



Informe de Rendición de Cuentas

ETAPA 1



Clave Presupuestaria: 12R00

Institución: CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Sector: SALUD, TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	2
Presentación	4
Marco Jurídico de Actuación	14
Las acciones y los Resultados relevantes obtenidos durante el periodo comprendido del 01 de diciembre de 2006 al 31 de diciembre de 2011	15
Aspectos financieros y presupuestarios	103
Recursos Humanos	114
Recursos Materiales	123
Programa Especial de mejora de la gestión 2008-2012	127
Programa nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008-2012	130
Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental	140
Observaciones de auditorías realizadas por instancias fiscalizadoras	143
Procesos de desincorporación	148
Bases o Convenios de Desempeño	149
Otros asuntos relevantes	150
Acciones y compromisos relevantes en proceso de atención	151

11.1 Presentación

11.1.1 Marco Legal

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

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

11.1.2 Descripción de los servicios y funciones

El artículo 38 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, señala que sus Órganos Desconcentrados estarán a cargo de un titular, que tendrá las facultades genéricas siguientes:

- I. Programar, organizar, dirigir, controlar y evaluar el funcionamiento del órgano desconcentrado;
- I. Bis 1. Aplicar los procedimientos normativos necesarios que propicien la mejora del control interno de las unidades o áreas administrativas a su cargo, para el mejor aprovechamiento de los recursos materiales, humanos y financieros que permitan garantizar una adecuada rendición de cuentas, así como establecer aquellas medidas que consideren necesarias para fortalecer la mejora de control interno;
- I. Bis 2. Aplicar los procedimientos necesarios que generen la mejora continua de la gestión dentro del marco normativo que determinen las áreas normativas centrales y las dependencias globalizadoras, así como establecer las medidas que consideren necesarias para fortalecer la mejora continua y el adecuado desarrollo del encargo y su evaluación;
- II. Acordar con su superior la resolución de los asuntos relevantes cuya tramitación corresponda al órgano a su cargo;
- III. Formular, en los asuntos de su competencia, los anteproyectos de iniciativas de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes, con la participación de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, para su trámite correspondiente;

- IV. Proponer al Secretario la delegación de atribuciones en servidores públicos subalternos;
- V. Representar al órgano de que se trate, con facultades para celebrar los actos jurídicos, convenios y contratos que requieran para el ejercicio de las atribuciones del órgano respectivo y, cuando proceda, rescindirlos o convenir su terminación anticipada, así como otorgar y revocar poderes generales para pleitos y cobranzas;
- VI. Participar, en el ámbito de su competencia, en los mecanismos de coordinación y concertación que se establezcan con las autoridades federales, estatales y municipales, así como con los sectores social y privado;
- VII. Formular y proponer al Secretario los manuales de organización, procedimientos y servicios del órgano desconcentrado, de conformidad con los lineamientos internos de carácter técnico y administrativo que al efecto establezca la Subsecretaría de Administración y Finanzas, a través de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto;
- VIII. Promover e instrumentar los programas de modernización administrativa en el órgano;
- IX. Formular, en coordinación con la Subsecretaría de Administración y Finanzas, a través de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, los anteproyectos de programa presupuesto del órgano desconcentrado y, una vez aprobado, verificar su correcta y oportuna ejecución;
- X. Ejercer desconcentradamente el presupuesto autorizado, así como registrar y controlar los compromisos;
- XI. Llevar el registro contable del órgano sobre operaciones de ingresos y egresos;
- XII. Elaborar los programas anuales de adquisiciones y obras públicas del órgano con base en los proyectos de cada una de las áreas bajo su responsabilidad;
- XIII. Adquirir los bienes destinados a satisfacer las necesidades del órgano, así como llevar a cabo los procedimientos para la adjudicación de los contratos correspondientes;
- XIV. Intervenir y llevar el control de contratos, presupuestos y fianzas por concepto de obras, arrendamientos, suministros de servicios telefónicos y eléctricos, mantenimiento, seguros y demás similares;
- XV. Calificar, admitir, custodiar y, en su caso, ordenar la cancelación de las fianzas relacionadas con los contratos y convenios que celebre y aquellas que reciba en el ejercicio de sus atribuciones, o presentarlas ante la Tesorería de la Federación para que las haga efectivas;
- XVI. Llevar el control de los archivos y correspondencia del órgano;
- XVII. Expedir certificaciones de los documentos que obren en los archivos a su cargo;
- XVIII. Pagar los documentos que se presenten para su cobro;
- XIX. Intervenir en la designación, desarrollo, capacitación, promoción y adscripción del personal a su cargo no sujeto al Servicio Profesional de Carrera, así como autorizar, dentro del ámbito de su competencia, licencias, tolerancias y remociones, con la intervención de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, sólo en el caso de remociones y de la Dirección General de Recursos Humanos, del personal de su responsabilidad;
- XX. Analizar, validar, integrar y enviar a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto los tabuladores de cuotas de recuperación que generen sus áreas adscritas para su trámite y autorización respectivos ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;
- XXI. Participar en la elaboración de las condiciones generales de trabajo;

- XXII. Aplicar, en el ámbito de su competencia, las disposiciones relativas al Servicio Profesional de Carrera, en coordinación con las unidades administrativas e instancias competentes;
- XXIII. Expedir los nombramientos de los directores generales adjuntos y directores de área de las unidades administrativas que le estén adscritas, aplicando las disposiciones relativas al Servicio Profesional de Carrera;
- XXIV. Designar al Gabinete de Apoyo y a los servidores públicos de libre designación, de conformidad con lo que establece la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal y su Reglamento, y
- XXV. Las demás facultades que les señalen otras disposiciones legales o reglamentarias y sus superiores jerárquicos. No serán aplicables a los órganos administrativos desconcentrados las disposiciones del presente artículo, en lo que se opongan a las disposiciones previstas en los instrumentos jurídicos que los rijan.

SERVICIOS

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), este Centro Nacional no proporciona servicios directos a la población.

FUNCIONES

El artículo 47 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud define las funciones para cada uno de sus **órganos desconcentrados**, ahí se describen las propias para este Centro Nacional como sigue:

- I. Fungir, por conducto de su titular, como Secretario Técnico del Consejo Nacional de Vacunación y del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia;
- II. Proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas y estrategias nacionales, lineamientos y procedimientos en materia de vacunación para toda la población residente en la República Mexicana, y evaluar su impacto;
- III. Proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas y estrategias nacionales en materia de salud de la infancia y la adolescencia, incluyendo lo relativo al cáncer en dichos grupos poblacionales y evaluar su impacto;
- IV. Coordinar las acciones de las instituciones del Sistema Nacional de Salud en materia de salud de la infancia y la adolescencia y de vacunación para toda la población en el territorio nacional;
- V. Proponer normas oficiales mexicanas en materia de salud de la infancia y la adolescencia y de la administración de vacunas, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano, así como formular las respuestas a los comentarios recibidos a los proyectos de dichas normas y vigilar su cumplimiento, con la participación que corresponda a la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, en términos del artículo 11 Bis de este Reglamento;

- VI. Proponer los lineamientos y los procedimientos técnicos para la organización, programación y presupuestación, relacionados con los programas en materia de salud de la infancia y la adolescencia, así como con la vacunación para toda la población en el territorio nacional;
- VII. Proponer los mecanismos que permitan el control en el suministro y la distribución oportuna, suficiente y de calidad de los insumos de los programas en materia de salud de la infancia y la adolescencia, así como de los utilizados para la vacunación;
- VIII. Establecer las especificaciones técnicas del equipo y los insumos de los programas en materia de salud de la infancia y la adolescencia, así como de los utilizados para la vacunación;
- IX. Evaluar y dar seguimiento al desarrollo e impacto de las actividades de los programas en materia de salud de la infancia y la adolescencia y de las acciones de vacunación para toda la población en el territorio nacional;
- X. Participar, en el ámbito de su competencia, en la definición, instrumentación, supervisión y evaluación de las estrategias y los contenidos técnicos de los materiales de comunicación social, así como de los materiales didácticos y metodologías que se utilicen para la capacitación y actualización del personal que opera los programas en materia de salud de la infancia y la adolescencia y del que desarrolla las actividades de vacunación en la población, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- XI. Promover, coordinar y, en su caso, efectuar investigación operativa relacionada con la salud de la infancia y la adolescencia y la vacunación, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- XII. Supervisar y evaluar la información generada por los sistemas institucionales de información y de investigación en salud, relacionada con las acciones de vacunación en la población y las actividades de los programas en materia de salud de la infancia y la adolescencia, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- XIII. Promover la coordinación entre las agencias nacionales e internacionales en relación con la salud de la infancia y la adolescencia y la vacunación, con la colaboración de las unidades administrativas competentes;
- XIV. Participar, en el ámbito de su competencia, en la instrumentación del Sistema de Protección Social en Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- XIV. Participar, en el ámbito de su competencia, en la instrumentación del Sistema de Protección Social en Salud, del programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital y de otros que le correspondan, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- XVI. Derogada.
- XVII. Participar en los estudios de los casos de enfermedades evitables por vacunación y eventos temporalmente asociados a las vacunas, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- XVIII. Certificar el desempeño de las localidades, jurisdicciones sanitarias, entidades federativas, regiones o comunidades, según sea el caso, en relación con los programas del ámbito de su competencia, e
- XIX. Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en la esfera de su competencia, así como remitir a las autoridades fiscales correspondientes, en su caso, las resoluciones que impongan

sanciones económicas para que se hagan efectivas a través del procedimiento administrativo de ejecución.

11.1.3 Los objetivos institucionales y su vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia presenta la siguiente misión y visión:

Misión

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

Visión

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

Objetivos

Generales

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

Específicos

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

Plan Nacional de Desarrollo

El Programa Nacional de Desarrollo 2007-2012, elaborado con la finalidad de establecer los objetivos nacionales así como las estrategias y las prioridades que se propusieron dar rumbo y dirección a la acción del gobierno durante esta administración sirve como marco de formulación del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA), así como al Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA).

Acorde con el principio rector del Plan: “El Desarrollo Humano Sustentable” donde se asume que el propósito del desarrollo consiste en crear una atmósfera en que todos puedan aumentar su capacidad y las oportunidades pueden ampliarse para las generaciones presentes y futuras”, como una visión transformadora del país en el futuro y, simultáneamente, un derecho actual de los mexicanos que significa asegurar la satisfacción de sus necesidades fundamentales como la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y la protección a sus derechos humanos. El PROSESA y el PRONASA se vinculan a este principio.

El Plan, pretende hacer la realidad la Visión México 2030, para lo que se propone diez objetivos nacionales en una estrategia integral de política pública, el PROSESA/PRONASA se relacionan íntegramente a estos objetivos, en forma indirecta y en grado variable: con el objetivo 1. Garantizar la seguridad nacional, salvaguardar la paz, la integridad, la independencia y la soberanía del país, y asegurar la viabilidad del Estado y de la democracia, se asocian diversas estrategias y líneas de acción del PROSESA/PRONASA especialmente las de protección contra riesgos sanitarios; la atención de desastres y urgencias epidemiológicas; el aseguramiento de la producción nacional de reactivos, biológicos y otros dispositivos médicos estratégicos para la seguridad nacional, así como el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector ante emergencias nacionales en salud.

En forma directa en el Eje 3 del Plan, Igualdad de Oportunidades en sus objetivos cuatro, cinco, seis, siete y ocho, en el PROSESA y PRONASA se plantea la consecución de cinco objetivos frente a los retos en salud del país, enfocados para dar respuesta a las legítimas demandas de la población de moderar las inequidades y caminar hacia la igualdad de oportunidades de los mexicanos, estos objetivos sectoriales son:

- Mejorar las condiciones de salud de la población;
- Reducir las brechas o desigualdades en salud, mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas:
- Prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud; y
- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Las intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas cuyo propósito es abatir los rezagos de la atención a la salud de la población en condiciones de pobreza las tenemos

representadas en dos importantes metas: primero, disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, lo que significa disminuir ésta razón de 187.7 a 81.1 las muertes maternas; la siguiente meta es disminuir 40% la mortalidad infantil en estos mismos municipios que sería conseguir reducir la tasa de mortalidad de 32.5 por mil nacidos vivos a 19.5.

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

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

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

EJE 3. IGUALDAD DE OPORTUNIDADES		
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	RETOS A LOS QUE RESPONDE EL PROGRAMA 2007-2012
3. DESARROLLO INTEGRAL	3.2 Salud	<p>Aunque existe un descenso importante en la mortalidad infantil en general así como en los índices de desnutrición y enfermedades infecciosas, sigue siendo necesario implementar acciones en el sector más pobre de la población ya que continúan teniendo mayor riesgo de morir. La desigualdad, expresada en la dimensión de la salud de las personas, puede observarse también entre regiones.</p> <p>La infraestructura para el tratamiento de las enfermedades asociadas a comunidades económicamente desfavorecidas es muy distinta a la que atendería enfermedades características de personal con niveles de vida apreciables.</p> <p>El cuadro más frecuente de enfermedades contagiosas sigue siendo expresión de la falta de una cultura elemental de la salud en muchas de nuestras comunidades.</p> <p>La falta de infraestructura moderna, insumos y personal capacitado en el sector salud es desigual y su cobertura es deficiente.</p> <p>La accesibilidad de los servicios de salud presenta un doble desafío: atender las llamadas enfermedades del subdesarrollo y a la vez los padecimientos propios de países desarrollados.</p>

EJE 3. IGUALDAD DE OPORTUNIDADES		
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	RETOS A LOS QUE RESPONDE EL PROGRAMA 2007-2012
4. MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN	4.2 Promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos.	<p>Falta de organización en la acción comunitaria.</p> <p>Capacitación deficiente en materia de promoción de la salud a nivel local.</p> <p>Número insuficiente de Promotores de de la Salud en los núcleos básicos.</p> <p>Falta de lineamientos, manuales y guías metodológicas adecuadas para la capacitación en materia de promoción de la salud.</p>
	4.3 Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades	<p>Falta de coordinación entre las distintas instituciones públicas de salud y con un financiamiento dispar en lo que respecta a las acciones de prevención de la salud.</p> <p>Integrar a esta coordinación a todos los órdenes de gobierno.</p>
5. BRINDAR SERVICIOS DE SALUD EFICIENTES, CON CALIDAD, CALIDEZ Y SEGURIDAD PARA EL PACIENTE.	5.2 Mejorar la planeación, la organización, el desarrollo y los mecanismos de rendición de cuentas de los servicios de salud para un mejor desempeño del Sistema Nacional de Salud como un todo.	<p>Fortalecer la rendición de cuentas y mejorar el desempeño del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Evaluar adecuadamente los servicios de salud y establecer comparaciones de los resultados obtenidos por las instituciones públicas.</p>
	5.3 Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.	<p>Capacitación profesional entre el personal médico y paramédico.</p> <p>Edificación de hospitales regionales, y en general, la ampliación de la infraestructura de salud en las ciudades y el campo.</p> <p>Contratación de Recursos Humanos en las Entidades Federativas.</p> <p>Consolidación de la red de servicios de atención a la salud.</p>
6. REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN LOS SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE INTERVENCIONES DE SALUD MEDIANTE INTERVENCIONES FOCALIZADAS EN COMUNIDADES MARGINADAS Y GRUPOS	6.1 Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad.	<p>Aplicación de medidas preventivas y vigilancia de posibles factores de riesgo para evitar la morbi-mortalidad del recién nacido.</p>
	6.2 Ampliar la cobertura de servicios de salud a través de unidades móviles y el impulso de la telemedicina.	<p>Mejorar la conectividad y el acceso a través del uso de infraestructura de telecomunicaciones adecuada.</p>

EJE 3. IGUALDAD DE OPORTUNIDADES		
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	RETOS A LOS QUE RESPONDE EL PROGRAMA 2007-2012
VULNERABLES.		
8. GARANTIZAR QUE LA SALUD CONTRIBUYA A LA SUPERACIÓN DE LA POBREZA Y AL DESARROLLO HUMANO EN EL PAÍS.	8.2 Garantizar un blindaje efectivo contra amenazas epidemiológicas y una respuesta oportuna a desastres para mitigar el daño al comercio, la industria y el desarrollo regional.	Capacitación del personal de salud para la respuesta eficaz y eficiente ante desastres naturales.

SUSTENTACIÓN CON BASE EN EL PROSESA 2007-2012

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

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

SUSTENTACIÓN CON BASE EN EL PRONASA 2007-2012

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

RELACIÓN DIRECTA		RELACIÓN INDIRECTA	
ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN	ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN
Estrategia 2: Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención y	2.4 Reducir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.	Estrategia 3: Situar la calidad en la agenda permanente del sistema	3.2 Incorporar programas de calidad en la formación académica de técnicos y

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

Para cumplir con los objetivos institucionales se diseñaron las siguientes estrategias:

Estrategias

1. Realizar acciones que promuevan la prevención de enfermedades en la población menor de un año.
 - ◆ Detectar oportunamente algunas afecciones originadas en el periodo perinatal.
 - ◆ Detectar oportunamente las malformaciones congénitas.
 - ◆ Prevenir y tratar oportunamente la enfermedad respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda.

- ◆ Detectar oportunamente el cáncer en menores de un año a través de capacitación al personal de salud.
 - ◆ Garantizar programas de vacunación con el esquema básico completo en menores de un año y de tétanos en mujeres gestantes.
2. Fortalecer la participación social en la prevención, detección y tratamiento oportunos de enfermedades en la población menor de un año.
- ◆ Promover en la población, mediante campañas de comunicación masivas y capacitación, acciones de prevención de afecciones del periodo perinatal, prevención de embarazo en adolescentes, enfermedades diarreicas, respiratorias, acciones de vacunación y prevención de riesgos de accidentes por intoxicaciones, quemaduras y cuerpos extraños en vía aérea y digestiva.
3. Fortalecer la prestación de los servicios de salud que garanticen la atención oportuna a la población blanco.
- ◆ Desarrollar acciones de capacitación al personal de salud en materia de prevención, detección y tratamiento oportunos de enfermedades en la población menor de un año.
 - ◆ Fortalecimiento de la capacidad de respuesta del personal de salud para la atención de urgencias pediátricas
 - ◆ Gestionar y vigilar el abasto oportuno, suficiente y con calidad de los recursos necesarios para la operación del programa. Mantener actualizado el diagnóstico de recursos humanos, físicos y materiales necesarios para la operación del programa.
4. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y supervisión del programa en los estados.
- ◆ Acreditación de unidades de I nivel de atención que garanticen el cumplimiento de las líneas de acción del programa.
 - ◆ Consolidar el monitoreo y la evaluación sistemática de la atención integral del menor de un año a través de indicadores de proceso y resultado
 - ◆ Mejoramiento del sistema de información existente con la inclusión de nueva información para captura de datos concernientes al programa.

11.2 Marco jurídico de actuación

De manera global se establece el marco general en que se desarrollan las actividades encomendadas a la Secretaría y al Sector Salud, establecidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hasta oficios y circulares que establecen el marco de actuación normativo.

El desarrollo de las atribuciones y funciones de la Secretaría de Salud como Dependencia Federal, así como cabeza del Sector Salud, se apoya en la normatividad vigente al 31 de diciembre de 2011, la cual ha tenido en lo que va de esta Administración, 2007 a 2011, actualizaciones significativas en materia de salud, aprobadas por el Poder Legislativo, que se suman a la diversa normatividad que se ha derogado, abrogado o incorporado, correspondiente a normatividad de aplicación general que emitió el Ejecutivo Federal, el Poder Legislativo y otras instancias de gobierno, que son de aplicación general para las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, APF.

La normatividad aplicable, se integra en diferentes ordenamientos, que a continuación se mencionan, que de manera descriptiva se relacionan en el Anexo 1 de este Informe de Rendición de Cuentas 2006-2011, como Primera Etapa del periodo 2006-2012, que corresponde a la actual Administración, a saber:

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

11.3 Resumen ejecutivo de las acciones y resultados relevantes

A. POLITICAS Y ESTRATEGIAS GENERALES DE GOBIERNO

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2007-2012

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), se elaboró bajo la perspectiva de futuro de todos los mexicanos bajo lo establecido en el proyecto Visión México 2030, el cual expresa una voluntad colectiva de cambio, que es factible y cuyo propósito es alcanzar el Desarrollo Humano Sustentable que nos da la oportunidad de avanzar con una perspectiva integral de beneficio para las personas, las familias y las comunidades.

Para hacer realidad esta Visión México 2030 y atender a las prioridades nacionales, el Plan propone el cumplimiento de diez objetivos nacionales: Primero garantizar la seguridad nacional, salvaguardar la paz, la integridad, la independencia y la soberanía del país, y asegurar la viabilidad del Estado y de la democracia; garantizar la vigencia plena del Estado de Derecho, fortalecer el marco institucional y afianzar una sólida cultura de legalidad para que los mexicanos vean realmente protegida su integridad física, su familia y su patrimonio en un marco de convivencia social armónica; alcanzar un crecimiento económico sostenido más acelerado y generar los empleos formales que permitan a todos los mexicanos, especialmente a aquellos que viven en pobreza, tener un ingreso digno y mejorar su calidad de vida; tener una economía competitiva que ofrezca bienes y servicios de calidad a precios accesibles, mediante el aumento de la productividad, la competencia económica, la inversión en infraestructura, el fortalecimiento del mercado interno y la creación de condiciones favorables para el desarrollo de las empresas, especialmente las micro, pequeñas y medianas; reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución; reducir significativamente las brechas sociales, económicas y culturales persistentes en la sociedad, y que esto se traduzca en que los mexicanos sean tratados con equidad y justicia en todas las esferas de su vida, de tal manera que no exista forma alguna de discriminación; Garantizar que los mexicanos cuenten con oportunidades efectivas para ejercer a plenitud sus derechos ciudadanos y para participar activamente en la vida política, cultural, económica y social de sus comunidades y del país; asegurar la sustentabilidad ambiental mediante la participación responsable de los mexicanos en el cuidado, la protección, la preservación y el aprovechamiento racional de la riqueza natural del país, logrando así afianzar el desarrollo económico y social sin comprometer el patrimonio natural y la calidad de vida de las generaciones futuras; Consolidar un régimen democrático, a través del acuerdo y el diálogo entre los Poderes de la Unión, los órdenes de gobierno, los partidos políticos y los ciudadanos, que se traduzca en condiciones efectivas para que los mexicanos puedan prosperar con su propio esfuerzo y esté fundamentado en valores

como la libertad, la legalidad, la pluralidad, la honestidad, la tolerancia y el ejercicio ético del poder; y por último aprovechar los beneficios de un mundo globalizado para impulsar el desarrollo nacional y proyectar los intereses de México en el exterior, con base en la fuerza de su identidad nacional y su cultura; y asumiendo su responsabilidad como promotor del progreso y de la convivencia pacífica entre las naciones.

Enmarcado en estos objetivos, el Plan propone una estrategia integral estructurada en cinco ejes rectores estrechamente relacionados: el primero es el referido al Estado de Derecho y seguridad, para garantizar la seguridad de las personas en el Desarrollo Humano Sustentable; el segundo eje rector es la Economía competitiva y generadora de empleos, para que los individuos cuenten con mayores capacidades y que el país se inserte eficazmente en la economía global: el tercero es el de Igualdad de oportunidades, para que cada mexicano tenga acceso a genuinas oportunidades de formación y de realización: el cuarto eje es el de Sustentabilidad ambiental, básico para una estrategia integral de desarrollo humano y el último eje Democracia efectiva y política exterior responsable que abarca las acciones en materia de democracia efectiva y política exterior.

A su vez cada uno de los ejes establece sus respectivos objetivos y estrategias, a lo largo de los cinco ejes se encuentran estrategias similares, dada esta interrelación de estrategias, implícita en un enfoque de este tipo.

Por eso, en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se imprime un enfoque de largo plazo a los objetivos nacionales, las estrategias generales y las prioridades de desarrollo. Con ello, se busca que al final de esta Administración, en el año 2012, el país avance en tiempo y forma hacia el porvenir que los mexicanos visualizan.

Un requisito indispensable para cumplir los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo es contar con el compromiso y la colaboración de todos. Se requiere la participación corresponsable de los poderes Ejecutivo Legislativo y Judicial; de los gobiernos federal, estatales y municipales; de los partidos políticos, las organizaciones sociales y los sindicatos; del sector privado, el educativo y, sobre todo, de los ciudadanos.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, propone en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2007-2012

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) involucra los compromisos de todo el sector salud en concordancia con lo que se establece en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, se establecen las prioridades sectoriales de las instituciones del sector: Secretaría de Salud; Instituto Mexicano del Seguro Social; Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del

Estado; Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; Secretaría de la Defensa Nacional; Secretaría de Marina y Petróleos Mexicanos.

Teniendo como marco de formulación el Plan, el PROSESA se vincula desde su inicio con el principio rector del PND: “El Desarrollo Humano Sustentable” que constituye la visión transformadora de México a la vez que significa asegurar a los mexicanos la satisfacción de sus necesidades esenciales como la salud.

En el PROSESA se plantean cinco objetivos para la atención de los retos en salud, cada uno de ellos está asociado a metas estratégicas que deberán de cumplirse al 2012 y que corresponden a las prioridades del sector salud:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población.
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

El PROSESA aporta los elementos correspondientes a salud, para el logro de los objetivos y metas se han planteado en el PND, en el siguiente cuadro se muestra la relación de los objetivos del PROSESA con los cinco ejes rectores del PND y sus objetivos.

PRINCIPALES ACTIVIDADES Y RESULTADOS

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

Objetivos Generales

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

Objetivos Específicos

- ◆ Fortalecer las acciones de vacunación a la población menor de un año, asegurando el esquema básico completo.

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

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

1. Coberturas de vacunación iguales o superiores al 95%

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






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

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

ESQUEMA DE VACUNACIÓN VIGENTE 2011

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

Esquema Universal Ampliado

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

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

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

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

mediante actividades de enfocadas a cubrir los Esquemas Básicos de Vacunación y los Esquemas Complementarios en las diferentes edades.

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

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

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

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

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

Para el **2007 se universalizó** la aplicación de la vacuna al mismo grupo etario en todo el territorio nacional. Se estima que la vacunación contra rotavirus podrá reducir la mortalidad por enfermedad diarreica hasta en un 60% en los países latinoamericanos. En México, la evaluación del impacto de la vacunación contra rotavirus podrá realizarse de manera óptima cuando se cuente con un conjunto suficiente de datos derivado de la vigilancia epidemiológica específica de

las infecciones por rotavirus, y cuando los lactantes vacunados por el programa cumplan la edad hasta la que la vacuna ha probado ser eficaz. Mientras tanto, de manera preliminar, el análisis de la mortalidad por enfermedad diarreica en menores de cinco años sugiere una aceleración de la reducción de la mortalidad al pasar esta reducción de 3.9% anual en promedio entre los años 2000-2005 hasta reducirse 15.8% anual en promedio a partir de 2006.

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

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

Cobertura en niños de 1 año de edad.

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

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

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

VARIABLES: Núm. Total de niños de un año de edad con esquema de vacunación completo/Núm. Total de niños de un año en Censo Nominal.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/ ¹
Niños Registrados en Censo Nominal	1,682,678	1,648,151	1,688,983	1,720,111	1,758,573	1,691,461	1,669,304
Niños vacunados	1,601,229	1,567,606	1,596,818	1,644,318	1,675,182	1,607,979	1,586,667
COBERTURA	95.2	95.1	94.5	95.6	95.3	95.1	95.1
META	95	95	95	95	95	95	95

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

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

Al cierre del año 2011, se registró una cobertura con esquema de vacunación completo, en los niños de un año de edad del 95.1%; para el periodo enero-mayo 2012, los datos preliminares registran una cobertura con esquema de vacunación completo en los niños de un año de edad del 95.1%.

BIOLOGICO		METAS: Mantener por arriba del 95% la cobertura de vacunación por tipo de biológico en niños de un año de edad.						
		VARIABLES: Núm. Total de niños de un año de edad vacunados por tipo de biológico/Núm. Total de niños de un año en Censo Nominal.						
	Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/ ¹
Pentavalente	Niños Registrados en Censo Nominal	1,682,678	1,648,151	1,688,983	1,720,111	1,758,573	1,691,461	1,669,304
	Niños vacunados	1,649,024	1,611,892	1,636,625	1,670,916	1,728,677	1,655,941	1,629,241
	COBERTURA	98	97.8	96.9	97.14	98.3	97.9	97.6
	META	95	95	95	95	95	95	95

BIOLOGICO	METAS: Mantener por arriba del 95% la cobertura de vacunación por tipo de biológico en niños de un año de edad.							
	Variables: Núm. Total de niños de un año de edad vacunados por tipo de biológico/Núm. Total de niños de un año en Censo Nominal.							
	Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/ ¹
Triple Viral	Niños Registrados en Censo Nominal	1,682,678	1,648,151	1,688,983	1,720,111	1,758,573	1,691,461	1,669,304
	Niños vacunados	1,620,419	1,588,818	1,612,979	1,649,586	1,697,023	1,628,877	1,604,201
	COBERTURA	96.3	96.4	95.5	95.9	96.5	96.3	96.1
	META	95	95	95	95	95	95	95
BCG	Niños Registrados en Censo Nominal	1,682,678	1,648,151	1,688,983	1,720,111	1,758,573	1,691,461	1,669,304
	Niños vacunados	1,674,265	1,643,207	1,683,916	1,716,671	1,751,539	1,683,004	1,662,627
	COBERTURA	99.5	99.7	99.7	99.8	99.6	99.5	99.6
	META	95	95	95	95	95	95	95
Anti hepatitis B	Niños Registrados en Censo Nominal	1,682,678	1,648,151	1,688,983	1,720,111	1,758,573	1,691,461	1,669,304
	Niños vacunados	1,649,024	1,611,892	1,636,625	1,670,228	1,728,677	1,657,632	1,629,241
	COBERTURA	98	97.8	96.9	97.1	98.3	98	97.6
	META	95	95	95	95	95	95	95

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

Pentavalente: La cobertura de vacunación con este biológico ha presentado fluctuaciones durante el período 2006-2010. La cobertura más baja se registró en el año 2008 con una cobertura de 96.9 por ciento, disminución de 1.1 puntos porcentuales en comparación con el año 2006.

La cobertura más alta se registró en el 2010, siendo del 98.3 por ciento, con un incremento de 0.3 puntos porcentuales en comparación con el año 2006, y de 1.16 puntos porcentuales en comparación con el año 2009. Al cierre del 2011 la cobertura fue de 97.9 por ciento, y para el período enero-mayo de 2012 se registra una cobertura preliminar de 97.6 por ciento.

Triple viral (SRP): La cobertura se mantiene por arriba del 95 por ciento. En el 2006 la cobertura fue de 96.3, incrementando una décima porcentual en el 2007 (96.45), en 2008 se registró una cobertura de 95.5 por ciento, la más baja del periodo 2006-2011, en el 2009 la cobertura fue de

95.9 por ciento (incremento 0.4 puntos porcentuales con relación al 2008). Para el 2010 se reportó un incremento de 0.6 por ciento. Al cierre del 2011 la cobertura con SRP se mantiene por arriba del 95 por ciento registrando una cobertura de 96.3 por ciento, cifra igual a la registrada en el 2006. Para el periodo enero-mayo de 2012 se registra una cobertura de 96.1 por ciento, 1.6 puntos porcentuales por arriba de la meta esperada (95%).

BCG: Durante el periodo 2006-2011 la cobertura de vacunación con BCG se ha mantenido por arriba del 99 por ciento, registrando en el año 2009 una cobertura de 99.8 por ciento, la más alta del periodo. En el 2006 se registra una cobertura de 99.5 por ciento, la más baja del periodo 2006-2010. En 2011, la cobertura con este biológico se mantiene por arriba del 99 por ciento, registrando una cobertura igual a la del 2006 (99.5%). Para el periodo enero- mayo de 2012 se registró una cobertura preliminar del 99.6 por ciento, es decir 0.1 puntos porcentuales por arriba de la registrada en el 2006.

