP y, a través de la ENPA, se mantiene la invitación abierta hacia las secretarías de estado y otras dependencias para sumar esfuerzos para disminuir los factores de riesgo y fomentar los factores protectores en materia de salud mental, además se invitó a los Centros de Integración Juvenil a sumarse a las actividades de la ENPA y, en materia de COVID-19, también, se hizo la invitación a diversas universidades y organizaciones no gubernamentales.

Los HRAE únicamente tienen consulta de enlace de psicología y psiquiatría, no obstante, son grupos particularmente comprometidos con el cuidado de los pacientes, el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas cuenta con el curso de posgrado de alta especialidad de neuropsiquiatría pediátrica y ha producido materiales para la prevención del suicidio en adolescentes, sin embargo, sólo ha podido graduar a un especialista por no contar con plazas para residentes.

La salud mental se abordó como capacitación durante la atención de la pandemia a través de reuniones con expertos nacionales para atender la salud mental del personal de salud de los servicios sobre todo de las áreas críticas y aislados, estas sesiones se dieron vía teleconferencia con lo que pudieron participar un mayor número de profesionales de la salud y todos los cuerpos directivos de los HRAE.

Con el fin de promover estudios e investigaciones clínicas y sociomédicas para el desarrollo de estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, en SAP se publicaron 16 artículos en total, de los cuales 14 fueron en revistas de alto impacto.

Con la meta de **promover la participación ciudadana e iniciativas culturales, educativas, deportivas y laborales a través de la coordinación interinstitucional para generar conciencia social sobre riesgos y reducir la vulnerabilidad frente a los trastornos mentales, consumo de sustancias y conductas adictivas**, del 1 de septiembre de 2019 al 31 de julio de 2020, para disminuir factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas y otros problemas de salud mental, las UNEME-CAPA impartieron 9,488 talleres de prevención y psicoeducativos para niños, niñas, adolescentes, jóvenes, padres y madres de familia, personal docente y comunidad en general, logrando una cobertura de 158,591 personas. Para fomentar la participación de individuos en los sectores público, social y privado, y desplegar acciones preventivas en sus propias redes comunitarias, se capacitaron a 14,022 monitores y monitores, que transmitieron el mensaje a 366,899 personas. Entre éstos se encuentran 1,343 entrenadores deportivos. En materia de desarrollo comunitario, se continúa con la conformación y/o mantenimiento de 84 coaliciones comunitarias, ubicadas en 21 entidades federativas.

Del 4 al 15 de noviembre 2019 se llevó a cabo la Jornada Nacional de Salud Pública coordinada por la SPPS, donde participaron las UNEME-CAPA de 28 entidades federativas, divulgando acciones preventivas y logrando una cobertura de 257,738 personas. Del 27 al 31 de enero de 2020, en vinculación

con la Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos, se realizó la 25a. Semana Nacional de Información Compartiendo Esfuerzos, donde participaron 31 estados, realizando 9,593 actividades con una cobertura de 487,434 personas.

Se realizaron acciones de difusión sobre eventos masivos nacionales y estatales informando acerca de los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de evadir su uso, tal fue el caso de Cumbre Tajín que se realizó en marzo de 2020, y la Expo Iniciación Deportiva en Baja California Sur, realizada el 7 y 8 de noviembre de 2019, promoviendo el ejercicio para evitar conductas no deseables. Asimismo, la inauguración de la Expo Iniciación Deportiva CONADE-CEDEM, en Chignahuapan, Puebla, efectuada el 7 de diciembre de 2019. En octubre de 2019, tuvo impacto nacional la inauguración del primer Club por la Paz, ubicado en Ecatepec, cuyo objetivo es prevenir las adicciones; éste fue inaugurado por autoridades federales y locales, y del 11 al 13 de noviembre de 2019.

En colaboración con los SAP y la CONADIC; el IMJUVE, la Secretaría de Cultura, la Comisión Nacional del Deporte y la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, se llevaron a cabo actividades de activación comunitaria en los estados de Guerrero, Baja California, Yucatán, Chihuahua, Zacatecas, Estado de México y Quintana Roo, las cuales, consistieron en diagnóstico participativo, eventos deportivos, stands informativos, ferias de conocimiento, difusión de educación en salud, entre otros.

Estrategia 5.4.

Mejorar los servicios de salud y asistencia social para procurar el desarrollo bajo un enfoque integral y diferenciado de niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos e igualdad de género

Del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2019 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), reportó que, para tamiz auditivo, se aplicó la prueba a 157,179 niños y niñas, de los cuales 21,563 resultaron sospechosos y se solicitaron 44 millones de pesos para la adquisición de 244 equipos de emisiones otoacústicas.

Para tamiz metabólico se solicitó un monto de 84 millones de pesos para la detección de estas cinco enfermedades: hipeplasia congénita de glándulas suprarrenales, fenilcetonuria, galactosemia, fribrosis quística, glucoasa 6-fosfato deshidrogenasa. Se reportaron 150,408 muestras, de las cuales resultaron sospechosas 1,636. El CNEGSR para bancos de leche humana requirió cuatro millones de pesos para el equipamiento de una unidad en Tamaulipas. Para el último cuatrimestre de 2019 se reportó la atención de 30,930 mujeres, 1,603 mujeres donadoras y 6,415 pacientes beneficiadas, en 18 bancos de leche del país.

Del 1 de enero al 15 de julio de 2020 el CNEGSR reportó que, para tamiz auditivo, se le realizó la prueba a 82,619 niños y niñas, de los cuales 8,697 resultaron sospechosos. Se notificó el costo total estimado para la adquisición de 204 equipos de emisiones otoacústicas que ascendió a 29 millones de pesos.

Para tamiz metabólico se notificó la suficiencia presupuestaria requerida para la adquisición de servicios integrales por un monto de 261 millones de pesos. Se reportaron 146,252 muestras, de las cuales resultaron sospechosas 1,729. Para los bancos de leche humana se reportó la atención de 24,951 mujeres, 1,420 mujeres donadoras y 5,510 pacientes beneficiados, en 18 bancos de leche en el país. Se p la suficiencia presupuestaria requerida para el equipamiento de dos bancos de leche humana por un total de siete millones de pesos.

Para **implementar, los mecanismos para la detección oportuna de discapacidad o rezagos en el desarrollo en niñas, niños, adolescentes y jóvenes, procurando su oportuna referencia, tratamiento y rehabilitación y evitando la estigmatización o discriminación**, en cuanto al rubro de rehabilitación, se otorgaron 17,144 sesiones de estimulación múltiple temprana a 4,239 menores de 0 a cinco años para estimular su desarrollo psicomotor e incidir en los factores de riesgo de daño neurológico.

En la línea de acción destinada a **fortalecer la promoción y protección y apoyo de la lactancia materna, para fomentar la nutrición y la vida saludable de las niñas y los niños**, del 1 de septiembre 2019 al 30 de junio 2020, se ha capacitado a 135 profesionales de la salud, en las entidades federativas, para fomentar en las madres la oportunidad, duración y apego a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, y en forma complementaria hasta los dos años de edad; y a 277 sobre la importancia de este hábito, a través de la impartición de ocho cursos de formación de instructores en lactancia materna y cinco talleres de formación de evaluadores externos de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña.

La UAE realizó el análisis costo efectividad de la implementación de espacios para la lactancia materna en los centros de trabajo de todo el país. Lo anterior como parte de los requisitos solicitados por la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria para responder a los cambios propuestos por la Dirección General de Equidad y Género dentro del PROY-NOM-050-SSA2-2018. Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.

La EIASADC se integra por tres grandes componentes, Alimentación Escolar, Programas de Asistencia Social Alimentaria y Programas de Desarrollo Comunitario. Para fortalecer la implementación de los Programas de la EIASADC, se manejarán las líneas transversales de orientación y educación alimentaria, con énfasis en la lactancia materna, calidad e inocuidad de los alimentos, así como la organización y participación comunitaria.

Para ello el programa de “Atención Alimentaria a Menores de cinco años en Riesgo no Escolarizados” se sustituyó por el de “Asistencia Social Alimentaria en los primeros 1000 días de vida”. En el periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2020, distribuyeron 329,782 despensas, con lo que se apoyó a 105,776 familias, en 836 municipios.

Entre las acciones destinadas a **fortalecer la prevención y atención a todas las formas de mal nutrición infantil, incluida la desnutrición, la deficiencia de micronutrientes, la obesidad y el sobrepeso, con el fin de salvaguardar un desarrollo sano**, del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, se realizaron reuniones de capacitación para los coordinadores de los programas de atención a la salud de la infancia y la adolescencia. En junio de 2020, se realizó el 1er. Curso Nacional de Educación a Distancia “Temas Selectos de Atención Integrada en la Infancia 2020” con la asistencia de más de 90 personas vinculadas a las coordinaciones estatales de capacitación del primer nivel de atención, con temas relacionados con el diagnóstico nutricional de las niñas y niños, así como vigilancia y seguimiento en caso de presentar algún problema nutricional; además, se promueve la instrucción de las personas responsables del cuidado de niñas y niños, acerca de la importancia de la alimentación correcta desde el inicio de la vida, a través de la lactancia materna exclusiva, lactancia materna complementaria y la introducción paulatina y oportuna de la alimentación complementaria.

En el periodo del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2019, a través del Programa Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables, los SEDIF



distribuyeron 3,298,707 dispensas, en apoyó a 347,742 sujetos vulnerables, en 1,811 municipios.

En el 2020, se diseñó una intervención enfocada en las primeras etapas de la vida que van desde la concepción, hasta los 24 meses de edad, debido a que los niños que no reciben una nutrición adecuada en sus primeros mil días de vida corren el riesgo sufrir daños irreversibles en su organismo.

Para contribuir a **garantizar que todas las niñas y niños, cuenten con los servicios de atención primaria en salud, para prevenir, detectar y atender oportunamente los padecimientos que puedan afectar su desarrollo**, el CENSIA implementa con los SESA el Modelo de Atención Integrada en la Infancia, en diciembre de 2019, en el marco de la Reunión Nacional de Coordinadores Estatales se capacitó a personal responsable del componente de infancia para estandarizar acciones dirigidas a prevenir, detectar y atender las principales causas de enfermedad en menores de cinco años, la vigilancia del estado nutricional, la vigilancia del desarrollo infantil, prevención de accidentes en la infancia, prevención del maltrato infantil, entre otros. Con la finalidad de fortalecer los mecanismos relacionados con la provisión de cuidados de niñas y niños y garantizar su desarrollo en los primeros años de vida, todas las entidades federativas, aplican la Evaluación del Desarrollo Infantil, con el objetivo de identificar a niñas y niños con riesgo de retraso en el desarrollo e implementar medidas oportunas para su abordaje.

Entre septiembre de 2019 y junio de 2020, se realizaron tres sesiones a distancia con personal del programa de salud de la infancia de todas las entidades federativas para que, a su vez, trabajen con equipos locales de personas responsables del cuidado de las niñas y niños, acerca de la importancia de la crianza sensible y cariñosa y se les refirió a los talleres de Estimulación Temprana del Componte Educativo Comunitario del Modelo de Promoción y Atención del Desarrollo Infantil con la finalidad de fortalecer el desarrollo infantil y las prácticas de crianza.

Con respecto al objetivo de **promover acciones de coordinación interinstitucional orientadas a la atención, protección y restitución de derechos vulnerados o restringidos de niñas, niños, jóvenes y adolescentes en el ámbito de la salud restringidos**, bajo la coordinación del SIPINNA fue elaborada y publicada en DOF en octubre de 2019, la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia que tiene como objetivo garantizar a niñas y niños menores de seis años, el ejercicio efectivo de sus derechos a la supervivencia, desarrollo integral y prosperidad, educación, protección, participación y vida libre de

violencia, atendiendo las brechas de desigualdad existentes entre estratos sociales, regiones geográficas y géneros, así como a la diversidad inherente a cada persona.

Por lo que respecta a la atención, protección y restitución de derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA), se realizaron de septiembre de 2019 a junio de 2020: 92 capacitaciones en materia de prevención, protección y restitución de derechos de NNA, en las que participaron 9,199 servidoras y servidores públicos en todo el país. En materia de adopción nacional e internacional de NNA, se brindaron 424 asesorías a las personas interesadas en adoptar, 47 entrevistas previas y 24 solicitudes para iniciar el trámite de adopción nacional, se concluyeron diez adopciones. Se proporcionaron 761 asesorías jurídicas, se representó a 78 NNA.