Anti hepatitis B: La cobertura con este biológico se ha mantenido por arriba del 95 por ciento durante el periodo 2006-2010. En 2011 la cobertura fue de 98 por ciento y para el periodo de enero - mayo del 2012, la cobertura es de 97.6 por ciento.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1
Nacional	95.16	95.11	94.54	95.59	95.26	95.06
Aguascalientes	99.34	98.35	97.72	98.35	98.46	98.28
Baja California	94.63	93.93	96.86	95.85	93.26	93.18
Baja California Sur	98.35	97.75	98.47	98.03	99.28	98.60
Campeche	100.00	100.00	99.99	99.99	100.00	100.00
Coahuila	98.54	98.54	97.11	94.52	98.64	98.59
Colima	97.99	96.67	93.84	98.70	97.06	97.31
Chiapas	95.07	96.91	95.99	97.58	94.77	95.28
Chihuahua	95.83	94.74	93.59	87.99	94.97	93.45
Distrito Federal	91.68	89.71	82.79	88.39	88.51	90.75
Durango	95.19	95.54	97.20	96.83	96.94	96.06
Guanajuato	98.49	98.49	98.94	98.62	96.66	98.48
Guerrero	97.81	92.92	91.11	91.24	98.49	95.27
Hidalgo	98.09	97.41	97.90	96.87	99.77	98.42
Jalisco	91.41	90.29	96.62	94.65	93.35	93.37
México	85.40	88.79	87.16	90.27	86.61	85.97
Michoacán	99.52	99.11	99.14	99.70	99.14	99.48
Morelos	94.28	90.13	93.45	92.95	96.40	93.62

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO /1
Nacional	95.16	95.11	94.54	95.59	95.26	95.06
Nayarit	99.13	99.64	98.30	99.32	98.31	99.74
Nuevo León	95.75	95.71	95.27	96.48	95.27	94.94
Oaxaca	93.99	96.54	92.76	96.66	97.45	95.63
Puebla	96.23	96.52	96.53	97.17	95.73	95.72
Querétaro	97.25	96.71	95.24	96.89	98.15	97.05
Quintana Roo	76.09	76.09	92.37	97.77	86.24	81.82
San Luis Potosí	100.00	100.00	100.00	99.94	99.87	99.95
Sinaloa	99.05	99.08	99.41	99.19	99.19	99.25
Sonora	97.83	98.92	98.03	98.14	98.52	98.22
Tabasco	99.82	99.15	99.38	99.08	100.04	99.67
Tamaulipas	99.82	97.63	98.99	98.81	99.16	98.80
Tlaxcala	98.50	98.89	99.26	99.30	98.16	98.38
Veracruz	98.83	98.21	88.93	98.37	99.15	97.55
Yucatán	94.88	96.08	96.62	96.69	97.06	96.16
Zacatecas	98.88	98.83	99.58	99.93	98.88	98.89

1/ Esquema completo de vacunación

FUENTE: Servicios Estatales de Salud

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

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

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

Cobertura en niños de 1 a 4 años de edad

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

La cobertura más baja del periodo se registró en el 2009 con una cobertura de 97.7 por ciento, 0.4 puntos porcentuales por debajo de la cobertura registrada en el 2006. En el año 2010 la cobertura de vacunación incrementó 0.6 puntos porcentuales, lográndose una cobertura de 98.3 por ciento.

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

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

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ¹
Niños Registrados en Censo Nominal	7,684,155	7,484,532	7,477,000	7,704,607	7,927,963	7,628,136	7,559,794
Niños vacunados	7,539,228	7,337,059	7,318,542	7,525,974	7,791,048	7,483,725	7,406,985
COBERTURA	98.1	98.0	97.9	97.7	98.3	98.1	98.0
META	95	95	95	95	95	95	95

1/ Al 30 de mayo, 2012.

Fuente: Servicios Estatales de Salud.

Al cierre del 2011, la cobertura con esquema de vacunación completo para este grupo de edad fue de 98.1 por ciento, cifra igual a la registrada en el 2006. Para el periodo enero a mayo de 2012 la cobertura de vacunación preliminar fue de 98 por ciento, cumpliéndose con la meta establecida.

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

Pentavalente: La cobertura de vacunación con este biológico ha presentado fluctuaciones durante el período 2006-2010, sin embargo, se ha mantenido por arriba del 95 por ciento, logrando coberturas de más del 99 por ciento. Durante el 2006 y 2010 se registraron las coberturas más altas. Al cierre del 2011, la cobertura de vacunación con este biológico, en los niños de 1 a 4 años de edad fue de 99.29 por ciento, durante el periodo de enero a mayo del 2012 la cobertura preliminar fue de 99.2 por ciento.

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

para el cierre del 2010 se logra una cobertura igual a la registrada al cierre de 2006 (98.5 por ciento). Durante el 2011, la cobertura con SRP se mantiene por arriba del 95 por ciento, registrándose una cobertura de 98.5 por ciento. Para el periodo de enero a mayo de 2012, la cobertura con SRP fue de 98.4 por ciento para este grupo de edad.

BCG: La cobertura de vacunación se ha mantenido por arriba del 99 por ciento, registrando en el año 2010 una cobertura de 100 por ciento, la más alta del periodo. Durante el 2011 la cobertura con este biológico se mantiene por arriba del 99 por ciento, registrando una cobertura de 99.8 por ciento y para el periodo de enero a mayo de 2012, la cobertura preliminar es de 99.7 por ciento.

Sabin: La cobertura de vacunación con este biológico, se ha mantenido por arriba del 95 por ciento durante el periodo 2006-2010. Al cierre del 2010, se registró una cobertura de 99.6 por ciento, siendo la más alta del periodo. Durante el 2011, la cobertura fue de 99.2 por ciento, y para el periodo de enero a mayo de 2012, la cobertura preliminar reportada es del 99.2 por ciento.

BIOLOGICO		METAS: Mantener por arriba del 95% la cobertura de vacunación por tipo de biológico en niños de uno a cuatro años de edad.							
		Variables: Núm. Total de niños de uno a cuatro años de edad vacunados por tipo de biológico/Núm. Total de niños de uno a cuatro años de edad en Censo Nominal.							
		Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/ ¹
Pentavalente	Niños Registrados en Censo Nominal		7,684,155	7,484,532	7,477,000	7,704,607	7,927,963	7,628,136	7,559,794
	Niños vacunados		7,630,366	7,424,656	7,402,230	7,635,266	7,872,467	7,567,111	7,499,315
	COBERTURA		99.3	99.2	99	99.1	99.3	99.2	99.2
	META		95	95	95	95	95	95	95
Triple Viral	Niños Registrados en Censo Nominal		7,684,155	7,484,532	7,477,000	7,704,607	7,927,963	7,628,136	7,559,794
	Niños vacunados		7,568,893	7,364,779	7,342,414	7,573,629	7,809,044	7,513,714	7,438,837
	COBERTURA		98.5	98.4	98.2	98.3	98.5	98.5	98.4
	META		95	95	95	95	95	95	95
BCG	Niños Registrados en Censo Nominal		7,684,155	7,484,532	7,477,000	7,704,607	7,927,963	7,628,136	7,559,794
	Niños vacunados		7,668,787	7,469,563	7,462,046	7,527,401	7,927,963	7,612,879	7,537,114
	COBERTURA		99.8	99.8	99.8	97.7	100	99.8	99.7
	META		95	95	95	95	95	95	95

BIOLOGICO		METAS: Mantener por arriba del 95% la cobertura de vacunación por tipo de biológico en niños de uno a cuatro años de edad.							
		Variables: Núm. Total de niños de uno a cuatro años de edad vacunados por tipo de biológico/Núm. Total de niños de uno a cuatro años de edad en Censo Nominal.							
		Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/ ¹
Anti hepatitis B	Niños Registrados en Censo Nominal		7,684,155	7,484,532	7,477,000	7,704,607	7,927,963	7,628,136	7,559,794
	Niños vacunados		7,630,366	7,424,656	7,394,753	7,581,334	7,896,251	7,567,111	7,499,315
	COBERTURA		99.3	99.2	98.9	98.4	99.6	99.2	99.2
	META		95	95	95	95	95	95	95

1/ Al 30 de mayo, 2012.

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ENTIDAD FEDERATIVA	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS /1
Nacional	98.11	98.03	97.88	97.68	98.27	98.11
Aguascalientes	99.80	99.47	99.32	99.39	99.36	99.41
Baja California	97.58	96.83	99.01	96.50	97.62	97.16
Baja California Sur	99.46	99.17	99.34	98.93	99.83	99.52
Campeche	100.00	100.00	99.99	100.00	100.00	100.00
Coahuila	99.54	99.54	98.98	97.90	99.49	99.57
Colima	99.16	98.74	98.12	98.90	98.92	99.01
Chiapas	97.92	98.57	98.30	98.22	97.85	98.01
Chihuahua	98.67	98.30	96.43	95.66	98.69	97.94
Distrito Federal	96.96	96.26	94.47	94.96	95.72	96.57
Durango	98.44	98.51	98.96	98.23	99.00	98.67
Guanajuato	99.03	99.03	99.45	99.16	98.72	99.22
Guerrero	99.29	98.10	96.73	96.67	99.64	98.54
Hidalgo	99.51	99.27	99.33	98.92	99.98	99.56
Jalisco	95.16	95.04	97.97	95.79	95.69	95.98
México	95.15	95.81	94.68	94.81	96.05	95.27
Michoacán	99.83	99.71	99.63	99.75	99.76	99.81
Morelos	98.22	96.61	97.39	96.63	99.04	97.90
Nayarit	99.67	99.87	99.49	99.68	99.47	99.90
Nuevo León	98.53	98.65	98.37	98.52	98.60	98.39
Oaxaca	98.27	98.89	97.75	98.51	99.32	98.68
Puebla	98.65	98.86	98.77	98.72	98.63	98.62
Querétaro	99.00	98.54	98.43	98.36	99.18	98.89
Quintana Roo	94.34	94.34	97.45	99.34	96.60	95.38

San Luis Potosí	99.99	100.00	100.00	99.98	99.95	99.98
Sinaloa	99.74	99.75	99.80	99.71	99.76	99.78
Sonora	99.27	98.18	99.24	98.80	99.06	99.17
Tabasco	99.95	99.77	99.77	99.71	100.01	99.90
Tamaulipas	99.84	99.39	99.48	99.59	99.80	99.63
Tlaxcala	99.51	99.64	99.71	99.68	99.42	99.49
Veracruz	99.67	99.53	97.40	99.18	99.67	99.28
Yucatán	98.27	97.35	98.16	97.04	99.10	98.33
Zacatecas	99.63	99.52	99.83	99.36	99.75	99.63

1/ Esquema Completo de Vacunación

En el 2006, todos los estados, excepto Quintana Roo, tuvieron coberturas de vacunación con esquema completo en los niños de uno a cuatro años de edad, por arriba del 95 por ciento. Los estados con mayor cobertura de vacunación en los niños de 1 a 4 años de edad, fueron Campeche, San Luis Potosí, Tabasco y Tamaulipas, con coberturas de 100, 99.99, 99.55 y 99.84 por ciento respectivamente, los estado con menor coberturas fueron Distrito federal, Jalisco, México y Quintana Roo, con coberturas de 96.96, 95.18, 95.15 y 94.34 por ciento, respectivamente.

Al cierre del 2011, todos los estados tuvieron coberturas de vacunación con esquema completo en niños de 1 a 4 años de edad por arriba del 95 por ciento. Los estados con mayor cobertura de vacunación fueron Campeche con cobertura de 100 por ciento, San Luis Potosí con cobertura de 99.98 por ciento, Nayarit con cobertura de 99.90 por ciento y Tabasco con una cobertura de 99.90 por ciento; los estados con menor cobertura fueron Distrito Federal con 96.58 por ciento, Jalisco con cobertura de 95.99 por ciento, Quintana Roo con cobertura de 95.38 por ciento y México con cobertura de 95.26 por ciento.

Difusión

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

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

- **Semanas Nacionales de Vacunación**

Las Semanas Nacionales de Vacunación tienen como propósito fundamental elevar las coberturas de vacunación en un período corto. Se realizan antes de la época de mayor incidencia de los padecimientos que previenen, o cuando las condiciones epidemiológicas así lo requieren, con el

fin de romper la cadena de transmisión del agente causante de la enfermedad. Las Semanas Nacionales de Salud han sido el primer evento de salud pública en otorgar a la niñez mexicana acciones integradas de atención primaria cuyo eje central son las acciones de vacunación.

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

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

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

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

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

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

- **Capacitación**

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

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

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

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

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

Para el 2012 se tiene programado realizar dos reuniones nacionales con los responsables del programa de vacunación universal con los siguientes temas: PROVAC, estado actual de la red de frío, panorama epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacunación, acuerdos del CONAVA, vigilancia de la seguridad de las vacunas, supervisión, Consejos estatales de vacunación, coberturas de vacunación.

2. Sistema PROVAC.

Es indudable que los sistemas informáticos son primordiales para el adecuado respaldo de la información oportuna, dentro de los programas de atención a la salud de niños y adolescentes era imprescindible contar con un sistema de información que permitiera dar seguimiento a los niños que han nacido y a los cuales se les aplican vacunas; en este sentido, nace el sistema informático

denominado PROVAC. El PROVAC es una aplicación automatizada que permite el registro nominal de los recién nacidos, menores de 13 años, así como el registro de adolescentes, mujeres embarazadas y adultos mayores del país. Su principal función es la estimación de coberturas de vacunación a través del registro, y evaluar el estado nutricional y control de las actividades del estado nutricional del vacunado, por lo que es importante concentrar la información de los menores de 13 años, adolescentes, mujeres embarazadas y adultos.

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

Año 2006

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

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

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

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

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

Año 2007

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

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

- Recursos financieros.
- Equipo de cómputo existente y condiciones del mismo.

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

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

Año 2008

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

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

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

Año 2009

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

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

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

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

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

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

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

Año 2010

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

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

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

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

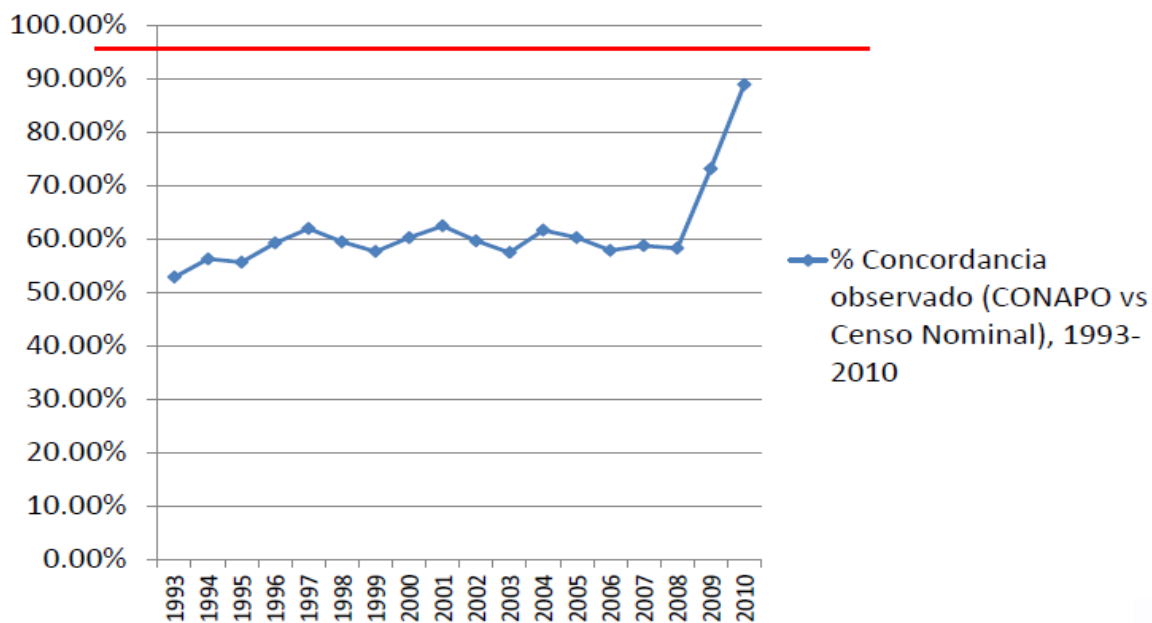
Año 2011

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

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

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

La concordancia entre la población CONAPO y la población capturada en el censo nominal por parte de las entidades federativas para el 2011, fue del 72.1% para menores de un año de edad, 99.7% para un año de edad y 98.4% para niños de 1 a 4 años de edad.



3. Red de frío.

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

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

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

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

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

Los programas de inmunización requieren de un adecuado funcionamiento y cumplimiento de la cadena de frío; ésta cadena o red está constituida por un complejo de eslabones que no deben tener fallas para poder garantizar la adecuada conservación de los biológicos. Una vacuna es una sustancia termolábil; para garantizar su inmunogenicidad y eficacia protectora es indispensable mantener permanentemente en buen estado todos y cada uno de los eslabones de la cadena de

frío. Que una vacuna pierda potencia representa por un lado, que su adquisición haya sido inútil (recurso mal invertido) y por el otro, que no cumpla con su objetivo: prevenir enfermedades y posibles pandemias.

En general, la red de frío está compuesta por cuatro niveles de intervención:

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

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

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

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

Son los centros estatales de vacunación los encargados de recibir y aplicar las vacunas que adquiere la federación, sin embargo los espacios físicos requeridos para la custodia de las vacunas en tanto no se apliquen, se encuentran en condiciones muy precarias, para aquellos que ya cuentan con algún espacio y equipamiento, sin embargo la mayoría de los servicios estatales o

jurisdicciones no cuentan con la infraestructura adecuada para la custodia de las vacunas que se les envían. Desafortunadamente la gran parte de los Servicios de Salud del país se ha visto obligado a adaptar equipos domésticos para almacenar los biológicos, poniendo en riesgo la temperatura y condiciones que deben guardar los mismos.

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

- Equipo obsoleto tanto en cadena fija como en la móvil (Más de 17 años de funcionamiento)
- Se ha incrementado el número de biológicos y ha habido modificaciones en la presentación de los biológicos que se aplican en el país, algunos con presentación unidos por lo que es necesario incrementar la capacidad en las cámaras de almacenamiento a nivel estatal, municipal y local.
- Se ha ampliado las edades de aplicación de biológicos por lo que se requiere fortalecer la capacidad de almacenamiento y distribución en los diferentes niveles.
- Se requiere equipo de cómputo que permita agilizar la información en todos los niveles, para con ello poder tomar medidas en forma oportuna.
- Es necesario modernizar los sistemas de registro de monitoreo de termometría, distribución y conservación de los biológicos.
- El Programa de Vacunación Universal, actualmente maneja un alto volumen de vacunas. El incremento de dosis vacunales para cubrir las demandas del Programa, así como la introducción al sistema de nuevas vacunas, ha sobrepasado prácticamente el volumen de espacio frigorífico disponible con el que inicio el Programa de Vacunación.
- Los almacenes estatales y Jurisdiccionales de Vacunas disponibles, corresponden a instalaciones de antigua construcción e implementación, la mayoría de ellos se encuentran en lugares improvisados, ambientes reducidos, en ciertos casos, ambientes con altos niveles de contaminación.
- Los Almacenes Jurisdiccionales y establecimientos de Salud, en la actualidad presentan serias limitaciones, no solo ambientales sino de espacio físico suficiente, por lo que es necesario que puedan implementarse de acuerdo con ciertos requerimientos técnicos como demanda la construcción, renovación e implementación de este tipo de instalaciones.
- En otros aspectos, las instalaciones frigoríficas en actual funcionamiento, por las características de sus instalaciones, no permitirán realizar innovaciones e instalar en los ambientes que ocupan, mayor número de equipos frigoríficos que el sistema de Vacunación demandará los futuros años. Requiriéndose el reemplazo de la mayor parte de los equipos y la construcción en su caso de obras para contener los equipos en almacenes específicos para la guarda y conservación de vacunas en los diferentes niveles de la cadena de frío.

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

En este sentido, en el año 2009 el Centro Nacional recibe recursos por 457 330.0 miles de pesos por parte del Seguro Médico para una Nueva Generación, con los cuales adquirió insumos y mobiliario necesarios para fortalecer la red de frío, tal como se encontraba en las Reglas de Operación del Seguro Médico. Para el año 2010, recibe nuevamente apoyo del Seguro Médico para una Nueva Generación por un monto de 821 032.4 miles de pesos, dichos recursos fueron transferidos a las entidades federativas para que ellas adquirieran los bienes e insumos requeridos para completar su red de frío.

Con la finalidad de normar la entrega-recepción de los bienes e insumos que el centro adquirió en al año 2009, se firmó un contrato de “Donación Condicionada” con cada entidad federativa; en dicho documento quedaron estipuladas las obligaciones y responsabilidades de las entidades respecto al uso, destino y conservación de los inmuebles, entre dichas cláusulas destacan las siguientes:

- A destinar y utilizar “LOS BIENES” única y exclusivamente en los Servicios Estatales de Salud, con el compromiso de que con el uso y obtención de los mismos, se ampliará la capacidad del PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE RED DE FRÍO, con el propósito de que los Servicios de Salud de las Entidades Federativas dispongan de la capacidad para el almacenamiento de las vacunas que se incluyen en el esquema de la población y por otra parte atender las necesidades de almacenamiento y distribución de las vacunas que se requieran para atender pandemias, como por ejemplo las vacunas contra influenza A H1N1, como medida de seguridad nacional.
- A designar por escrito a las personas responsables de recibir “LOS BIENES”, que invariablemente deberá recaer en el titular del área responsable de los recursos materiales de “EL DONATARIO”, quién estará obligado a verificar que se encuentren en buen estado, se instalen en el área destinada para tal efecto y operen correctamente.
- A registrar en sus inventarios y otorgarle el número que les corresponda a “LOS BIENES” conforme a los procedimientos y normatividad que les aplique para la recepción de bienes muebles como de su propiedad y su regulación. Así como, cubrir los requisitos que sean necesarios contar para su uso ordinario, pudiendo ser: solicitar una póliza de seguros de conservación o garantía, entre otros que marquen las disposiciones legales.
- Realizar bajo su cuenta y costo o promover lo conducente a efecto de que los bienes otorgados en donación sean asegurados contra cualquier siniestro; a no alterar sus características en detrimento, sin autorización expresa de “LA DONANTE” y a poner todo su esmero en la conservación de los mismos, haciéndose responsable del deterioro que sufran por actitudes dolosas o culposas de su personal.

- A no ceder ni vender en su totalidad o en parte los derechos y obligaciones derivados de este Instrumento, sin la autorización expresa de “LA DONANTE”.
- Garantizar que se realice, el mantenimiento preventivo y correctivo que los bienes objeto del presente instrumento necesiten, mismo que se llevará a cabo cuando éstos así lo requieran, o cuando “LA DONANTE” lo considere pertinente, con la finalidad de que los bienes donados se conserven en óptimas condiciones físicas y de servicio. Así mismo, deberán custodiarse en espacios físicos adecuados.

ENTIDAD FEDERATIVA	2009 TRANSFERIDO EN ESPECIE	2010 TRANSFERIDO EN RECURSO MONETARIO		TOTAL TRANSFERIDO POR ENTIDAD FEDERATIVA -RECURSOS-	COMPROBADO	PENDIENTE DE COMPROBAR 2010
		1a PARTE	2a PARTE			
Aguascalientes	9,574,643.25	2,826,585.55	1,794,144.15	4,620,729.70	3,350,744.63	1,269,985.07
Baja California	9,359,136.49	9,731,266.60	4,755,188.10	14,486,454.70	14,486,454.70	0.00
Baja California Sur	3,031,772.57	4,646,982.15	171,900.00	4,818,882.15	4,758,937.47	59,944.68
Campeche	5,229,355.10	4,367,874.65	1,108,710.00	5,476,584.65	5,445,241.55	31,343.10
Coahuila	936,379.54	4,644,182.67	400,500.00	5,044,682.67	4,624,472.40	420,210.27
Colima	14,539,654.15	5,871,124.90	2,818,820.10	8,689,945.00	7,585,966.46	1,103,978.54
Chiapas	793,362.52	12,860,805.75	3,023,100.00	15,883,905.75	14,385,081.55	1,498,824.20
Chihuahua	15,550,800.89	24,685,846.07	1,855,671.00	26,541,517.07	24,232,377.29	2,309,139.78
Distrito Federal	9,819,072.99	19,395,839.52	19,014,444.15	38,410,283.67	32,617,648.39	5,792,635.28
Durango	14,436,189.74	9,622,089.57	2,478,993.60	12,101,083.17	11,680,089.06	420,994.11
Guanajuato	20,219,333.50	12,163,550.35	7,715,101.50	19,878,651.85	592,813.98	19,285,837.87
Guerrero	17,157,480.20	12,109,439.67	15,562,969.10	27,672,408.77	23,483,817.99	4,188,590.78
Hidalgo	15,346,923.47	23,097,240.60	14,173,900.00	37,271,140.60	19,449,593.96	17,821,546.64
Jalisco	17,883,653.82	36,795,269.42	25,187,319.25	61,982,588.67	26,887,765.06	35,094,823.61
México	27,763,314.81	61,916,043.75	55,021,596.70	116,937,640.45	106,164,280.05	10,773,360.40
Michoacán	18,608,848.61	21,340,265.87	5,846,644.75	27,186,910.62	4,825,527.46	22,361,383.16
Morelos	9,662,760.76	13,298,936.37	8,565,115.90	21,864,052.27	18,739,758.89	3,124,293.38
Nayarit	16,523,744.86	9,628,930.30	1,230,940.10	10,859,870.40	10,536,003.80	323,866.60
Nuevo León	17,738,125.65	22,453,913.30	3,337,550.00	25,791,463.30	25,791,463.30	0.00
Oaxaca	22,007,033.83	10,786,556.55	7,372,515.20	18,159,071.75	18,159,071.55	0.20
Puebla	16,960,947.10	21,135,317.90	34,905,647.95	56,040,965.85	25,744,146.87	30,296,818.98
Querétaro	15,096,733.24	1,799,198.85	1,919,390.05	3,718,588.90	3,022,063.30	696,525.60
Quintana Roo	12,744,806.48	7,033,637.75	2,302,128.65	9,335,766.40	9,335,766.75	-0.35
San Luis Potosí	13,115,202.34	11,036,409.30	2,507,817.85	13,544,227.15	12,886,910.64	657,316.51
Sinaloa	16,175,850.61	8,804,351.05	3,039,169.40	11,843,520.45	10,310,215.65	1,533,304.80
Sonora	14,893,325.21	14,573,628.20	1,277,215.00	15,850,843.20	0.00	15,850,843.20
Tabasco	19,714,006.02	28,191,139.32	10,420,736.82	38,611,876.14	28,307,239.16	10,304,636.98
Tamaulipas	17,129,686.15	6,384,153.40	3,561,145.00	9,945,298.40	0.00	9,945,298.40

ENTIDAD FEDERATIVA	2009 TRANSFERIDO EN ESPECIE	2010 TRANSFERIDO EN RECURSO MONETARIO		TOTAL TRANSFERIDO POR ENTIDAD FEDERATIVA -RECURSOS-	COMPROBADO	PENDIENTE DE COMPROBAR 2010
		1a PARTE	2a PARTE			
Tlaxcala	9,715,904.49	3,233,552.40	858,302.25	4,091,854.65	4,091,854.40	0.25
Veracruz	31,068,561.93	43,218,347.10	46,308,956.67	89,527,303.77	80,857,230.27	8,670,073.50
Yucatán	11,881,620.39	13,039,206.52	11,540,935.60	24,580,142.12	22,839,593.93	1,740,548.19
Zacatecas	12,651,806.59	19,128,316.70	21,135,845.25	40,264,161.95	40,152,227.31	111,934.64
	457,330,037.30	499,820,002.11	321,212,414.09	821,032,416.19	615,344,357.82	205,688,058.37

Como se observa, de los recursos transferidos en 2010 se ha comprobado el 74.9 por ciento, es decir, 615 344.4 miles de pesos, quedando pendiente de comprobar a la fecha del presente 205 688.1 miles de pesos.

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

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

En el anexo 2 se muestra la relación de bienes e insumos que fueron adquiridos y enviados a las entidades federativas para el Fortalecimiento de su red de frío en el año 2009. Y en el anexo 3 se presenta seguimiento hecho a las entidades federativas respecto al funcionamiento y operación de la Red de Frío en las Entidades Federativas.

4. Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y desnutrición.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, A NIVEL NACIONAL Y POR ENTIDAD FEDERATIVA 2006-2012.

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

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

ENTIDAD FEDERATIVA	TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR ENTIDAD FEDERATIVA. 2006-2011					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^{P/}
Nacional	19.2	18.5	17.9	17.3	16.8	16.3
Aguascalientes	16.8	16.4	15.8	15.2	14.8	14.3
Baja California	15.0	14.7	14.3	13.9	13.5	13.1
Baja California Sur	15.6	15.2	14.8	14.3	13.8	13.6
Campeche	19.3	18.7	18.1	17.6	17.1	16.5
Coahuila	15.2	14.7	14.3	13.9	13.4	13.0
Colima	15.7	15.3	15.0	14.4	14.0	13.7
Chiapas	26.3	25.3	24.5	23.6	22.9	22.1
Chihuahua	17.1	16.6	16.1	15.5	15.1	14.6
Distrito Federal	14.5	14.0	13.6	13.2	12.8	12.5
Durango	19.7	19.0	18.3	17.8	17.2	16.6
Guanajuato	20.2	19.4	18.8	18.2	17.6	17.1
Guerrero	26.6	25.5	24.6	23.8	22.9	22.2
Hidalgo	20.6	19.9	19.3	18.6	18.1	17.5
Jalisco	17.1	16.5	16.0	15.5	15.0	14.6
México	18.1	17.5	17.0	16.5	16.1	15.6
Michoacán	21.4	20.6	19.9	19.2	18.6	18.0
Morelos	16.8	16.3	15.8	15.3	14.9	14.5
Nayarit	18.9	18.1	17.7	17.1	16.6	16.1
Nuevo León	13.6	13.2	12.8	12.4	12.1	11.7
Oaxaca	24.1	23.1	22.3	21.5	20.8	20.1
Puebla	22.5	21.7	21.0	20.3	19.6	19.0
Querétaro	18.7	18.1	17.6	17.0	16.5	16.0
Quintana Roo	16.5	16.1	15.6	15.2	14.7	14.3
San Luis Potosí	19.9	19.3	18.6	18.0	17.5	16.9
Sinaloa	17.7	17.1	16.6	16.0	15.6	15.0
Sonora	16.0	15.5	15.0	14.5	14.1	13.7
Tabasco	20.3	19.6	18.9	18.4	17.8	17.2
Tamaulipas	15.6	15.1	14.7	14.2	13.8	13.4
Tlaxcala	20.2	19.5	18.9	18.3	17.7	17.1
Veracruz	22.4	21.5	20.8	20.1	19.4	18.8
Yucatán	18.9	18.3	17.7	17.2	16.6	16.1

Zacatecas	21.3	20.6	19.8	19.2	18.6	18.0
-----------	------	------	------	------	------	------

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

p/Cifra preliminar, hasta que se libere la base oficial de defunciones (INEGI)

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

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

ENTIDAD FEDERATIVA	TASA DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD POR ENTIDAD FEDERATIVA: 2006-2011					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^{p/}
Nacional	16.2	15.7	15.1	14.6	14.1	13.7
Aguascalientes	14.1	13.7	13.2	12.7	12.3	11.9
Baja California	12.6	12.3	11.9	11.5	11.2	10.8
Baja California Sur	12.9	12.6	12.2	11.9	11.4	11.1
Campeche	16.5	16.0	15.4	15.0	14.4	14.0
Coahuila	12.8	12.5	12.1	11.7	11.3	10.9
Colima	13.2	12.8	12.5	12.0	11.6	11.3
Chiapas	22.6	21.7	21.0	20.2	19.5	18.9
Chihuahua	14.3	13.9	13.4	13.0	12.5	12.1
Distrito Federal	12.0	11.6	11.3	10.9	10.6	10.3
Durango	16.9	16.3	15.7	15.2	14.7	14.2
Guanajuato	17.1	16.5	15.9	15.4	14.9	14.4
Guerrero	23.1	22.2	21.4	20.6	19.8	19.1
Hidalgo	17.7	17.0	16.5	15.9	15.4	14.9
Jalisco	14.4	13.9	13.5	13.0	12.6	12.2
México	15.1	14.7	14.2	13.8	13.3	12.9
Michoacán	18.3	17.6	17.0	16.4	15.9	15.3
Morelos	14.1	13.7	13.3	12.8	12.4	12.0

Nayarit	16.1	15.5	15.0	14.5	14.0	13.6
Nuevo León	11.3	11.0	10.7	10.3	10.0	9.7
Oaxaca	20.7	19.8	19.1	18.4	17.8	17.1
Puebla	19.0	18.3	17.7	17.1	16.5	15.9
Querétaro	15.8	15.3	14.8	14.3	13.9	13.4
Quintana Roo	13.8	13.4	13.0	12.7	12.3	11.9
San Luis Potosí	16.9	16.3	15.8	15.3	14.7	14.2
Sinaloa	15.1	14.6	14.1	13.6	13.2	12.8
Sonora	13.4	13.0	12.5	12.1	11.7	11.4
Tabasco	17.1	16.6	16.0	15.5	14.9	14.4
Tamaulipas	13.1	12.7	12.3	11.9	11.6	11.2
Tlaxcala	16.9	16.4	15.8	15.3	14.8	14.3
Veracruz	19.2	18.5	17.9	17.2	16.6	16.0
Yucatán	16.1	15.6	15.1	14.6	14.1	13.6
Zacatecas	18.1	17.4	16.8	16.2	15.7	15.2

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

p/Cifra preliminar, hasta que se libere la base oficial de defunciones (INEGI)

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

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

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS; MÉXICO 2011^{1/}

Causa	Defunciones	Tasa de mortalidad ^{1/}
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	2,829	30.0
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	2,261	24.0
Malformación congénita del corazón, no especificada	2,133	22.6

Neumonía, no especificada	1,051	11.2
Neumonía congénita, organismo no especificado	836	8.9
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	707	7.5
Inmaturidad extrema	678	7.2
Asfixia del nacimiento, no especificada	648	6.9
Bronconeumonía, no especificada	603	6.4
Septicemia, no especificada	565	6.0

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

p/Cifra preliminar, hasta que se libere la base oficial de defunciones (INEGI)

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS)/Secretaría d Salud- Base de datos defunciones 1979-2010 [Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta: 06-06-12]; 2011-SEED (preliminar),

[Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta: 18-06-12]; Proyecciones de la Población de México Conteo 2005 1990-2012, CONAPO [Fecha de consulta: 18-06-12]; Proyecciones de las defunciones de México Conteo 2005 1990-2030, CONAPO [Fecha de consulta: 18-06-12]

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

ENTIDAD FEDERATIVA	TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DIARREICAS, EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA 2000-2011					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^{p/}
Nacional	15.1	14.8	12.1	9.6	8.5	8.1
Aguascalientes	8.5	6.1	7.9	3.6	6.7	1.9
Baja California	4.7	4.0	2.5	3.6	2.2	2.6
Baja California Sur	8.2	2.1	10.4	6.2	6.9	7.8
Campeche	13.9	21.3	4.3	7.2	6.5	5.1
Coahuila	5.2	5.7	7.1	2.1	4.7	3.2
Colima	7.7	13.7	2.0	6.0	0.0	1.7
Chiapas	63.4	56.0	43.0	46	34.2	38.7
Chihuahua	9.3	10.2	8.8	5.0	8.3	8.1
Distrito Federal	6.0	6.6	4.5	6.1	3.7	3.2
Durango	5.8	8.0	8.2	5.6	8.1	6.0
Guanajuato	7.9	10.3	8.7	6.4	3.2	4.9
Guerrero	21.7	32.7	21.8	10.4	10.6	14.6
Hidalgo	10.3	17.6	9.9	6.8	3.0	7.2
Jalisco	9.3	6.0	6.3	4.4	4.7	3.8
México	14.9	14.9	11.3	10.2	8.6	8.7
Michoacán	10.7	14.0	15.6	9.0	9.8	8.0
Morelos	10.2	13.2	11.3	5.0	7.1	7.2
Nayarit	14.5	3.4	12.9	10.8	4.2	3.0
Nuevo León	3.8	3.9	4.2	2.4	2.8	3.5
Oaxaca	38.5	28.7	29.8	23.9	20.0	17.8
Puebla	17.6	19.8	14.4	11.0	10.9	10.0
Querétaro	7.5	15.2	9.5	7.0	7.1	6.8
Quintana Roo	17.5	16.6	12.3	10.4	10.5	13.7
San Luis Potosí	15.9	20.1	16.0	4.7	8.3	4.8
Sinaloa	8.3	6.8	7.0	5.4	7.6	3.6
Sonora	10.2	7.4	7.6	4.5	8.4	5.3
Tabasco	15.6	14.0	9.5	8.0	7.6	8.8
Tamaulipas	5.8	4.9	5.7	1.4	2.5	2.4
Tlaxcala	14.1	13.5	8.2	7.4	9.0	5.9
Veracruz	17.9	14.5	12.5	10.6	11.2	8.9
Yucatán	26.5	15.3	15.4	12.3	13.4	12.2
Zacatecas	7.9	11.2	10.7	6.3	3.2	9.2

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

p/Cifra preliminar, hasta que se libere la base oficial de defunciones (INEGI)

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS)/Secretaría d Salud- Base de datos defunciones 1979-2010

[Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta: 06-06-12]; 2011-SEED (preliminar),

[Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta: 18-06-12]; Proyecciones de la Población de México Conteo 2005 1990-2012, CONAPO [Fecha de consulta: 18-06-12]; Proyecciones de las defunciones de México Conteo 2005 1990-2030, CONAPO [Fecha de consulta: 18-06-12]

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

TABLA 5. TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS AGUDAS, MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA 2006-2011						
ENTIDAD FEDERATIVA	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^{p/}
Nacional	30.8	29.4	24.5	23.6	22.9	24.1
Aguascalientes	17.0	8.7	17.6	9.8	3.9	4.7
Baja California	16.7	15.3	12.7	11.9	10.7	10.2
Baja California Sur	26.7	16.5	12.4	12.4	3.4	15.5
Campeche	15.3	15.6	14.3	20.1	18.0	24.4
Coahuila	18.4	11.9	13.3	9.7	7.7	11.7
Colima	7.7	7.8	15.9	13.9	12.7	8.7
Chiapas	56.8	57.5	50.2	50.1	42.1	53.8
Chihuahua	20.6	27.5	21.6	16.6	15.0	16.9
Distrito Federal	33.8	37.1	25.5	26.2	24.0	19.7
Durango	13.5	10.6	17.0	12.5	14.1	6.0
Guanajuato	25.1	22.0	19.3	12.8	10.7	15.3
Guerrero	22.9	22.3	21.8	25.9	18.6	33.5
Hidalgo	27.0	14.1	13.5	16.4	16.4	26.8
Jalisco	17.2	14.7	11.4	15.0	12.5	12.4
México	57.5	56.9	45.8	42.2	42.0	42.7
Michoacán	33.6	27.3	18.6	25.5	22.1	21.7
Morelos	13.6	12.5	14.8	22.8	9.1	20.5
Nayarit	22.3	14.9	21.2	13.2	11.3	13.4
Nuevo León	7.3	9.0	7.6	8.5	6.9	2.6
Oaxaca	35.1	37.2	28.6	30.4	26.9	28.3
Puebla	46.0	50.8	41.3	33.8	36.0	35.3
Querétaro	19.9	21.5	19.1	17.8	11.2	20.4
Quintana Roo	28.4	20.7	10.6	8.8	10.5	16.9
San Luis Potosí	30.3	25.0	26.9	21.8	17.6	15.5

Sinaloa	17.8	21.8	14.4	15.2	10.8	16.3
Sonora	20.4	18.3	15.1	13.6	12.5	14.5
Tabasco	30.2	18.6	17.9	14.4	20.6	28.4
Tamaulipas	10.6	6.7	7.1	8.7	6.8	3.7
Tlaxcala	45.1	30.6	21.9	16.5	30.8	20.1
Veracruz	25.8	24.7	19.6	23.4	23.5	22.4
Yucatán	27.7	19.0	13.6	18.5	20.4	17.6
Zacatecas	22.2	23.8	29.9	18.1	15.0	17.4

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

p/Cifra preliminar, hasta que se libere la base oficial de defunciones (INEGI)

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS)/Secretaría de Salud- Base de datos defunciones 1979-2010 [Fecha de actualización: 17-01-12, Fecha de consulta: 06-06-12]; 2011-SEED (preliminar),

[Fecha de actualización: 30-04-12, Fecha de consulta: 18-06-12]; Proyecciones de la Población de México Conteo 2005 1990-2012, CONAPO [Fecha de consulta: 18-06-12]; Proyecciones de las defunciones de México Conteo 2005 1990-2030, CONAPO [Fecha de consulta: 18-06-12]

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

ENTIDAD FEDERATIVA	TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN, EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA 2006-2011					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^{p/}
Nacional	7.9	7.2	7.1	6.3	6.1	4.4
Aguascalientes	3.5	4.2	6.4	1.1	0.0	2.8
Baja California	2.3	2.3	3.5	2.3	2.7	0.6
Baja California Sur	7.1	1.6	10.2	6.1	5.1	1.9
Campeche	6.6	5.1	7.5	5.6	4.9	1.3
Coahuila	2.3	1.8	1.6	1.0	2.1	1.1
Colima	5.2	3.7	1.9	1.7	9.1	1.7
Chiapas	18.0	22.6	19.1	20.0	16.2	9.3
Chihuahua	11.0	6.7	7.7	6.7	8.3	6.8
Distrito Federal	2.6	2.7	2.7	2.4	1.5	1.4
Durango	2.7	3.5	5.2	2.4	4.7	3.8
Guanajuato	4.8	5.6	2.9	5.3	4.4	1.3

Guerrero	15.9	10.1	13.9	12.4	15.9	14.1
Hidalgo	8.2	6.2	8.6	5.7	5.0	2.1
Jalisco	4.4	4.7	4.1	3.8	3.5	2.8
México	9.4	8.1	7.0	5.6	5.5	3.3
Michoacán	7.2	7.4	6.9	8.2	5.1	5.1
Morelos	4.0	6.2	4.6	3.6	5.8	1.8
Nayarit	13.2	7.5	6.0	7.3	5.7	7.5
Nuevo León	2.0	0.5	0.8	0.9	1.7	1.6
Oaxaca	13.8	16.8	22.5	14.7	21.1	20.8
Puebla	14.1	10.6	10.1	10.2	9.9	9.8
Querétaro	7.2	1.7	1.9	1.2	1.8	1.2
Quintana Roo	4.1	4.6	4.5	6.7	3.2	2.4
San Luis Potosí	7.4	5.5	6.4	5.1	7.7	4.8
Sinaloa	3.7	3.1	5.6	2.5	4.5	1.2
Sonora	5.0	4.7	3.9	2.6	3.3	3.1
Tabasco	7.1	12.4	12.1	12.3	7.2	2.5
Tamaulipas	3.2	2.5	2.6	2.1	4.0	2.4
Tlaxcala	8.0	7.1	4.4	8.9	6.0	4.2
Veracruz	13.9	13.5	13.8	10.7	8.3	4.1
Yucatán	5.5	10.3	4.7	8.0	8.5	7.5
Zacatecas	5.2	3.4	5.5	11.0	3.2	5.1

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

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

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

- ◆ Vinculación con la Dirección General de Información en Salud (DGIS) para la integración del indicador e instrumento de evaluación de desarrollo en los niños menores de 5 años de edad.
- ◆ Distribución de un 1.5 millones de dosis de albendazol en los 125 municipios con menor IDH (SNS y ONG Operación Bendición México)
- ◆ Difusión del lavado de manos y los signos de alarma de deshidratación. (Distribución de 50,000 carteles)
- ◆ Colaboración con la Asociación Un Kilo de Ayuda, con el grupo ESIAN, el Programa Cinco Pasos y con el Programa Oportunidades.
- ◆ Primer curso de reanimación pediátrica avanzada con sede en la Ciudad de México del 21 al 25 de septiembre con 38 asistentes.
- ◆ Se han instalado 24 Comités Estatales de Mortalidad Infantil
- ◆ Elaboración y piloteo de la Autopsia Verbal Única para Afecciones perinatales, Malformaciones Congénitas, Enfermedades Diarreicas Agudas, Infecciones Respiratorias Aguda, Accidentes, Enfermedades prevenibles por vacunación y Cáncer. Resultados del piloto: 01 de noviembre de 2009, se someterán a consenso sectorial para proponer su uso obligatorio a partir de enero de 2010 en las 32 entidades federativas.
- ◆ Elaboración y propuesta para la instalación del Grupo Técnico Nacional para la prevención de la mortalidad en la infancia a partir de año 2010.
- ◆ Lineamientos de ministración de vitamina A en recién nacido, distribuidos a las 32 entidades federativas.
- ◆ Actualización del formato SIS para el reporte de las ministraciones.
- ◆ Primer curso de reanimación neonatal dirigido a personal operativo de los 125 municipios con menor IDH (38asistentes, personal médico y de enfermería).
- ◆ Material de promoción de Síndrome de Muerte Súbita del lactante (tarjeta de cuna y lineamientos).

Bajo el enfoque de “reducir y prevenir la mortalidad infantil, el Programa de Atención a la Salud de la Infancia, ha tenido a bien realizar diversas acciones para cumplir con los indicadores y metas que tenía programados, entre ellas destacan las siguientes:

- **Actividades de Capacitación.**

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

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



A continuación, se muestran las siguientes actividades de capacitación. Es a través de dichas actividades que se brinda soporte a las acciones en la reducción de Mortalidad Infantil, creando y fortaleciendo al Recurso Humano que participa en dichas acciones.

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

N/A No aplica

Se cuenta con información a partir de 2009, ya que es en esta fecha en la cual se re instalan 29 Centros Estatales de Capacitación (CEC) y 3 Centros Regionales. Y es a partir de esta fecha, que se inicia con los cursos de capacitación, con el tema de Atención Integrada a la Salud de la Infancia y la Adolescencia en el estado de Oaxaca.

- **Manuales y difusión de los programas**

- ◆ Se concluyó la realización del manual de Enfermedades Diarreicas Agudas, el cual fue impreso y distribuido a todas las EF; se imprimieron 33000 manuales.
- ◆ Se ha iniciado la elaboración de manual de nutrición, manual de atención integral al menor de un año y manual de prevención de accidentes.
- ◆ Elaboración de block de orientación alimentaria Infancia y Adolescencia.
- ◆ Guía de alimentación para padres, madres y responsables de menores de 5 años.
- ◆ Trabajo conjunto con la Sra. Chepina Peralta, para la elaboración de DVD con menús.
- ◆ En el periodo que se reporta se han impreso y distribuido en los Servicios de Salud de las 32 entidades federativas una importante cantidad de folletos, trípticos y carteles, los cuales tienen la finalidad de informar a la población sobre aspectos importantes a considerar para la salud de los niños, entre ellos: prevención de accidentes, temporada de calor, prevención de enfermedades diarreicas, entre otros.
- ◆ Con la finalidad de promover la cultura del autocuidado y ampliar la información en salud, buscamos los medios masivos para llegar a la población en forma más efectiva por lo que lanzamos spot's en Radio Comunitaria y participamos en la "Línea de la Salud" en televisión, así mismo se tuvo colaboración con "Sesame Work Shop", para hacer más atractivo a la población infantil nuestros mensajes.
- ◆ Se desarrollaron e implementarán nuevos lineamientos operativos acordes a la transición epidemiológica del país y a los estándares internacionales en materia de alimentación al seno materno, zinc, micronutrientes y hierro.
- ◆ Difusión del material de promoción para padres en relación a la prevención de accidentes por grupo de edad hasta los 9 años (block de guía anticipatoria y carteles).

5. Participación activa de la comunidad adolescente en la formación de grupos de ayuda que permitan establecer acciones preventivas en este grupo de edad.

Para brindar atención integral a la población adolescente, se cuenta con el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia 2007-2012, que es el programa sectorial líder a nivel nacional que beneficia a la población de 10 a 19 años de edad, involucra al sector salud en México y a las instituciones públicas y privadas vinculadas a este grupo poblacional y está sustentado en los marcos normativos vigentes que se relacionan con él.

Tiene como objetivo central mejorar las condiciones de salud de la población adolescente mediante intervenciones universales, focalizadas y selectivas de promoción de la salud y prevención de la salud, buscando que los adolescentes participen activamente en el autocuidado y cuidado mutuo de su salud, mediante intervenciones universales, focalizadas y selectivas de promoción y prevención de la salud.

Entre las actividades relacionadas al tema, destacan las siguientes:

- **Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS).**
 - ◆ La estrategia de Grupos Adolescentes Promotores de la Salud, basada en los lineamientos de la educación de pares que marca el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA/ Y-PEER (Red mundial de pares), es una parte fundamental del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia.
 - ◆ Esta red de grupos tiene la finalidad de modificar en su entorno prácticas de riesgo a partir de la promoción de los estilos de vida saludables. Es a través de esta metodología que el CeNSIA aprovecha los mecanismos comunes que surgen en la interacción entre adolescentes para fortalecer las acciones de promoción y atención a la salud, permitiendo a los promotores adolescentes no sólo recibir información sino convertirla en actitudes y comportamientos saludables, tanto al interior del grupo como entre sus pares a través de actividades lúdicas, recreativas y de involucramiento comunitario.
 - ◆ La importancia de esta política pública apunta a la prevención de conductas de riesgo en los adolescentes tales como embarazos no planeados, abuso en el consumo de drogas, involucramiento en actividades delictivas, ser víctima o agente de conductas violentas, entre otros; todo esto a través del desarrollo positivo del adolescente.
 - ◆ Para la implementación de esta estrategia se imprimieron los Lineamientos Estratégicos para la Promoción y Desarrollo de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (tiraje de 1,000 ejemplares); el Manual para la Promoción y el Desarrollo de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (tiraje de 1,030 ejemplares) y se dieron 13 cursos de capacitación para personal operativo de primer nivel de atención, en materia de implementación de la estrategia de los GAPS, en los estados de Durango, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Sinaloa, Sonora, San Luis Potosí y Tlaxcala. En total asistieron 552 personas.
 - ◆ Hasta el momento se cuenta con 1,100 GAPS en las Unidades de Salud de todo el país y cada mes la cifra se incrementa.
 - ◆ También se llevaron a cabo 5 encuentros regionales en Guanajuato, Michoacán, Oaxaca, Sinaloa y Tamaulipas, dirigidos a 194 adolescentes integrantes de los GAPS. Su objetivo fue el intercambio tácticas en los métodos de promoción de salud de los GAPS y crear una red nacional de GAPS.

- **Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia (GAIA).**

El Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia (GAIA) es un grupo interinstitucional conformado a partir de la institución del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud; el objetivo del grupo es unificar y fortalecer los distintos componentes de salud creados dentro de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y dirigidos a la población adolescente, a la vez de mejorar la coordinación federal y estatal en materia de atención integral de la adolescencia.

- ♦ Dado que la atención a la población adolescente no es responsabilidad exclusiva de un solo programa se conformó el GAIA de nivel Federal el cual está integrado por CENSIA, CNEGYSR, CENSIDA, DGPS, STCONADIC y STCONAPRA. El oficio firmado para tal efecto ratifica a los Secretarios de Salud de las entidades federativas del país esta coordinación a nivel federal, y se solicita se replique la misma coordinación en sus Estados. La finalidad de este grupo gira alrededor de realizar la **Redacción conjunta del Plan de Trabajo del Grupo**, donde se sistematizan la coordinación de los componentes de las instancias participantes en materia de atención a la salud de los adolescentes. Así mismo establece los lineamientos y criterios de implementación y supervisión de dichos componentes a nivel estatal.

ENTIDAD FEDERATIVA	Cuenta con Grupo Estatal de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia	Cuenta con Acta Constitutiva	Cuenta con Plan Anual de Trabajo	Reuniones realizadas en 2010	Reuniones Programadas 2011
AGUASCALIENTES	SI	NO	NO	3	4
BAJA CALIFORNIA	NO	NO	NO	3	6
BAJA CALIFORNIA SUR	SI	SI	NO	0	6
CAMPECHE	SI	SI	NO	3	7
CHIAPAS	SI	SI	NO	6	6
CHIHUAHUA	SI	SI	NO	3	6
COAHUILA	SI	SI	NO	6	6
COLIMA	SI	SI	NO	7	6
DISTRITO FEDERAL	NO	NO	NO	3	6
DURANGO	SI	NO	NO	6	6
GUANAJUATO	SI	SI	NO	6	6
GUERRERO	SI	SI	SI	6	6
HIDALGO	SI	SI	NO	7	6
JALISCO	SI	SI	NO	3	6
MEXICO	NO	NO	NO	3	6
MICHOACAN	SI	SI	NO	3	11
MORELOS	NO	NO	NO	3	6

ENTIDAD FEDERATIVA	Cuenta con Grupo Estatal de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia	Cuenta con Acta Constitutiva	Cuenta con Plan Anual de Trabajo	Reuniones realizadas en 2010	Reuniones Programadas 2011
NAYARIT	SI	SI	NO	3	6
NUEVO LEON	SI	SI	NO	6	6
OAXACA	NO	NO	NO	3	6
PUEBLA	SI	SI	NO	6	6
QUERETARO	SI	SI	NO	6	6
QUINTANA ROO	SI	NO	NO	3	6
SAN LUIS POTOSI	SI	NO	NO	6	6
SINALOA	SI	SI	NO	4	4
SONORA	SI	SI	NO	4	6
TABASCO	SI	SI	NO	3	4
TAMAULIPAS	SI	SI	NO	13	6
TLAXCALA	SI	SI	NO	3	6
VERACRUZ	SI	SI	NO	6	6
YUCATAN	SI	SI	NO	6	4
ZACATECAS	SI	SI	NO	6	6

- **Semana Nacional de Promoción de La Salud de la Adolescencia (SNPSA)**

- ♦ Estrategia cuya finalidad es dar a conocer la oferta de servicios que la SSA tiene para los adolescentes, así como realizar actividades de atención a la salud de los mismos. En su séptima versión, celebrada en septiembre de 2010, participaron el GAIA así como diversas instancias y organizaciones de la sociedad civil organizada con amplia experiencia en población joven, población en situación de vulnerabilidad y prevención del embarazo adolescente como: IMJUVE, INMUJERES, PGR, CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR, DIF, MEXFAM, CONAFE, CONAPO, IPAS MÉXICO, INEA, DDESER D.F., SAVE THE CHILDREN, UNFPA, PROMAJOVEN D.F. Y CNDH.
- ♦ Cabe destacar la participación que durante la Semana tuvieron los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) quienes organizaron foros de prevención del embarazo adolescente, impartieron talleres en escuelas y unidades de salud, montaron *stands* en ferias de salud, participaron en desfiles escolares y en eventos deportivos.
- ♦ Durante la Semana se ofertaron servicios y se brindó información y orientación a **más de 10 millones de adolescentes en las 31 Entidades Federativas y el Distrito Federal**. Se imparten talleres y pláticas en unidades de salud y escuelas, se elaboran periódicos murales que se colocan en los pizarrones de los Centros de Salud, se organizan foros y

ferias de la salud, se instalan módulos y/o stand informativos, se organizan actividades deportivas (rallys, carreras por la salud, etc.) culturales y artísticas, y quizá la actividad más representativa sean los desfiles escolares en donde se promueve la participación de la comunidad en general. Con estas actividades, se pretende que los adolescentes conozcan los servicios que se ofertan en las diversas instituciones y los identifiquen como espacios en los cuales pueden obtener información y orientación; también se busca favorecer la adopción de estilos saludables de vida que contribuyan a la modificación de sus conductas de riesgo.

- **Plan Nacional de Prevención de Violencia y Maltrato en Niñas, Niños y Adolescentes**
 - ◆ Con la intención de llevar a cabo este plan se realizó **1 curso-taller introductorio de prevención de maltrato y violencia en niños, niñas y adolescentes**. En este curso participaron 22 Responsables Estatales del Programa de Adolescencia y Violencia, donde se proporcionaron las bases teóricas que permitan el desarrollo e implementación de estrategias y acciones dirigidas a la prevención de la violencia y el maltrato.

- **Fomento a los Proyectos de Comunidades Saludables**
 - ◆ Con la intención de promover entre el personal operativo la convocatoria de Proyectos de Comunidades Saludables y capacitarlos para su participación se brindaron **2 Cursos-Taller para la presentación de proyectos municipales de comunidades saludables**.

- **Actividades de Capacitación.**

Al igual que en los otros programas, el Programa de Atención a la Salud de Adolescencia desarrolla capacitación en las entidades federativas a fin de que adquieran los conocimientos y herramientas necesarias para dar atención al público que a ellos se acerque con calidad y calidez.

Modelo Operativo



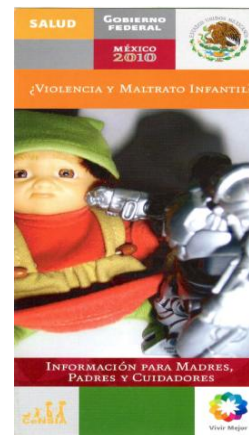
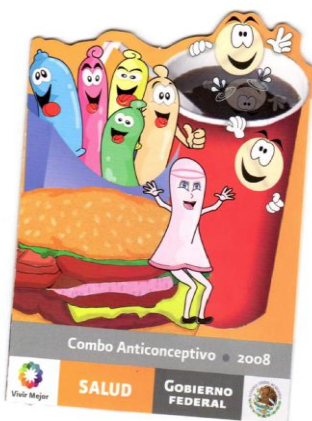
CAPACITACIÓN EN 2010 AL PERSONAL DE SALUD EN MATERIA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DEL ADOLESCENTE

ENTIDAD FEDERATIVA	Encuentro Regional de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS)	Centros Estatales de Capacitación abordando el módulo salud del adolescente	Capacitación en materia de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia	Capacitación en materia de atención Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS)
AGUASCALIENTES	SI Sede: Guanajuato, Guanajuato	SI	NO	NO
BAJA CALIFORNIA	SI Sede: Guanajuato, Guanajuato	NO	NO	NO
BAJA CALIFORNIA SUR	SI Sede: Mazatlán, Sinaloa	SI	NO	NO
CAMPECHE	NO	SI	NO	NO
CHIAPAS	NO	NO	NO	NO
CHIHUAHUA	NO	NO	NO	NO
COAHUILA	NO	NO	NO	NO
COLIMA	SI Sede: Mazatlán, Sinaloa	NO	SI	NO
DISTRITO FEDERAL	NO	SI	NO	SI
DURANGO	SI	SI	SI	SI

ENTIDAD FEDERATIVA	Encuentro Regional de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS)	Centros Estatales de Capacitación abordando el módulo salud del adolescente	Capacitación en materia de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia	Capacitación en materia de atención Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS)
	Sede: Mazatlán, Sinaloa			
GUANAJUATO	Sede Encuentro	NO	SI	SI
GUERRERO	SI Sede: Morelia, Michoacán	NO	NO	SI
HIDALGO	SI Sede: Guanajuato, Guanajuato	NO	NO	SI
JALISCO	NO	NO	NO	NO
MEXICO	SI Sede: Morelia, Michoacán	NO	NO	NO
MICHOACAN	SI Sede Encuentro	NO	NO	NO
MORELOS	SI Sede: Morelia, Michoacán	NO	NO	SI
NAYARIT	NO	NO	NO	NO
NUEVO LEON	NO	SI	SI	NO
OAXACA	SI Sede Encuentro	NO	SI	NO
PUEBLA	NO	NO	NO	NO
QUERETARO	SI Sede: Guanajuato, Guanajuato	NO	SI	SI
QUINTANA ROO	NO	NO	NO	NO
SAN LUIS POTOSI	SI Sede: Ciudad Victoria, Tamaulipas	SI	SI	SI
SINALOA	SI Sede Encuentro	SI	SI	NO
SONORA	NO	NO	SI	NO
TABASCO	NO	NO	SI	NO
TAMAULIPAS	SI Sede Encuentro	NO	NO	NO
TLAXCALA	SI Sede: Guanajuato, Guanajuato	SI	SI	NO
VERACRUZ	NO	SI	SI	NO
YUCATAN	NO	NO	NO	NO
ZACATECAS	SI Sede: Ciudad Victoria, Tamaulipas	NO	SI	NO

- **Difusión.**

Al igual que en los otros programas, con la finalidad de informar a la población en general sobre las estrategias y líneas de acción del programa de adolescencia, se han impreso y difundido diversos trípticos y carteles, entre ellos:



6. Promoción de las acciones preventivas entre la población general y actualización constante del personal de salud, que asegure la atención médica oportuna y de calidad para niños y adolescentes con cáncer.

Antes de 2005, el impacto social y económico que condicionaba el cáncer en los niños, niñas y los adolescentes de México, provocaba que del 65% al 90% de las familias sin seguridad social no contaran con los recursos económicos necesarios para su atención, y por lo tanto tuvieran que enfrentarse a gastos catastróficos o al abandono del tratamiento por falta de recursos. Para tal efecto, en 2005 se creó por Decreto Presidencial el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (CONACIA), como órgano consultivo e instancia permanente de coordinación y concertación de las acciones del sector público, social y privado en materia de investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer en la población menor de 18 años en la República Mexicana.

De los objetivos de creación de dicho Consejo, se deriva el Programa de Acción para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, cuyos principales objetivos son brindar a los pacientes con este padecimiento un diagnóstico temprano y tratamiento multidisciplinario, oportuno y de calidad, otorgado por expertos en centros hospitalarios acreditados, y así lograr disminuir la mortalidad y aumentar la supervivencia por cáncer en este grupo de edad.

Este Programa se vincula con las metas del Programa para la Prevención de la Mortalidad Infantil 2007-2012 al estandarizar la detección oportuna de cáncer en la población de un año y menos, y capacitación de los médicos del primer nivel de atención de los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano para el diagnóstico oportuno de cáncer en la población de un año y menos. Se vincula con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, al reconocer que para alcanzar una igualdad de oportunidades, y mejorar las condiciones de salud de la población, se deben brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad del paciente, y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal. Así mismo, se vincula con el Programa Nacional de Salud 2007-2012, al contemplar entre sus objetivos el otorgar servicios de salud con calidad y seguridad, y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

Las acciones y logros que se han llevado a cabo y que redundarán en la reducción de la mortalidad por cáncer y en el aumento en la supervivencia, incluyen:

La incorporación en febrero de 2008, de todos los tipos de cáncer en menores de 18 años al financiamiento por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPcGC) del Seguro Popular. Durante 2010, se financiaron 124 casos nuevos de cáncer en menores de 1 año, siendo los tipos de cáncer más frecuentes la Leucemia Linfoblástica Aguda, el Retinoblastoma, el Hepatoblastoma, el Neuroblastoma y la Histiocitosis. Así mismo, se financiaron en ese mismo año, 808 casos nuevos de cáncer en los niños de 1 a 4 años de edad, siendo los tipos de cáncer más frecuentes la Leucemia Linfoblástica Aguda, el Retinoblastoma, el Tumor de Wilms, la Histiocitosis y la Leucemia Mieloblástica Aguda. (ver gráficas 1 y 2).