En el ámbito federal en materia penal, hubo un total de 292 casos y en el fuero local 83 casos. Se restituyeron derechos a 1,511 NNA en condición de vulnerabilidad, se elaboraron 1,811 diagnósticos de vulneración de derechos y 153 planes de restitución de derechos. Se emitieron 246 medidas de protección, se generaron 126 determinaciones para la reunificación familiar en territorio nacional, y de NNA en contexto de migración, en sus países de origen o en un tercer país seguro. Se realizaron siete visitas para supervisar los protocolos de atención a niñas y niños que viven con su madre privada de la libertad en el Centro Federal de de Readaptación Social Núm. 16, dos talleres de sensibilización y 21 entrevistas a personas privadas de la libertad.

Se suscribieron 11 convenios de colaboración con la Ciudad de México; estado de Morelos; con el municipio de Nezahualcóyotl y con la Policía Bancaria e Industrial de la Secretaría de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México, para la protección integral de los derechos de NNA. Un convenio general de colaboración con la Fundación Junto con las Niñas y los Niños, conformación de una Alianza Intermunicipal con 18 municipios de la zona Mixteca Poblana, acercamiento con 13 organizaciones de la sociedad civil. En materia de Regulación de Centros de Asistencia Social (CAS) se emitieron 29 opiniones técnicas sobre autorización y operación, se inscribieron 31 CAS en el Registro Nacional de Centros de Asistencia Social (RENCAS), ocho visitas de supervisión y se capacitó a 83 personas y 29 evaluaciones de competencias laborales.

En cuanto a la tarea destinada a **fortalecer el modelo integral de asistencia social, para la promoción del desarrollo integral infantil y cuidado cariñoso**

y sensible a las necesidades de niñas y niños, el RENCAI cuenta actualmente con 11,550 Centros de Atención Infantil inscritos.

Por otra parte, el Programa Integral de Supervisión, Acompañamiento, Monitoreo y Evaluación del Funcionamiento de los Centros de Atención Infantil (PROISAMEF), tiene el propósito de contar a nivel nacional con Centros de Atención Infantil que cumplan con un entorno seguro, afectivo y libre de violencia, donde cuiden la integridad física y psicológica de los beneficiarios, se brinde orientación y educación apropiada, se brinden servicios de calidad y calidez desde un enfoque de derechos de la niñez.

En el marco del PROISAMEF se realizó la supervisión a 24,715 Centros de Atención Infantil inscritos en el RENCAI, se impartieron 1,021 capacitaciones a agentes educativos, y se obtuvieron 344 certificaciones.

Un acción destinada a **promover campañas que procuren hábitos y comportamientos saludables en los entornos escolares, a través de la coordinación interinstitucional y un modelo integral que considere la diversidad cultural**, y con el propósito de promover la salud y la prevención de enfermedades en las escuelas de educación básica y media superior con un enfoque de determinantes sociales, de septiembre 2019 a junio de 2020, se validaron 1,866 escuelas como promotoras de la salud. Con el propósito de proteger, mantener y mejorar la salud de los escolares y contribuir a la generación de condiciones que la favorezcan a través de la modificación de los determinantes de la salud se impartieron 165,027 talleres dirigidos a alumnas y alumnos de nivel básico y medio superior, así como 25,435 talleres a docentes, todos ellos del nivel básico y medio superior.

A través del IMSS, se ha implementado la Estrategia Salud Escolar con el proyecto “Por un peso saludable”, en la que se llevan intervenciones educativas de alimentación, activación física y habilidades para la vida a niñas, niños y adolescentes. Del 1 de septiembre de 2019 al 31 de junio de 2020, se han inscrito más de 55,168 personas en estos talleres.

En el marco de la EIASADC, del 1 de septiembre de 2019 al 30 de junio de 2020, a través del Programa Desayunos Escolares, los Sistemas Estatales DIF distribuyeron 820,427,316 desayunos, en beneficio de un promedio de 5,506,867 niñas y niños al día, ubicados en 2,392 municipios.

Entre las diversas actividades para **orientar a los padres y madres de familia, así como tutores**

para que promuevan estilos de vida saludables, y fomenten un desarrollo sano en sus hijos, y como parte del Convenio Interinstitucional de Colaboración para la Salud Escolar “Escuelas Saludables y Activas”, se realizarán capacitaciones a la comunidad educativa, incluidos padres/madres de familia y tutores a través de educación en material de nutrición, hidratación adecuada e incremento de la actividad física, lo cual iniciará en el ciclo escolar 2020-2021.

Diversas acciones de Promoción de la Salud son llevadas a cabo con la ayuda del IMSS, impartidas por el personal de enfermería durante el Chequeo PrevenIMSS, así como por el resto del equipo de salud en cada contacto con la población; el personal de Trabajo Social y Promotores de Salud, desarrollan las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud PrevenIMSS, las cuales abarcan los tópicos básicos de salud de cada grupo de edad y sexo de las Cartillas Nacionales de Salud a través de sesiones educativas con material especialmente diseñado. En específico, la EEPS “ChiquitIMSS Junior” incluye a padres o tutores en los temas otorgados.

Entre el 1 de septiembre de 2019 y el 31 de julio de 2020, se capacitó a 55,871 niñas y niños de tres a seis años de edad, así como a 23,006 padres o tutores en la EEPS ChiquitIMSS Junior.

Entre las acciones para **impulsar la universalidad y acceso efectivo de la población a los servicios de vacunación a través de campañas integrales que concienticen a la población**, y en el marco de la Primera Jornada Nacional de Salud Pública 2019, se aplicaron 9.2 millones de dosis de vacuna antipoliomielítica oral tipo sabin, con un logro de 95.3% y 11.6 millones de dosis de todas las vacunas contenidas en el programa de vacunación universal. En 2020, dentro de las actividades de la Jornada Nacional de Sana Distancia, se administraron 6.5 millones de dosis de vacuna antipoliomielítica bivalente oral tipo Sabin y nueve millones de dosis del resto de las vacunas.

Durante la temporada invernal 2019-2020, se aplicaron por parte del Sector Salud 32.6 millones de dosis de vacuna anti-influenza a niñas y niños de entre seis meses de edad y cinco años, población adulta mayor de 60 años, embarazadas, personal de salud y personas con factores de riesgo, como diabetes, obesidad, enfermedades respiratorias o del corazón, inmunosuprimidos, cáncer y VIH. Al cierre de 2019, la cobertura sectorial con esquema completo de vacunación en la población menor de un año es de 80.1%, en la de un año de 79.7% y la específica con SRP en este grupo de edad es de 73.3%; la

cobertura de vacunación con SRP en niños de seis años es de 54.8 por ciento.

Ante la pandemia de COVID-19 se continuó con las labores permanentes de vacunación en todo el territorio nacional. Administrar los biológicos necesarios a la población correspondiente permite garantizar el ejercicio del derecho a la protección de la salud de todas y todos los mexicanos.

En cuanto a la tarea de **fortalecer las campañas y mecanismos relacionados con la provisión de cuidados de niñas y niños para garantizar su salud y sano desarrollo en los primeros años de vida** y bajo la acción rectora de la política social en materia de acceso a los derechos de niñas y niños que impulsa el Gobierno de México es la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia; la Secretaría de Salud implementa bajo ese marco, el Modelo de Atención Integrada en la Infancia, que estandariza las medidas dirigidas a prevenir, detectar y atender las principales causas de enfermedad en menores de cinco años, la vigilancia del estado nutricional, la vigilancia del desarrollo infantil, prevención de accidentes en la infancia, prevención del maltrato infantil. Con ese modelo se buscan tres grandes propósitos: acceso universal y de calidad a servicios de salud física, mental y materno-infantil; acceso universal y de calidad a niñas y niños menores de seis años, a servicios de salud preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos y la detección oportuna de la discapacidad y rezagos en el desarrollo, así como su referencia, tratamiento, rehabilitación sin discriminación.

Estrategia 5.5.

Fortalecer los servicios de salud y asistencia social brindados a mujeres para promover el goce pleno de la salud durante todo el ciclo de vida, bajo un enfoque integral y diferenciado, con perspectiva de género y pertinencia cultural

Se apoyó la participación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en la Cumbre de Nairobi, la cual fue organizada por los gobiernos de Dinamarca y Kenia, en coordinación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés), en noviembre del

2019. Se trató de una cumbre multisectorial para acelerar la implementación del Programa de Acción de El Cairo, el cual se considera fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030; además la DGRI coordinó, en conjunto con el CNEGSR, los trabajos de revisión y elaboración de comentarios para la Declaración Política que se adoptó durante el Foro.

De igual manera, esta Dirección General dio seguimiento a la postulación del C. Secretario de Salud, Dr. Jorge Alcocer Varela, para participar como miembro de la Junta Ejecutiva de la Alianza para la Salud Materna, del Recién Nacido y del Niño, postulación que fue formalmente confirmada en noviembre de 2019.

A lo largo de la pandemia por COVID-19, la DGRI ha difundido información proporcionada por organismos internacionales, principalmente la ONU, relativa al impacto en niñas y mujeres debido a la referida pandemia. El Grupo de Trabajo de Naciones Unidas sobre Discriminación contra las Mujeres y las Niñas señaló, que la pandemia podría derivar en el aumento de la discriminación de este grupo poblacional. El documento “El impacto del COVID-19 en las mujeres”, analiza la manera en que la propagación de la pandemia ha incrementado las desigualdades y ha expuesto vulnerabilidades sociales, políticas y económicas que, están a su vez, magnificando su impacto en el mundo, principalmente en la vida de las mujeres y las niñas. La Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNDRR por sus siglas en inglés), también hizo un llamado para prestar atención a medidas para combatir la violencia doméstica en el contexto de la actual crisis sanitaria.

En lo referente a **fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para fomentar la detección temprana de cualquier tipo y modalidad de violencia y brindar la atención oportuna, conforme a sus derechos, a mujeres afectadas por lesiones de violencia, incluyendo la violencia de tipo sexual**, del 1 de septiembre 2019 al 30 de junio 2020, se aplicaron a mujeres de 15 años y más, 1,425,892 cuestionarios para la detección de la violencia, de los cuales, resultaron positivos 261,093; se brindó atención especializada a 172,147 mujeres de 15 años y más que vivieron algún tipo de violencia familiar o de género.

Asimismo, se otorgaron 368,380 servicios de consejería especializada, 93,466 atenciones médicas especializadas y 434,333 consultas psicológicas a través de los servicios especializados de atención a la violencia.

Los HRAE mantienen la atención a víctimas directas e indirectas de diversos tipos de violencia, han capacitado al personal para que se proporcione con estricto respeto a los derechos humanos y la seguridad de las personas. Por ser de alta especialidad los casos atendidos presentan pacientes de diversas edades, en el CRAE Hospital de Especialidades Pediátricas se desarrollaron materiales para la prevención del suicidio de adolescentes y se tiene un módulo de riesgo reproductivo; en el HRAEV se han atendido manera gratuita casos de violencia social; asimismo, el HRAEI cuenta con un programa de atención de embarazo de alto riesgo en el que las pacientes adolescentes víctimas de violación reciben servicios y cuidado.

En el CRAE, HRAEI y HRAEO se ha brindado atención a víctimas, por conductas relacionadas con la migración, violencia intrafamiliar, embarazos en adolescentes o por movimientos sociales, brindando atención sin ningún costo, con estricto respeto a sus valores culturales y a los derechos humanos.

En torno a la tarea de **salvaguardar los derechos de las niñas, y mujeres, a través de la coordinación interinstitucional de las acciones para la atención, protección y restitución de derechos vulnerados o restringidos**, y en el marco de la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia que tiene como objetivo garantizar a niñas y niños menores de seis años, el ejercicio efectivo de sus derechos a la supervivencia, desarrollo integral y prosperidad, educación, protección, participación y vida libre de violencia, atendiendo las brechas de desigualdad existentes entre estratos sociales, regiones geográficas y géneros, así como a la diversidad inherente a cada persona.