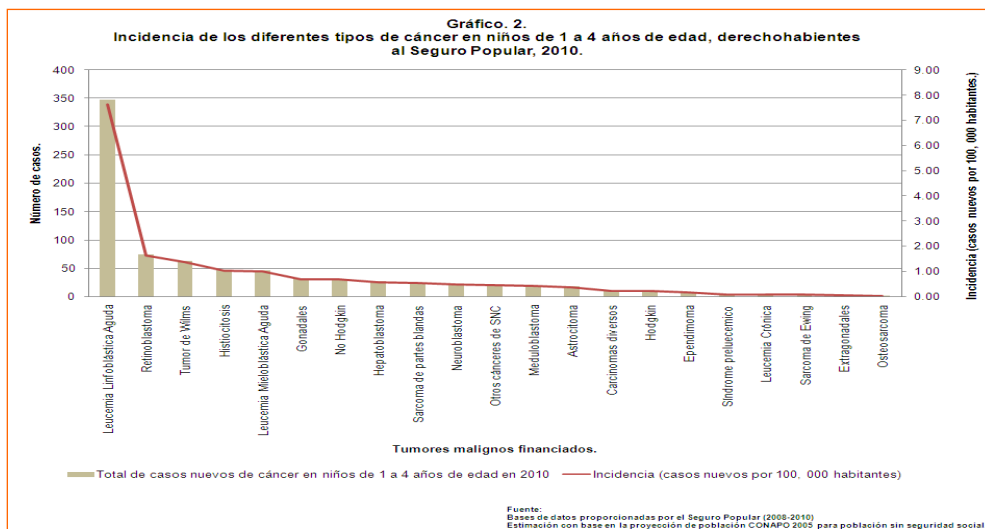
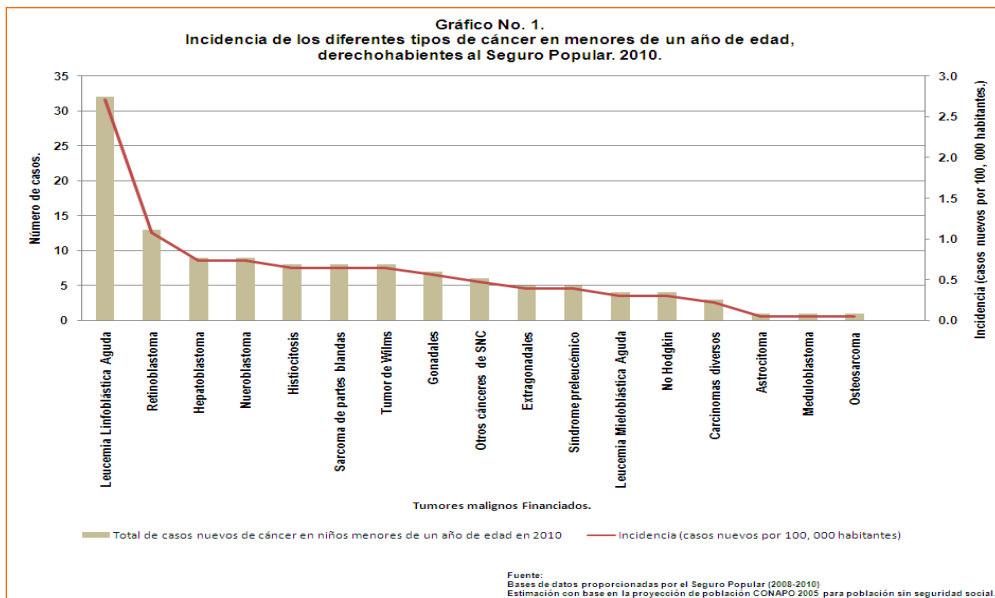
La acreditación de las Unidades Médicas para la atención de niños y adolescentes con cáncer inició en mayo de 2005 con 7 Unidades Médicas Acreditadas. En el 2010 se acreditaron 2 Unidades Médicas más para atender menores de 18 años con Hematopatías malignas; 1 Unidad Médica más fue acreditada para atender menores de 18 años con Tumores sólidos fuera y dentro del Sistema Nervioso Central; y por último, se acreditó 1 Unidad Médica más para la realización de Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH) como parte de los procedimientos terapéuticos del cáncer en menores de 18 años. A la fecha, nuestro país cuenta con 53 Unidades Médicas Acreditadas para la atención de niños y adolescentes con cáncer en 31 Entidades Federativas.

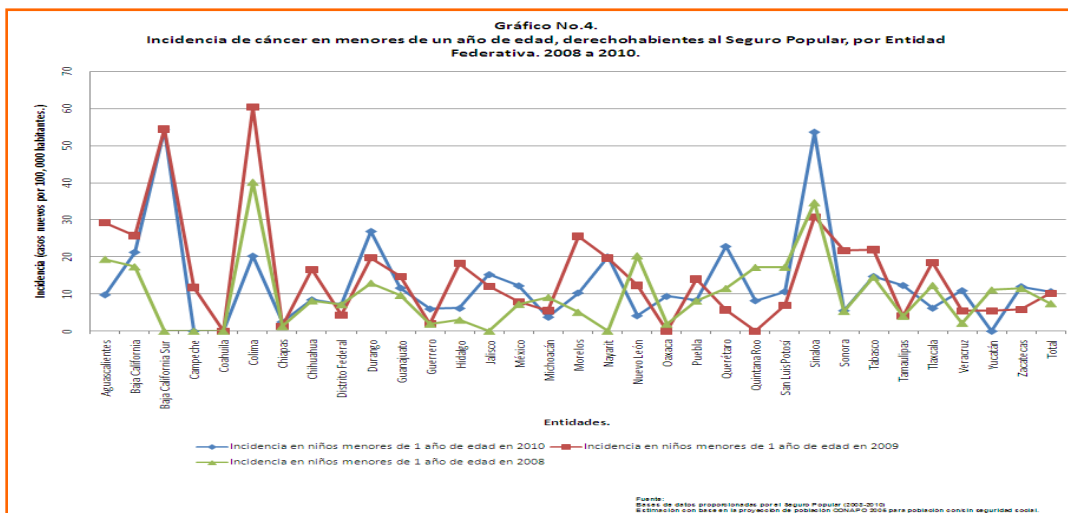
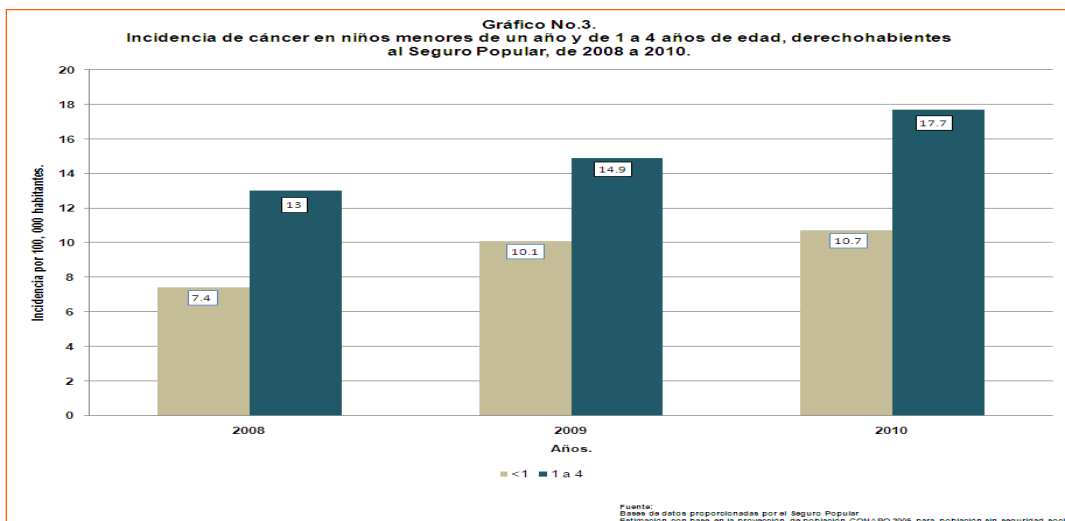
La tasa de incidencia estimada de cáncer en menores de 1 año derechohabientes del Seguro Popular en 2008 fue de 7.4 casos nuevos/100 mil menores de 1 año; en 2009 fue de 10.1 casos nuevos/ 100 mil menores de 1 año; y en 2010 fue de 10.7 casos nuevos/100 mil menores de 1 año. Así mismo, la tasa de incidencia estimada de cáncer en los niños de 1 a 4 años de edad derechohabientes del Seguro Popular en 2008 fue de 13 casos nuevos/100 mil niños de 1 a 4 años; en 2009 fue de 14.9 casos nuevos/ 100 mil niños de 1 a 4 años y en 2010 fue de 17.7 casos nuevos/100 mil niños de 1 a 4 años. (ver Gráfica 3)

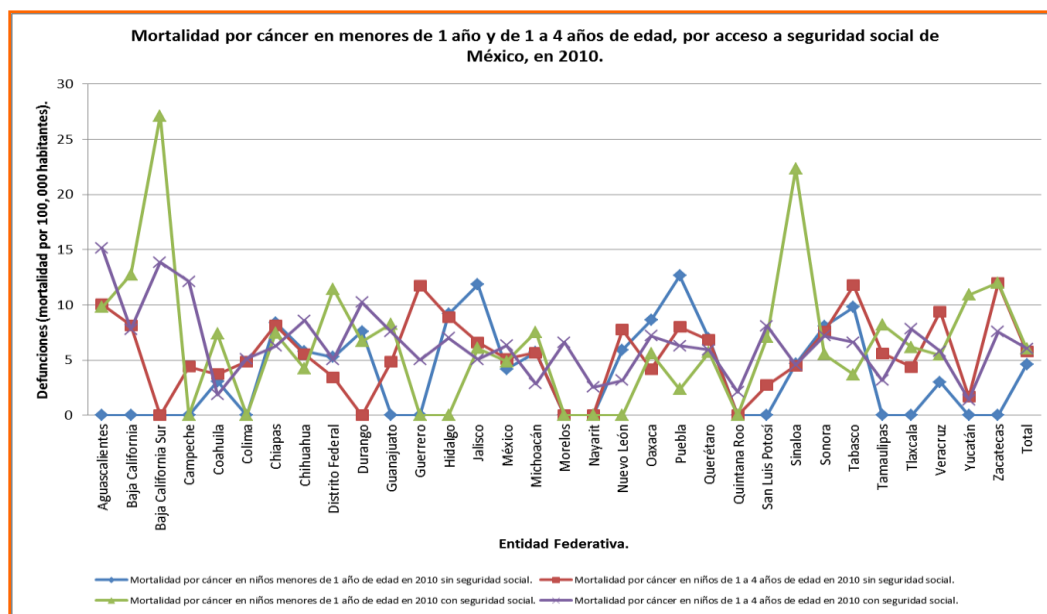
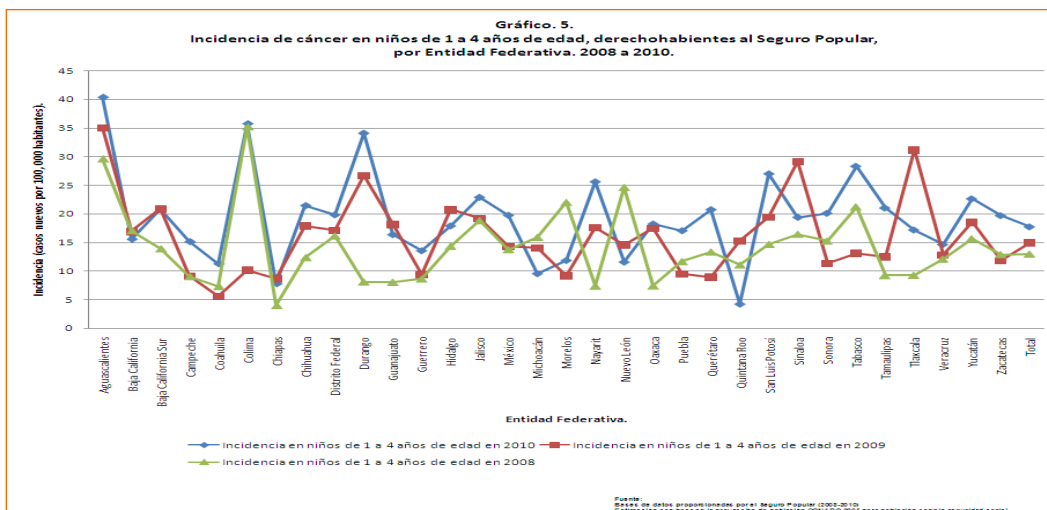
Este incremento observado en la incidencia de cáncer en estos grupos de edad, no parece ser un incremento real; consideramos que puede deberse a que al haber mayor oferta en los servicios médicos para la atención de estos pacientes, y al ser financiados por el Seguro Popular, hay una mayor demanda de servicios y por tanto un mayor registro de casos. Las tasas de incidencia por cáncer varían ampliamente en las 31 Entidades Federativas, encontrándose las tasas de más altas en Baja California, Baja California Sur, Durango, Querétaro y Sinaloa en los menores de 1 año de edad; y en Aguascalientes, Colima, Durango, San Luis Potosí y Tabasco para el grupo de edad de 1 a 4 años. (ver gráfica 4 y 5)

En 2010, la tasa de mortalidad por cáncer en menores de 1 año de edad sin seguridad social fue de 6 defunciones/100 mil menores de 1 año, y de 5 defunciones/100 mil menores de 1 año con seguridad social. Así mismo, la tasa de mortalidad en los niños de 1 a 4 años de edad sin seguridad social y con seguridad social es de 6 defunciones/100 mil niños de 1 a 4 años. Las Entidades Federativas con la tasa de mortalidad más alta en el grupo de menores de 1 año de edad sin seguridad social son Baja California Sur, Sinaloa, Baja California, Zacatecas y el Distrito Federal; y con seguridad social en ese mismo grupo de edad son Puebla, Jalisco, Tabasco, Hidalgo y Oaxaca. Así mismo, las Entidades Federativas con la tasa de mortalidad más alta en los niños de 1 a 4 años de edad sin seguridad social son Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Durango y Chihuahua; y con seguridad social en ese mismo grupo de edad son Guerrero, Tabasco, Zacatecas, Aguascalientes e Hidalgo. (ver gráfica 6)

De acuerdo a la información disponible en el Sistema de Estadística y Epidemiología de las Defunciones (SEED 2010), con consulta en Febrero de 2011, el cáncer es la décimo novena causa de muerte en los menores de un año de edad habiéndose registrado 41 defunciones por ésta causa. Así mismo, y según la misma fuente de información, el cáncer es la tercera causa de muerte en los menores de 1 a 4 años de edad habiéndose registrado 214 defunciones por ésta causa. Cabe aclarar que lo anteriormente expuesto es tomando al cáncer como causa básica de muerte en la Secretaría de Salud y en el resto de las Instituciones del Sector Salud (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaría de Defensa Nacional y Secretaría de Marina) en el grupo de menores de 5 años de edad.







No	INDICADORES	RESULTADO 2007	RESULTADO 2008	RESULTADO 2009	RESULTADO 2010	FUENTE
1	No. de Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia instalados en la República Mexicana Entidades Federativas 31	23 Consejo Estatales de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia	29 Entidades Estatales con evidencia documental de instalación del Consejo Estatal para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (COECIA) excepto en los casos de Jalisco y Sinaloa, y un Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (CONACIA) correspondiente al Distrito Federal.	29 Entidades Estatales con evidencia documental de instalación del Consejo Estatal para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia excepto en los casos de Jalisco y Sinaloa, y un Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia correspondiente al Distrito Federal.	29 COECIAS (falta evidencia documental de la constitución de los Consejos Estatales de Jalisco y Sinaloa)	Documentos de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia
2	No. de Entidades Federativas con unidades médicas acreditadas para el tratamiento del cáncer en <18 años Entidades Federativas 32	15 Unidades Médicas Acreditadas en 11 Entidades Federativas	31 Entidades Federativas con Unidad Médica Acreditada para la atención del menor de 18 años con cáncer.	30 Entidades Federativas con Unidad Médica Acreditada para la atención del menor de 18 años con cáncer.	Actualmente se cuenta con 48 Unidades Médicas Acreditadas con excepción de los Estados de Baja California Sur y Coahuila.	Base de datos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud
3	No. de casos de cáncer incluidos en el RCNA No. de casos de cáncer en < 18 años diagnosticados	1,595 casos capturados/1,711 casos diagnosticados=93%	1,437 casos capturados/2,229 casos diagnosticados*=64%	1,546 casos capturados/2,254 casos diagnosticados=68%	1,273 casos capturados/2,464 casos diagnosticados=52%	Bases de Datos de: Datos de las UMA's CeNSIA/RCNA de la DGAE/Casos financiados CNPSS
4	Entidades Federativas capacitadas para el diagnóstico oportuno de cáncer en menores de 18 años Entidades Federativas 32	30 entidades capacitadas en 2007	No se cuenta con información	31 entidades capacitadas en 2009, con excepción del Estado de Yucatán	32 Entidades capacitadas, 31 en 2009 y 1 entidad en año diverso a este	Documentos de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia
5	Tipos de cáncer en menores de 18 años cubiertos por el SPSS Total de tipos de cáncer en menores de 18 años	Leucemia Linfoblástica Aguda, 10 Tumores sólidos (Neuroblastoma, Wilms, Meduloblastoma, Sacroma de partes blandas, Osteosarcoma, Linfoma de Hodgkin, Linfoma No Hodgkin, Astrocitoma, Retinoblastoma, Leucemia Mieloides) y Trasplante de Médula Ósea.	El 100% de los tipos de Cáncer	El 100% de los tipos de Cáncer	El 100% de los tipos de Cáncer	Dato atribución de la CNPSS
6	No. de pacientes < 18 años con cáncer, sin seguridad social, que recibieron tratamiento gratuito No. de pacientes <18 años con cáncer, sin seguridad social diagnosticados	No se cuenta con el dato	1,816/2,229* = 81.5%	2,252***/No hay información de referencia	2,464***/ No hay información de referencia	Bases de Datos de: Datos de las UMA's CeNSIA/Casos Financiados CNPSS
7	No. de pacientes < 18 años con cáncer, que abandonan tratamiento No. de pacientes < 18 años con cáncer diagnosticados	11%*	9.5%*	7%*	5.7%*	RCNA
8	Sobrevida de pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda de Riesgo Habitual, sin seguridad social en el 2010 Sobrevida de pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda de Riesgo Habitual, sin seguridad social en el 2005	No se cuenta con el dato	No se cuenta con el dato	No se cuenta con el dato	78.6% a dos años en 24 entidades federativas**	RCNA
9	Sobrevida a 3 años de pacientes menores de 18 años diagnosticados en el 2012 No. de pacientes < 18 años con cáncer diagnosticados en el 2012	No se cuenta con el dato	No se cuenta con el dato	No se cuenta con el dato	66.8% a dos años en 30 entidades federativas	RCNA

- * 2,229 casos Fuente: Base de Datos del CeNSIA; información brindada por las UMA's
- **Los datos de supervivencia a 3 años no se encuentran reportados, ya que la información de defunciones para los niños diagnosticados en 2007 en este momento no está disponible en su totalidad y los pocos datos que se pudieran obtener no serían confiables.
- ***Fuente: Base de datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud
- El dato de abandono es una cifra preliminar, ya que el RCNA cuenta con datos sobre el primer seguimiento en solo aproximadamente 50% de los casos

Nota: Las cifras cuya fuente es el RCNA, son aproximadas ya que los datos del registro se encuentran en actualización y validación.

De la tabla anterior, y observando que existen algunas variaciones en los resultados obtenidos, se explica lo siguiente:

INDICADOR 2: La variabilidad depende de la duración de la acreditación de las Unidades Médicas la cual es de 5 años, ó del incumplimiento de los Criterios Mayores que puedan ameritar el retiro de la misma. Esta información es responsabilidad de la DGCyES.

INDICADOR 3: La captura no se lleva a cabo en tiempo real por la escasez de Recursos Humanos.

INDICADOR 6: Se anexa tabla corregida.

- **Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia**

- A. Instalación de Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.

Con el objetivo de extender las acciones del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia y como una atribución del mismo, se crearon los Consejos Estatales de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (COECIAS), con la finalidad de proporcionar un foro que cuente con la colaboración de los tomadores de decisiones a nivel Nacional e involucre a todos los actores relacionados con la atención integral de los menores de 18 años con cáncer. El siguiente cuadro muestra el histórico de la instalación de los mismos:

Año	No. de Consejos Estatales instalados
2005	21 Consejos
2006	6 Consejos
2007	2 Consejos
Total	29 Consejos

Los estados que se encuentran pendientes de conformar su Consejo Estatal de Cáncer son Jalisco y Sinaloa.

Como resultado del cambio de las Autoridades Sanitarias en las Entidades Federativas el funcionamiento continuo de los Consejos Estatales representa un reto constante ya que en muchas ocasiones no se da la continuidad requerida; durante 2010 la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, se planteó el reto de consolidar el funcionamiento de los COECIAS a través de la instalación y/o reinstalación de los mismos, contando con la participación de las autoridades vigentes. Para este punto durante los primeros meses de 2010 se enviaron a las Entidades Federativas los Lineamientos de Operación de los Consejos Estatales en donde se señala cuales son las funciones de los COECIAS. Los COECIAS se encuentran conformados por un Comité Técnico, un Comité Normativo y un Comité Financiero, mismos que deben sesionar a la par de los Consejos Estatales, obteniéndose los siguientes logros:

Sesiones Ordinarias del Consejo Estatal

Estado	Sesiones Consejo o Comités 2009	Sesiones Consejo o Comités 2010	Estado	Sesiones Consejo o Comités 2009	Sesiones Consejo o Comités 2010
Aguascalientes		50 %	Nayarit		0 %
Baja California		0 %	Nuevo León		0 %
Baja California Sur		50 %	Oaxaca	✓	100 %
Campeche	✓	100 %	Puebla		0 %
Coahuila		0 %	Querétaro		0 %
Colima		50 %	Quintana Roo		50 %
Chiapas		0 %	San Luis Potosí	✓	100 %
Chihuahua		50 %	Sinaloa		100 %
Durango		100 %	Sonora		0 %
Guanajuato		50 %	Tabasco		0 %
Guerrero		0 %	Tamaulipas	✓	100 %
Hidalgo		100 %	Tlaxcala		0 %
Jalisco		0 %	Veracruz	✓	0 %
México, Edo.	✓	100 %	Yucatán		0 %
Michoacán	✓	100 %	Zacatecas		100 %
Morelos	✓	100 %	Distrito Federal (CONACIA)	✓	100 %

En 2010, 18 (56.2%) Consejos Estatales para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia y/o alguno de los Comités que lo conforman tuvieron al menos una Sesión Ordinaria y/o Extraordinaria. Sólo 12 (33%) EF llevaron a cabo 2 Sesiones Ordinarias de Consejo Estatal y/o Comités.

- **Responsables estatales del programa de prevención y tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia y reuniones nacionales de los mismos**

El Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia desde su nacimiento quedó bajo la responsabilidad del Responsable Estatal del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, sin embargo esto pone en riesgo la operación y el logro de las metas de ambos programas al contar con dos componentes de alta responsabilidad. Dentro de los logros obtenidos en 2010, 28 de las 32 Entidades ya cuentan con un Responsable exclusivo del Programa. Las entidades federativas que aún no cuentan con Responsable del Programa son: Guerrero, Tabasco, Nayarit y Guanajuato.

ENTIDAD FEDERATIVA	RESPONSABLE EXCLUSIVO DEL PROGRAMA DE CÁNCER	RESPONSABLE DEL REGISTRO DE CÁNCER (RCNA)
Hidalgo	✓	✓
Durango	✓	X
México	✓	X
Nuevo León	✓	X
Yucatán	✓	X
Colima	✓	X

ENTIDAD FEDERATIVA	RESPONSABLE EXCLUSIVO DEL PROGRAMA DE CÁNCER	RESPONSABLE DEL REGISTRO DE CÁNCER (RCNA)
Coahuila	✓	
San Luis Potosí	✓	✓
Veracruz	✓	✓
Michoacán	✓	✓
Sinaloa	✓	✓
Chihuahua	✓	✓
Morelos	✓	✓
Aguascalientes	✓	✓
Sonora	✓	
Baja California Sur	✓	
Tamaulipas	✓	✓
Campeche	✓	✓
Zacatecas	✓	✓

Diecisiete entidades federativas también cuentan con un Responsable del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes. y en algunos Estados los Responsables del Programa fungen como Responsables del Registro. El Responsable del Programa es el encargado de la Operatividad del mismo, y el Responsable del Registro se encarga del análisis y registro de los casos nuevos de cáncer. Cabe mencionar que es necesario contar con Responsables Exclusivos tanto de Registro como del Programa para poder alcanzar las metas.

El diagnóstico oportuno y la referencia temprana, son dos de los factores más importantes que impactan en forma directa sobre la mortalidad por cáncer en los menores de 18 años de edad, el acercamiento a los Servicios de Salud por parte de los Padres y/o Responsables de los menores de 18 años, ante la detección de algún signo o síntoma de alarma de cáncer en este grupo de edad, depende en gran medida del conocimiento que la población en general tenga respecto de este problema de salud.

Por ello se efectúan desde 2010 las Reuniones Nacionales de Responsables del Programa, que es el personal operativo responsable de dar continuidad a las estrategias del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, con la finalidad de que cuenten con las herramientas requeridas para promover entre los médicos de primer nivel de atención, la importancia de la detección oportuna y la adecuada referencia de los menores con sospecha de cáncer a las Unidades Médicas Acreditadas para la atención integral de ellos, así como para la difusión a la población en general de los signos y síntomas de alarma de cáncer en este grupo etéreo, fomentando el acercamiento a las Unidades de Salud, ante la aparición y reconocimiento de estos datos de alarma.

La realización de estas reuniones es fundamental porque nos permite conocer los avances en la implementación y operación de los procesos críticos del Programa de Prevención y Tratamiento

del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia en todos los Estados. Así mismo el conocimiento de dichos avances nos da elementos para evaluar el desarrollo del Programa al interior de las Entidades Federativas. Específicamente se presentan los avances correspondientes a las acciones de cada una de las líneas estratégicas del Programa: coordinación y vinculación, evaluación y seguimiento, capacitación, difusión, estandarización de la atención médica, y rendición de cuentas. Todo esto con el fin último de garantizar que las Entidades Federativas trabajen en líneas de acción que redunden en la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer en los menores de 18 años, mejorar las tasas de supervivencia y la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes con cáncer.

Así mismo en estas Reuniones capacitamos a los Responsables del Programa a través de la difusión de las líneas estratégicas y las herramientas necesarias para abordar el problema del cáncer en los menores de 18 años, abarcando temas diversos tales como, la Programación Operativa Anual, la elaboración de los materiales de difusión , así como los lineamientos operativos para lograr el impacto requerido en la población blanco, talleres de detección de signos y síntomas de alarma, y de elaboración e implementación de los Programas Operativo y de Trabajo para el año vigente, por citar algunos.

Los temas a tratar son orientados a fomentar la participación de cada una de las Entidades respecto de la problemática y puntos de oportunidad detectados por cada Responsable del Programa a nivel local.

Por lo antes expuesto durante 2010 se realizaron dos Reuniones Nacionales de Responsables del Programa.

La primera se verificó en la Ciudad de Morelos, con una duración de 4 días (20-23 de julio de 2010), y contamos con la asistencia de 28 Responsables.

La segunda se verificó en la Ciudad de Michoacán, con una duración de 4 días (29 y 30 de noviembre y 1 y 2 de diciembre de 2010), y contamos con la asistencia de 25 Responsables.

- **Reunión nacional de hematólogos y oncólogos pediatras de las unidades médicas acreditadas**

Con la finalidad de dar seguimiento a la estandarización en la calidad de la atención, y estar en posibilidad de garantizar que el manejo integral de los menores de 18 años con cáncer sea brindado de igual forma en la totalidad de las 52 Unidades Médicas Acreditadas, nacen los Protocolos Técnicos para Atención de Niños con Cáncer, que dan una directriz a la totalidad de los procedimientos diagnósticos que deben ser empleados para los Niños, Niñas y Adolescentes con cáncer, así como los protocolos de tratamiento para las principales neoplasias que afectan a este grupo etáreo.

Conocedores de la necesidad de contar con un foro que nos permita dar seguimiento y brindar retroalimentación a través de la experiencia instaurada por los Médicos Oncólogos y Hematólogos Peditras de las Unidades Médicas Acreditadas, en el año 2010 convocamos a 62 subespecialistas para lograr el consenso de los Protocolos de Recaídas, así como conocer la problemática a la que se enfrentan día con día.

- **Coordinar acciones con la dirección general adjunta de epidemiología**

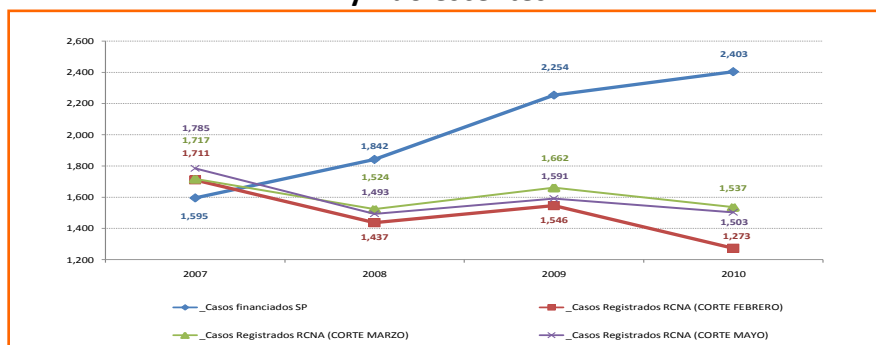
La necesidad de contar con una plataforma de registro de los casos de cáncer en los menores de 18 años en México, es una de las actividades prioritarias que fueron identificadas por el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, como la única opción de conocer el panorama real de esta enfermedad a nivel Nacional, permitiendo así mismo la toma de decisiones basada en la evidencia, logrando la definición de estrategias focalizadas que permitan dar atención a problemas determinados.

Los logros que presenta la captura de datos en la plataforma del Registro han sido promovidos en forma conjunta con la Dirección General Adjunta de Epidemiología, en una estrategia de seguimiento y fomento del uso del mismo, que el CeNSIA, estableció a través de:

- 1.- El envío de recursos para el fortalecimiento del Programa, dentro de los que uno de los rubros era la contratación de una persona encargada de dar seguimiento a la captura y actualización de la base de datos.
- 2.- Inclusión como un tema permanente en las Reuniones Nacionales del Programa, para lograr el apoyo de los Responsables del Programa en el seguimiento de la captura y actualización del Registro.
- 3.- Seguimiento de los avances del Registro a través de la supervisión.

A continuación se muestra una gráfica con el estado actual del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes, en comparación con los casos financiados por el Seguro Popular:

Comparativo anual de casos financiados Seguro popular Vs Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes



- **Evaluación y seguimiento**

Con la finalidad de dar seguimiento a la operación del Programa, el personal de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia realiza supervisión presencial, para dar seguimiento a los 4 procesos críticos del mismo en los 3 niveles de la Entidad Federativa. Los procesos críticos supervisados son: Prevención, Diagnóstico oportuno, Tratamiento integral e Investigación; en los 3 niveles que son:

- a) Servicios Estatales de Salud (Operación general del Programa y Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia)
- b) Unidad Médica del Primer Nivel de Atención (Prevención, Diagnóstico oportuno y Difusión)
- c) Unidades Médicas Acreditadas para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con cáncer (Tratamiento Integral)

El Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia cuenta con indicadores incluidos en la estrategia de Caminando a la Excelencia, que han ido perfeccionándose de conformidad al crecimiento operativo del Programa, a la fecha se cuenta con 5 Indicadores.

INDICADORES DE LA ESTRATEGIA CAMINANDO A LA EXCELENCIA 2010

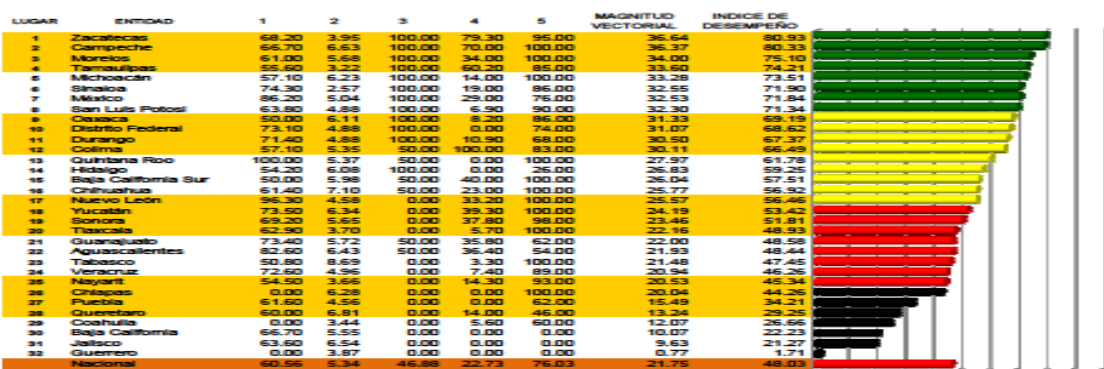
INDICADOR	VALOR	UNIDAD DE MEDIDA	COMPONENTES DEL INDICADOR
Supervivencia global a 2 años en pacientes <18 años con cáncer, atendidos en las UMAs.	(+)	(%)	Número de pacientes <18 años, que en 2009 fueron diagnosticados por 1era vez con cáncer, que actualmente están vivos (2011), y son atendidos en la (s) UMA (s) en la Entidad Federativa / Número total de pacientes <18 años, que en 2009 fueron diagnosticados por 1era vez con cáncer, que son o fueron atendidos en la (s) UMA(s) en la Entidad Federativa
Tasa de mortalidad por cáncer en < 18 años en la SS.	(+)	Defunciones /100mil <18a	Número de defunciones por cáncer como causa básica de defunción en la Secretaría de Salud Estatal, en los < 18 años en 2010 / Estimación de Población atendida por la Secretaria de Salud Estatal < 18 años en 2010.
Sesiones Ordinarias del Consejo Estatal para Prevención y Tx Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, y Comités.	(+)	(%)	Número de sesiones realizadas en el año / 4 Sesiones (2 del Consejo Estatal y 2 de los Comités).
Capacitación al 30% del Personal Médico del Primer Nivel de Atención en el Diagnóstico Oportuno de Cáncer en Niños y Adolescentes.	(+)	(%)	Número de Médicos de primer nivel de atención, pertenecientes a la Secretaría de Salud , capacitados durante el 2011 en el diagnóstico oportuno de cáncer en niños y adolescentes / Número total de médicos de primer nivel de atención en el Estado, pertenecientes a la Secretaría de Salud.
Casos nuevos de cáncer diagnosticados en 2011, capturados en el RCNA, en relación con los caos financiados por el FGC de la CNPSS.	(+)	(%)	Número de casos nuevos de cáncer en < 18 años diagnosticados en 2011 en la UMA, que fueron financiados por el FGC y reportados el RCNA / Total de casos nuevos de cáncer en < 18 años diagnosticados en 2011 en la UMA, que fueron financiados por el FGC.

Estos indicadores fueron los definidos para el año 2010, con los que las Entidades Federativas fueron evaluadas. La inclusión de estos indicadores nos permite evaluar el cumplimiento individual de cada Estado e implementar intervenciones focalizadas en aquellas entidades con un menor rendimiento.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Caminando a la Excelencia

CIERRE 2010



INDICADORES

SUPERVIVENCIA GLOBAL A 2 AÑOS EN PACIENTES <18 AÑOS CON CÁNCER ATENDIDOS EN UMAS
 TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER <18 AÑOS EN SESA
 SESIONES ORDINARIAS DEL CONSEJO ESTATAL PARA PREVENCIÓN Y TX CÁNCER EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
 CAPACITACION AL 30% DEL PERSONAL MÉDICO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN DX OPORTUNO DE CÁNCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
 CASOS NUEVOS DE CÁNCER DIAGNOSTICADOS EN 2010 CAPTURADOS EN EL RCNA EN RELACION CON LOS CASOS FINANCIADOS POR EL FGC DE LA CNPSS

Intervalo	Intervalo	Grado de evaluación
Sobresaliente	70-100	Verde
Satisfactorio	50-69	Amarillo
Mínimo	25-49	Naranja
Precario	<25	Rojo

FUENTE: www.dgepi.salud.gob.mx/2010/plantilla/boletin_camexc.html

• Actividades de Capacitación

La capacitación es uno de los objetivos más importantes del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, toda vez que la prevención primaria en esta enfermedad no es posible ya que hasta el día de hoy no podemos detener las causas que lo originan, quedando como acción real de prevención las medidas asociadas con la prevención secundaria que nos ayudarán a frenar el progreso de la enfermedad, por lo anterior nuestros logros más relevantes asociados a este punto son:

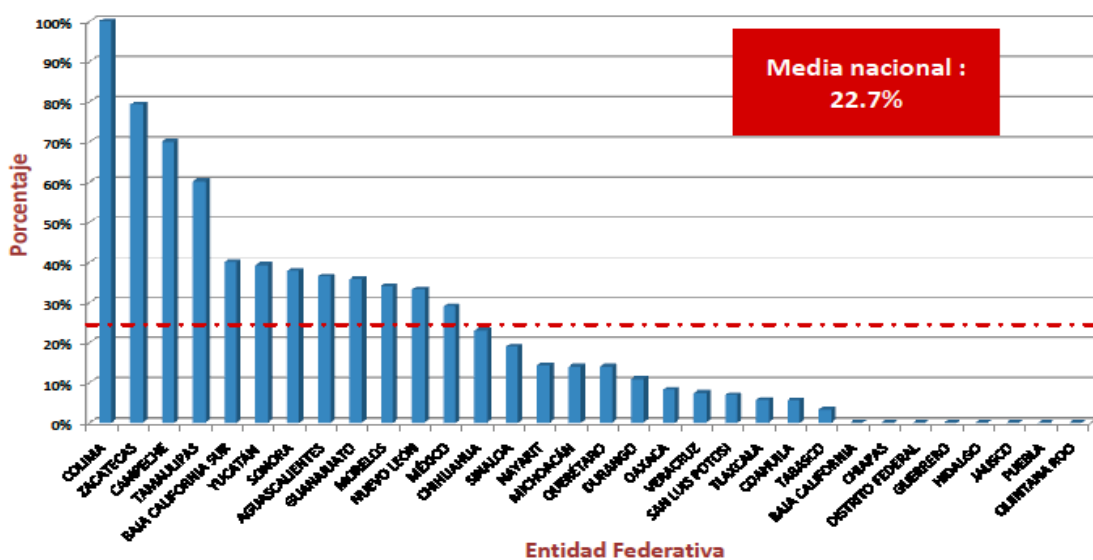
- A. El fomento en el uso del Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes de la Dirección General Adjunta de Epidemiología, como fuente para obtener el análisis epidemiológico que sustente la toma de decisiones a través de intervenciones focalizadas basadas en la evidencia, nos ha permitido conocer el comportamiento de este padecimiento a nivel Nacional, brindándonos los datos de la tasa de prevalencia, mortalidad, y supervivencia.

El uso de esta información nos permite reforzar nuestras acciones de supervisión, difusión y capacitación de forma dirigida a las Entidades Federativas que representan focos rojos por el comportamiento epidemiológico de esta enfermedad.

- B. Desarrollamos e implementamos el contenido técnico del Curso de “Diagnóstico Oportuno de Cáncer en los menores de 18 años”, y desde 2007 se ha realizado la capacitación nacional, inicialmente a los Responsables Estatales del Programa en los 32 Estados, con la finalidad de permear esta información a nivel nacional a través de la réplica en cascada a los Médicos de primer contacto, proporcionándoles así las herramientas básicas necesarias que les permitieran identificar un caso de sospecha y poderlo referir en forma temprana para su atención integral en las Unidades Médicas Acreditadas de la Entidad Federativa.

El énfasis en esta capacitación impactará en forma directa sobre la mortalidad, la supervivencia y la calidad de vida de los menores de 18 años con cáncer y de sus familias.

**Capacitación al 30% del personal médico del primer nivel de atención,
en el diagnóstico oportuno de cáncer en niños y adolescentes**



En 2010, sólo 11 (31%) EF capacitaron a 30% o más del personal médico del primer nivel de atención.

Es importante señalar que uno de los obstáculos más importantes para la consecución de la meta de capacitar al 100% de los Médicos de primer nivel de atención, lo representa el hecho de que un gran porcentaje de las Unidades de atención de primer nivel, se encuentran a cargo de los Médicos pasantes de Servicio Social, mismos que permanecerán en el mejor de los casos un año en la Unidad, para ser substituidos por un nuevo Recurso Humano que carecerá de estos conocimientos.

- C. Desarrollamos e implementamos el contenido técnico del “Curso-Taller de Actualización para el Personal de Enfermería en el Cuidado del Paciente Oncológico Pediátrico”, para lo

cual en 2009 realizamos la capacitación al Personal de Enfermería de las entonces 49 Unidades Médicas Acreditadas a nivel Nacional, y generamos el compromiso de este personal de replicar este Taller al Personal de Enfermería de su Unidad, en el entendido de que uno de los criterios mayores para el mantenimiento de la Acreditación de la Unidad Médica, es el contar con personal de enfermería especializado en Pediatría con entrenamiento o capacitación en Oncología.

- D. Hemos diseñado y difundido a nivel Nacional material dirigido a la Población en general para dar a conocer los signos y síntomas de alarma de cáncer en la población menor de 18 años consistente en un póster gráfico que en lenguaje cotidiano señala los signos y síntomas comunes a las patologías neoplásicas más frecuentes en la población menor de 18 años, así mismo este material fue incluido en una Tarjeta Ladatel que se difundió de conformidad con los datos epidemiológicos de aquellos Estados con una mayor tasa de mortalidad.

Lo anterior permitirá primeramente hacer del conocimiento de la Población abierta que el Cáncer no es una enfermedad privativa de los Adultos Mayores, sino que también afecta a los Niños, Niñas y Adolescentes, y en forma secundaria pero no por ello menos importante la identificación temprana de estos signos y síntomas y el acercamiento a las Unidades de Salud para su atención.

- E. Desde 2010 se han llevado a cabo 2 Reuniones Nacionales con los Responsables Estatales del Programa de Cáncer y/o Responsables Estatales del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia para exponer los objetivos, estrategias, líneas de acción y metas a alcanzar del Programa, y para capacitación en temas relacionados con el cáncer en la Infancia y la Adolescencia (Sistema de Registro, Signos y Síntomas de Alarma, difusión, etc.).

- **Comunicación Social**

1.- Se cuenta con una página Web, con actualización permanente de la información contenida en ella, respecto del Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, lo que nos permite dar difusión continua a la Población sobre datos relevantes del Cáncer en los menores de 18 años. La página Web se encuentra diseñada en estricto apego a los lineamientos de Comunicación Social y Presidencia, en un ambiente de fácil navegación.



2.- Campañas de comunicación social consistentes en la difusión de los signos y síntomas de alarma de cáncer en los menores de 18 años, a través de la Tarjeta Ladatel.



3.- Difusión del póster de “Detecta a tiempo el cáncer en Niños, Niñas y Adolescentes”

4.- Se elaboró una Guía para Padres y/o Responsables de los menores de 18 años con cáncer, con el objetivo de brindar información clara y sencilla respecto del cáncer en la Infancia y la Adolescencia, de las dudas más comunes que se generan al enfrentarse a este diagnóstico y que en ocasiones los Médicos tratantes no pueden despejar.



- **Estandarización de la atención médica**

La estandarización en la atención de los menores de 18 años con cáncer es una premisa con la que el Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia nace ya que el solo acercar la atención a los pacientes, no bastaba, el eje principal de este punto es el garantizar que la calidad de la atención recibida sea de igual calidad en cada una de las Entidades Federativas, lo que evitaría la migración por motivos de Salud, así como la pérdida del patrimonio familiar o en el peor de los escenarios el abandono del tratamiento al no contarse con los medios para acceder a él y la muerte, por lo que para dar atención a esta necesidad contamos con los siguientes mecanismos:

1.- Durante el año se verifican dos sesiones ordinarias de los Comités Técnico, Normativo y Financiero y la Secretaría Técnica del CONACIA, con la finalidad de participar con todos los actores involucrados en el tema de estandarización de la calidad de la atención que reciben los Niños, Niñas y Adolescentes con cáncer y generar acuerdos que garanticen dicha calidad.

2.- Supervisión de la Unidades Médicas Acreditadas que atienden menores de 18 años con cáncer, para evaluar la capacidad, seguridad, y la calidad de la atención de los Niños, Niñas y Adolescentes con cáncer en todas las Entidades Federativas, y para evaluar la gratuidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la totalidad de los casos de cáncer en menores de 18 años no derechohabientes.

Durante 2007 se realizaron 19 supervisiones

Durante 2008 se realizaron 11 supervisiones

Durante 2009 se realizaron 14 supervisiones

Durante 2010 se realizaron 21 supervisiones

En las visitas de supervisión se aplica un instrumento de medición dentro del que se contempla a través de variables específicas la exploración de los puntos de interés para cada rubro en particular, generando la consiguiente retroalimentación a la Entidad Federativa supervisada a través del Informe de supervisión.

3.- Se ha fortalecido la participación de la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia con el Comité Técnico para la coordinación de las Reuniones Regionales para la actualización de los protocolos técnicos e identificación de problemáticas en la atención de los Niños, Niñas y Adolescentes con cáncer al interior de las Unidades Médicas Acreditadas, actividad que inició en 2009 y que se ha convertido en permanente.

4.- Se han realizado Reuniones Nacionales de Hemato-Oncólogos a nivel Nacional desde 2006, en las cuales el punto focal es el de consensuar los Protocolos Técnicos de Atención de Niños con Cáncer, en el primer ejercicio de 2006 el resultado obtenido fueron los 25 protocolos de primera

línea, que contemplan el diagnóstico y el tratamiento de los menores de 18 años con cáncer y que además constituyen la base financiera para determinar la tarifa que será cubierta por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para cada uno de los tipos de cáncer financiados; es importante señalar que esta actividad no ha sido permanente sino intermitente por lo que se retomó en 2010, con la finalidad de consensuar los Protocolos Técnicos para Atención de Niños con Cáncer en recaída, en esta Reunión contamos con la participación de 58 Hemato-Oncólogos Peditras de nivel Nacional, en la que se obtuvieron las propuestas de 22 Protocolos de Recaída.

5.- Hemos fortalecido la difusión de los Protocolos Técnicos para Atención de Niños con Cáncer autorizados por el Consejo de Salubridad General, de forma intensiva a través de la vigilancia en la supervisión corroborando la existencia y aplicación de los mismos para el manejo de los menores de 18 años con cáncer.

Y en 2010 a través del envío del Libro Protocolos Técnicos Cáncer en Niños, elaborado por el Coordinador del Comité Técnico a las 32 Entidades Federativas.

6.- Seguimiento a la réplica en cascada del Curso de Actualización en el Cuidado del menor con cáncer para Personal de Enfermería, se capacitó a las Enfermeras de las 49 Unidades Médicas Acreditadas.

7.- Seguimiento a la réplica en cascada del Curso de Diagnóstico Oportuno de Cáncer a Personal de Salud del Primer Nivel de atención, se capacitó a las 32 Entidades Federativas.

7. Regulación

• Respeto a la atención de la infancia

- ◆ Se realizó el anteproyecto de actualización de la NOM-031-SSA2-1999 para la Atención a la Salud del Niño y la NOM-038-SSA2-2002, para la Prevención, tratamiento y Control de las Enfermedades por Deficiencia de Yodo.
- ◆ Se hicieron lineamientos del CEC (en revisión).
- ◆ Se logró incluir en SIS los indicadores peso para la talla y talla para la edad, al igual que la evaluación de población de 5 a 9 años en la tarjeta de control del estado de nutrición.
- ◆ Elaboración del subtema de nutrición en la Anteproyecto NOM-047. Para la atención a la salud de la adolescencia.
- ◆ Asesoría a la Ley General de prestación de Servicios de Cuidado Infantil.
- ◆ Propuesta de Reforma de artículo 4° de la Constitución Política Mexicana, en materia de los Derechos de las niñas y niños.
- ◆ Propuesta de Reforma del artículo 123° de la Constitución Política Mexicana, en materia de los derechos de los trabajadores, relacionada al periodo de incapacidad posparto en las madres de recién nacidos con discapacidad.
- ◆ Lineamientos de la Vigilancia de la Mortalidad en la Infancia. En fase de revisión sectorial.

- ◆ Actualización del manual de las Infecciones Respiratorias Agudas con un avance del 80%.
 - ◆ Elaboración de los lineamientos de prevención de accidentes, en proceso de revisión y autorización por Comunicación Social.
- **Respecto a Vacunación**
 - ◆ Se elaboró el proyecto de modificación de la norma oficial mexicana NOM-036-SSA2-2002, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES. APLICACIÓN DE VACUNAS, TOXOIDES, SUEROS, ANTITOXINAS E INMUNOGLOBULINAS EN EL HUMANO; para quedar como proyecto de NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-036-SSA2-2009, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES. APLICACIÓN DE VACUNAS, TOXOIDES, SUEROS, FABOTERÁPICOS, ANTITOXINAS E INMUNOGLOBULINAS EN EL HUMANO.
 - ◆ Elaboración de Lineamientos del Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud.
Cada año se elaboran de manera coordinada con las Instituciones del Sector Salud, en el Grupo de Trabajo Interinstitucional del CONAVA, y se distribuyen en el mes de diciembre de cada año a todas las entidades federativas e Instituciones del Sector Salud.
 - ◆ Manual de Vacunación.
En el 2008, se elaboró el Manual de Vacunación 2008-2009
En 2011, se está actualizando el Manual de vacunación con un avance del 80%, se tiene planeado terminar en diciembre de 2012 y difundirlo a todas las unidades de salud del país en enero del 2012.
 - ◆ Manual de los Eventos Temporalmente Asociados a la Vacunación
Está en proceso de actualización con un avance del 50%, se finalizará a principios del 2012, para distribuirlo a todas las entidades federativas en junio de 2012
- **Respecto a Adolescencia**
Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2009, para la Atención a la Salud de la Adolescencia.
 - ◆ Debido a la falta de una normatividad que regulase las acciones de salud dirigidas a los adolescentes se creó, en conjunto con otros programas de la SSA y las instituciones esta herramienta fundamental que permitirá unificar criterios para el otorgamiento de la Atención Integral a la Salud de la Adolescencia. Actualmente se encuentra en proceso de revisión para poder ser publicada en el Diario Oficial de la Federación.

8. Acciones extrasectoriales

• Consejo Nacional de Vacunación

En enero de 1991 se creó, por decreto presidencial, el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), como instancia de coordinación y consulta, cuyo objetivo principal fue promover, apoyar y coordinar las acciones de las instituciones de salud de los sectores público, social y privado, tendientes a controlar y eliminar las enfermedades transmisibles, a través del establecimiento del Programa de Vacunación Universal, dirigido a la protección de la salud de la niñez.

Año 2006		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
Primera	<ul style="list-style-type: none"> Avances en vacunación. Acciones para la introducción de vacuna pentavalente acelular con IPV en 2007. Contratación de jornadas de vacunadores 	<ul style="list-style-type: none"> Se aprobó el cambio de Pentavalente de células completas, por la Pentavalente con Pertussis acelular e IPV, quedando incluida en el esquema universal de vacunación para el año 2007. Revisar de manera integral la estrategia de contratación de vacunadoras. El CeNSIA solicitó a las 32 entidades federativas un análisis sobre la contratación de vacunadoras, el consenso general fue que era muy importante la contratación de vacunadoras para trabajo de campo.
Segunda 15 de noviembre-2006	<ul style="list-style-type: none"> Avances en vacunación. Estado actual de la vacunación contra neumococo e influenza. Propuesta de nuevas vacunas: Tdpa y Virus del Papiloma Humano (VPH). Nueva Cartilla Nacional de Vacunación en niños y adolescentes. Nueva Cartilla Nacional de Vacunación en niños y adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> Integración de un Grupo Técnico para el análisis de la propuesta de incorporar la vacuna Tdpa en adolescentes como refuerzo. Analizar la introducción de la vacuna contra VPH en el Programa Universal de Inmunizaciones. Incorporar a los documentos técnicos y normativos la definición del sitio de aplicación de cada una de las diferentes vacunas del esquema de vacunación actualizado.

Año 2007		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos

<p>Primera 02-febrero-2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª Semana Nacional de Salud 2007. • Planeación 2007 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos blancos a vacunar en la Campaña de Eliminación de la Rubéola, Síndrome de Rubéola Congénita y Sarampión en el país. • Contratación de vacunadores, para poder cumplir con la regionalización operativa.
<p>Segunda 19 de junio-2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Vacunación Universal. • Avances 2007. • Programa de Eliminación de Tétanos Neonatal. • Propuestas del Comité Técnico de Expertos/Grupo de Trabajo Interinstitucional Campaña de Eliminación de Rubéola, SRC y Sarampión. • Regionalización Operativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para el cálculo de coberturas, se utilizará las proyecciones del CONAPO. • Se analizará la conciliación de los resultados de la ENSANUT 2006 con los de la ENSA 2000. • Realizar compras consolidadas de todos los biológicos, así como de cámaras frías, refrigeradores, termos, equipos de cómputo y otros insumos del programa, ya sea por CENSIA BIRMEX, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. • El Instituto Nacional de Salud Pública brindará apoyo para la aplicación del método de Calidad de Lotes en los muestreos para la evaluación de coberturas. • Se aprobó el Programa Permanente de Vacunación 2007. • Vacunar con SRP a todos los niños de 1er año de primaria y a todos los niños de seis y siete años de edad no escolarizados. • Se reactivó el Plan de Acción de Eliminación del Tétanos Neonatal, el cual se incluyó en la estrategia “Caravanas de la Salud”. • Se aprueba el esquema de vacunación con anti-hepatitis B en los recién nacidos. • Se aprobó la vacunación antineumocócica 23 valente en adultos. • Aplicar una dosis de vacuna anti-influenza al 100% de la población de 60 años y más. • Verificar solvencia financiera para universalizar en el 2008 la vacuna antineumocócica 7valente en menores de dos años de edad.

	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización de la Regionalización Operativa. • Se presentó la situación de la Red de Frío de todo el Sector Salud.
<p>Tercera 14 de noviembre 2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Logros de 2ª Semana Nacional de Salud 2007. • Problemas de abasto de vacunas: Rotavirus y Hepatitis B. • Recomendaciones del Grupo de Expertos, vacunas antihepatitis A, antipoliomielítica y vacunas recomendadas en caso de desastres naturales. • Situación Sectorial de la Red de Frío. • Financiamiento para la adecuación de la Red de Frío y vacunadores con el Comisionado del Seguro Popular. • Los Estados deberán adquirir los vehículos y equipos de cómputo necesarios para el PVU con sus recursos. • Realizar encuesta serológica por el INSP para sarampión y rubéola después de la Campaña de Eliminación en marzo de 2008. • Se adecuó el proceso licitatorio para poder comprar vacunas a dos o más proveedores. • Se Brindó apoyo a CCAyAC para que puedan resolverse los problemas actuales de análisis y liberación de la vacuna de Hepatitis B y de cualquier otra vacuna que lo requiera. • Se propuso a la COFEPRIS para 2008, un proceso de liberación simplificado de las vacunas precalificadas por la OMS y OPS que cuenten con un año mínimo de buen historial en la CCAyAC. • Se inició la compra consolidada sectorial de biológicos. Considerar la adquisición de biológicos a la OPS en el 2009, a través de su Fondo Rotatorio. Valorar la posibilidad con OPS de adquirir la vacuna de Hepatitis B en el 2008. • Rendición de cuentas al CONAVA por parte de la SS, IMSS e ISSSTE, con periodicidad semestral sobre los avances logrados tanto a nivel federal como por Entidades Federativas, sobre el cumplimiento de los lineamientos de la Red de Frío con énfasis en: planeación de compra consolidada de insumos.

- Verificar cumplimiento de los POAs en la adquisición de los insumos.
- Capacitación, Mantenimiento, Supervisión, Amonestación en caso necesario.

Año 2008

Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
Primera 12-marzo-2008	<ul style="list-style-type: none"> • Coberturas 2007 del Programa de Vacunación Universal. • Propuesta de acciones sectoriales durante las Semanas Nacionales de Salud. • Campaña de Eliminación de Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita, arrancó el 24 de marzo del 2008. • Recomendaciones del Comité de Expertos en Vacunación. 	<ul style="list-style-type: none"> • La Regionalización Operativa se extiende hasta los 19 años de edad. • El PROVAC deberá abarcar todos los biológicos que se aplican en niños y adolescentes. • Las coberturas nominales se analizarán en los Consejos Estatales de Vacunación (COEVAs), buscando concordancias superiores al 90%. • Validar en los COEVAS el cierre de coberturas 2007 del PROVAC. • Se retomarán las supervisiones interinstitucionales para las actividades permanentes e intensivas (SNS) del Programa de Vacunación Universal en todas las entidades federativas. • Los representantes de las instituciones del Sector Salud deben participar activa y permanentemente en las reuniones de los COEVAs. • Se actualizaron los lineamientos para el funcionamiento de los Coevas, las actividades de estos, se evaluarán a través de las minutas y las supervisiones. • Se aprobó la propuesta para acciones sectoriales durante las Semanas Nacionales de Salud. • Se universalizó la vacuna antineumocócica heptavalente y Antirrotavirus. • Se comparó el padrón nominal 2007 del Seguro Médico para una Nueva Generación con el registro del censo nominal del CeNSIA.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se gestiono el apoyo de la Secretaría del Trabajo y del Secretario de la ANUIES para garantizar su apoyo para la vacunación en fábricas, empresas y universidades de la Campaña de Eliminación de Rubéola y SRC. • Se solicitó a cada entidad federativa las necesidades y cifras reales de promotores de salud por jurisdicción disponibles para Semanas Nacionales de Salud. • Se solicitó a las entidades federativas reactivar la carrera técnica para promotores de salud ajustada a las necesidades de la Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud.
<p>Segunda 16-julio-2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de producción de vacuna de influenza estacional y pandémica en México. • Resultado de la Campaña de Eliminación de Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. • Propuesta de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano. • Vigilancia activa para monitorear la seguridad de la vacuna antirotavirus en hospitales pediátricos del IMSS. • Proyectos para la vigilancia epidemiológica de rotavirus y neumococo.
<p>Tercera 12-noviembre-2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta Rápida de Cobertura de Influenza 2007 en mayores de 60 años. • Tétanos en México y propuesta para refuerzo y acciones auxiliares.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Propuesta del IMSS para introducir la vacuna contra el VPH. • Propuesta de introducción de la vacuna contra el VPH en el DF. • Coberturas de Vacunación al 3er trimestre 2008. • PROVAC 2009. • Opiniones de Secretarios de Salud sobre la colaboración de las instituciones en la Regionalización Operativa. • El caso de coberturas de DPT. | <p>Campañas de Vacunación a la Dirección General de Comunicación Social y a la Dirección General de Promoción de la Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aprobaron los lineamientos 2009 para aplicar los refuerzos de Td a los 12 años y cada diez años. Realizar una campaña intensiva en 2009 para capacitar al personal de salud y a la comunidad, para que estén informados de la recomendación de revacunación con Td cada 10 años. • Se aprueba la estrategia de prevención integral del Instituto Mexicano del Seguro Social para la introducción paulatina de la vacuna contra VPH. • Se aprueba la propuesta de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para introducir la vacuna contra el VPH. • Se solicitó a los COEVAS, que manden las actas del reporte de coberturas del PROVAC firmadas por el IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Año 2009

Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
Primera 02-marzo-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Información del Programa de Vacunación (PROVAC) 2009. • Coberturas de Vacunación 2008. Recomendación del Comité de Expertos sobre el esquema de vacunación contra VPH. • Propuesta de Vacunación con vacuna antineumocócica heptavalente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso por todas las instituciones para colaborar en el proyecto del nuevo PROVAC. • Todas las instituciones de salud, deben utilizar el mismo catálogo de localidades de INEGI del conteo 2005. • Incorporación de los menores de un año de edad al censo nominal. • Se aprobó el esquema de vacunación contra VPH a los cero, seis y sesenta meses. • Los Secretarios de Salud Estatales deben de presentar ante este Consejo cualquier propuesta para la introducción de nuevas vacunas no universalizadas en el

Programa de Vacunación Universal.

- Todas las instituciones de Salud deberán mantener las coberturas de vacunación en todos los grupos de edad por arriba del 95%.
- Continuar evaluando las coberturas de vacunación con encuestas rápidas para tener información más fidedigna.
- Considerar SS, IMSS e ISSSTE suficientes dosis de Td para los refuerzos indicados cada 10 años y de todos los biológicos.
- Presentar las coberturas considerando también la concordancia con las poblaciones de CONAPO.
- La campaña de publicidad para aplicación de la vacuna de influenza, debe ser en noviembre y diciembre.
- Se aceptan las seis recomendaciones del Comité Técnico de Expertos en Vacunación en relación a la vacuna antineumocócica 7 valente.
- Con relación al semáforo de arribo, análisis y distribución de biológicos, se revisó las sugerencias para mejorar la elaboración del mismo. Los Directores de Servicios de Salud deben dirigir los Consejos Estatales de Vacunación.
- Se tendrá apego estricto a la Regionalización Operativa, por todas las Instituciones del Sector Salud.
- Se informó por parte todas las instituciones del Sector Salud el estado que guarda su Red de Frío a nivel nacional, y su proyecto de inversión a cinco años para satisfacer necesidades y garantizar el adecuado estado de los biológicos del país. Todas las instituciones están invirtiendo en la red de frío. El Seguro Médico Para Una Nueva Generación otorgó a la Secretaría de Salud presupuesto para actualizar y fortalecer la Red de Frío de la Secretaría

	<ul style="list-style-type: none"> de Salud en un periodo de tres años. • Actualizar el censo nominal por todas las instituciones. • Obligatorio el presentar la cartilla nacional de salud actualizada para entrar a las guarderías, además del nivel preescolar y escolar. • El IMSS, ISSSTE y los Secretarios de Salud de las 32 entidades federativas, se comprometieron a mejorar las coberturas de vacunación. • Cumplir los acuerdos de Regionalización Operativa. • Registrar a todos los niños conforme vayan naciendo en el censo nominal antes de su egreso hospitalario. • Contratar personal vacunador y capturista necesario. • Realizar campañas permanentes de comunicación social que resalten la importancia de la vacunación oportuna y los riesgos sobre todo en este momento de tos ferina.
<p>Segunda 14-julio-2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consenso de expertos internacionales sobre el refuerzo de la vacuna antineumocócica heptavalente. • Recomendaciones del Comité de Expertos en Vacunas sobre Tos ferina e Influenza. • Fe de erratas sobre vacunación contra VPH. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se aceptan las recomendaciones del Comité de Expertos, en relación a la vacunación contra Tos ferina. • Campaña de comunicación dirigida a la población, sobre tos ferina, su prevención y tratamiento, en todos los medios de comunicación. • Estudio de seguridad en nuestro país de la vacuna Tdpa en embarazadas, en el último trimestre de embarazo. • La DGAE informó la tasa basal del Síndrome de Guillain-Barré (SGB) en mayores de 15 años de edad. • Iniciar esquema de vacunación “acelerado” a las 6 semanas, 3 y 4 meses de edad. • Implementar barrido casa a casa en 2009 y 2010 de acuerdo a Regionalización

	<p>Operativa para vacunar a los menores de 6 meses e incorporarlos al censo nominal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se solicitó al INSP, a la OPS y a la Unidad de Análisis Económico, un estudio de costo-efectividad para introducir la vacuna Tdpa para adolescentes y adultos al esquema de vacunación. • Se aceptan las recomendaciones del Comité Técnico de Expertos en relación a la vacunación contra influenza estacional y vacunación contra influenza A (H1N1) para el periodo 2009-2010. • Las minutas de CONAVA son documentos confidenciales o reservados, cuyo acceso se encuentra permitido únicamente al sector salud público. • Se aprueba la estrategia de vacunación contra VPH del ISSSTE.
<p>1ª reunión extraordinaria 01-octubre-2009</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ratificación del refuerzo de la vacuna antineumocócica infantil a partir del 2010. • Modelos matemáticos de la efectividad de la vacuna contra la influenza A H1N1. • Estudio de costo-efectividad de la vacuna contra influenza A H1N1. • Panorama global, poblaciones a vacunar y mensajes clave de la vacunación contra influenza A H1N1. <ul style="list-style-type: none"> • Se ratifica el refuerzo de la vacuna conjugada de neumococo (tercera dosis) en el segundo año de vida, entre los 12 y 18 meses de edad, a partir del 2010. • Se aprueba la vacunación este invierno contra influenza A H1N1, en las poblaciones blanco propuestas, y los mensajes clave a transmitir, incluyendo la seguridad de la vacuna. • Continuar impulsando la mejora en las coberturas, solicitando informes trimestrales a las Instituciones de Salud. • Reclutar activamente a las mujeres embarazadas en el mes de diciembre, a través de campañas de comunicación social en los Estados, que hablen de la seguridad de la vacuna no sólo en este grupo, sino en todos los grupos de edad.
<p>3ª reunión 08-diciembre-2009</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad Materna y Vacunación contra Influenza A H1N1 2009-2010 en mujeres • Priorizar la vacunación de mujeres embarazadas durante diciembre de 2009 con la vacuna contra influenza A H1N1 disponible.

- embarazadas.
- Propuesta de la Comisión Nacional Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, para vacunar en albergues escolares contra Influenza A H1N1, con recursos propios.
- Vacunas para el Personal de Salud.
- La DGAE realizará un análisis del riesgo de mortalidad por Influenza A H1N1 que tiene la población indígena.
- Se aprobó la estrategia de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, para aplicar vacuna anti-influenza A H1N1 en albergues escolares indígenas.
- Se aprueban los lineamientos de vacunación para el personal de salud en contacto con pacientes: Cada institución de salud vacuna a su personal de salud, contra influenza estacional, tétanos, sarampión y hepatitis B.
- La Unidad de Análisis Económico realizó un estudio de costo-beneficio para las vacunas contra Varicela y Hepatitis A en el personal de salud.
- La SS, IMSS e ISSSTE presentaron al CONAVA las coberturas de vacunación de su personal de salud. Propuesta de Cartilla de Salud del Trabajador de la Salud. Anualmente, vigilar en el personal de salud la tasa de conversión de PPD.
- CeNSIA estableció un esquema específico para trabajadores de asilos de niños y guarderías con menores de 6 meses de edad.
- Se aceptó la propuesta de vacunación contra VPH de los estados de Coahuila, Morelos, Quintana Roo y Zacatecas.
- Se diseñó la estrategia para que los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Regionales recibieran vacuna contra Influenza A H1N1.