Asimismo, se llevan a cabo, en materia de salud y nutrición, actividades que garanticen acceso universal y de calidad a servicios de planificación

familiar, salud sexual y reproductiva para todas las personas en edad reproductiva; acceso universal y de calidad a niñas y niños menores de seis años, a servicios de salud preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos; detección oportuna de la discapacidad y rezagos en el desarrollo, así como su referencia, tratamiento y rehabilitación sin discriminación.

Con respecto a la línea de acción destinada a **mejorar la detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino y de mama, para disminuir los efectos negativos derivados de estos padecimientos**, del 1 de septiembre al 30 de junio de 2020, se mantuvo la aplicación de pruebas de tamizaje para detección de cáncer de cuello uterino y mama realizando 298,738 citologías en mujeres de 25 a 64 años y 200,689 pruebas para detección de virus de papiloma humano (VPH) en mujeres de 35 a 64 años, también se han realizado 431,038 mastografías en mujeres de 40 a 69 años.

Al 30 de junio de 2020, se cuenta con 32 laboratorios de biología molecular para detección de virus del papiloma humano, 104 laboratorios de citología cervical y 240 unidades de evaluación colposcópica funcionales, en las 32 entidades federativas. Se tienen 256 mastógrafos en operación dentro de los SESA y 18 Unidades de Especialidad Médica para Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama (UNEME-DEDICAM) en 14 entidades^{74/}.

La atención de cáncer es en general, el principal motivo de consulta e ingreso a los HRAE, se han acreditado para brindar a la población usuaria la mayor calidad y garantizar el tratamiento completo. En el CRAE CS y el HRAEPY se han implementado procesos para la atención tanto de hombres como mujeres combinado campañas de detección con los procesos formales de atención médica.

^{74/} Campeche, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Edo. México, Michoacán, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas

Siglas y Acrónimos

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AAMATES	Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones en Salud
AME	Ayuda a la Mujer Embarazada AC
ANM	Academia Nacional de Medicina
APS	Atención Primaria de Salud
APS-I Mx	Atención Primaria de Salud Integral e Integrada
BIRMEX	Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V.
CAPA	Centro de Atención Primaria en Adicciones
CAPASITS	Centros Ambulatorios para la Atención y Prevención del sida e ITS
CAS	Centros de Asistencia Social
CAUSES	Catálogo Universal de los Servicios de Salud 2019
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CDMX	Ciudad de México
CDN	Certificado de Necesidad
CEB	Comisiones Estatales de Bioética
CECAs	Consejos Estatales contra las Adicciones
CECOSAM	Centro Comunitario de Salud Mental
CEI	Comités de Ética en Investigación
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CENATRA	Centro Nacional de Trasplantes
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida
CEREDIS	Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana
CGCAEO	Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas
CHB	Comités Hospitalarios de Bioética
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas



CIBIOGEM	Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados
CLIMSS	Cursos en Línea Masivos del IMSS
CMCT	Convenio Marco para el Control de Tabaco
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNIS	Compendio Nacional de Insumos para la Salud
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CNS	Cartillas Nacionales de Salud
CNTS	Centro Nacional de Transfusión Sanguínea
COCODI	Comités de Control y Desempeño Institucional
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONABIO	Comisión para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad
CONACYT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONADIC	Comisión Nacional Contra las Adicciones
CONAGO	Conferencia Nacional de Gobernadores
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONASA	Consejo Nacional de Salud
COPOLAD	Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea
CRAE CS	Centro Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud
CRUM	Centro de Regulación de Urgencias Médicas
CSFMEU	Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos de América
CSG	Consejo de Salubridad General
CURP	Clave Única de Registro de Población
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGCHFR	Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia
DGCHRAE	Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad
DGCINS	Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud
DGDIF	Dirección General de Infraestructura Física



DGE	Dirección General de Epidemiología
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DGPyP	Dirección General de Programación y Presupuesto
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud
DGRI	Dirección General De Relaciones Internacionales
DGTI	Dirección General de Tecnologías de la Información
DIF	Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación
DS	Distritos de Salud
ECE	Entidad de Certificación y Evaluación
EDUC@DS	Educación, Capacitación y Actualización a Distancia en Salud
EEPS	Estrategias Educativas para la Salud
EIASADC	Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria y Desarrollo Comunitario
EIS	Enfoque Intercultural en Salud
ENAPEA	Estrategia Nacional para la Atención a la Primera Infancia
ENPA	Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones Juntos por la Paz
ENT	Enfermedades no transmisibles
ESPII	Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional
ETES	Evaluación de Tecnologías para la Salud
FAM	Fortalecimiento a la Atención Médica
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FUCAM	Fundación del Cáncer de Mama AC
GAPS	Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud
GD	Grupos de Desarrollo
GIPNA	Grupo Interinstitucional del Primer Nivel de Atención
GISAMA	Grupo Intersecretarial de Salud, Alimentación y Medio Ambiente
GPC	Guías de Práctica Clínica



GTI-ETES	Grupo de Trabajo Interinstitucional de Evaluación de Tecnologías para la Salud
HFR	Hospitales Federales de Referencia
HGM	Hospital General de México
HIMFG	Hospital Infantil de México “Federico Gómez”
HJM	Hospital Juárez de México
HPFBA	Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
HRAE	Hospitales Regionales de Alta Especialidad
HRAEI	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
HRAEO	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca
HRAEV	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria
HRAEY	Hospital Regional de Alta Especialidad de Yucatán
ICM	Investigadores en Ciencias Médicas
IMC	Investigadores en Ciencias Médicas
IMJUVE	Instituto Mexicano de la Juventud
IMPI	Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAI	Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales
INC	Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”
INCAN	Instituto Nacional de Cancerología
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”
InDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”
INNN	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”
INPI	Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
INSalud	Institutos Nacionales de Salud
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado



ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LESP	Laboratorios Estatales de Salud Pública
LFAR	Ley Federal de Austeridad Republicana
LGS	Ley General de Salud
MARINA	Secretaría de Marina
MECIC	Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad
MGCS	Modelo de Gestión de Calidad en Salud
NAPAPI	Grupo de Trabajo del Plan de América del Norte para la Influenza Pandémica y Animal
NNA	Niñas, Niños y Adolescentes
OAG	Oficina de la Abogada General
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OGM	Organismos Genéticamente Modificados
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONIS	Observatorio Nacional de Inequidades en Salud
OPDs	Órganos de Gobierno de los Organismos Públicos Descentralizados
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PASMGPSL	Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PMI	Plan Maestro de Infraestructura
PNI	Política Nacional de Igualdad
Pp	Programas Presupuestales
PROCAM	Programa S202 Calidad en la Atención Médica
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
PROISAMEF	Programa Integral de Supervisión, Acompañamiento, Monitoreo y Evaluación del Funcionamiento de los Centros de Atención Infantil
PRONAPINNA	Programa Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes
PSBC	Programa de Salud y Bienestar Comunitario



PSSyMG	Política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos
RedETSA	Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas
RENCAI	Registro Nacional de Centros de Asistencia Infantil
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SADER	Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural
SAIH	Servicios de Atención Integral Hospitalaria
SAP	Servicios de Atención Psiquiátrica
SCMTI	Sistema de Cita Médica Telefónica e <i>Internet</i>
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
SE	Secretaría de Economía
SECTUR	Secretaría de Turismo
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDIF	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
SEGOB	Secretaría de Gobernación
SEMARNAT	Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales
SENASICA	Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria
SENER	Secretaría de Energía
SEP	Secretaría de Educación Pública
SESA	Servicios Estatales de Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SICOP	Sistema de Contabilidad y Presupuesto
SIDSS	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
SII	Sistema Integral de Información de los ingresos y Gasto Público
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SIPINNA	Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes
SIRES	Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud
SISVEA	Sistema de Vigilancia de Epidemiológica de las Adicciones
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia



SNI	Sistema Nacional de Investigadores
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores
STCONSAME	Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental
STPS	Secretaría Trabajo y Previsión Social
UADY	Universidad Autónoma de Yucatán
UAE	Unidad de Análisis Económico
UAF	Unidad de Administración y Finanzas
UCVPS	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social
UEMSTIS	Unidad de Educación Media Superior Tecnológica Industrial y de Servicios
UIES	Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria
UM	Unidades Médicas
UMAE	Unidad Médica de Alta Especialidad
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNEME-CAPA	Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones
UNEME-DEDICAM	Unidades de Especialidad Médica para Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



Anexos Estadísticos

ESPERANZA DE VIDA AL NACER
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2019

ENTIDAD FEDERATIVA	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	Total	Hombres	Mujeres
Nacional	75.1	72.2	78.0
Aguascalientes	75.8	72.9	78.8
Baja California	75.9	72.8	79.1
Baja California Sur	75.8	72.8	79.0
Campeche	74.7	71.8	77.7
Coahuila de Zaragoza	75.6	72.6	78.7
Colima	75.4	73.1	77.8
Chiapas	74.2	71.5	76.9
Chihuahua	75.3	72.3	78.5
Ciudad de México	76.5	73.4	79.4
Durango	75.0	72.0	78.2
Guanajuato	75.1	72.0	78.2
Guerrero	73.2	70.1	76.2
Hidalgo	75.0	72.2	77.7
Jalisco	75.4	72.4	78.5
Estado de México	75.4	73.0	77.7
Michoacán de Ocampo	74.7	72.4	77.0
Morelos	75.1	72.6	77.7
Nayarit	75.2	72.8	77.8
Nuevo León	75.8	72.8	79.0
Oaxaca	74.0	71.3	76.7
Puebla	74.7	71.6	77.7
Querétaro	75.5	72.6	78.5
Quintana Roo	75.4	72.5	78.5
San Luis Potosí	74.8	72.2	77.4
Sinaloa	75.0	72.0	78.2
Sonora	75.3	72.3	78.5
Tabasco	74.9	71.9	78.1
Tamaulipas	75.1	72.1	78.3
Tlaxcala	75.1	72.3	77.9
Veracruz de Ignacio de la Llave	74.4	71.4	77.5
Yucatán	74.6	71.6	77.7
Zacatecas	74.9	71.9	78.0

FUENTE: CONAPO, 2018. Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.



**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
		A00-Z99	704,803	562.4
1	Enfermedades del corazón	I00-I13, I20-I45, I47-I51	146,923	117.2
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	106,708	85.1
2	Diabetes mellitus	E10-E14	100,350	80.1
3	Tumores malignos	C00-C97	85,011	67.8
4	Enfermedades del hígado	K70-K76	38,563	30.8
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	13,766	11.0
5	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	34,931	27.9
6	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	32,075	25.6
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (.1-.9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	14,515	11.6
7	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	31,656	25.3
8	Neumonía e influenza	J09-J18, U04.9	27,766	22.2
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	J44	23,219	18.5
10	Insuficiencia renal	N17-N19	13,710	10.9
	Mal definidas		8,790	7.0
	El resto		161,809	129.1

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas, la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{2/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.

^{3/} Tasa por 100 mil habitantes.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2018. CONAPO, 2018, Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{1/}	CÓDIGO CIE-10 ^{2/}	DEFUNCIONES	TASA ^{3/}
		A00-Z99	26,548	12.9
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	A33, P00-P96	13,704	6.7
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	6,651	3.2
3	Neumonía e influenza	J09-J18, U04.9	995	0.5
4	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	941	0.5
5	Sepsis	A40-A41	369	0.2
6	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	403	0.2
7	Enfermedades del corazón	I00-I13, I20-I45, I47-I51	195	0.1
8	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	195	0.1
9	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	J00-J06, J20-J22	142	0.1
10	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	125	0.1
	Mal definidas		718	0.3
	El resto		2,110	1.0

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas, la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/}Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{2/}Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a. revisión.

^{3/}Tasa por mil nacidos vivos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos (SINAC) 2018.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2018. Base de datos del subsistema de información sobre nacimientos (SINAC).

NOTA METODOLÓGICA DEL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>



**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PREESCOLAR
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018^{1/}**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{2/}	CÓDIGO CIE-10 ^{3/}	DEFUNCIONES	TASA ^{4/}
		A00-Z99	4,784	54.4
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	911	10.4
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	857	9.7
3	Neumonía e influenza	J09-J18	433	4.9
4	Tumores malignos	C00-C97	422	4.8
5	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	188	2.1
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	120	1.4
7	Epilepsia	G40-G41	107	1.2
8	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	104	1.2
9	Enfermedades del corazón	I00-I13, I20-I45, I47-I51	93	1.1
10	Sepsis	A40-A41	92	1.0
	Mal definidas		69	0.8
	El resto		1,388	15.8

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas, la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} La edad preescolar se tomó de uno a cuatro años.

^{2/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{3/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a revisión.

^{4/} Tasa por 100 mil habitantes entre uno y cuatro años de edad.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2018. CONAPO, 2018, Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.

NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en <http://www.dgis.salud.gob.mx/-descargas/zip/Metodologia.zip>

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD ESCOLAR
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018^{1/}**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{2/}	CÓDIGO CIE-10 ^{3/}	DEFUNCIONES	TASA ^{4/}
		A00-Z99	5,510	24.8
1	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	1,103	5.0
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (0-3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	527	2.4
2	Tumores malignos	C00-C97	976	4.4
	Leucemias	C91-C95	521	2.3
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	473	2.1
	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Q20-Q28	231	1.0
4	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	G80-G83	302	1.4
5	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	268	1.2
6	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	217	1.0
7	Neumonía e influenza	J09-J18, U04.9	162	0.7
8	Enfermedades del corazón	I00-I13, I20-I45, I47-I51	155	0.7
	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	I26-I51	142	0.6
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	128	0.6
10	Epilepsia	G40-G41	114	0.5
	Mal definidas		47	0.2
	El resto		1,565	7.0

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas, la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} La edad escolar se tomó de cinco a 14 años.

^{2/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{3/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a revisión.

^{4/} Tasa por 100 mil habitantes de cinco a 14 años.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2018. CONAPO, 2018, Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.



**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018^{1/}**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{2/}	CÓDIGO CIE-10 ^{3/}	DEFUNCIONES	TASA ^{4/}
		A00-Z99	271,295	326.76
1	Diabetes mellitus	E10-E14	39,093	47.1
2	Tumores malignos	C00-C97	37,319	44.9
3	Enfermedades del corazón	I00-I13, I20-I45, I47-I51	34,847	42.0
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	25,095	30.2
4	Agresiones (homicidios)	X85-Y09	30,214	36.4
5	Enfermedades del hígado	K70-K76	23,499	28.3
	Enfermedad alcohólica del hígado	K70	10,165	12.2
6	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	21,743	26.2
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	V02-V04 (1.-9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (3.-9), V19.4-V19.6, V20-V28 (3.-9), V29-V79 (4.-9), V80.3-V80.5, V811, V82.1, V83-V86 (0.-3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9	11,878	14.3
7	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	8,583	10.3
8	Neumonía e influenza	J09-J18, U04.9	7,758	9.3
9	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84	5,851	7.0
10	Insuficiencia renal	N17-N19	5,558	6.7
	Mal definidas		1,119	1.3
	El resto		55,711	67.1

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas, la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} La edad en edad productiva se tomó de 15 a 64 años.

^{2/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{3/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a revisión.

^{4/} Tasa por 100 mil habitantes de 15 a 64 años.

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2018. CONAPO, 2018, Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.



**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POSTPRODUCTIVA
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018^{1/}**

NÚMERO DE ORDEN	CAUSA ^{2/}	CÓDIGO CIE-10 ^{3/}	DEFUNCIONES	TASA ^{4/}
		A00-Z99	399,920	4,403.6
1	Enfermedades del corazón	I00-I13, I20-I45, I47-I51	111,615	1,229.0
	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	81,572	898.2
2	Diabetes mellitus	E10-E14	61,218	674.1
3	Tumores malignos	C00-C97	46,253	509.3
	Tumor maligno de la próstata	C61	5,930	65.3
	Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmones	C33, C34	4,615	50.8
	Tumor maligno del hígado y de vías biliares intrahepáticas	C22	4,237	46.7
4	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	26,127	287.7
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	J44	20,953	230.7
6	Neumonía e influenza	J09-J18, U04.9	18,622	205.0
7	Enfermedades del hígado	K70-K76	14,869	163.7
8	Insuficiencia renal	N17-N19	7,966	87.7
9	Accidentes	V01-X59, Y40-Y86	7,412	81.6
10	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E40-E64	5,572	61.4
	Mal definidas		6,899	76.0
	El resto		72,414	797.4

NOTA: Se utilizó la Lista Mexicana para la selección de las principales causas, la cual permite establecer comparaciones a lo largo del tiempo, así como dar seguimiento a la evolución de las intervenciones relacionadas con las diferentes causas de muerte asociadas. Se excluyeron muertes de residentes en el extranjero.

^{1/} La edad en edad postproductiva se tomó de 65 años y más.

^{2/} Causas ordenadas de mayor a menor valor de tasa.

^{3/} Causas de muerte según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10a revisión.

^{4/} Tasa por 100 mil habitantes de 65 años o más.

FUENTE: INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2018. CONAPO, 2018, Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.

**MORTALIDAD EN LA INFANCIA POR ENTIDAD FEDERATIVA
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018^{1/}**

ENTIDAD FEDERATIVA	MENORES DE 1 AÑO		MENORES DE 5 AÑOS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Nacional	14.1	11.6	16.6	13.8
Aguascalientes	9.4	8.8	11.3	10.4
Baja California	10.8	10.0	12.9	12.0
Baja California Sur	13.4	8.9	15.9	11.8
Campeche	16.2	12.1	18.5	14.3
Coahuila de Zaragoza	12.2	11.1	14.3	12.8
Colima	14.1	8.0	16.4	9.3
Chiapas	21.6	18.5	25.7	22.1
Chihuahua	14.1	13.3	17.6	16.1
Ciudad de México	12.9	11.1	15.0	12.9
Durango	16.0	12.9	18.6	15.0
Guanajuato	11.2	10.7	13.3	13.1
Guerrero	22.1	18.7	25.0	21.3
Hidalgo	9.8	8.4	11.5	10.7
Jalisco	13.0	9.3	15.1	11.2
Estado de México	14.7	12.1	17.1	14.3
Michoacán de Ocampo	18.6	14.0	21.7	16.3
Morelos	10.2	7.2	12.3	9.6
Nayarit	8.9	7.1	11.9	9.3
Nuevo León	12.0	9.7	13.7	11.2
Oaxaca	21.6	17.7	24.6	20.4
Puebla	15.1	12.7	17.7	14.9
Querétaro	11.3	8.7	13.7	10.3
Quintana Roo	11.4	11.7	13.6	13.9
San Luis Potosí	10.3	9.2	12.8	10.9
Sinaloa	13.7	8.0	16.0	10.2
Sonora	11.1	9.5	13.2	11.3
Tabasco	16.8	13.1	19.6	15.5
Tamaulipas	11.5	8.9	13.6	10.9
Tlaxcala	14.2	11.0	16.3	12.9
Veracruz de Ignacio de la Llave	10.7	8.9	12.9	10.8
Yucatán	11.4	10.3	13.5	12.4
Zacatecas	18.8	13.5	21.4	15.3

FUENTE: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Calculada con las Proyecciones de la población de México, 2015-2050, para el periodo 1990-2010, y a partir de 2011 con la base de datos de defunciones 1979-2015 y los nacimientos ajustados de la base de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC).

^{1/}Tasa por cada mil nacidos vivos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos (SINAC).

NOTA: NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA (EDAS) Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) EN MENORES DE 5 AÑOS, TOTAL Y POR SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1995-2018¹

AÑO	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1995	54.0	57.6	50.2	89.3	97.6	81.0
1996	46.7	50.0	43.5	85.7	92.1	79.4
1997	41.1	44.3	37.8	78.5	85.6	71.4
1998	36.7	40.1	33.1	60.6	65.8	55.3
1999	31.3	35.4	27.1	53.7	58.7	48.9
2000	28.7	30.8	26.6	45.6	49.9	41.1
2001	26.5	29.5	23.4	39.8	44.0	35.6
2002	23.9	24.4	23.3	40.8	44.3	37.1
2003	22.7	24.5	20.8	35.7	38.6	32.6
2004	19.6	21.9	17.3	37.7	40.5	34.9
2005	20.2	21.6	18.5	33.3	36.2	30.4
2006	16.8	18.2	15.2	31.5	34.2	28.9
2007	16.3	18.3	14.4	27.0	29.6	24.4
2008	13.3	14.0	12.5	25.2	27.4	23.1
2009	10.7	11.6	9.8	24.5	26.5	22.4
2010	9.5	9.9	9.0	23.8	26.5	21.3
2011	9.2	9.9	8.5	23.8	25.5	22.0
2012	9.0	9.7	8.3	21.2	22.9	19.4
2013	10.1	11.2	8.8	22.2	23.8	20.5
2014	8.5	9.7	7.3	20.5	21.7	19.4
2015	7.9	7.8	8.0	17.8	19.0	16.6
2016	8.8	9.4	8.0	17.8	19.0	16.4
2017	6.1	6.5	5.7	16.5	17.0	16.0
2018	5.4	6.0	4.8	14.7	15.5	13.8

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero. Se actualizaron las tasas históricas debido a que en la Proyección actual del CONAPO (2018) se modificó la población histórica debido a la Conciliación demográfica con base en la Encuesta Intercensal de 2015.

¹Tasa por cada mil niños menores de 5 años.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de INEGI/SS 1995-2016. CONAPO, 2018, Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.

NOTA: NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en: <http://www.dgjis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>



MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDAS) Y POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) EN NIÑOS <5 AÑOS POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018¹

ENTIDAD FEDERATIVA	EDAS			IRAS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	5.4	6.0	4.8	14.7	15.5	13.8
Aguascalientes	5.5	6.2	4.9	7.1	3.1	11.3
Baja California	0.7	1.3	0.0	6.7	6.0	7.5
Baja California Sur	1.4	0.0	2.9	7.2	8.6	5.9
Campeche	4.5	8.8	0.0	8.9	11.0	4.5
Coahuila de Zaragoza	2.7	1.3	4.1	5.7	4.6	6.8
Colima	0.0	0.0	0.0	8.9	5.8	9.1
Chiapas	27.0	32.4	21.8	47.7	51.4	43.9
Chihuahua	6.2	7.3	5.0	12.1	12.2	11.9
Ciudad de México	3.6	4.8	2.3	14.6	15.1	14.1
Durango	0.6	0.0	1.2	7.0	6.9	8.3
Guanajuato	5.6	3.1	8.2	13.1	14.0	12.1
Guerrero	7.3	6.1	8.6	26.4	27.6	24.7
Hidalgo	2.2	1.5	3.1	6.4	6.6	6.1
Jalisco	3.5	5.4	1.7	8.6	8.8	8.3
Estado de México	1.9	1.8	2.0	10.2	10.2	10.2
Michoacán de Ocampo	7.4	7.7	7.5	20.2	21.8	18.1
Morelos	1.2	1.2	1.2	6.5	8.1	4.8
Nayarit	5.9	8.3	3.5	6.8	11.6	1.7
Nuevo León	1.5	2.2	0.9	3.3	3.9	2.7
Oaxaca	8.0	8.9	7.0	29.8	34.6	24.9
Puebla	4.3	3.6	5.0	18.5	19.2	17.8
Querétaro	3.1	5.0	1.0	8.6	10.9	6.3
Quintana Roo	10.6	13.1	8.1	13.3	10.5	16.2
San Luis Potosí	4.4	2.4	6.5	5.2	3.2	7.4
Sinaloa	1.9	2.3	1.6	7.4	6.8	7.9
Sonora	3.5	3.9	3.2	11.4	11.7	11.9
Tabasco	3.8	5.0	2.6	16.2	15.9	16.6
Tamaulipas	2.5	3.1	1.9	9.5	9.3	9.6
Tlaxcala	6.6	6.5	6.7	14.8	19.4	10.1
Veracruz de Ignacio de la Llave	4.0	4.9	3.1	17.0	19.7	14.2
Yucatán	12.9	18.9	6.8	29.3	32.3	26.2
Zacatecas	6.9	6.2	7.6	8.8	8.6	7.6

NOTA: Se excluyen residentes en el extranjero.