Año 2010

Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
Primera Extraordinaria 12-enero-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Estado Actual de la Vacunación contra Influenza A H1N1 en 	<ul style="list-style-type: none"> • Simplificar el procedimiento de vacunación contra influenza A H1N1 y no solicitar receta médica para vacunar a los pacientes de alto

México: Distribución del biológico al 8 de enero 2010, Avance en las dosis aplicadas, Flujograma de distribución del biológico, Problemas identificados en la aplicación del biológico, Propuesta para ampliar la vacunación a otros grupos de riesgo.

- riesgo.
- Agilizar el flujo de la información de dosis aplicadas de la vacuna contra influenza A H1N1, y que se documente en los reportes semanales los casos de rechazo a la vacuna. Participación activa de los Institutos Federales para promover la vacunación contra influenza A H1N1 en embarazadas (ejemplo: INPer, Hospital de la Mujer, Hospital General) y en pacientes de alto riesgo (INNSZ, INER, INP, etc.), así como en los Hospitales estatales.
- La vacunación contra influenza A H1N1 es proteger a los grupos vulnerables determinados por el CONAVA y lograr su vacunación en 12 semanas (enero a marzo).
- Acelerar la vacunación contra influenza A H1N1 en pacientes vulnerables, y se sensibilice al personal de salud sobre el riesgo de no vacunar a los pacientes de alto riesgo.
- Se publicaron los ETAVS de la vacuna contra influenza A H1N1 en México y el mundo, para sensibilizar a los médicos acerca de la seguridad y los beneficios de la vacunación.
- Se autorizó a la Comisión Nacional para el Desarrollo de Pueblos Indígenas, el uso de la Red Frío de los Estados para llevar a cabo la campaña de vacunación contra influenza A H1N1 en los albergues indígenas.
- Se deberá extender la vacunación contra influenza A H1N1 en embarazadas permanentemente, reservando las dosis necesarias para todo el año. En la 1ª Semana Nacional de Salud 2010, se vacunó contra influenza A H1N1.
- Iniciar en marzo la vacunación de otros grupos poblacionales recomendados por la OMS, en especial en los menores de 24 años.
- Se aprobó la vacunación contra influenza A H1N1 en zonas indígenas y marginadas de

		<p>todo el país, tanto por los Servicios Estatales de Salud como por el Programa de Caravanas de la Salud y en las estancias infantiles de SEDESOL, así como en trabajadores de granjas porcinas de SAGARPA.</p>
<p>Primera 05-marzo-2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avance de la vacunación contra Influenza en México. • Vacuna contra Influenza Estacional. • Avances en el Provac 5.0. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las instituciones seguirán reclutando a los grupos de riesgo para que sean vacunados contra influenza A H1N1. Campaña en medios de comunicación para reclutar a los grupos de riesgo. Se incluyeron otros grupos vulnerables para vacunar contra influenza A H1N1. • La Dirección General de Promoción de la Salud comunicó a toda la población del país y a todas las instituciones, tanto los beneficios de la vacuna contra influenza A H1N1, como la no asociación de su aplicación con el Síndrome de Guillain-Barré. • Se solicitó a la Dirección General de Información en Salud que se vincule el SINAC con el PROVAC y los demás sistemas de registro del recién nacido. Se solicitó a los titulares de las instituciones que inviertan recursos financieros en el Programa de Vacunación Universal, incluyendo inversión en el sistema PROVAC, designen fondos etiquetados para el Programa de Vacunación Universal (vacunadores, capturistas, etc.). • Se les recordó a los Estados que deben enviar al CeNSIA el calendario de reuniones del COEVA y sus minutas, en tiempo y forma. • Se aprueba la aplicación de la vacuna contra VPH en los Estados de Tabasco y San Luis Potosí.
<p>Segunda 13-agosto-2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problemática en el proceso de adquisición, análisis y distribución de vacunas. • Nuevas estrategias de 	<ul style="list-style-type: none"> • Se analizaron las coberturas de vacunación 2009 del nuevo PROVAC y se compararon con las coberturas administrativas estimadas y con las de diversas encuestas representativas. • Se documentó las consecuencias de los

	<p>vacunación 2010-2012.</p> <ul style="list-style-type: none"> Propuesta para incorporar Tdpa. 	<p>retrasos en el proceso de liberación de las vacunas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se enviaron las propuestas para mejora del Programa de Vacunación Universal realizadas por los Responsables de Vacunación a los Secretarios Estatales de Salud y directivos del IMSS e ISSSTE, para que se de seguimiento a cada una de ellas, así como incorporarlas a los AFASPES para que cuenten con recursos etiquetados. Elaboración de propuesta de la Ley de Vacunación. Se solicitó a los Secretarios de Salud, que se priorice el Programa de Vacunación Universal en el AFASPE y en el 20% de los fondos del Seguro Popular destinados a prevención. Mantener una campaña permanente de vacunación en medios de comunicación, para lograr el objetivo de que las madres lleven a sus hijos a vacunar a tiempo, especialmente los menores de un año de edad. Las Instituciones y los Servicios Estatales de Salud, se comprometen a mejorar permanentemente las coberturas de vacunación y a invertir recursos humanos, materiales y financieros para fortalecer el Programa de Vacunación Universal. Propuesta de introducir Tdpa en adolescentes y adultos jóvenes (estrategia capullo modificada).
<p>Tercera 23-noviembre- 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> Estado actual de la vacunación contra VPH. Resultados de la encuesta de medio camino 2010, coberturas nacionales, sectoriales e institucionales. Lineamientos para la 	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la Campaña de Comunicación del Programa Permanente de Vacunación a lo largo de todo el año 2011. El Secretario Dr. José Ángel Córdova Villalobos o el Subsecretario el Dr. Mauricio Hernández Ávila, informarán a los gobernadores cuando las coberturas vacunales sean muy preocupantes. Realizar bianualmente encuesta de coberturas vacunales en todas las Entidades

mejora de coberturas.

Federativas, con significancia estadística por Estado.

- Se agregó a los carteles de vacunación BCG, Hepatitis B y Polio oral.
- Publicación en el Diario Oficial de la Federación el procedimiento de liberación simplificada/documental por la COFEPRIS, para que no todos los biológicos se tengan que someter a todos los análisis y esperar entre 35 y 90 días para su liberación.
- Todas las entidades federativas e Instituciones del Sector Salud deberán realizar las gestiones necesarias para garantizar los recursos para el óptimo funcionamiento del PVU.
- Contratación adecuada y suficiente del personal necesario para la mejor operación del PVU.
- El personal del PVU y la red de frío, deberá contar con espacio físico adecuado, vehículos, equipo de cómputo, consumibles, para poder realizar su trabajo.
- Efectuar reuniones trimestrales o cuatrimestrales de evaluación del PVU en cada Entidad Federativa, con la presencia de los Secretarios Estatales de Salud y de los Delegados de las Instituciones del Sector Salud.
- Las Instituciones son responsables de mantener coberturas vacunales por arriba del 95% en todos los AGEs para todos los biológicos y grupos de edad.
- La Secretaría de Educación Pública debe solicitar la cartilla de vacunación actualizada como requisito recomendable para ingresar a los niños a las guarderías, a los preescolares y a las escuelas.
- Las Instituciones deberán alimentar al Sistema de información de manera eficiente y oportuna para generar el seguimiento de los esquemas de vacunación.
- El envío del sistema de información PROVAC

	<p>deberá realizarse de manera trimestral. Validación anual de la información que emite el Sistema PROVAC mediante encuestas de coberturas estatales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada Institución de salud, deberá notificar a los hogares con niños menores de ocho años de edad, la ubicación de la clínica que les corresponde por Regionalización Operativa. • Se deberá difundir al inicio de cada Semana Nacional de Salud (SNS), un mensaje a la comunidad por parte de las autoridades federales, estatales y municipales, como un recordatorio de la importancia de vacunar oportunamente a sus hijos, especialmente a los menores de un año de edad.
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Año 2011		
Núm. Reunión	Temas tratados	Acuerdos
Primera Extraordinaria 13-enero-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de Vacunación contra Rotavirus, antecedentes, propuestas y aspectos logísticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se Avala la estrategia de transición de un esquema de vacuna monovalente (RV-1) a un esquema de vacuna pentavalente contra rotavirus (RV-5) a partir de mayo-julio del 2011. • Avalar el uso sectorial del esquema de vacuna pentavalente contra rotavirus (RV-5) durante los años 2011 y 2012. • Se solicitó a las áreas Jurídicas y de Recursos Materiales de todas las Instituciones proponer un procedimiento y los instrumentos legales necesarios, que avalen una adquisición consolidada sectorial y multi-anual de vacunas.
Primera 01-abril-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiología de tos ferina. • Actualización en tos ferina y vacunación. • Sistema de Vigilancia Epidemiológica para rotavirus y neumococo. (Avances). • Vigilancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Se exhortó a las Instituciones de Salud, IMSS, ISSSTE y Servicios Estatales de Salud (SES), a incrementar las coberturas de vacunación en todos los niños menores de 6 meses de edad, con el esquema. • El CeNSIA y el Comité Técnico de Asesores en Inmunización, presentará propuestas de estudios pilotos, que incluyan los métodos para la certificación de coberturas,

	<p>Epidemiológica del laboratorio de tos ferina, rotavirus y neumococo. (Avances).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semáforo de Vacunas 2010. 	<p>evaluación de la carga de enfermedad, mejora en los métodos diagnósticos, y en la evaluación de la mortalidad por tos ferina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las Instituciones de Salud (IMSS, ISSSTE, SES), deberán calcular los recursos financieros necesarios para alcanzar buenas coberturas de vacunación en las Entidades Federativas. • Las Instituciones presentarán todas las acciones que están tomando para mejorar las coberturas de vacunación en los menores de 6 meses de edad.
<p>Segunda 13-julio-2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sarampión, riesgo de reemergencia en México, Propuesta para vacunación adicional contra el Sarampión secundaria a la alerta epidemiológica. Abasto de biológico. • Resultados Preliminares de Estudios de Inmunogenicidad del esquema de vacunación contra VPH. • Propuesta de Vacunación Universal contra el Virus del Papiloma Humano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir las recomendaciones de OPS con respecto a Sarampión, especialmente en viajeros, trabajadores de la Salud y Turismo, y alertar a los turistas sobre síntomas de sarampión en los aeropuertos con vuelos internacionales del país. • Solicitar en mayo del 2012, en el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS, la inclusión de la vacuna de SR a los 12 años de edad. • Presentar resultados de la encuesta de monitoreo de la Campaña con vacuna SR en niños de 1-4 años de edad. • Se solicitó a todas las Instituciones del Sector Salud la adquisición de dosis de vacunas suficientes para cubrir a toda su población de responsabilidad. • Se aprobó la universalización de la vacuna contra VPH para niñas de 9 años de edad, con esquema de vacunación 0, 6 y 60 meses.
<p>Tercera 22-noviembre-2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de acuerdos de las sesiones anteriores. • Resultado de la Campaña de SR en el grupo de 1-4 años de edad. • Semáforo de vacunas 	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicita a la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud, informe ampliamente sobre el éxito en campañas de vacunación y las medidas de contención contra el sarampión. • Enviar a la Organización Panamericana de la Salud los resultados finales del monitoreo de la campaña de vacunación contra Sarampión y Rubeola (SR) en niños

2011.

- Asuntos generales.

de 1 a 4 años de edad.

- Comunicado y visita especial a Colima para revisar situación preocupante del monitoreo de vacuna SR y red de frío.
- Invitar a la Comisión Nacional para la verificación de la eliminación de Sarampión, Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita al CONAVA para que informe resultados.
- Presentar en la siguiente sesión del CONAVA los resultados de la encuesta seroepidemiológica de SR (InDRE).
- Realizar un monitoreo rápido de coberturas para vacunas de Rotavirus y Neumococo.
- Presentar un informe actualizado sobre la situación de Red de Frío en las Entidades Federativas.
- Diseñar y proponer al Secretario de Salud Federal un mecanismo administrativo simplificado multi-institucional, para la adquisición y distribución de biológicos.
- Cada Institución de Salud presentará su plan de adquisición y distribución de vacunas 2012, en la siguiente sesión del Consejo.
- Solicitar a las Instituciones y Servicios Estatales de Salud, que se mejoren las coberturas de vacunación contra Hepatitis B al nacimiento, diseñando nuevas estrategias para ello.
- Presentar un comparativo de precios de vacunas del Fondo Rotatorio de la OPS con los de la Secretaría de Salud.

En sinergia con la atención de la salud del niño, se han encomendado al Centro dos programas más, a continuación describen sus principales actividades y logros:

9. Diagnóstico oportuno del Síndrome de Turner / Alteraciones congénitas sexuales ligadas a cromosomas

En el año 2009 como una encomienda por parte de la Cámara de Diputados de la nación se llevó a cabo en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia la elaboración de la denominada “Estrategia para la detección temprana y referencia para tratamiento oportuno del Síndrome de Turner” con la finalidad de estandarizar las acciones en materia de salud de las niñas con síndrome de Turner fortaleciendo la detección temprana y el tratamiento oportuno de los casos nuevos a nivel nacional, a través de la referencia a las unidades de segundo y tercer nivel de atención.

Para el año 2010 esta tarea continuó, pero ahora se amplía para incluir al grupo de Alteraciones congénitas sexuales ligadas a cromosomas, al que pertenece el Síndrome de Turner, buscando que este grupo vulnerable de la población tenga los mismos beneficios de la primera encomienda, es decir, reciban un diagnóstico temprano y la oportunidad de ser referidos a los centros apropiados para su atención integral dando continuidad a las metas propuestas en el Programa Nacional para la detección y tratamiento oportuno del Síndrome de Turner.

OBJETIVO GENERAL

Estandarizar las acciones en materia de salud, de los pacientes con alguna Alteración Congénita, Sexual Ligada a Cromosomas fortaleciendo la detección temprana y el tratamiento oportuno de los casos nuevos a nivel nacional a través de la referencia a las Unidades de Segundo y Tercer Nivel de Atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Elaborar e implementar una Guía de diagnóstico oportuno, que incluya el abordaje inicial y seguimiento clínico de los pacientes con alguna Alteración Congénita, Sexual Ligada a Cromosomas que permita una vigilancia estrecha y facilite la identificación de complicaciones.
2. Establecer vinculación exploratoria con las Entidades Federativas con el fin de conocer la prevalencia de las Alteraciones Congénitas, Sexuales Ligadas a Cromosomas más frecuentes, actualmente únicamente contamos con datos sobre Síndrome de Turner
3. Elaborar un registro nacional de pacientes con alguna Alteración Congénita, Sexual Ligada a Cromosomas y dar seguimiento ulterior.
4. Revisar el catálogo de intervenciones del Seguro Médico para una Nueva Generación, con la finalidad de incluir las definiciones y la cobertura de los servicios relacionados.
5. Promover entre el personal médico la importancia del diagnóstico y referencia oportunos,

así como el manejo multidisciplinario de estas enfermedades y sus complicaciones; con la finalidad de evitar o minimizar sus secuelas en la vida adulta.

6. Elaborar una campaña masiva de difusión en medios de comunicación que deben involucrar: televisión, radio, impresos, etc., dirigidos a la población para dar a conocer las características de la enfermedad y las acciones a realizar. Esto debe incluir spots de radio en lenguas indígenas para los grupos específicos.
7. Establecer vinculación con Organismos No Gubernamentales con la finalidad de crear una red de apoyo.

METAS ANUALES 2009-2012

Indicador	Metas				
	2009	2010	2011	2012	Total
Detección y registro de pacientes con Alteraciones Congénitas Ligadas a Cromosomas del 0. 25% anual	65	65	65	65	258

METAS INTERMEDIAS

Indicador	Metas			
	2009	2010	2011	2012
Número de cursos federales para la capacitación a los responsables del componente	1	2	2	2
Número de cursos estatales y capacitación a médicos de primer y segundo nivel de atención			4	4
Material de Difusión al personal de Salud y Población en general	15000*	15000*	15000*	15000*

*unidades del sector salud

RESULTADOS OBTENIDOS

Resultados 2009

1. Elaboración de la Estrategia Nacional
2. Vinculación exploratoria con las Entidades Federativas
3. Elaboración del Manual para Padres y /o Responsables de la menor con Síndrome de Turner
4. Elaboración de 1 modelo de folleto para población en general y 1 folleto para Personal de Salud de primer nivel de atención
5. Elaboración del Manual para el Personal de Salud

6. Taller de diagnóstico y referencia oportuna del Síndrome de Turner para el personal de Salud 10-12 noviembre 2009 Participación de 26 Estados: Coordinadores Estatales del PASIA Coordinadores Estatales de Hospitales

Resultados 2010

1. Se imprimieron 28,000 ejemplares del Programa Operativo para la Detección Oportuna de las Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas 2009 - 2010 mismos que se enviaron a las 32 Entidades Federativas:60% Jurisdicciones Sanitarias para distribución a unidades de primer nivel de atención 40% Unidades de segundo y tercer nivel de atención.
2. Se imprimieron 40,000 ejemplares del Manual para médicos y el personal de salud
3. Se llevo a cabo una Encuesta a 300 médicos en el D.F, Guadalajara, Monterrey y Puebla dentro de los cuales el 20% fueron Pediatras y el 80% a médicos en general
4. Se imprimieron 25,000 carteles para el abordaje inicial del bebe con genitales ambiguos. Se pegaron en el área de cuneros de los hospitales y unidades de 2° nivel de atención y aquellas unidades que no sean de 2° o 3er nivel de atención y cuenten con los servicios de Gineco-Obstetricia y Pediatría con el fin de detectar a estos pacientes al nacimiento 100%
5. Se realizaron dos cursos de capacitación del 19 al 21 de mayo y del 27 al 29 de octubre del 2010 en el D.F. para los responsables del PASIA y Coordinadores de Hospitales de cada Estado
6. Se modificó el Sistema de Registro Nacional de Pacientes con Síndrome de Turner

10. Sigamos Aprendiendo...en el Hospital

El segundo programa ligado a la salud de la infancia es el de “Sigamos Aprendiendo...en el Hospital”, el programa SIGAMOS inició operaciones de manera oficial el 9 de marzo de 2005 en cinco hospitales del Distrito Federal: Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Nacional de Pediatría, Hospital General de México, Hospital Infantil de México Federico Gómez y Hospital General Dr. Manuel Gea González. Se seleccionaron estas instituciones por las características de los padecimientos y la población que acude en busca de atención a estos hospitales. Por otro lado, estas instituciones son organismos descentralizados de la Secretaría de Salud que atienden a la población de bajos recursos (que en buena medida carece de acceso a la seguridad social y está más expuesta a la deserción escolar).

Para atender la demanda educativa de niños, niñas y jóvenes hospitalizados, la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaria de Salud (SALUD) y el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), con la colaboración del sector privado, pusieron en marcha el programa Sigamos aprendiendo... en el hospital. El propósito de este programa es reducir el riesgo de atraso escolar entre niños, niñas y jóvenes que tienen que hospitalizarse a consecuencia de padecimientos que los incapacita de forma temporal o definitiva para asistir a una escuela regular y ofrecerles la oportunidad de continuar sus estudios durante este lapso .

En materia de atención a los niños, niñas y jóvenes que pasan periodos considerables de tiempo en un hospital, el programa SIGAMOS suministra los recursos materiales, humanos y administrativos para que este grupo poblacional pueda iniciar o continuar sus estudios y facilitarles su reingreso a la escuela regular. En los hospitales en los que opera el programa se acondicionan aulas en pisos de hospitalización y en consulta externa, además de ofrecer clases en las habitaciones para niños, niñas y jóvenes que tienen dificultades de desplazamiento.

El primer estado que se incorporó al programa fue Aguascalientes, seguido por Nuevo León en septiembre de 2006. En el año 2009 fueron inauguradas 7 aulas más, contando entonces con 52 aulas en 22 estados.

Fecha	Entidad Federativa	Hospital
16 de Abril 2009	Morelos	Hospital del Niño Morelense
9 de julio 2009	INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
7 de Abril	Campeche	Centro Estatal de Oncología
28 de Agosto	Tabasco	Hospital del Niño área de Oncología
30 de sept de 2009	NL	Hospital Regional de Alta Especialidad Materno Infantil
15 de oct. 2009	Jalisco	Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde"
22 de oct. 2009	Hosp. Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro	Área de Farmacopendencia y Consulta Externa

En este sentido, para el año 2006 se tenían las siguientes metas:

COBERTURA 2006 DEL PROGRAMA		
<u>META 2006</u>	<u>AVANCE</u>	<u>%</u>
32 ESTADOS	24 ESTADOS	75.0%
44 HOSPITALES PÚBLICOS 2 HOSPITALES PRIVADOS	47 INCLUYE HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS	97.87%
4 ALBERGUES	3 ALBERGUES	75%

Para el año actual, la situación del Programa es la siguiente:

COBERTURA 2011 DEL PROGRAMA		
<u>META 2011</u>	<u>AVANCE</u>	<u>%</u>
32 ESTADOS	31 ESTADOS	96.80%
TODOS LOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL	70 AULAS OPERANDO	68.00%
21 AULAS HOSPITALARIAS POR PARTE DE IMSS en 18 Unidades Medicas		

Los albergues desde el 2008 no se contemplan ya que es atención hospitalaria, y en los albergues están los familiares quienes pueden recibir atención por parte de INEA en el mismo hospital donde se encuentre su paciente.

Con la finalidad de apoyar el Programa y capacitar al personal involucrado, se han realizado diversos eventos para difundir su importancia, entre ellos los siguientes:

- ◆ Entrega de Reconocimientos al esfuerzo de los niños – 23 de Julio 2009.
- ◆ Entrega simbólica de donación de útiles - 7 de Agosto de 2009.
- ◆ Primera Reunión Nacional de Responsables Estatales del Programa Sigamos – 21, 22 y 23 de Septiembre de 2009.
- ◆ Entrega de material didáctico y papelería a las 52 aulas hospitalarias del programa Sigamos... aprendiendo en el hospital – Octubre 2009.
- ◆ Segunda Reunión de Responsables Estatales del Programa “Sigamos Aprendiendo en el Hospital”.
- ◆ Primer Congreso de la Red de Latinoamérica y el Caribe “Pedagogía Hospitalaria”, en el cual se retomó la comunicación en este congreso para conocer las actividades que se llevan a cabo a través de la Red, se realizaron entrevistas a los ponentes del Congreso que fueron subidas a la página de Sigamos Aprendiendo en el Hospital para ser consultadas a nivel nacional.

En el marco del Congreso y entrevista se detectó que el Programa de Sigamos es único a nivel Internacional ya que en ningún país trabajan dos dependencias del gobierno juntas para la salud y educación de los niños apoyándose en la sociedad civil y que además considere la educación de jóvenes y adultos, siendo pacientes o familiar de paciente.

Ha sido posible que se designe un responsable de salud por entidad federativa para que controle la información y la operación del Programa Sigamos Aprendiendo en el Hospital, con el fin de darle un mejor seguimiento y continuidad al Programa y así apoyar a los niños que por distintas causas permanecen hospitalizados y tienen la posibilidad de seguir estudiando.

En el año 2010 fu impreso el “Manual Arte-Herramientas”, el cual será una herramienta que apoye la actividad de los docentes de las aulas del Programa con objetivos definidos en donde las actividades artísticas son un medio para ayudar e involucrar más a los niños y sus familiares. Se realizaron 100 ejemplares y el próximo año se espera tener otros 200 para entregarlos a nivel Nacional.

Sigamos Aprendiendo da en promedio, 520 atenciones escolares diarias, lo que implica que cada menor cuente con el material necesario, desde el didáctico hasta computadoras, mobiliario y profesionales de la educación.

11.4 Aspectos Financieros y Presupuestarios

Autorización Presupuestaria por año, 2006-2011

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios a las devoluciones
2006	1000	27,670,800	25,184,800	25,184,800	0	
	2000	499,002,400	478,622,200	478,622,200	0	
	3000	59,426,300	33,055,000	33,055,000	0	
	4000	0	0	0	0	
	5000	0	82,900	82,900	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		586,099,500	536,944,900	536,944,900	0	
2007	1000	26,654,214	28,691,230	28,691,230	0	
	2000	1,098,092,552	918,045,572	918,045,572	0	
	3000	78,502,756	49,060,598	49,060,598	0	
	4000		0	0	0	
	5000	566,000	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,203,815,522	995,797,400	995,797,400	0	
2008	1000	32,391,333	31,060,052	31,060,052	0	
	2000	1,083,817,650	2,382,123,880	2,382,123,880	0	
	3000	83,302,981	106,596,794	106,596,794	0	
	4000	112,946,732	135,265,400	135,265,400	0	
	5000	0	0	0	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,312,458,696	2,655,046,126	2,655,046,126	0	
2009	1000	35,190,279	33,378,127	33,378,127	0	
	2000	1,046,310,761	1,873,891,500	1,873,891,500	0	
	3000	124,422,190	275,937,087	275,937,087	0	
	4000	0	33,042,775	33,042,775	0	
	5000	2,608,000	455,262,589	455,262,589	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,208,531,230	2,671,512,078	2,671,512,078	0	
2010	1000	35,707,736	32,258,649	32,258,649	0	
	2000	875,798,400	1,007,494,223	1,007,494,223	0	
	3000	300,134,733	116,803,615	116,803,615	0	
	4000	6,794,585	977,881,506	977,881,506	0	
	5000	377,406	42,735,742	42,735,742	0	
	6000	0	0	0	0	
Total		1,218,812,860	2,177,173,735	2,177,173,735	0	
2011	1000	35,012,905	34,424,509	34,424,509	0	
	2000	1,082,533,640	1,889,626,561	1,889,626,561	0	

	3000	151,196,312	145,768,960	145,768,960	0
	4000		6,586,147	6,586,147	0
	5000	0	0	0	0
	6000	0	0	0	0
Total		1,268,742,857	2,076,406,177	2,076,406,177	0
Total	1000	192,627,267	184,997,367	184,997,367	0
	2000	5,685,555,403	8,549,803,936	8,549,803,936	0
	3000	796,985,272	727,222,054	727,222,054	0
	4000	119,741,317	1,152,775,828	1,152,775,828	0
	5000	3,551,406	498,081,231	498,081,231	0
	6000	0	0	0	0
Total		6,798,460,665	11,112,880,416	11,112,880,416	0

1/Cifras en pesos.

Ejercicio 2007

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

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

- *Bienes Muebles e inmuebles.*- Este capítulo recibió un presupuesto original de 566 000.0 miles de pesos, recurso que no fue posible ejercer en virtud de que no se obtuvo el correspondiente registro en cartera de inversión por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; dichos recursos se pusieron a disposición de la Dirección General de Presupuesto.

Ejercicio 2008

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

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

- *Servicios personales.*- La variación absoluta ejercida de 1 331.3 miles de pesos, 4.1 por ciento menor al presupuesto original, se refiere principalmente a la vacancia de plazas que tuvo éste Centro nacional durante el ejercicio.
- *Materiales y suministros.*- Se autorizó un presupuesto original de 1 083 817.6 miles de pesos, ejerciendo 2 382 123.9 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de 1 298 306.2 miles de pesos. La variación absoluta ejercida, 219.8 por ciento superior al presupuesto originalmente autorizado, se debe básicamente a la ampliación de recursos autorizados para la compra de vacuna antineumocócica heptavalente, y por una reducción equivalente a 730 455.5 miles de pesos, los cuales se originaron para cumplir con el programa de ahorro 2008 y por los recursos que fueron puestos a disposición de la DGPOP, mismos que no fue posible ejercer en virtud de que las vacunas sujetas a análisis por parte de la CCAYAC no fueron liberadas.

- ◆ Para este capítulo, el gasto principal se encausó en la adquisición de vacunas, 99.9 por ciento del recurso total ejercido, el 0.1 por ciento restante fue orientado al pago de suministros e insumos de papelería, combustibles, refacciones de cómputo y vestuario para el personal del Centro, de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Generales de Trabajo.
- *Servicios generales.*- Se autorizó un presupuesto original de 83 303.0 miles de pesos, ejerciendo 106 596.8 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de 23 293.8 miles de pesos con respecto al autorizado. La variación absoluta ejercida se originó por las transferencias hechas a éste capítulo para cubrir compromisos de gasto, tales como la distribución del biológico, el pago de servicios básicos, el arrendamiento de bienes informáticos y el pago de asesorías y consultorías; así mismo, este capítulo presentó reducciones por 110 493.1 miles de pesos, los cuales se dieron para transferir recursos al capítulo 5000 por 1 200.0 miles de pesos y recursos que fueron puestos a disposición de la DGPOP.
- *Subsidios.*- En este año 2008 se ejercieron un total de 135 265.4 miles de pesos, de los cuales 110 265.4 miles de pesos se ejercieron en la adquisición de vacuna anti-influenza infantil (109 712.2 miles de pesos provenían del “Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad con recursos financieros suficientes” y 553.2 miles del Programa E-036 Enfermedades Prevenibles por vacunación) y 25 000.0 miles de pesos provenían del Seguro Médico para una Nueva Generación, estos recursos se destinaron al fortalecimiento del sistema informático PROVAC.

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

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

Con la finalidad de atender lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012, respecto a asegurar el otorgamiento de servicios de salud a toda la población que no cuenta con el apoyo de los sistemas de seguridad social, en especial garantizar la cobertura completa y de por vida en

servicios de salud a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006, a través del Seguro Médico para una Nueva Generación, se autorizaron un total de 1 453 749.9 miles de pesos para la adquisición de vacuna antineumocócica heptavalente y el fortalecimiento del sistema PROVAC.

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

Ejercicio 2009

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

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

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

reducción de recursos fiscales para cumplir con el programa de ahorro implementado en el año 2009.

- *Servicios personales.*- La variación absoluta ejercida de 1 812.2 miles de pesos, 5.1 por ciento menor **al presupuesto** original, se refiere principalmente a la reducción de recursos que fueron aplicados en este capítulo de gasto, originados principalmente por la existencia de plazas vacantes.
- *Materiales y suministros.*- Se autorizó un presupuesto original de 1 046 310.8 miles de pesos, ejerciendo 1 873 891.5 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de 827 580.7 miles de pesos, 79.1 por ciento mayor al presupuesto originalmente autorizado, presentó una ampliación de recursos recibidos para el pago de las vacunas de rotavirus y antineumocócica heptavalente; así mismo, también se tuvo una reducción de recursos de 147 600.0 miles de pesos, los cuales sirvieron para apoyar la contingencia epidemiológica generada por la Influenza A H1N1.
 - ◆ Para este capítulo, el gasto principal se encausó en la adquisición de vacunas, 99.9 por ciento del recurso total ejercido, el 0.1 por ciento restante fue orientado al pago de suministros e insumos de papelería, combustibles, refacciones de cómputo y vestuario para el personal del Centro, de acuerdo a los señalado en las Condiciones Generales de Trabajo.
- *Servicios generales.*- Se autorizó un presupuesto original de 124 422.2 miles de pesos, ejerciendo 275 937.1 miles de pesos, registrando un mayor ejercicio presupuestal de 151 514.9 miles de pesos. La variación absoluta ejercida se originó por las ampliaciones líquidas hechas a éste capítulo para cubrir compromisos de gasto, tales como la distribución de los biológicos, el pago de servicios básicos, el arrendamiento de bienes informáticos y el pago de las campañas. Así mismo, este capítulo presentó reducciones de gasto, las cuales se originaron para dar cumplimiento al Programa de Ahorro 2009.
 - ◆ El gasto en este capítulo se orientó básicamente para el pago de distribución de las vacunas adquiridas a las entidades federativas, así como para el pago de servicios básicos como teléfono, contratación de servicios de limpieza, arrendamiento de bienes informáticos, mantenimiento de muebles e inmuebles, pago de la asesoría para continuar con la actualización y fortalecimiento de la plataforma del sistema PROVAC en su versión 5.0, impresión de carteles, folletos y manuales, realización de talleres de capacitación para los responsables de los programas de infancia, adolescencia y PROVAC, tales como: “Taller de Reanimación neonatal”, “Taller de diagnóstico y referencia oportuna del Síndrome de Turner para personal de salud”, “Reunión Nacional de Responsables Estatales de Salud de la Adolescencia”, entre otros.