¹ Tasa por 100 mil niños menores de 5 años.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de INEGI/SS 1995-2016. CONAPO, 2018, Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.

NOTA: NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2018 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>

**RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018^{1/}**

CAUSA	CÓDIGO CIE-10	DEFUNCIONES	RMM ^{1/}
Total	A34, B20-B24, D392, F53, M830, O00-O95 y O98-099	710	34.6
Aborto	O00-O06	67	3.3
Hemorragia obstétrica	O44-O45, O67, O72	108	5.3
Infección puerperal	O85-O86	11	0.5
Edema, proteinuria, trastornos hipertensivos en embarazo, parto y puerperio (toxemia)	O10-O16	159	7.7
Parto obstruido	(O64-O66)	0	0.0
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	194	9.4
Otras causas maternas	El resto de causas	171	8.3

NOTA: No se incluyen las defunciones maternas tardías (O96 y O97).

^{1/}Razón por 100 mil nacidos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos SINAC.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2018.

CONAPO, 2018, Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.

NOTA: NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM

De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>



**RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ENTIDAD FEDERATIVA
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018¹**

ENTIDAD FEDERATIVA	RMM ¹
Nacional	34.6
Aguascalientes	23.6
Baja California	33.7
Baja California Sur	25.2
Campeche	33.7
Coahuila de Zaragoza	36.9
Colima	14.8
Chiapas	62.3
Chihuahua	52.3
Ciudad de México	34.5
Durango	53.4
Guanajuato	20.8
Guerrero	33.1
Hidalgo	26.7
Jalisco	30.0
Estado de México	32.4
Michoacán de Ocampo	37.6
Morelos	20.8
Nayarit	57.7
Nuevo León	32.1
Oaxaca	51.4
Puebla	30.3
Querétaro	30.8
Quintana Roo	44.1
San Luis Potosí	15.2
Sinaloa	43.9
Sonora	22.4
Tabasco	30.9
Tamaulipas	29.9
Tlaxcala	25.3
Veracruz de Ignacio de la Llave	27.4
Yucatán	52.6
Zacatecas	31.2

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE10 O00-099, A34, D392, F53, M830. Se excluyeron muertes tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X).
 Se excluyen las residentes en el extranjero

¹ Razón por 100 mil nacidos ajustados con base en el subsistema de información sobre nacimientos SINAC.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2018. CONAPO, 2018, Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.

NOTA: NOTA SOBRE MÉTODO PARA EL CÁLCULO DE LA TMI, TM<5 Y RMM
 De acuerdo con la "Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de cinco años para su uso en el cálculo de indicadores" aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud en 2013 (CTESS/60/2013/A25), para el periodo 1990-2010, el indicador es calculado con las defunciones y nacimientos estimados por el CONAPO, que corresponden con las estimaciones 1990-2010 y las Proyecciones de la población de México vigentes y se actualizará cada vez que el CONAPO publique oficialmente nuevas proyecciones de población; a partir de 2011 la fuente de información para calcular el indicador son las cifras corregidas por subregistro, tanto de las defunciones registradas por INEGI/SS como de los nacidos vivos ocurridos del SINAC, las correcciones se realizan conforme a la metodología citada y las cifras corregidas se encuentran disponibles en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>

**MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018¹**

AÑO	CERVICO UTERINO	MAMA
1995	21.5	14.7
1996	21.5	14.7
1997	20.9	14.8
1998	20.3	15.0
1999	19.8	14.7
2000	19.4	14.5
2001	18.4	14.6
2002	17.2	15.3
2003	16.7	15.0
2004	16.0	15.7
2005	15.7	15.5
2006	14.8	15.9
2007	14.1	16.0
2008	13.7	16.4
2009	13.6	16.3
2010	12.8	16.3
2011	12.4	16.5
2012	11.8	17.3
2013	11.7	16.7
2014	12.0	17.6
2015	11.5	18.1
2016	11.5	18.8
2017	11.2	18.9
2018	11.1	19.5

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero. Las cifras difieren de informes anteriores debido a que se actualizaron las poblaciones históricas con las proyecciones de CONAPO publicadas en 2018.

¹Tasas observadas por 100 mil mujeres de 25 años o más.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2018. CONAPO, 2018, Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.



MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y POR CÁNCER DE MAMA POR ENTIDAD FEDERATIVA. ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018¹

ENTIDAD FEDERATIVA	CÉRVICO-UTERINO	MAMA
Nacional	11.1	19.5
Aguascalientes	7.7	25.2
Baja California	14.4	26.9
Baja California Sur	7.9	30.7
Campeche	13.1	13.5
Coahuila de Zaragoza	12.5	23.4
Colima	13.6	14.0
Chiapas	19.5	11.2
Chihuahua	10.3	26.8
Ciudad de México	8.9	25.9
Durango	11.6	19.2
Guanajuato	8.9	19.4
Guerrero	11.7	14.2
Hidalgo	9.0	14.8
Jalisco	7.9	24.2
Estado de México	10.0	16.1
Michoacán de Ocampo	12.3	18.9
Morelos	15.9	14.9
Nayarit	10.3	25.2
Nuevo León	9.5	24.5
Oaxaca	12.1	12.5
Puebla	11.9	16.1
Querétaro	7.6	21.4
Quintana Roo	11.1	10.8
San Luis Potosí	11.9	17.4
Sinaloa	9.2	23.5
Sonora	11.7	24.0
Tabasco	9.6	15.6
Tamaulipas	11.9	25.0
Tlaxcala	9.0	15.9
Veracruz de Ignacio de la Llave	14.6	17.7
Yucatán	14.5	13.2
Zacatecas	9.4	19.8

NOTA: Se utilizaron los códigos CIE 10 C50-CAMA y CIE 10 C53-CACU. Se excluyeron residentes en el extranjero. Las cifras difieren de informes anteriores debido a que se actualizaron las poblaciones históricas con las proyecciones de CONAPO publicadas en 2018.

¹Tasas observadas por 100 mil mujeres de 25 años o más.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995-2018. CONAPO, 2018, Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.



MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN, ENFERMEDAD HIPERTENSIVA Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO, TOTAL Y POR SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018¹

AÑO	DIABETES MELLITUS			ENFERM. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ENFERM. HIPERTENSIVA			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR ^{2/}		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1998	43.4	39.2	47.5	44.3	49.5	39.2	9.4	7.5	11.3	14.2	22.6	6.0
1999	46.7	42.1	51.2	44.9	49.8	40.1	9.6	7.9	11.2	14.1	22.6	5.9
2000	47.1	42.9	51.2	44.3	49.1	39.6	9.9	7.9	11.8	14.1	22.5	5.9
2001	49.8	45.4	54.0	45.4	50.9	40.0	10.2	8.6	11.7	13.9	22.0	6.1
2002	54.0	50.5	57.4	47.6	53.5	41.9	10.5	8.9	12.2	14.3	22.6	6.4
2003	57.5	53.0	61.7	49.3	55.5	43.4	11.0	9.3	12.7	14.5	22.8	6.5
2004	59.7	55.5	63.6	48.4	54.8	42.2	11.7	10.1	13.3	14.4	22.8	6.3
2005	63.5	59.6	67.2	50.3	57.4	43.6	12.2	10.3	14.0	15.1	24.0	6.5
2006	63.8	60.8	66.7	50.0	57.1	43.3	12.0	10.6	13.4	15.6	24.9	6.8
2007	64.8	62.5	66.9	51.3	58.9	44.1	13.4	11.7	15.1	14.1	22.5	6.1
2008	68.4	66.0	70.8	54.0	62.3	46.0	14.2	12.6	15.8	15.4	24.9	6.4
2009	69.3	67.4	71.0	56.3	64.6	48.4	16.2	14.5	17.8	15.9	25.5	6.7
2010	72.9	71.2	74.5	62.2	71.0	53.7	15.6	13.6	17.4	14.6	23.2	6.2
2011	70.0	68.7	71.2	61.5	70.3	53.0	16.4	14.5	18.2	14.4	23.3	5.9
2012	72.7	72.0	73.4	63.2	71.8	54.8	16.4	14.7	18.0	14.6	23.4	6.1
2013	75.5	74.7	76.2	67.0	76.5	57.9	16.8	15.0	18.5	13.4	21.8	5.3
2014	78.3	77.9	78.8	68.5	78.4	59.0	18.8	17.0	20.5	13.2	21.5	5.4
2015	81.1	80.4	81.8	72.4	82.6	62.7	19.2	17.5	20.8	13.2	21.3	5.4
2016	86.0	86.0	85.9	79.4	90.6	68.6	18.4	16.7	20.1	13.2	21.5	5.2
2017	85.6	85.8	85.4	81.4	92.2	70.9	18.7	17.3	19.9	12.7	20.8	4.9
2018	80.1	80.2	79.9	85.1	96.9	73.8	18.8	17.5	20.0	11.9	19.5	4.6

NOTA: Se excluyeron extranjeros en las defunciones por diabetes y enfermedades isquémicas del corazón. Se actualizaron las cifras con respecto a informes anteriores debido a la actualización de las proyecciones de población del CONAPO, que con base en la conciliación demográfica actualiza los datos históricos.

^{1/}Tasas observadas por 100 mil habitantes.

^{2/}La tasa se calculó por entidad de ocurrencia de la defunción incluye extranjeros.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 1995 - 2018. CONAPO, 2018, Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.



MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN, ENFERMEDAD HIPERTENSIVA Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO, POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN SEXO ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018¹

ENTIDAD FEDERATIVA	DIABETES MELLITUS			ENFERM. ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			ENFERM. HIPERTENSIVA			ACCIDENTES DE TRÁNSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR ^{2/}		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacional	80.1	80.2	79.9	85.1	96.9	73.8	18.8	17.5	20.0	11.9	19.5	4.6
Aguascalientes	49.4	50.5	48.4	50.7	63.3	38.5	17.7	16.0	16.7	16.8	26.8	7.1
Baja California	65.1	70.1	60.0	75.9	95.4	56.3	16.7	16.5	17.0	7.1	11.5	2.8
Baja California Sur	50.7	52.8	48.6	64.6	78.8	49.9	13.7	12.7	15.3	17.2	27.8	6.3
Campeche	76.8	74.7	78.9	70.5	86.4	55.0	12.8	11.9	13.9	14.9	25.3	4.7
Coahuila de Zaragoza	78.9	74.5	83.2	84.4	100.3	68.5	28.2	28.0	27.8	12.3	19.2	5.5
Colima	66.7	69.6	63.8	89.6	107.9	71.4	13.0	13.0	11.5	17.9	27.0	8.9
Chiapas	69.9	62.0	77.5	60.2	68.4	52.3	14.6	14.8	14.6	8.4	13.9	3.2
Chihuahua	61.0	57.7	64.2	90.2	107.5	73.2	19.7	17.5	22.1	14.8	23.6	6.1
Ciudad de México	101.4	108.6	94.7	123.7	126.9	120.8	28.1	22.4	28.1	5.6	8.7	2.7
Durango	58.8	56.5	61.1	104.1	117.8	90.6	14.6	13.8	16.6	19.7	30.9	8.8
Guanajuato	89.3	87.5	91.1	97.1	107.2	87.5	15.1	13.4	17.0	17.0	28.8	5.6
Guerrero	78.8	76.5	80.9	67.4	77.6	57.9	17.4	16.4	18.8	9.4	14.9	4.3
Hidalgo	75.4	75.7	75.2	91.4	101.6	81.8	16.6	16.5	17.3	14.7	23.4	6.6
Jalisco	66.3	69.1	63.5	79.3	91.1	67.9	16.5	15.8	17.4	15.2	24.6	6.1
Estado de México	88.0	94.2	82.1	70.6	79.2	62.4	16.1	16.3	18.3	7.6	12.6	2.9
Michoacán de Ocampo	88.1	86.5	89.6	79.6	90.6	69.2	20.1	17.9	22.5	11.2	18.4	4.4
Morelos	97.6	94.8	100.2	85.1	98.4	72.5	17.4	15.8	18.1	13.7	23.0	4.9
Nayarit	53.8	53.8	53.8	79.2	93.6	64.8	17.4	15.0	20.3	22.4	36.1	8.6
Nuevo León	59.1	60.3	57.9	88.6	107.5	69.8	13.9	12.7	15.1	12.6	20.1	5.0
Oaxaca	86.5	83.1	89.7	74.5	82.4	67.3	30.4	28.1	33.3	8.8	14.6	3.4
Puebla	100.4	101.1	99.7	86.1	93.7	79.0	20.4	17.6	23.0	12.3	20.0	5.1
Querétaro	56.5	57.9	55.1	70.3	82.0	58.9	15.9	14.3	16.3	16.7	28.9	4.8
Quintana Roo	50.3	48.8	51.9	41.8	54.6	28.7	10.3	11.8	9.4	8.7	13.9	3.4
San Luis Potosí	78.3	75.3	81.2	79.9	89.8	70.5	24.5	24.4	23.7	17.5	27.7	7.7
Sinaloa	53.1	54.4	51.8	88.2	107.1	69.5	16.1	16.5	15.2	19.9	33.7	6.3
Sonora	51.5	51.7	51.3	108.7	132.8	84.9	18.2	18.5	17.4	16.1	26.3	6.0
Tabasco	105.5	98.2	112.7	84.8	102.0	68.2	20.2	18.9	21.6	18.7	31.9	6.0
Tamaulipas	77.1	77.0	77.3	90.3	108.8	72.2	18.6	15.4	21.2	12.6	20.5	4.9
Tlaxcala	99.5	105.0	94.2	65.5	77.9	53.7	18.0	16.9	18.4	15.1	26.2	4.5
Veracruz de Ignacio de la Llave	104.5	100.8	107.9	106.3	118.2	95.1	21.9	21.0	23.1	5.8	9.8	2.1
Yucatán	65.3	54.8	75.6	108.1	122.6	94.0	12.0	10.7	12.9	14.8	24.4	5.4
Zacatecas	72.5	74.4	70.5	76.1	87.6	65.0	19.9	19.4	21.4	24.0	37.0	11.4

NOTA: Se excluyeron extranjeros en las defunciones por diabetes y enfermedades isquémicas del corazón. Se actualizaron las cifras con respecto a informes anteriores debido a la actualización de las proyecciones de población del CONAPO, que con base en la conciliación demográfica actualiza los datos históricos.

^{1/}Tasas observadas por 100 mil habitantes.

^{2/}La tasa se calculó por entidad de ocurrencia de la defunción incluye extranjeros, se actualizó la información del primer informe.

FUENTE: INEGI/SS. Dirección General de Información en Salud, con base en las defunciones de 2018. CONAPO, 2018, Proyecciones de la Población de México, 2016-2050.

TENDENCIA DE LA MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR, PALUDISMO, DENGUE Y DIABETES MELLITUS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2020

AÑO	TUBERCULOSIS PULMONAR		PALUDISMO		DENGUE		DIABETES MELLITUS	
	CASOS	TASA DE MORBILIDAD ^{1/}	CASOS	TASA DE MORBILIDAD ^{1/}	CASOS ^{2/}	TASA DE MORBILIDAD ^{1/}	CASOS ^{3/}	TASA DE MORBILIDAD ^{1/}
1995	17,157	18.2	7,330	7.8	36,029	38.1	272,308	288.2
1996	16,995	17.7	6,293	6.6	35,082	36.6	249,774	260.5
1997	19,577	20.1	4,743	4.9	52,561	54.1	312,892	321.9
1998	18,032	18.3	15,100	15.3	23,267	23.6	336,967	342.1
1999	16,881	16.9	6,402	6.4	22,982	23.0	284,811	285.7
2000	15,649	15.5	7,259	7.2	1,714	1.7	287,180	284.6
2001	16,323	16.0	4,927	4.8	4,643	4.5	294,198	288.1
2002	15,432	14.9	4,605	4.5	13,254	12.8	315,948	305.5
2003	15,055	14.4	3,775	3.6	5,220	5.0	380,332	363.2
2004	14,443	13.6	3,357	3.2	6,243	5.9	404,562	381.8
2005	15,249	14.2	2,945	2.7	17,487	16.3	397,387	370.9
2006	13,813	12.7	2,498	2.3	24,661	22.7	394,360	363.8
2007	14,550	13.3	2,357	2.1	42,936	39.1	404,770	368.7
2008	15,035	13.5	2,357	2.1	28,015	25.2	396,374	356.1
2009	14,856	13.2	2,702	2.4	120,649	106.9	426,802	378.2
2010	15,384	13.5	1,226	1.1	36,740	32.2	420,086	367.7
2011	15,457	13.4	1,041	0.9	15,424	13.3	427,125	369.2
2012	15,858	13.5	833	0.7	65,892	56.3	419,493	358.4
2013	16,080	13.6	495	0.4	105,973	89.5	397,192	335.5
2014	16,237	13.6	656	0.5	46,092	38.5	381,099	318.3
2015	16,462	13.6	517	0.4	61,710	55.6	369,146	305.1
2016	16,913	13.8	551	0.5	41,907	34.3	368,069	301.0
2017	17,101	13.8	736	0.6	35,413	28.7	410,737	332.5
2018	17,558	14.0	803	0.6	25,993	20.0	425,345	339.4
2019	19,794	15.0	618	0.0	142,476	113.0	438,393	346.3
2020*	7,607*	5.0*	87*	0.0*	11,274*	7.0*	177,628*	138.9*

^{1/} Tasas observadas por 100 mil habitantes.

^{2/} De 1995 a 2001 casos por asociación clínica; de 2002 a 2008 casos confirmados por laboratorio y a partir de 2009 casos estimados en cumplimiento al Acuerdo del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica de 2009. El notable incremento de fiebre por dengue de 2009 respecto a 2008 se debió al brote en el estado de Jalisco que concentró el 46% de los casos del país. Asimismo, en 2009 se registró una alta transmisión de dengue en la región sur y centro del país.

^{3/} De 2000 a 2011 las cifras pueden diferir de lo publicado en informes anteriores debido a que se actualizaron con apego a los cierres oficiales publicados en los Anuarios de Morbilidad del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Cifras revisadas y actualizadas por la dependencia responsable.

* Cifras preliminares de enero a junio de 2020.

FUENTE: Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología/Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. CONAPO 2018. Proyecciones de la Población de México 2016-2050 y Estimaciones de la Población 1990-2009, ambos con base en el Censo 2010.



**ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE UN AÑO DE EDAD
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2013-2020**

ENTIDAD FEDERATIVA	*2013	*2014	*2015	*2016	*2017	*2018	*2019	*2020 ^{1/}
Nacional	85.0	91.8	97.2	89.7	85.0	88.9	79.7	78.2
Aguascalientes	97.6	93.9	114.9	97.2	98.2	100.0	79.8	86.0
Baja California	71.8	87.3	94.7	77.4	70.8	75.0	67.0	64.6
Baja California Sur	66.7	79.4	94.6	88.4	93.7	94.0	88.4	87.6
Campeche	78.6	81.2	92.5	88.7	97.3	89.6	80.4	80.2
Coahuila de Zaragoza	76.5	79.2	77.0	86.2	99.2	96.2	81.9	74.6
Colima	93.6	85.1	81.3	78.4	75.2	74.4	76.6	62.4
Chiapas	76.4	77.7	71.7	70.0	57.5	76.9	77.7	63.1
Chihuahua	78.5	95.7	102.0	91.2	86.8	76.1	76.2	62.9
Ciudad de México	113.1	111.2	117.5	106.9	105.1	84.3	61.7	80.3
Durango	84.3	86.4	101.1	90.9	87.2	90.4	74.3	79.3
Guanajuato	92.2	96.0	110.1	92.6	94.3	100.0	102.0	114.1
Guerrero	62.3	92.8	100.5	83.1	73.1	100.0	88.6	96.7
Hidalgo	74.8	91.0	110.6	91.9	92.4	95.0	82.0	52.1
Jalisco	80.4	88.7	95.9	86.0	85.9	75.8	64.7	91.5
Estado de México	79.0	92.1	94.9	88.6	79.3	88.2	81.1	76.5
Michoacán de Ocampo	90.4	91.9	95.9	79.0	76.8	95.6	74.8	81.9
Morelos	98.8	94.3	104.8	87.7	85.3	91.8	71.0	80.1
Nayarit	80.1	86.7	90.4	83.3	74.1	75.1	70.9	80.7
Nuevo León	85.1	93.5	108.5	92.0	100.1	99.4	86.6	115.9
Oaxaca	77.9	91.4	94.2	82.6	84.9	81.1	77.8	88.3
Puebla	92.2	93.6	98.8	97.0	96.5	90.2	77.9	38.4
Querétaro	94.5	91.8	108.6	92.3	92.1	93.5	85.1	13.0
Quintana Roo	82.0	85.1	97.9	87.3	83.8	84.5	67.0	61.3
San Luis Potosí	97.7	105.7	118.8	99.2	100.5	98.0	86.4	76.8
Sinaloa	89.6	96.6	109.1	87.4	84.8	89.8	81.5	48.4
Sonora	73.5	97.3	109.4	96.3	91.6	86.8	95.1	62.6
Tabasco	106.1	94.9	104.4	86.3	87.3	90.0	104.2	99.7
Tamaulipas	87.9	86.9	104.5	84.6	84.7	84.2	86.5	93.7
Tlaxcala	97.8	96.4	114.5	96.6	95.8	93.3	86.0	115.3
Veracruz de Ignacio de la Llave	80.0	84.4	59.4	79.5	79.4	85.3	78.4	79.9
Yucatán	80.9	93.9	77.1	83.4	76.0	86.8	74.3	80.3
Zacatecas	94.0	91.8	99.0	85.5	86.5	100.0	89.8	105.1

*** Esquema completo de vacunación en un año de edad %**

NOTA: La información de cobertura fue ajustada y homologada de acuerdo con las estimaciones de población de 2013 y conforme a lo reportado en los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

^{1/} Cifras preliminares de enero a marzo de 2020.

FUENTE: Secretaría de Salud/Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Esquema completo de vacunación en niños de un año de edad. Estados Unidos Mexicanos 2013-2020.

**PERSONAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR ENTIDAD FEDERATIVA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2019**