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

➤ **Bienes Muebles e Inmuebles.**- Durante este ejercicio se asignaron recursos por 2 608.0 miles de pesos, teniendo durante el transcurso del año un apoyo por 452 654.6 miles de pesos, ejerciéndose en total 455 262.6 miles de pesos, los movimientos presupuestales durante el ejercicio, referidos a:

- ◆ Ampliaciones autorizadas del Seguro Médico para una Nueva Generación por 452 654.6 miles de pesos, los cuales fueron asignados para la adquisición de bienes informáticos, vehículos para personal, vehículos tipo termokim, plantas de luz, refrigeradores, congeladores y congelantes, montacargas, cámaras frías y equipos de tamiz auditivo y potenciales evocados, bienes requeridos para el fortalecimiento de la red de frío en las entidades federativas. Estos bienes se adquirieron con la finalidad de que las entidades federativas pudieran fortalecer su red de frío, y con ello garantizar el abasto oportuno y la conservación y almacenaje adecuado de los biológicos que CENSIA les envía.

Sabiendo de la importancia de este proyecto, es que el SMNG otorga este apoyo financiero; jurídicamente, los bienes fueron entregados a las entidades mediante la firma de un contrato de donación condicionada, en el cual quedó claramente especificado del uso que debían dar las entidades a estos bienes. Aunado a esto, CENSIA realiza visitas de supervisión a las entidades para vigilar el buen uso y conservación de los bienes entregados en donación.

Dentro de los pendientes, se encuentra la instalación de cámaras frías por parte de algunas entidades federativas, a las cuales se les ha indicado la instalación inmediata de las mismas. Esta situación afortunadamente no ha afectado la conservación de los biológicos enviados.

Ejercicio 2010

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

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

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

Para **gasto corriente** se asignaron originalmente 1 218 435.5 miles de pesos, ejerciéndose un total de 2 134 438.0 miles de pesos, 75.2 y 0.0 por ciento del presupuesto original y modificado respectivamente. La variación del presupuesto ejercido contra el original, se debe básicamente a que se tuvo una ampliación líquida de recursos por parte del Seguro Médico para una Nueva Generación, los cuales se destinaron a la adquisición de vacunas, al Fortalecimiento de la red de frío en las entidades federativas y al apoyo del Programa de Discapacidad así como a la reducción de recursos fiscales para cumplir con el programa de ahorro implementado en el año 2010. Es importante comentar, que del presupuesto modificado autorizado al 31 de diciembre del 2010, se generaron economías en los rubros de vacunas, los cuales se originaron por ahorros en la paridad cambiaria, dichas disponibilidades se pusieron a disposición de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.

- **Servicios personales.**- La variación absoluta ejercida de 3 449.1 miles de pesos, 9.7 por ciento menor **al presupuesto** original, se refiere principalmente a las economías generadas por las plazas vacantes, así como la cancelación de dos jefaturas de departamento. Lo anterior, mediante movimientos presupuestales autorizados referidos a:
- **Materiales y suministros.**- Se autorizó un presupuesto original de 875 798.4 miles de pesos, ejerciendo 1 007 494.2 miles de pesos, teniendo una variación absoluta de 131 695.8 miles de pesos. La variación absoluta ejercida de más, 15.0 por ciento mayor al presupuesto originalmente autorizado se debe principalmente a la ampliación de recursos por parte del Seguro Médico para una Nueva Generación para el rubro de vacunas e insumos para el programa de Discapacidad. Para este capítulo, el gasto principal se encausó en la adquisición de vacunas y los implantes cocleares del Programa de Discapacidad, en cantidad menor se destinaron recursos para la adquisición de materiales e insumos para el Hospital Infantil de Juárez.
- **Servicios generales.**- Se autorizó un presupuesto original de 300 134.7 miles de pesos, ejerciendo 116 803.6 miles de pesos, registrando un menor ejercicio presupuestal de 183 331.1 miles de pesos, esta reducción fue originada principalmente por la transferencia de

recursos del capítulo 3000 al capítulo 4000 y por la cancelación del programa I500, recursos asignados para emergencias epidemiológicas.

- El rubro de **Subsidios** observó un mayor ejercicio presupuestario de 142.9 por ciento con respecto al presupuesto original, debido principalmente a lo siguiente: fueron destinados al desarrollo de actividades y acciones de apoyo para los programas de infancia, vacunación, prevención del cáncer en niños y adolescentes, así como el fortalecimiento de la red de frío en las entidades federativas.
- El **Gasto de Inversión** tuvo un incremento de 42 358.3 miles de pesos con relación al presupuesto original.
 - ◆ **Bienes Muebles e Inmuebles.**- Durante este ejercicio se le asignaron recursos por 377.4 miles de pesos, teniendo durante el transcurso del año un apoyo por 42 358.3 miles de pesos, los movimientos presupuestales durante el ejercicio, referidos a:
 - Ampliaciones autorizadas por 42 358.3 miles de pesos, los cuales fueron asignados para la adquisición de equipo e instrumental médico requerido para el equipamiento del Hospital Infantil de Especialidades de Ciudad Juárez, Chihuahua; la adquisición del tamiz auditivo y potenciales evocados del Programa de Discapacidad.
 - ◆ **Obra Pública.**- No se ejercieron recursos en este rubro de gasto.

Ejercicio 2011

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

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

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

GASTO CORRIENTE

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

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

Su comportamiento por capítulo:

- ◆ **Servicios personales.**- La variación absoluta ejercida de 34,424 miles de pesos, 1.7 por ciento menor **al presupuesto** original, se refiere principalmente a la transferencia de recursos como apoyo este capítulo de gasto por 588 miles de pesos, especialmente por incrementos salariales a investigadores, jefes de departamento en área médica, rama médica, paramédica y afines; lo anterior, mediante movimientos presupuestales autorizados referidos a:
 - El presupuesto ejercido en este capítulo por 34,424 miles de pesos, corresponde al pago de personal que cuenta con una plantilla de 106 plazas, integrado por 51 de personal de base, 50 de confianza y 5 eventuales, que en relación a los 108 plazas del año anterior, presenta una disminución de 2 plazas.
 - Durante el ejercicio que nos ocupa, la plantilla del personal se redujo en 2 plazas, integrada por la reducción de 1 plaza de confianza y 1 de retiro voluntario de base.
 - Al cierre del ejercicio presupuestal 2011 no se tenía vacancia alguna
- ◆ **Materiales y suministros.**- Se autorizó un presupuesto original de 1,233,729 miles de pesos, ejerciendo 2,035,395 miles de pesos, la variación absoluta ejercida de menos de 801,666 miles de pesos, 63.7 por ciento superior al presupuesto originalmente autorizado se debe principalmente a la transferencia de recursos del Seguro Medico Para una Nueva Generación.
 - Para este capítulo, el gasto principal se encausó en la adquisición de vacunas, alimentos, combustibles y vestuario principalmente.
- ◆ **Servicios generales.**- Se autorizo un presupuesto original de 151,196 miles de pesos, ejerciendo 145,768 miles de pesos, registrando un menor ejercicio presupuesta de 5,428 miles de pesos, fue para cumplir con el programa de ahorro 2011.

- El gasto en este capítulo se orientó básicamente para el pago de la distribución de vacunas adquiridas a las Entidades Federativas, al pago de asesorías y contrataciones, así como para el pago de servicios básicos como teléfono, energía eléctrica, agua. etc., a la contratación de servicios de limpieza y vigilancia, al pago de viáticos y pasajes, así como al pago de impresos que se distribuyeron a las Entidades Federativas para las Campañas del Programa de Vacunación.
- ◆ El rubro de **Subsidios** tuvo un incremento de 6,586 miles de pesos mismos que se destinaron al desarrollo de las actividades y acciones de apoyo para el programa de Sigamos Aprendiendo en el Hospital...

GASTO DE INVERSIÓN

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

11.5 Recursos Humanos

Durante el periodo 2006 a 2011, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia ha sufrido cambios en su estructura organizacional, a pesar de que los Programas que tiene asignados se han ido incrementando no así su plantilla. A continuación se presentan los aspectos más relevantes con relación a la estructura del centro.

- **Información actualizada de la estructura básica y no básica**

Al término del 2011, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, contaba con **106** empleados, **13** menos que al 2006, principalmente por **el Programa de conclusión de la prestación de los servicios en la Administración Pública Federal y el Programa Nacional de Reducción de Gasto Público.**

Estructura Básica y no básica

	NIVEL JERARQUICO		DICIEMBRE 2006	DICIEMBRE 2007	DICIEMBRE 2008	DICIEMBRE 2009	DICIEMBRE 2010	DICIEMBRE 2011
BASICA	G	SECRETARIO DE ESTADO						
	H	SUBSECRETARIO						
	I	OFICIAL MAYOR						
	J	JEFE DE UNIDAD						
	K	DIRECTOR GENERAL	1	1	1	1	1	1
	L	DIRECTOR GENERAL ADJUNTO	0	0	0	0	0	0
		subtotal	1	1	1	1	1	1
NO BASICA	I	OFICIAL MAYOR	0	0	0	0	0	0
	J	JEFE DE UNIDAD	0	0	0	0	0	0
	K	DIRECTOR GENERAL	0	0	0	0	0	0
	L	DIRECTOR GENERAL ADJUNTO	0	0	0	0	0	0
	M	DIRECTOR DE AREA	2	2	2	2	2	2
	N	SUBDIRECTOR DE AREA	6	6	6	6	6	6
	O	JEFATURA DE DEPARTAMENTO	9	9	9	9	7	7
P	ENLACE DE ALTA RESPONSABILIDAD	0	0	0	0	0	0	
	TOTAL		18	18	18	18	16	16

Como se observa, el Centro no ha sufrido incrementos en su estructura básica, se ha mantenido en una sola plaza, siendo en este caso la Dirección General del Centro; con lo que respecta a la estructura no básica, en el año 2006 se contaba con 17 plazas en la estructura no básica, dos

directores de área, 6 subdirectores y 9 jefes de departamento. En el año 2010 se cancelan de su estructura dos jefaturas de departamento, esto derivado del programa de ahorro y reducción del gasto en la administración pública federal.

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011
I Ocupación Permanente						
CONFIANZA						
Mandos Superiores	1	1	1	1	1	1
Mandos Medios	17	17	17	17	15	15
Enlaces						
Confianza Operativos (Administrativos, Médicos)	35	38	37	37	34	34
BASE y/o SINDICALIZADOS	61	62	59	53	53	52
II Ocupación Temporal						
Eventuales			5	5	5	5
Honorarios	5	5				
Otros (Campos Clínicos Médicos Residentes)						
TOTAL	119	123	119	113	108	106

ESTRUCTURA OCUPACIONAL

En el cuadro siguiente, se relacionan la integración de las plazas de base y confianza de acuerdo a la zona y al código de puesto.

Descripción del Puesto			
Zona	Catalogo	Especifico	Plazas 2005
1	CFKC002	DIRECTOR GENERAL	1
1	CFMB002	DIRECTOR DE AREA	2
1	CFNA001	SUBDIRECTOR DE AREA	1
1	CFNB002	SUBDIRECTOR DE AREA	5
1	CFOA001	JEFE DE DEPARTAMENTO	7
2	CF40001	SOPORTE ADMINISTRATIVO "D"	1
2	CF40002	SOPORTE ADMINISTRATIVO "C"	1
2	CF40003	SOPORTE ADMINISTRATIVO "B"	2
2	CF40004	SOPORTE ADMINISTRATIVO "A"	1
2	CF41015	COORD. MED. EN AREA NORM. "A"	1
2	CF41040	SUP. MED. EN AREA NORMATIVA	16
2	CF 41077	JEFE DE TRABAJO SOCIAL EN A. M.	1
2	CF 41074	SUPERVISOR PARAMÉDICO EN ÁREA NORMATIVA	9
2	CF41075	COORDINADOR PARAMEDICO EN AREA NORMATIVA "A"	2
2	M01004	MEDICO ESPECIALISTA "A"	5

Descripción del Puesto			
Zona	Catalogo	Específico	Plazas 2005
2	M01006	MEDICO GENERAL "A"	1
2	M01010	MEDICO ESPECIALISTA "B"	2
2	M02031	ENFERMERA JEFE DE SERVICIOS	2
2	M02060	JEFE DE ADMISION	1
2	M02078	PROFESIONAL EN COMUNICACIÓN HUMANA	1
2	M02105	ENFERMERA GENERAL TITULADA "C"	1
2	M02107	ENFERMERA ESPECIALISTA "C"	1
2	M02110	PROFESIONAL EN TRAB SOCIAL EN ÁREA MÉDICA "A"	1
2	M03018	APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD - A8	4
2	M03019	APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD - A7	13
2	M03020	APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD - A6	18
2	M03023	APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD - A3	1
3	CFMC001	DIRECTOR DE AREA	2
3	CFNA001	SUBDIRECTOR DE AREA	1
3	CF40002	SOPORTE ADMINISTRATIVO "C"	2
	Total		106

Personal de base, confianza, honorarios y eventual

PLAZAS	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BASE	61	62	59	53	53	51
CONFIANZA	53	56	55	55	50	50
HONORARIOS	5	5				
EVENTUALES			5	5	5	5
OTROS(CAMPOS CLÍNICOS MÉDICOS RESIDENTES)						
TOTAL	119	123	119	113	108	106

- **Servicio Profesional de Carrera**

Este Centro Nacional, implementó el Servicio Profesional de Carrera de acuerdo a lo establecido en la Ley que lo regula, coordinando sus acciones con la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría, el Órgano Interno de Control y la Secretaría de la Función Pública, quién tiene a su cargo la rectoría del mismo, y bajo su control la implementación en la Administración Pública Federal.

La Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, establece requisitos para el ingreso, permanencia y promoción en el servicio, por medio de evaluaciones objetivas que aseguren el respeto a la igualdad de oportunidades. De manera expresa se

prohíbe cualquier acto de discriminación en razón de género, edad, capacidades diferentes, preferencias, condiciones de salud, estado civil, religión, origen étnico o condición social. Los procedimientos que conforman el Sistema, tienen como respaldo una formación continua, donde el desempeño es apoyado por la capacidad permanente que permitirá la actualización, simplificación y modernización de la Administración central, así como la transparencia de sus actividades.

La Ley estableció, que los órganos desconcentrados se responsabilicen de la implantación del SPC, es por ello que presentan en sus informes de rendición de cuentas los avances del mismo. Aún así, el Titular del Ramo, estableció que independientemente del cumplimiento que deban dar a lo establecido en la normatividad del SPC, se deberán coordinar para cumplir de manera adecuada, siendo la Dirección General de Recursos Humanos, quién funja como coordinador de las actividades que permitan hacer del conocimiento del personal sujeto al SPC las acciones que se deban implementar en los tiempos que se establezcan.

En el CENSIA se lleva a cabo la ocupación de plazas vacantes de mando medio como lo marca la LSPCAPF, a través de la publicación de convocatorias públicas y abiertas en donde se especifica los requisitos que deben cumplir los aspirantes que deseen ingresar a la Administración Pública Federal y el perfil académico que se requiere para poder concursar por las plazas vacantes. El proceso de selección se lleva a cabo en los tiempos establecidos, respetando el límite de 90 días que se debe cumplir para llevar a cabo todas las etapas del concurso.

Con objeto de dar seguimiento puntual a los compromisos que define la LSPC, se establecieron siete subsistemas: **Subsistemas del Servicio Profesional de Carrera**

2. Planeación de los Recursos Humanos
3. De Ingreso
4. Desarrollo Profesional
5. Capacitación y Certificación de Capacidades
6. Evaluación del Desempeño
7. Control y evaluación
8. Separación

A continuación nos referiremos a los principales avances al término de 2011

.- Durante el año se llevó a cabo el proceso de registro de la estructura **refrendo del Centro Nacional para la salud de la Infancia y la Adolescencia**.

.- Al mes de diciembre en el **del Centro Nacional para la salud de la Infancia y la Adolescencia** se contaba con 16 servidores públicos de carrera que ingresaron por concurso público y abierto.

- Se consolidó el subsistema de ingreso y se ocuparon todas las vacantes bajo los términos normativos establecidos por el Servicio Profesional de Carrera.
- Se promovió la participación de los servidores públicos sujetos al Servicio Profesional de Carrera en las pruebas piloto para las evaluaciones de certificación de capacidades.
- En el Programa Operativo Anual (POA) del SPC en el **Centro Nacional para la salud de la Infancia y la Adolescencia**, se llevaron a cabo las acciones comprometidas.
- Se realizó la evaluación de desempeño con base en la normatividad establecida.

- **Relación de los puestos sujetos a la Ley del Servicio Profesional de Carrera**

A continuación se integran los niveles que conforman el Servicio Profesional de Carrera identificados en este Centro Nacional:

Nivel / Cargo	Sujetos al SPC	Gabinete de Apoyo	Libre Designación	Total
Directores Generales	1	0	0	1
Directores Generales Adjuntos	0	0	0	0
Directores de Área	2	0	0	2
Subdirectores de Área	6	0	0	6
Jefes de Departamento	7	0	0	7
Enlaces	0	0	0	0
Subsecretario	0	0	0	0
TOTAL	16	0	0	16

Al 31 de diciembre de 2011, las 16 plazas de mandos medios autorizadas al centro se encontraban ocupadas, todas ellas ocupadas por servidores que resultaron ganadores después del proceso de convocatoria que se publicó.

- **Condiciones Generales de Trabajo o del Contrato Colectivo de Trabajo o sus equivalentes**

La Secretaría de Salud y el Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud, renovaron en el año 2010 las Condiciones Generales de Trabajo, las cuales son aplicadas en las oficinas centrales, órganos desconcentrados, organismos públicos descentralizados que cuentan con secciones sindicales y en las entidades federativas al personal descentralizado.

Las Condiciones Generales de Trabajo de los trabajadores de la Secretaría de Salud, pueden ser consultadas en la siguiente liga:

http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Historico/Condiciones_Generales_2004.pdf

- **Cambios estructurales en la reorganización y/o compactación de estructuras o plantilla de personal**

Con fecha 22 de enero de 1991, en el Diario Oficial de la Federación (D.O.F) Artículo 1º se publica el decreto presidencial por el que se crea el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) como instancia de coordinación y consulta que tendría como objeto primordial, promover, apoyar y coordinar las acciones de las instituciones de salud de los sectores público, social y privado, tendientes a controlar y eliminar las enfermedades transmisibles, a través del establecimiento del Programa de Vacunación Universal, dirigido a la protección de la salud de la niñez.

A partir de 1997, se ampliaron las funciones de responsabilidad del CONAVA al asumir las de coordinación y dirección del Programa de Atención a la Salud de Niño con los componentes de: vacunación, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y nutrición, en el grupo de menores de cinco años.

El 15 de septiembre de 2000, con la publicación del Reglamento Interior de la SSA, CONAVA adoptó la naturaleza de un órgano desconcentrado ampliando el universo de población del componente vacunación a toda la población del país, incluyendo además de los menores de cinco años, a escolares, adolescentes y adultos.

El cinco de julio del 2001, en el D.O.F., se publica la reforma del CONAVA, agregando la responsabilidad de la atención integral de la población adolescente y cambia su denominación a Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CeNSIA) y el CONAVA queda asignado exclusivamente como órgano colegiado de coordinación en materia de vacunación.

En el año 2002, se autorizan modificaciones a la estructura del CeNSIA, las cuales corresponden a denominación y reubicación de sus componentes, integrada por cuatro direcciones de área responsables de funciones en materia de vacunación, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y vigilancia de la nutrición en los menores de cinco años, así como las referentes a la salud integral de la población escolar, adolescente, migrante y la responsabilidad de la vacunación de la población general del país.

En septiembre de 2003, se reorientan las funciones que el CeNSIA tenía a su cargo, modificando su estructura organizacional quedando conformada por tres direcciones responsables de los programas de atención a la salud de: la Infancia, la Adolescencia y Vete Sano, Regresa Sano.

El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado el 19 de enero de 2004, establece que el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia es un órgano administrativo desconcentrado, con autonomía operativa, técnica y administrativa, encargado de establecer, difundir y evaluar las políticas nacionales, estrategias, lineamientos y procedimientos en materia de atención a la salud de la infancia y la adolescencia, de la vacunación para toda la población

residente del país y del Programa Vete Sano, Regresa Sano (VSRS). De la misma manera, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, establece para el CeNSIA dicho compromiso.

A partir del 2005 el CeNSIA adquiere funciones nuevas que surgen con la creación del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, órgano consultivo e instancia permanentemente de coordinación y concertación de las acciones del sector público, social y privado en materia de investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento integral de cáncer detectado en la población menor de 18 años en la República Mexicana. El Consejo cuenta con un Secretariado Técnico, mismo que está a cargo del CeNSIA. Esta nueva función se publica en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 2005.

Así mismo, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, con el propósito de mejorar la administración de los programas de acción de sus unidades administrativas adscritas, transfiere el Programa Vete Sano, Regresa Sano, que se encontraba a cargo del CeNSIA a la Dirección General de Promoción de la Salud, de esta manera para la primera unidad administrativa se hace más específica la función de atención a la salud a la población infantil y adolescente, y para la segunda unidad administrativa, se refuerza con una Dirección de Área, una Subdirección y un Departamento que facilitan y apoyan el campo de acción de la promoción de la salud en los migrantes y sus familias.

Con base en las nuevas funciones relacionadas con el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia y la transferencia del Programa Vete Sano, Regresa Sano, se modifica la estructura del CeNSIA autorizándose por la Secretaría de la Función Pública el primero de mayo de 2005. En dicha estructura se realizan 16 movimientos desregulados: 7 cambios de denominación, 6 cambios de adscripción y 3 de denominación y adscripción. Se cuenta en la estructura actual con dos direcciones de área para la administración de los programas de su responsabilidad del CeNSIA: La Dirección del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia y la Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia. La primera, además tiene a su cargo el componente de Vacunación a toda la población de la República Mexicana. La Coordinación Administrativa se mantiene a nivel de subdirección de área, cinco subdirecciones y nueve departamentos para el logro de sus funciones y objetivos.

Derivado del cumplimiento a los “Lineamientos para la Aplicación de las Medidas de Control en el Gasto de Servicios Personales del 5%” emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para el ejercicio fiscal 2010, el CeNSIA cancela 2 plazas que a continuación se detallan: Departamento de Atención Integrada de la Infancia (OA1), que dependía de la Subdirección Técnica de la Salud de la Infancia y el Departamento de Asistencia Técnica (OA1), que dependía de la Subdirección de Coordinación y Operación del CONAVA, por lo cual, la Dirección General de Desarrollo Humano y Organización de la Administración Pública Federal de la Secretaría de la Función Pública, con oficio SSFP/408/0551-SSFP/408/DHO/1471/2010 de fecha 17 de agosto de 2010, aprueba y registra la modificación de la estructura orgánica del CeNSIA con vigencia a partir del 1 de abril de 2010,

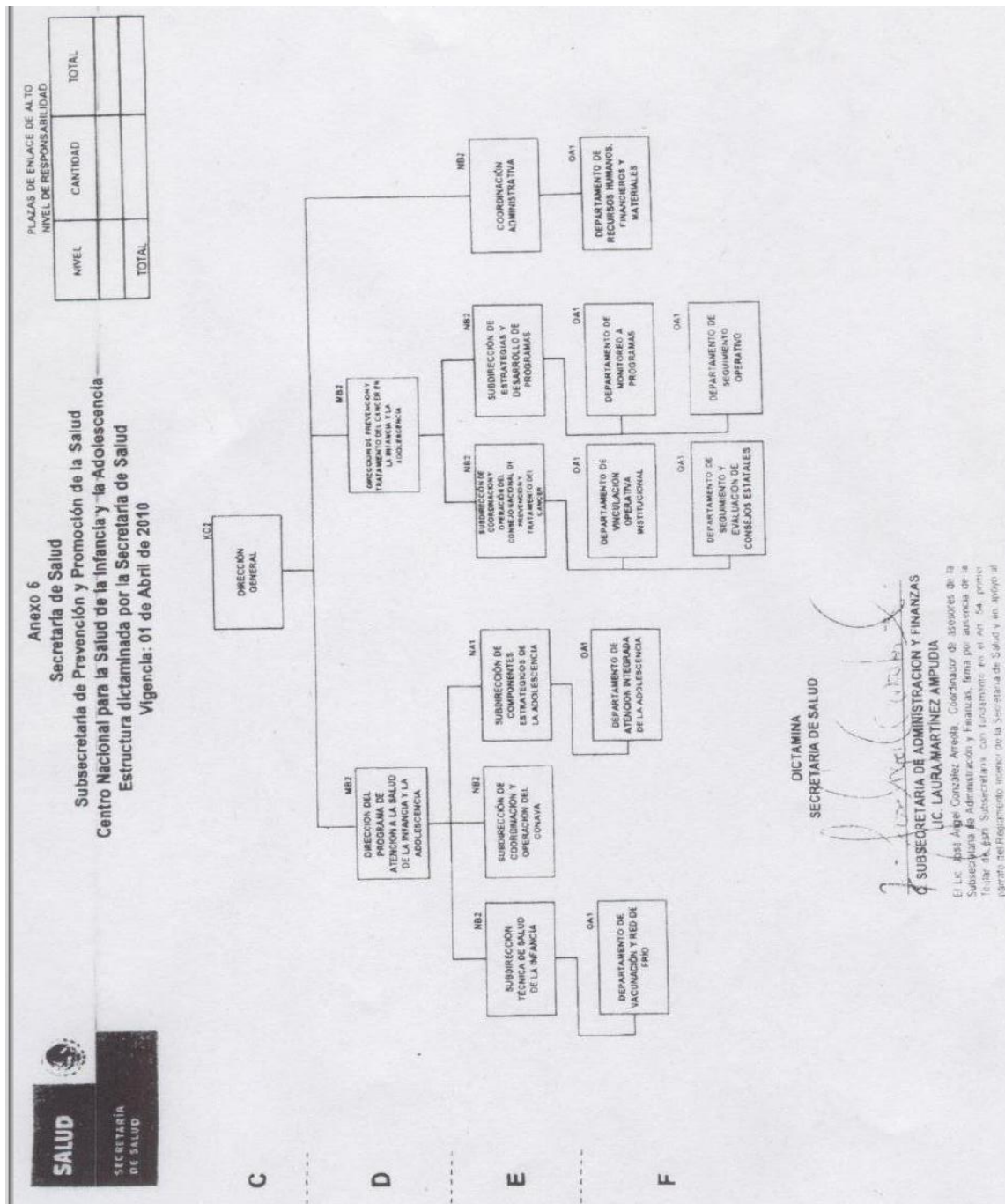


Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

quedando de la siguiente manera: 1 Director General (KC2), 2 Directores de Área (MB2), 6 Subdirecciones de Área (NB2 y NA1) y 7 Jefaturas de Departamento (OA1), haciendo un total de 16 plazas de estructura.

La Dirección General de Desarrollo Humano y Organización de la Administración Pública Federal de la Secretaría de la Función Pública con oficio SSFP/408/0332/2011 y SSFP/408/DHO/0579 de fecha 11 de abril de 2011, aprueba y registra el refrendo de la estructura orgánica que permanece sin cambios en puestos y plazas de acuerdo al último registro en dicha Secretaría que corresponde al 1 de abril de 2010, con lo cual, se actualiza el Manual de Organización Específico.

Estructura Orgánica Vigente



11.6 Recursos Materiales

Bienes Muebles

Este Órgano Desconcentrado realiza sus inventarios de bienes muebles de forma anual, conciliando oportunamente con la Dirección de Suministros de la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales, al cierre del año 2011, los activos fijos del Centro ascendían a 437.4 miles de pesos, agrupados en los rubros que a continuación se señalan:

Nivel / Cargo	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Vehículos terrestres	456,553.32		881,906.55	27,069,522.55	27,069,522.55	966,483.43
Maquinaria, herramientas y aparatos			2,146,741.94	359,213,383.57	359,213,383.57	2,146,741.94
Mobiliario y equipo	2,178,471.29	338,017.80	437,357.19	13,887,321.15	13,887,321.15	2,363,222.15
Activos en contrato de comodato						431,924,183.86
Totales		338,017.80	3,466,005.68	400,170,227.27	400,170,227.27	437,400,631.38

NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE	2006	2007	2008	2009	2010	2011
12201	MOBILIARIO Y EQUIPO CON NÚMERO FEDERAL	Todos c/#Fed	Todos c/#Fed	Todos c/#Fed	Todos c/#Fed	Todos c/#Fed	Todos c/#Fed
12201	MOBILIARIO Y EQUIPO CON ALTA PATRIMONIAL	2,178,471.29	2,178,471.29	2,015,590.15	2,242,660.15	11,210,060.40	3,941,455.12
12203	BIENES DE REASIGNACIÓN	672,296.61	672,296.61	557,771.22	557,771.22	557,771.22	557,771.22
12202	VEHICULOS TERRESTRES, MARIT. Y AEREOS	456,553.32	456,553.32	456,553.32	1,076,959.16	1,407,245.73	966,483.43
12204	BIENES ENTREGADOS EN COMODATO A O.D.	-----	-----	-----	-----	355,726,966.60	395,083,000.69
	*BIENES CON CABM DE CONSUMO	9,773.85	9,773.85	10,737.76	10,737.76	10,737.76	22,760,763.69
	TOTAL	3,317,095.07	3,317,095.07	3,040,652.45	3,888,128.29	368,912,781.71	423,309,474.15

Como se observa en la tabla anterior, el incremento en el rubro de bienes muebles se propicia en el año 2009, esto en virtud de la adquisición de todos los bienes de red de frío para las entidades federativas. Es en el año 2011 cuando estos bienes se traspasan al rubro de bienes en comodato, que en este caso los bienes que fueron entregados mediante la firma de un contrato de donación condicionada.

En el Anexo 5 se integra en medio electrónico el desglose de bienes inventariados propiedad de CENSIA, con fecha de cierre 31 de diciembre de 2011, así como el acta correspondiente.

Bienes Inmuebles

El edificio donde se encuentra ubicado este Centro Nacional Para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, consta de 7 pisos propiedad del Patrimonio de la Beneficencia Pública y que se encuentra en Comodato a la Dirección General Adjunta de Epidemiología, por lo que esta Unidad Administrativa ocupa únicamente parte de Planta Baja, parte del primer piso y el segundo piso.

Bienes Tecnológicos

La Dirección General de Tecnologías de la Información, es la encargada de establecer las políticas para el uso y resguardo de los bienes tecnológicos, referidos a sistemas, software, licencias y patentes, así como apoyo para Internet e Intranet. Como medida de control interno, el Centro cuenta con políticas Todas las unidades administrativas tiene un responsable de informática que se coordina con la DGTI para plantear y atender la problemática específica.

A la fecha, el centro cuenta con 90 Equipos de cómputo de escritorio, 2 Equipos Imac (diseño y desarrollo colaborativo), 5 Equipos portátiles Mac, 18 Lap Top, 1 Plotter, 4 Impresoras láser a color, 17 Impresoras láser monocromáticas y 4 escáner de alta velocidad.

Igualmente el CeNSIA se sumó al contrato (de software) institucional de la Secretaría de Salud con la empresa Microsoft, mismo que permitió a este Centro Nacional actualizar todas sus licencias de Office a la versión 2010. Del mismo modo, por necesidades de operación se cuenta con licencias de antivirus LANDESK y KASPERSKY.

A continuación se presentan diversos cuadros que muestran la situación del Centro en esta materia:

- **Sistemas de cómputo**

SISTEMAS INFORMÁTICOS BAJO COORDINACIÓN DEL CeNSIA		
PROVAC	Sistema de registro del Programa de Vacunación Universal	Sistema que da seguimiento a las actividades de vacunación del Sector Salud en las Entidades Federativas.
CROMOSOMAS	Sistema del programa denominado Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas	Permite el registro de casos y seguimiento de atención a pacientes en relación a médicos especialistas.
SIGAMOS APRENDIENDO EN EL HOSPITAL	Sistema de seguimiento del programa Sigamos aprendiendo... en el hospital	Sistema que da seguimiento a las actividades de educación a niños hospitalizados del Sector Salud en los estados y que se encuentran registrados en el programa Sigamos aprendiendo...en el Hospital.