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES										DICIEMBRE		
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	VARIACIÓN PORCENTUAL
Nacional	27,176,914	31,132,949	43,518,719	51,823,314	52,908,011	55,637,999	57,300,000	57,105,622	54,923,952	53,505,187	53,530,359	51,876,918	-3.09
Aguascalientes	369,410	392,765	416,961	487,946	505,235	538,906	549,552	377,316	375,216	379,869	379,862	379,862	0.00
Baja California	581,575	594,928	797,261	1,143,638	1,150,023	1,146,696	1,167,917	1,167,917	1,065,657	997,251	997,251	945,350	-5.20
Baja California Sur	119,958	123,015	164,681	191,983	205,226	219,581	228,886	204,539	202,539	207,118	207,093	197,019	-4.86
Campeche	327,980	362,705	416,328	457,529	477,046	498,097	509,853	509,853	482,607	474,324	474,324	427,572	-9.86
Coahuila de Zaragoza	418,265	469,323	630,000	674,156	686,263	787,319	806,302	806,302	743,302	705,624	705,599	558,741	-20.81
Colima	227,421	234,625	275,487	300,203	299,036	294,351	295,897	261,892	257,232	253,182	253,182	237,542	-6.18
Chiapas	1,756,549	2,069,736	2,997,900	3,353,506	3,414,767	3,520,349	3,628,090	3,628,090	3,570,431	3,470,352	3,470,352	3,470,352	0.00
Chihuahua	557,374	665,328	1,033,038	1,170,601	1,235,429	1,335,283	1,374,978	1,374,978	1,258,173	1,220,272	1,204,987	1,079,273	-10.43
Ciudad de México	773,299	1,108,461	1,744,419	2,300,083	2,480,090	2,896,802	2,956,186	2,956,186	2,780,205	2,749,580	2,749,556	2,572,865	-6.43
Durango	317,693	383,101	538,607	715,430	731,202	793,643	822,495	822,495	773,640	736,442	736,363	681,265	-7.48
Guanajuato	1,893,335	2,080,049	2,560,975	3,007,993	3,113,394	3,177,092	3,278,864	3,278,864	3,112,864	3,011,165	3,011,165	2,807,971	-6.75
Guerrero	1,073,795	1,146,246	1,973,798	2,279,358	2,223,470	2,279,354	2,314,605	2,314,605	2,297,653	2,241,345	2,241,345	2,241,345	0.00
Hidalgo	922,157	1,072,325	1,403,601	1,569,901	1,580,326	1,658,778	1,722,933	1,722,933	1,710,807	1,666,161	1,666,161	1,666,161	0.00
Jalisco	1,455,938	1,710,472	1,967,804	2,757,491	2,772,886	2,974,505	3,121,669	3,121,669	3,072,948	3,014,388	3,014,388	2,968,278	-1.53
Estado de México	2,718,024	3,371,043	5,826,998	6,566,681	6,612,349	6,989,242	7,243,746	7,243,746	7,180,487	7,077,137	7,114,973	6,997,333	-1.65
Michoacán de Ocampo	938,091	1,231,370	1,647,610	2,254,722	2,357,439	2,392,212	2,419,597	2,419,597	2,369,058	2,309,934	2,309,934	2,309,934	0.00
Morelos	541,479	603,442	780,672	949,748	961,830	994,327	999,863	1,036,073	1,020,077	977,755	977,729	913,988	-6.52
Nayarit	370,033	399,759	550,000	625,672	639,166	654,159	681,665	681,665	593,470	526,660	526,632	443,339	-15.82
Nuevo León	519,124	611,148	946,529	1,121,425	1,153,896	1,230,221	1,277,713	1,277,713	1,200,000	1,174,818	1,191,656	1,191,656	0.00
Oaxaca	1,291,324	1,547,336	2,069,971	2,620,120	2,634,749	2,692,621	2,757,110	2,757,110	2,695,399	2,637,811	2,637,807	2,610,818	-1.02
Puebla	1,453,284	1,571,934	2,188,072	3,123,724	3,141,164	3,219,389	3,418,227	3,418,227	3,361,976	3,349,337	3,349,337	3,349,337	0.00
Querétaro	470,140	515,916	711,236	820,460	850,437	928,481	957,701	957,701	903,252	881,601	881,601	881,601	0.00
Quintana Roo	250,822	315,719	509,134	577,933	604,751	659,111	675,393	675,393	625,393	600,393	600,393	597,042	-0.56
San Luis Potosí	764,334	861,518	1,211,402	1,372,389	1,433,095	1,554,799	1,587,065	1,587,065	1,506,565	1,484,429	1,484,429	1,346,320	-9.30
Sinaloa	724,208	770,155	1,007,979	1,081,540	1,101,119	1,146,879	1,184,835	1,184,835	1,107,108	1,068,594	1,054,648	915,565	-13.19
Sonora	537,033	511,152	689,720	834,753	858,320	941,029	955,196	955,196	894,435	868,430	868,430	792,592	-8.73
Tabasco	1,192,720	1,259,003	1,381,712	1,531,218	1,555,838	1,584,835	1,619,003	1,619,003	1,515,503	1,472,861	1,472,808	1,472,808	0.00
Tamaulipas	953,306	983,673	1,220,269	1,356,200	1,384,364	1,393,998	1,428,473	1,428,473	1,344,603	1,293,441	1,293,441	1,293,441	0.00
Tlaxcala	492,949	533,082	725,497	766,283	855,136	906,796	930,877	930,877	865,929	786,202	786,202	755,892	-3.86
Veracruz de Ignacio de la Llave	2,057,432	2,392,627	3,620,147	4,090,181	4,113,017	4,318,074	4,430,954	4,430,954	4,166,186	4,050,186	4,050,186	4,013,599	-0.90
Yucatán	549,666	618,059	783,368	886,809	931,743	1,003,182	1,024,331	1,024,331	979,071	949,958	949,958	949,958	0.00
Zacatecas	558,196	622,934	727,543	833,638	845,205	907,888	930,024	930,024	892,166	868,567	868,567	808,099	-6.96

FUENTE: Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Instituto de Salud para el Bienestar. Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.

**NÚMERO DE NIÑOS AFILIADOS AL SEGURO MÉDICO SIGLO XXI POR ENTIDAD FEDERATIVA
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2019**

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES											DICIEMBRE		
	OBSERVADO											2018 ^{1/}	2019 ^{2/}	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	PROYECCIÓN 2019			
Nacional	1,852,891	2,958,973	4,263,760	5,783,114	6,816,240	5,391,641	5,649,647	5,584,311	5,207,192	4,912,990	n.a.	4,830,610	4,359,898	-9.74
Aguascalientes	20 192	33 523	45 939	64 646	76 648	60 683	61 387	59 171	50,348	47,731	n.a.	46,593	40,524	-13.03
Baja California	33 030	53 296	67 245	105 109	120 786	86 005	88 291	83 045	75,264	75,206	n.a.	81,945	68,544	-16.35
Baja California Sur	6 628	12 628	19 706	25 688	30 711	24 525	24 742	25 570	24,239	22,047	n.a.	20,334	18,173	-10.63
Campeche	19 165	28 095	37 844	51 331	59 974	45 992	47 475	47 706	47,136	45,698	n.a.	44,243	37,169	-15.99
Coahuila de Zaragoza	34 859	53 435	68 954	78 631	100 037	79 808	82 998	86 510	83,837	73,240	n.a.	67,237	51,852	-22.88
Colima	14 181	20 411	26 117	33 681	39 296	31 547	31 061	28 797	26,940	24,635	n.a.	24,185	20,574	-14.93
Chiapas	112 328	180 602	261 894	349 524	423 223	327 115	334 787	335 824	325,180	293,158	n.a.	272,665	237,002	-13.08
Chihuahua	42 828	66 862	102 975	138 488	169 004	127 219	129 924	126 505	118,104	112,319	n.a.	109,538	95,907	-12.44
Ciudad de México	92 395	160 670	182 917	229 659	255 921	231 789	239 751	240 777	215,329	196,229	n.a.	189,627	158,128	-16.61
Durango	25 182	42 800	62 276	88 104	107 537	87 365	86 644	86 267	79,922	76,939	n.a.	72,168	58,605	-18.79
Guanajuato	109 010	185 118	259 056	359 809	419 038	336 424	344 134	339 141	314,403	292,536	n.a.	296,800	272,334	-8.24
Guerrero	62 247	88 301	146 395	220 365	265 111	221 107	235 903	232 260	228,905	222,655	n.a.	214,695	204,327	-4.83
Hidalgo	51 008	87 793	123 962	155 740	193 168	163 374	166 067	166 347	154,860	149,372	n.a.	150,031	135,518	-9.67
Jalisco	120 649	192 239	248 446	382 048	444 075	336 960	374 485	372 183	322,429	290,530	n.a.	277,603	245,088	-11.71
Estado de México	232 076	373 411	588 688	762 948	894 643	715 382	770 456	765 883	723,085	650,734	n.a.	658,738	596,056	-9.52
Michoacán de Ocampo	58 785	105 922	176 651	238 592	278 256	211 451	228 570	229 042	213,827	211,331	n.a.	202,906	183,991	-9.32
Morelos	33 009	44 156	64 786	97 625	113 983	88 337	94 616	96 320	92,844	85,306	n.a.	86,675	81,198	-6.32
Nayarit	23 004	34 690	52 757	69 484	79 239	61 288	58 989	55 930	48,037	44,741	n.a.	44,568	40,542	-9.03
Nuevo León	49 676	78 866	107 359	134 824	155 298	125 510	143 677	145 904	141,746	145,292	n.a.	142,623	115,068	-19.32
Oaxaca	68 926	122 612	184 261	260 840	315 624	248 199	251 995	241 200	219,609	207,144	n.a.	205,280	180,885	-11.88
Puebla	108 227	157 113	225 378	335 771	371 752	312 363	366 150	374 441	353,576	337,325	n.a.	338,075	342,522	1.32
Querétaro	34 254	49 786	77 216	106 087	132 896	108 771	114 626	114 232	110,725	104,275	n.a.	102,692	93,912	-8.55
Quintana Roo	20 747	42 258	71 706	84 367	97 979	67 167	64 262	57 433	51,944	57,686	n.a.	61,058	58,677	-3.90
San Luis Potosí	44 670	76 404	117 025	163 328	203 770	163 819	159 754	156 191	150,147	137,511	n.a.	135,363	120,413	-11.04
Sinaloa	43 618	70 181	96 917	124 727	148 564	121 021	126 151	124 752	111,700	100,921	n.a.	97,935	87,248	-10.91
Sonora	40 768	58 064	75 858	105 288	128 525	98 201	99 586	98 256	90,997	86,721	n.a.	84,398	70,344	-16.65
Tabasco	54 218	84 066	120 772	163 714	196 581	145 435	152 951	150 565	144,309	142,839	n.a.	137,776	126,574	-8.13
Tamaulipas	59 027	88 965	124 876	155 781	176 839	128 268	135 000	135 040	123,797	119,551	n.a.	115,744	106,422	-8.05
Tlaxcala	33 107	43 182	57 840	85 629	105 288	80 098	81 193	80 967	76,890	73,387	n.a.	75,819	70,630	-6.84
Veracruz de Ignacio de la Llave	134 836	213 880	314 711	409 169	473 683	362 915	353 721	327 667	299,968	309,317	n.a.	301,123	278,171	-7.62
Yucatán	34 197	52 622	74 966	98 806	115 119	96 007	100 256	98 856	92,904	87,182	n.a.	84,091	83,286	-0.96
Zacatecas	36 044	57 022	78 267	103 311	123 672	97 496	100 045	101 529	94,191	89,432	n.a.	88,082	80,214	-8.93

FUENTE: Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Instituto de Salud para el Bienestar. Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.

* Esta cifra es variable toda vez que corresponde al número de niños que cumplen con el criterio de ser menores de cinco años.

^{1/} Datos frecuencia acumulada al mes de diciembre 2018.

^{2/} Datos frecuencia acumulada al mes de diciembre 2019.

NOTA: Derivado de la reforma LGS por lo que las ROP ya no considera la afiliación de los beneficiarios para el ejercicio fiscal 2020.

Con la modificación a la Ley General de Salud y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 29 de noviembre de 2019, con la que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones, particularmente se contemplan reformas al artículo 77 Bis 1 "De la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social". Asimismo, de acuerdo con el artículo 77 bis 35, se extingue la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y específicamente la derogación del padrón de afiliados por lo que el Acuerdo por el cual se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2020 ya no considera la afiliación de los beneficiarios como parte de sus indicadores.

MUJERES EMBARAZADAS AFILIADAS AL SEGURO POPULAR POR MEDIO DE LA ESTRATEGIA EMBARAZO SALUDABLE ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2008-2019

ENTIDAD FEDERATIVA	DATOS ANUALES										DICIEMBRE		
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	VARIACIÓN PORCENTUAL
Nacional	188,913	568,264	1,407,863	1,755,610	1,818,298	2,070,703	2,230,882	2,383,227	2,130,863	2,257,073	2,316,151	1,938,954	-16.29
Aguascalientes	1 930	5,012	15,588	20,210	21,945	25,203	25,005	25,504	14,412	20,815	22,285	20,934	-6.06
Baja California	5 082	14,366	34,805	38,220	35,385	34,968	36,646	37,163	35,160	39,429	38,061	36,121	-5.10
Baja California Sur	2 490	4,973	11,522	13,261	13,568	14,502	15,202	16,887	11,742	12,991	13,571	12,214	-10.00
Campeche	1 339	4,119	10,562	13,819	15,295	18,191	21,711	23,635	22,180	23,051	23,344	19,564	-16.19
Coahuila de Zaragoza	6 124	15,620	24,173	30,295	33,790	40,799	51,594	52,076	42,825	49,971	53,750	40,473	-24.70
Colima	795	2,042	7,120	8,808	9,760	10,429	10,253	10,039	8,968	9,145	9,447	8,256	-12.61
Chiapas	9 694	28,867	69,156	80,938	81,837	92,810	99,171	104,659	96,438	99,939	108,348	100,248	-7.48
Chihuahua	9 194	21,114	47,881	53,032	53,246	56,895	60,462	58,281	50,796	52,981	51,821	38,748	-25.23
Ciudad de México	3 311	22,360	41,187	49,785	41,143	56,132	59,626	76,098	74,133	87,011	90,308	79,211	-12.29
Durango	4 351	11,924	22,297	28,221	30,738	33,827	35,191	37,032	30,410	29,007	29,243	25,546	-12.64
Guanajuato	12 367	33,997	84,909	101,483	100,648	111,964	121,548	129,929	125,216	137,731	141,115	112,407	-20.34
Guerrero	11 426	32,865	66,362	84,292	82,996	93,226	93,598	97,377	87,027	89,771	91,158	75,164	-17.55
Hidalgo	5 593	16,241	43,964	50,574	52,463	62,551	51,921	60,007	55,675	61,478	65,780	53,454	-18.74
Jalisco	14 039	37,453	103,000	137,201	143,446	162,488	183,925	197,507	157,933	166,090	167,113	153,565	-8.11
Estado de México	7 573	48,394	133,170	178,333	188,259	212,482	242,189	267,087	251,445	278,823	289,107	245,193	-15.19
Michoacán de Ocampo	10 680	32,353	83,485	100,883	100,248	103,113	102,197	99,678	78,786	73,950	70,002	56,224	-19.68
Morelos	3 373	9,297	25,553	33,233	34,465	40,234	43,500	48,555	46,839	51,063	52,834	39,233	-25.74
Nayarit	2 651	6,058	14,348	17,757	17,702	21,164	22,038	23,901	22,859	21,981	22,154	17,655	-20.31
Nuevo León	4 354	14,958	42,975	51,786	54,285	62,714	70,563	80,302	69,917	75,055	79,050	77,444	-2.03
Oaxaca	10 685	29,328	62,885	77,913	84,305	95,388	100,366	103,170	97,596	97,568	100,757	90,871	-9.81
Puebla	9 379	28,800	73,507	98,583	100,035	123,821	144,221	160,523	130,645	155,997	159,754	136,268	-14.70
Querétaro	2 241	8,129	21,599	27,199	30,284	35,138	42,252	47,672	38,828	42,823	45,953	44,606	-2.93
Quintana Roo	3 197	8,865	23,394	28,716	32,271	36,419	39,806	42,900	38,930	40,144	39,636	36,561	-7.76
San Luis Potosí	2 839	10,080	30,576	37,978	42,721	47,315	51,463	53,080	49,398	49,869	51,016	36,098	-29.24
Sinaloa	7 019	16,700	45,028	53,752	55,881	62,995	69,124	73,977	65,606	67,178	68,184	41,731	-38.80
Sonora	5 709	13,967	34,127	40,937	40,905	44,225	46,266	49,752	42,295	43,644	44,765	39,218	-12.39
Tabasco	5 261	16,304	38,206	51,665	60,564	74,844	85,845	93,219	90,969	90,661	91,500	73,796	-19.35
Tamaulipas	7 162	18,540	41,144	49,581	49,323	57,525	64,472	69,128	63,238	61,166	61,740	64,539	4.53
Tlaxcala	3 673	8,260	17,404	24,508	28,244	33,010	35,637	38,626	37,555	39,316	38,223	23,844	-37.62
Veracruz de Ignacio de la Llave	9 226	30,834	91,091	116,712	124,832	142,960	145,625	139,654	131,301	124,760	128,360	83,644	-34.84
Yucatán	2 223	6,996	19,278	22,671	22,500	25,812	29,429	31,422	29,661	29,159	31,197	28,034	-10.14
Zacatecas	3 933	9,448	27,567	33,264	35,214	37,559	30,036	34,387	32,080	34,506	36,575	28,090	-23.20

FUENTE: Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Instituto de Salud para el Bienestar. Padrón Nacional de Beneficiarios del SPSS.

**PRINCIPALES SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2020^{1/}**

SERVICIOS	2019 ^{3/}	2020 ^{4/}	VARIACIÓN PORCENTUAL
*Consulta	94,783,504	90,180,824	-4.86
*Externa general ^{1/}	65,488,077	62,032,255	-5.28
*Especializada ^{2/}	13,359,733	12,437,994	-6.90
De urgencias	8,833,927	9,018,231	2.09
*Odontológica	7,101,767	6,692,345	-5.77
*Consultas de planificación familiar	4,402,575	4,090,667	-7.08
HOSPITALIZACIÓN			
Intervenciones quirúrgicas	1,315,435	1,269,317	-3.51
Egresos	2,636,181	2,648,342	0.47

^{1/} Se refiere a las consultas que otorgan los médicos generales, pasantes de medicina y las consultas proporcionadas por las enfermeras.

^{2/} Se refiere a las consultas que otorgan médicos especialistas y residentes.

^{3/} Cifras preliminares al mes de diciembre.

^{4/} Cifras estimadas al mes de diciembre.

FUENTE: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.



**RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS POR ENTIDAD FEDERATIVA
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2018^{1/}**

Entidad Federativa	Médicos ^{2a/}	Enfermeras ^{3a/}	Cama censables ^{4a/}	Unidades de Consulta externa ^{4b/}	"Aportación al gasto en salud para la población no asegurada" (miles de pesos) ^{7/}	
					Federal ^{5/}	Estatal ^{6/}
Nacional	1.8	2.5	0.7	17.0	241,418,174.3	57,104,048.1
Aguascalientes	21	3.0	0.7	9.4	2,277,873.4	690,251.7
Baja California	1.6	2.0	0.6	7.7	4,199,380.9	828,738.9
Baja California Sur	2.4	3.1	0.9	16.9	1,301,285.0	245,744.8
Campeche	2.4	2.9	0.8	22.8	2,455,484.6	327,225.0
Coahuila de Zaragoza	1.8	2.8	0.9	12.1	4,401,923.5	326,671.6
Colima	2.6	3.3	0.9	22.0	1,756,119.5	113,147.1
Chiapas	1.4	2.3	0.4	31.1	12,389,019.5	631.3
Chihuahua	1.7	2.8	0.8	14.5	5,683,226.3	3,864,364.7
Ciudad de México	3.9	5.1	1.7	6.6	22,225,448.5	10,498,445.7
Durango	2.0	2.5	0.8	26.8	3,655,059.2	343,776.5
Guanajuato	1.5	2.3	0.6	10.9	10,350,619.8	4,863,350.3
Guerrero	2.0	2.7	0.6	32.2	9,653,739.5	145,086.7
Hidalgo	1.6	2.2	0.5	30.4	6,746,742.7	551,732.8
Jalisco	1.8	2.4	0.8	12.4	10,230,202.7	4,948,710.9
Estado de México	1.3	1.8	0.5	8.8	32,334,094.2	6,503,747.7
Michoacán de Ocampo	1.6	2.0	0.6	22.1	9,369,013.9	470,198.7
Morelos	1.7	2.4	0.5	14.3	3,508,151.0	349,129.6
Nayarit	2.1	2.8	0.6	32.6	2,704,676.0	465,831.2
Nuevo León	1.9	2.3	0.7	11.1	4,746,896.4	1,075,752.4
Oaxaca	1.6	2.2	0.6	38.3	11,215,341.2	430,539.2
Puebla	1.5	2.0	0.6	18.2	11,872,695.2	1,665,268.4
Querétaro	1.6	1.9	0.4	14.4	3,338,505.1	1,194,224.5
Quintana Roo	1.6	2.4	0.6	13.9	2,691,061.5	1,385,690.7
San Luis Potosí	1.6	2.3	0.7	21.9	5,162,476.3	335,359.0
Sinaloa	2.1	2.7	0.8	16.6	4,575,891.8	920,908.5
Sonora	2.1	2.9	1.0	20.8	3,934,502.1	2,041,364.1
Tabasco	2.1	2.4	0.6	27.0	5,159,662.9	2,496,477.0
Tamaulipas	2.0	2.9	0.8	16.1	6,018,673.7	2,857,190.8
Tlaxcala	1.7	2.3	0.5	16.8	3,090,054.4	262,548.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	1.5	2.0	0.6	19.6	15,800,445.6	4,023,748.7
Yucatán	2.2	3.1	0.8	14.9	4,416,472.0	2,233,822.6
Zacatecas	1.9	2.9	0.6	29.3	4,019,647.1	644,369.1

^{1/} Incluye datos de Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-PROSPERA, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA, Unidades Médicas Estatales, Municipales y Universitarias. Para los indicadores del gasto se incluyen cifras de la Secretaría de Salud, del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), Gasto Estatal e IMSS-PROSPERA.

^{2/} Médicos en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, médicos pasantes y residentes.

^{3/} Enfermeras en contacto con el paciente por mil habitantes. Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes y auxiliares.

^{4a/} Por mil habitantes.

^{4b/} Por 100 mil habitantes.

^{5/} El Gasto Federal incluye el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), del FASSA e IMSS-PROSPERA. El total nacional difiere de la suma de las entidades federativas debido a que se integra el gasto de SEDENA y SEMAR por un monto de 9,327,398 miles de pesos, correspondiente al programa DN-III que otorgan atención médica en zonas de desastre (servicios médicos, vacunación, dentales, etc.) a toda la población.

^{6/} El Gasto Estatal en Salud es el aportado por los gobiernos de las entidades federativas.

^{7/} Información definitiva 2018.

FUENTE: Secretaría de Salud, DGIS (SINAIS). Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). Cubo de información dinámica Sectorial (SINAIS) 2012-2018. Catalogo Único de Establecimientos de Salud (CLUES).



Directorio

Directorio

Jorge Carlos Alcocer Varela

SECRETARIO DE SALUD

Marcos Cantero Cortés

TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Maricela Leucona González

ABOGADA GENERAL

Marta Beatriz Cabrera García

DIRECTORA GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Gady Zabicky Sirot

COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Mónica Mieres Hermosillo

TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Alejandro Manuel Vargas García

DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

Juan Carlos Gómez Martínez

DIRECTOR GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

Javier Mancilla Ramírez

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

Francisco Ramos Gómez

DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD

Hugo López-Gatell Ramírez

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Ricardo Cortés Alcalá

DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Arturo García Cruz

SECRETARIO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

José Luis Alomía Zegarra

DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Ruy López Ridaura

DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
Y CONTROL DE ENFERMEDADES

Miriam Esther Veras Godoy

DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Karla Berdichevsky Feldman

DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

Alethse de la Torre Rosas

DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA

Pedro Flores Jiménez

SUBSECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Francisco Martínez Martínez

DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO

César Vélez Andrade

DIRECTOR GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Omar Valdés López

DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

Analí Santos Avilés

DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ORGANIZACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA

Leonardo Alfonso Verduzco Dávila

DIRECTOR GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

Gustavo Reyes Terán

TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y
HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Rodolfo Cano Jiménez

DIRECTOR GENERAL DE POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Simón Kawa Karasik

DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Anabel Naashiely Romero López

DIRECTORA GENERAL DE HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA

Juan Francisco Galán Herrera

DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Jorge Enrique Trejo Gómora

DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

José Salvador Aburto Morales

DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Juan Manuel Quijada Gaytán

DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

José Alonso Novelo Baeza

COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Juan Antonio Ferrer Aguilar

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR

Onofre Muñoz Hernández

COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

María Eugenia Lozano Torres

SECRETARIA TÉCNICA DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

José Ignacio Santos Preciado

SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Gisela Juliana Lara Saldaña

TITULAR DE LA UNIDAD DEL PROGRAMA IMSS-BIENESTAR

María del Rocío García Pérez

TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA INFANCIA

COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD*

María del Carmen Fernández Cáceres

DIRECTORA GENERAL DE CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, AC

Carlos Rello Lara

DIRECTOR GENERAL DE LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.

Ángel Rodríguez Alba

TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN LA SECRETARÍA DE SALUD

*NOTA: Conforme al DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud del 29 de noviembre de 2019, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud como organismo desconcentrado se extingue y se crea a partir del 01 de enero de 2020 el Instituto de Salud para el Bienestar como un organismo descentralizado y sectorizado a la Secretaría de Salud. Aunado a lo anterior, con la entrada en vigor del presente decreto, se cuenta con 180 días para la publicación del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, instrumento jurídico que establecerá como parte de la Estructura Básica de la Secretaría de Salud al Instituto de Salud para el Bienestar.

El Segundo Informe de Labores,
de la Secretaría de Salud
se editó en agosto de 2020.

GOBIERNO DE MÉXICO