▪ Licencias y medios de software

No.	Programa	Versión	Fabricante	Tipo de programa	Licencia	Total de licencias	Total de licencias en uso	Exceso de licencias
1	Norton Internet Security 2010	2010	Symantec	Antivirus	Comercial	18	18	0
2	Kaspersky Internet Security 2010	2010	Kaspersky Lab ZAO	Antivirus	Comercial	16	16	0
3	Office 2007 Prof	2007	Microsoft	Ofimática	Comercial	38	38	0
4	Norton 360	2010	Symantec	Antivirus	Comercial	15	15	0
5	Office Home 2007	2007	Microsoft	Ofimática	Comercial	39	39	0
6	AppServ 2.5.9	2.5.9	The Apache Software Foundation	Web server, Gestor de base de datos e intérprete	Apache License 2.0	No aplica	No aplica	No aplica
7	Rarzilla	2.59	Philipp winterberg	Compresor de datos	Libre	No aplica	No aplica	No aplica
8	CCleaner	3.0.2	Piriform Ltd.	Depuración de información	Libre	No aplica	No aplica	No aplica
9	Autobackup	4	Fab's Autobackup	Respaldo de información	Libre	No aplica	No aplica	No aplica
10	SSH Secure Shell	3.2.2	SSH Communications Security Corp	Secure shell client	Libre	No aplica	No aplica	No aplica
11	Filezilla	3.4.0	Sourceforge	Tranferencia de archivos por FTP	Libre	No aplica	No aplica	No aplica
12	Wintarball	1.2	Sourceforge	Compresor de datos	Libre	No aplica	No aplica	No aplica
13	narchiver	0.5.1	Sourceforge	Compresor de datos	Libre	No aplica	No aplica	No aplica
14	SQL Server 2008 Enterprise	2008	Microsoft	Gestor de base de datos	Comercial	2	2	0
15	Final Cut Express 4	4	Apple Inc.	Editor de video	Comercial	1	1	0
16	Windows Server 2008 Standard, VISTA, XP, Windows 7, Windows 2000	2008	Microsoft	Server	Comercial	3	3	0
17	Office mac 2008	2008	Microsoft	Ofimática	Comercial	3	3	0
18	Adobe Illustrator CS4	CS4	Adobe	Diseño	Comercial	5	5	0
19	SPSS	17	IBM	Estadística	Comercial	6	6	0
20	Corel Draw Graphics Suite	X5	Corel Corporation	Diseño	Comercial	1	1	0
21	Dragon Naturally Speaking 10	10	NUANCE Communications Inc.	Ofimática	Comercial	1	1	0
22	Visual Studio 2008	1	Microsoft	Desarrollo	Comercial	1	1	0
23	LINUX	NA	Varios distribuidores: SUSE, Debian, UBUNTU	Sistema Operativo	Libre	No aplica	No aplica	No aplica
24	PROVAC	5.X	CeNSIA/INSP	Programa de Vacunación Universal	Propietario	No aplica	No aplica	No aplica
25	GLPI	0.71.2	INDEPNET Development Team	Control Soporte Técnico	Libre	No aplica	No aplica	No aplica
26	MEDIAWIKI	1.10.0	mediawiki org	Información CeNSIA	Libre	No aplica	No aplica	No aplica

Almacenes –Bienes de Consumo-

CeNSIA para el desarrollo normal de operación, cuenta con un almacén de bienes de consumo, en el cual se custodian los insumos que se requieren para la operación normal, tales como papelería, consumibles,, herramientas menores, entre otros; así mismo, se llevan registros virtuales sobre la entrada y salida de las vacunas que el centro adquiere y que son distribuidas a las entidades federativas. De ahí que se observe que el almacén presenta un monto considerable.

Al cierre del año 2007, se tuvo un inventario final de 618 624.7 miles d pesos incluyendo vacunas. En el año 2008 aumentó el inventario conforme se fue incrementando la adquisición de vacunas, en este año se realizaron ajustes al método de registro PEPS a Promedio y posterior a ello se regresó a método PEPS como se está llevando en la actualidad.

Como parte del control al almacén, además de llevar controles mensuales de entradas y salidas, se elaboran inventarios finales (uno al término de año) e inventarios aleatorios (de 2 a 4 por año), se dan reporte de existencias, se dan reportes de consumo por área, por producto, etc.

En la siguiente tabla se puede apreciar el comportamiento anual del almacén de bienes de consumo:

NÚMERO DE CUENTA	Nombre	MONTOS					
		2006	2007	2008	2009	2010	2011
2100	Materiales de Administración		1,180,715.77	1,326,631.52	476,019.69	794,085.49	735,893.78
2200	Alimentos y utensilios		45,456.36	25,758.49	17,500.83	56,191.25	12,223.08
2300	Materias primas y materiales de producción		5,391.03	17,177.34	8,646.91	50,490.61	3,273.26
2400	Materiales y artículos de construcción y reparación		30,106.45	28,755.41	24,440.26	53,048.06	37,967.15
2500	Productos químicos farmacéuticos	Información no disponible	617,358,549.43	2,253,285,850.90	2,038,402,912.35	2,231,853,204.31	401,121,907.57
2600	Combustibles, lubricantes y aditivos		537.04	311.94	-	-	-
2700	Vestuario, blancos, prendas de protección		3,912.30	45,948.57	3,189.53	19,939.70	16,567.49
2900	Herramientas, refacciones y accesorios						68,141.72
	total			618,624,668.38	2,254,730,434.17	2,038,932,709.57	2,232,826,959.42

Como puede observarse, el saldo más representativo es el concepto 2500, esto derivado de la adquisición de la vacuna antineumocócica heptavalente, la cual se adquiere en el último trimestre del año, ya que en ese periodo es cuando se reciben los recursos por parte del Seguro Médico para una Nueva Generación. Así mismo, en los años 2009 y 2010 este mismo concepto incluyó la compra de implantes cocleares, los cuales fueron para el Programa de Tamiz auditivo.

11.7 Programa Especial de Mejora de la Gestión en la Administración Pública Federal 2008-2012

Bajo el marco del PMG, se encuentra el tema “Sistema de Gobierno Digital” y dentro de él, ubicamos el proyecto “Actualización del Sistema de Programa de Vacunación Universal (PROVAC). El PROVAC es una aplicación automatizada que permite el registro nominal de los recién nacidos, menores de 13 años, así como el registro de adolescentes, mujeres embarazadas y adultos mayores del país. Su principal función es la estimación de coberturas de vacunación a través del registro, y evaluar el estado nutricional y control de las actividades del estado nutricional del vacunado, por lo que es importante concentrar la información de los menores de 13 años, adolescentes, mujeres embarazadas y adultos.

Derivado del cambio en el número de biológicos y en grupo poblacional de aplicación y seguimiento de las vacunas, se hace necesario que los sistemas de información se encuentren en constante evolución; por ello, el PROVAC ha ido cambiando y pasando a la siguiente versión, con ello se ha buscado su mejora y el desarrollo de nuevos módulos de información, a través de los cuales se obtenga información en tiempo y forma para la adecuada toma de decisiones.

PROGRAMA ESPECIAL DE MEJORA DE LA GESTIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL 2008-2012											
CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA											
No	NOMBRE DEL PROYECTO	AREAS RESPONSABLES	FECHAS		PERIODO DE DESARROLLO						PRODUCTO
			INICIO	TERMINO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
1	Plan Estratégico 2011 de Tecnologías de la Información y Comunicaciones “Actualización del Sistema de Programa de Vacunación Universal (PROVAC)	DGTI CENSIA	17/05/2010	17/12/2010				X			

El plan tiene como finalidad realizar seguimiento a diferentes sistemas de información existentes en la Secretaría de Salud, para el caso del Centro nacional de la Salud para la Adolescencia y la Infancia le da seguimiento al sistema de información PROVAC (Programa de Vacunación).

Del año 2009 al 2011 se inició el seguimiento de los siguientes puntos:

- Procesamiento de 31 bases de datos para validar la información
- Seguimiento al piloto 5.1 en Morelos
- Comparación de registros de Morelos contra los reportes obtenidos en el piloto
- Mantenimiento a la versión 5.03c
- Cortes trimestrales con el nuevo sistema
- Migración de la información al Provac 5.1
- Talleres de Provac 5.03

Cada uno de los puntos anteriores fue evaluado de forma trimestral registrando los cambios en el formato correspondiente. Durante estos años la versión de PROVAC 5.03 recibió diversos mantenimientos y nuevas incorporaciones de información, es por esta razón que se mantuvo durante todo el año variando el avance en cada revisión.

En el último trimestre del 2011 se presentó el último cronograma donde se muestra el cierre de la versión 5.1 la cual fue desarrollada por el INSP. Esta versión fue terminada principios del año 2012 recibiendo la información por parte del instituto.

El primer trimestre del 2012 se presentó el cierre de la versión 5.1, se continuó con el mantenimiento de la versión 5.03 y se incorporó el desarrollo de la nueva versión 5.13. reportando un avance del 80% del desarrollo.

ACTIVIDAD	ACCIONES REALIZADAS	COMENTARIOS O PROBLEMÁTICA PRESENTADA
Mantenimiento periódico del sistema 5.03 C	Se realizaron los ajustes necesarios para la captura e identificación de nuevos biológicos y su seguimiento. Así como nuevas variables para la validación de información.	De los resultados obtenidos del análisis de migración se realizarán las mejoras correspondientes
Migración de la Información de la nueva Base de Datos de manera paulatina	Se instalaron dos aplicaciones las cuales permiten capacitar y atender cada una de las necesidades de las Entidades Federativas en línea, lo que permitirá disminuir los tiempos de respuesta para su atención.	Aún cuando los estados adquirieron servidores bajo la descripción técnica que proporcione este Centro Nacional, los administradores de sistemas en los estados no tienen el mismo nivel de conocimiento que permita tener la completa homologación de la administración
Implementación de PROVAC 5.1.	Se están generando manuales de administración que describen la configuración de la aplicación en los servidores de las entidades federativas.	
Supervisión, seguimiento y mejora continua de la implementación PROVAC 5.1.	El proceso de migración garantiza la calidad de información si embargo de deberá de continuar ejecutando procesos que garanticen la integridad de la información.	
Cortes de información con el nuevo sistema 5.1 trimestrales según calendario de lineamientos.		De los resultados obtenidos del análisis de migración se realizarán las mejoras correspondientes.

11.8 Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008-2012

Antecedentes

La Secretaría de la Función Pública a través de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Intersecretarial para la Transparencia y el Combate la Corrupción (SECITCC) dio a conocer el Programa de Transparencia y Rendición de Cuentas en el año 2007 con 13 temas, los cuales durante los siguientes años sufrieron modificaciones y ajustes como se muestra a continuación:

	2008	2009	2010	2011
Transparencia Focalizada	X	X	X	X
Blindaje electoral	X	X	X	X
10 Instituciones con Trámites, Procesos y Servicios Críticos	X	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
Participación Ciudadana	X	X	X	X
Convenciones Internacionales	Convenciones Internacionales	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
Convenios contra la Discriminación	Cultura de la Legalidad A. Ética y responsabilidad pública B. No discriminación y equidad de género C. Vigilancia y cumplimiento	Cultura Institucional	X	X
Mejora de la Página Web de las Instituciones de la APF	Ordenar la imagen de la APF ante el ciudadano A. Mejorar los sitios Web de las instituciones de la APF B. Imagen de las instituciones de la APF	Mejorar los sitios Web de las instituciones de la APF	X	X
Abatimiento del rezago en educación	Abatimiento del rezago educativo de los servidores públicos	Rezago Educativo: El buen Juez por su casa empieza	X	Se eliminó
Programa Cero observaciones	Control de la Gestión Pública: A) Programa Cero Observaciones	Programa Cero Observaciones	X	X
Extinción y Regulación de Fideicomisos	B) Extinción y Regulación de Fideicomisos	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
Normas Generales de Control Interno	C) Normas Generales de Control Interno	Control Interno Institucional	X	X
Compras Claras		Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
Programa de Mejora de Gestión		Paso a ser un programa aparte	Paso a ser un programa aparte	Paso a ser un programa aparte
Bitácora electrónica de obra pública	X	Se eliminó	Se eliminó	Se eliminó
Reducción de riesgos de corrupción y análisis de índices	Acciones para prevenir la corrupción y análisis de	Se eliminó	Se elimino	Se eliminó

	índices			
	Promoción de la cultura física y el deporte en los servidores públicos de la APF	5 pasos	X	X
Programas Sectoriales			X	X

Durante el año 2007 se atendieron 11 de los 13 temas, los dos que no fueron aplicables a la Secretaría de Salud: Ceró observaciones y bitácora electrónica de obra pública.

Durante el 2008, se dio continuidad a las actividades del Programa de Transparencia y Rendición de Cuentas, tanto a nivel central como en los Órganos Desconcentrados, los Organismos Públicos Descentralizados y Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México (BIRMEX), estableciéndose la coordinación interinstitucional para atender los diversos cambios que registró el programa entre 2007 y 2008, los cuales mencionaremos:

- La ampliación del tema 6, Convenios contra la Discriminación, en su concepción y amplitud a Cultura de la Legalidad, en tres subtemas: a) ética y responsabilidad pública; b) no discriminación y equidad de género, y c) vigilancia y cumplimiento de la política de igualdad entre mujeres y hombres.
- La recomposición del tema nueve Programa Ceró Observaciones, a Control de la Gestión Pública, quedando integrado por tres temas del año anterior, como subtemas: a) programa ceró observaciones; b) extinción y regulación de fideicomisos, y c) normas generales de control interno.
- Mejora de la página de Internet de las instituciones de la APF, ordenar la imagen de la APF ante el ciudadano, con dos subtemas: a) mejora de los sitios web de las instituciones de la APF, y b) imagen de las instituciones de la APF.
- Abatimiento del rezago en educación, por abatimiento al rezago educativo de los servidores públicos.
- Reducción de riesgos de corrupción y análisis de índices, por acciones para prevenir la corrupción y análisis de índices.
- Se incorporaron dos temas; Compras claras y Promoción de la cultura y el deporte en los servidores públicos de la APF.

Para el 11 de diciembre de 2008, se emite el DECRETO por el que se aprueba el Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008-2012, por parte de la Secretaría de la Función Pública. Como resultado de la aplicación del Programa Nacional la Secretaría de Salud ejecuta acciones en los temas de Transparencia Focalizada, Blindaje electoral, Participación Ciudadana, Cultura Institucional, Mejorar los sitios Web de las instituciones de la APF, Rezago Educativo: El buen Juez por su casa empieza, Programa Ceró Observaciones; Control Interno Institucional, Programas Sectoriales.

TEMA				
TRANSPARENCIA FOCALIZADA				
En 2007 el objetivo de este tema consistió en aumentar la eficacia de las políticas de transparencia y de los mecanismos de acceso a la información pública de calidad para eliminar asimetrías de información, en la búsqueda de beneficios para ciudadanos, consumidores y la sociedad en general, por lo que se solicitó seleccionar trámites, servicios o productos donde se aplicará la transparencia focalizada.				
2008	2009	2010	2011	2012
Se determinaron dos Mecanismos que se pusieron a disposición en la página Web de este Centro Nacional: Difusión de plazas vacantes y las que se encuentren en proceso de concurso del CeNSIA y, Contratos adjudicados en materia de adquisiciones de vacunas. Evaluación anual en el IST : 10.0	Se difundió el Portal de Transparencia Focalizada, así mismo, se invitó a proveedores, universidades y personal del centro para que visitaran el portal y realizaran la encuesta de transparencia focalizada. Calificación anual: 10.0	Se presentaron los resultados de las encuestas de opinión, de Transparencia focalizada publicados por la Secretaría de la Función Pública, en la cual de la Guía para la Identificación y Difusión de la Información Socialmente Útil o Focalizada se desprende que este Centro Nacional, se encuentra “sin respuestas negativas”.	Para la fracción IV los títulos y temas se identificaron y actualizaron de acuerdo a la “matriz de información”. El 01 de diciembre de 2011 se llevo a cabo la actualización y validación correspondiente a la información enviada a la SFP.	

TEMA				
BLINDAJE ELECTORAL				
Tiene como objetivo principal el de evitar que en los procesos electorales que se desarrollan en todo el país, los recursos públicos sean utilizados en favor o en contra de algún candidato o partido político y que los servidores públicos federales se conduzcan en estricto apego a la legalidad en el ejercicio de sus respectivas funciones.				
2008	2009	2010	2011	2012
N/A	Acciones de Información, Difusión y Capacitación, reportándose en tiempo y forma a la Secretaría de la Función Pública, Coordinación de Asesores de la Secretaría de Salud, al Órgano Interno de Control así como en las Sesiones Ordinarias del Comité de Control y Auditoría mediante los siguientes formatos: Formato Acciones Preventivas de Control Interno, Transparencia y Difusión (AP) Formato Acciones Preventivas para Programas Sociales (PS) Formato de Consolidación, Seguimiento y Evaluación (CSE) La Calificación Final obtenida en el ejercicio			

	2009 en éste Tema fue de 10.00 de acuerdo a los puntos obtenidos de las acciones realizadas.			
--	----------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

TEMA				
PARTICIPACIÓN CIUDADANA				
Permite la inclusión del punto de vista de la sociedad en la toma de decisiones del gobierno; promueve la transparencia y la rendición de cuentas.				
2008	2009	2010	2011	2012
Se realizó difusión a Organismos Públicos, Sociales y Privados información relativa a las Semanas Nacionales de Salud. Evaluación anual en el IST : 10.0	Respuesta a los Actores Sociales . Realización de la segunda Sesión de Rendición de Cuentas. Publicación en la página web del CeNSIA. La Calificación Final obtenida fue de 10.00	Dentro del apartado Transparencia y Rendición de Cuentas, se colocó la frase: “Consulta a la sociedad civil para proponer temas para la rendición de cuentas del Gobierno Federal”.Dicho texto contiene una liga que lleva al usuario a la consulta a la sociedad civil. Se manifestó que no se recibieron propuestas por lo que no aplican las siguientes actividades, como son: Presentar la propuesta de acciones de mejora a la (DGAPTCCAI) y al órgano Interno para la definición final.	No existen acciones pendientes.	

TEMA				
CULTURA DE LA LEGALIDAD, “ÉTICA Y RESPONSABILIDAD PÚBLICA”				
2008	2009	2010	2011	2012
Se difundieron los cortometrajes de CINEminutos a través de INTRANET e INTERNET del CeNSIA, así como a través de Circulares en pizarrones , foros internos –externos y a través de correos electrónicos a todo el personal con la finalidad de sensibilizar sobre este tema.				

TEMA			
CULTURA DE LA LEGALIDAD, “NO DISCRIMINACIÓN Y EQUIDAD DE GÉNERO”			
2008	2009	2010	2011
<p>Aplicación del Cuestionario de Cultura de la Legalidad. No discriminación y equidad de género donde se recibieron 62 encuestas de un universo de 102 personas, colocación de los Carteles de Sensibilización en igualdad y difusión de mensajes en equidad de género y antidiscriminación por correo electrónico a todo el personal del CeNSIA y en la página de INTERNET e INTRANET.</p>	<p>Se asistió al Primer Seminario Internacional de Cultura Institucional.</p> <p>Se realizó la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional 2009 en coordinación con la Secretaría de la Función Pública obteniendo el siguiente resultado: 87 Encuestas recibidas (universo de 98) 88.78 % de cumplimiento</p> <p>Se envió a la Secretaría de la Función Pública el Programa de Acciones de Mejora con base a los resultados de la Encuesta (ECCO) para sus comentarios.</p> <p>La Calificación Final obtenida fue de 10.00</p>	<p>Elaboración del diagnóstico de necesidades de capacitación, con perspectiva de género en de los requerimientos Institucionales.</p> <p>Fueron difundidos los mensajes para la prevención del maltrato, hostigamiento y acoso sexual a través de carteles y por correo electrónico.</p> <p>Se Autorizó la Conformación de la Comisión para la atención de casos alusivos al tema, con personal del CeNSIA. Capacitación en línea del personal Responsable del PCI por el INMUJERES.</p> <p>Con fecha 15 de Noviembre, da inicio el curso sobre prevención y atención del hostigamiento y acoso sexual</p> <p>Se entregaron constancias, al personal que acreditó el curso sobre prevención y atención del hostigamiento y acoso sexual.</p>	<p>Se reportó en la plataforma de INMUJERES Informe de resultados de las instituciones (Elaboración de Diagnóstico de Cultura Institucional).</p> <p>Se notificó a INMUJERES las acciones realizadas a favor del Programa de Cultura Institucional correspondientes al segundo semestre 2011</p>

TEMA			
MEJORA DE LOS SITIOS WEB DE LAS INSTITUCIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL.			
<p>Los sitios Web Gubernamentales son uno de los principales canales con que cuentan los ciudadanos para tener acceso a los servicios e información que ofrece el Gobierno federal en forma electrónica. De ahí la importancia de ofrecer sitios de internet profesionales, útiles, enfocados a la ciudadanía y apegados a estándares internacionales.</p>			
2008	2009	2010	2011
<p>Se realizó el mantenimiento en la página Web de éste Centro Nacional de acuerdo a los reactivos establecidos en la guía del tema así como, se creó una mesa editorial en el cual se determinó un responsable para el Sitio Web Master.</p> <p>La calificación Anual obtenida en éste tema fue de 9.4 emitido por la Presidencia de la República.</p>	<p>Se realizaron las acciones requeridas por la Presidencia de la República en los siguientes reactivos: A1. Mecanismo de búsqueda T3. Validación html S2. Políticas de Privacidad p3p</p> <p>La Calificación Final obtenida en el ejercicio 2009 en éste Tema fue de 8.5 de acuerdo a los puntos obtenidos de las acciones realizadas.</p>	<p>Se realizaron las acciones requeridas por la Presidencia de la República en los siguientes Reactivos: A1. Mecanismo de búsqueda T3. Validación html S2. Políticas de Privacidad p3p</p> <p>Atención al las observaciones realizadas por el SIP y la DGTI en la evaluación 2009</p> <p>Incorporación de los nuevos reactivos para la evaluación de la pagina web 2010</p> <p>Pruebas de la herramienta RSS</p> <p>Presentación de la página Web del CeNSIA y de los manuales “Lenguaje Claro”, de la S.F.P. y</p>	<p>Reuniones mensuales de la mesa editorial, equipo de trabajo que da seguimiento a la sustitución de la información en el sitio CENSIA.</p> <p>Acudir a reuniones con el personal de DGTI para tener conocimiento de los nuevos reactivos a evaluarse. (3 al 7 y 17 al 21 de octubre de 2011. del 7 al 11 de noviembre)</p> <p>3.- trabajar y aplicar las herramientas incluidas en los reactivos a calificar por parte de la SIP. (octubre y noviembre)</p> <p>Evaluación SIP del 14 al 25 de noviembre: calificación obtenida: 10.</p>

		Recomendaciones para sitios Gubernamentales en Internet". Calificación: 8.4	
--	--	--------------------------------------------------------------------------------	--

TEMA			
NORMAS GENERALES DE CONTROL INTERNO			
2008	2009	2010	2011
<p>Al 31 de diciembre de 2008 se encontraban atendidas todas las acciones de mejora programadas relativas a la Encuesta 2006, y de la encuesta 2007 se encontraban atendidas 23 acciones de un total de 27 que se comprometieron.</p>	<p>Como resultado de la aplicación de la Encuesta al Control Interno Institucional, se identificaron un total de 21 áreas de oportunidad para la aplicación de los elementos de las Normas generales de control interno; para dichas áreas de oportunidad, se definieron 2 acciones de mejora a desarrollar, mismas que tienen el propósito de atender las debilidades del control interno y mejorar la eficiencia en la gestión. Se incorporó la encuesta del programa o proceso sustantivo de Vacunación con 42 reactivos; Como resultado, de los 42 reactivos del programa sustantivo "Vacunación", se identificaron un total de 8 áreas de oportunidad para la aplicación de acciones de mejora con 1 acción específica: actualizar y difundir al Procedimiento de Vacunación.</p>	<p>Como resultado de la aplicación de la Encuesta al Control Interno Institucional 2008-2009, se identificaron un total de 3 acciones de mejora a desarrollar, dos de la encuesta global y una de la encuesta del proceso sustantivo: Actualización y difusión de los manuales de organización y procedimientos; Control y transferencia de archivos y Actualización y difusión del Procedimiento de Vacunación.</p>	<p>En atención a lo dispuesto en el Título Segundo, Capítulo IV, Sección III, Numeral 31 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Control Interno, se remitió el formato denominado "Reporte Trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno", con fecha de corte 31 de diciembre de 2011. En dicho formato se describen los avances que a la fecha de corte presentaron cada uno de los elementos de control, entre los avances destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de la importancia y relevancia del Control Interno como parte del quehacer diario. • Estandarización del formato para presentar metas e indicadores. • Presentación del Informe anual de labores de las áreas sustantivas y la de apoyo. • Conocimiento y difusión del Código de Conducta. • Integración de la normatividad aplicable a CENSIA y su correspondiente difusión. • Difusión y realización de talleres para el respaldo y resguardo de los sistemas de información. • Seguimiento a la administración de riesgos.

En seguimiento a este tema, se han llevado a cabo diversas acciones a fin de crear conciencia sobre la relevancia e importancia del Control Interno, entre ellas destacan las siguientes:

- Se sensibilizó al personal técnico y administrativo, respecto a la importancia del control interno en las organizaciones.

- Se integró el Grupo de Trabajo para la Administración de Riesgos, mismo que trabajó desde la elaboración de los mapas hasta el seguimiento a las acciones de mejora para eliminar y controlar los riesgos identificados en cada una de las áreas.
- Identificó macro-procesos y posteriormente elaboró los Mapas de Procesos de cada área del Centro.
- Se homologaron los Programas Anuales de trabajo del Centro.
- Se dio seguimiento y atención a los indicadores que se encuentran en los Programas Anuales de Trabajo de las áreas.
- Se involucró a los mandos medios en la importancia del control interno y la difusión con su personal.
- Se actualizaron los manuales de organización y procedimientos, pero sobre todo, fueron difundidos entre el personal, a fin de conocieran sus funciones y atribuciones.
- Gracias al Buzón de Sugerencias, tanto físico como al que se encuentra en la página Web del Centro, se conocen las inquietudes del personal del Centro así como de sus clientes y proveedores.
- Fueron definidas y difundidas las políticas y lineamientos relacionados con la seguridad, custodia y respaldo de la información, tanto en sus archivos como la informática.
- Se involucró al personal en cuanto a la importancia de los Códigos de ética y conducta.
- Se inició con la realización de inventarios aleatorios.

TEMA			
REZAGO EDUCATIVO			
Su objetivo es el de identificar y promover la capacitación de los servidores públicos para la continuidad de sus estudios, en especial los de nivel básico.			
2008	2009	2010	2011
<p>Entregar el Diagnóstico de rezago educativo y se difundió entre los servidores públicos de ésta institución la Jornada Nacional de Acreditación; así como , se envió la relación del personal con su formación académica inconclusa a nivel bachillerato a la Dirección General de Recursos Humanos.</p> <p>No hubo certificaciones de servidores públicos en esta institución puesto que no tuvimos respuesta alguna por la DGRH obteniendo la Calificación Anual de 6.7</p>		<p>Derivado del cuestionario para detección de rezago educativo, realizado al personal del CeNSIA, se obtuvieron los siguientes resultados: “Rezago educativo de nivel básico, primario y secundario, no existe en este Centro Nacional.</p> <p>CeNSIA, recibe reconocimiento por parte del INEA, por encontrarse dentro del las dependencias “Sin rezago Educativo”.</p>	

Para llevar a cabo la “Detección d Rezago Educativo en la institución, se aplicó cuestionario a un total de 104 empleados, Como resultado la aplicación del cuestionario 15 trabajadores fueron capturados en línea a través del Sitio El Buen Juez por su Casa Empieza en el Portal CONEVyT con

corde al 24 de agosto de 2010. Este personal se identificó con estudios concluidos de nivel secundaria como nivel mínimo de estudios y con interés de continuar bachillerato.

Lo anterior, permitió que el CeNSIA fuera considerado por el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, a través de la Dirección de Concertación, Vinculación y Alianzas Estratégicas del INEA, en seguimiento a las acciones del programa "El Buen Juez por su Casa Empieza". Así mismo se contempló a nuestra institución en la entrega de Reconocimientos durante el mes de diciembre 2010.

TEMA COMPRAS CLARAS			
Este tema se inició en el 2008 y su objetivo fue Proporcionar a la ciudadanía un instrumento de consulta y comparación clara y expedita de la información sobre las compras que se realizan en la APF, por lo que se puso a disposición de la población información sobre las adquisiciones de vehículos realizadas de 2001 a marzo de 2008, y sobre las adquisiciones de bienes y servicios realizadas por el Centro, a través de los procesos de licitación pública, invitación a cuando menos tres proveedores y de adjudicaciones directas			
2008	2009	2010	2011
Se remitió informe de vehículos adquiridos por el periodo 2002 al 2008 y como Actividad B, se envió mediante oficio y por correo electrónico el Cuestionario para el Análisis sobre compras institucionales en donde se describen las compras más frecuentes del centro por los últimos 3 años. Se obtuvo la Calificación Anual de 8.00 por los puntos obtenidos de las acciones realizadas.			

TEMA ACCIONES PARA PREVENIR LA CORRUPCIÓN Y ANÁLISIS DE ÍNDICES			
Mediante este tema se dio cumplimiento a las actividades señaladas, como son: la selección de los servicios, trámites y procesos (adquisiciones, almacenes, Atención Médica, Recursos Humanos, Obra pública) para seguimiento, definición de indicadores de resultados y de acciones de mejora.			
2008	2009	2010	2011
las acciones realizadas fue de acuerdo al formato Reporte de resultados de los Indicadores respectivos, obteniendo una Calificación Anual de 9.9; los resultados fueron favorables ya que el mayor monto del presupuesto ejercido es por la adquisición de vacunas, se			

<p>recuperaron en su mayoría los descuentos y/o sanciones de acuerdo a las supervisiones realizadas, y también se realizaron las verificaciones aleatorias de existencias de inventarios en almacén general incrementando las partidas a verificar.</p>			
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

TEMA			
PROGRAMAS SECTORIALES			
<p>Seguimiento a las líneas de acción de Programas Sectoriales. Pretende ser un apoyo para la instrumentación y seguimiento a líneas de acción de Programas Sectoriales. Pretende ser un apoyo para la instrumentación y seguimiento de acciones, que las instituciones comprometieron en sus Programas Sectoriales en materia de transparencia, rendición de cuentas y el combate a la corrupción</p>			
2008	2009	2010	2011
	<p>Se identificaron las líneas de acción del Programa Sectorial así como sus indicadores.</p> <p>Se elaboró el Formato de Seguimiento a las Líneas de Acción de los Programas Sectoriales en materia de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción.</p> <p>Se subió a la página Web de este Centro Nacional dicho formato ya que se encuentra en el periodo de evaluación dicha página desde el 03 al 19 de Noviembre de 2009.</p> <p>Se envió por correo electrónico el formato de seguimiento a las Líneas de Acción de este Centro Nacional a la Secretaría de la Función Pública, Coordinación de Asesores de la Secretaría de Salud y al Órgano Interno de Control .</p> <p>La Calificación Final obtenida en el ejercicio 2009 en éste Tema fue de 10.00 de acuerdo a los puntos obtenidos de las acciones realizadas.</p>		<p>Actualización de las acciones específicas y seguimiento a las líneas de acción de acuerdo a los indicadores referidos en el formato establecido.</p> <p>Publicación en el sitio Web de este centro nacional</p>



Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012.

La Calificación Anual del IST informado en el Formato de Evaluación Anual – Cálculo del IST de éste Centro Nacional				
2008	2009	2010	2011	
9.4	9.75			

Cabe comentar, que en los 2010, 2011 y 2012 no hubo IST, solo seguimiento, de ahí que no haya calificación por estos años.

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

Año 2009

La calificación se otorga a la Secretaría de Salud, no personalizada al CeNSIA, siendo el siguiente cuadro la calificación otorgada por el IFAI a la SS, correspondiente al 2do semestre de de 2009 referente a las solicitudes de información pública.

Siglas	Dependencia/Entidad	Resultado RSI	Nivel De Cumplimiento Consistencia	Nivel De Cumplimiento Compleción	Nivel De Cumplimiento Confiabilidad	Nivel De Cumplimiento Oportunidad
SS	SECRETARÍA DE SALUD	<u>93,30</u>	91,70	91,29	91,97	98,22

Referente a las obligaciones de transparencia, es el siguiente:

APARTADOS								
Siglas	Dependencia/Entidad	Fecha de cierre de evaluación	Nivel de Cumplimiento o Segundo Semestre 2009	Financiero 1	Regulatorio y de Toma de Decisiones 2	Relación con la Sociedad 3	Organización Interna 4	Otra Información Relevante 5
SS	SECRETARÍA DE SALUD	19/01/2010	<u>92.65%</u>	85.12%	98.28%	98.69%	97.72%	100.00%

Año 2010

1. Calificación que asigna el IFAI

La calificación se otorga a la Secretaría de Salud, no personalizada al CeNSIA, siendo el siguiente cuadro la calificación otorgada por el IFAI a la SS, correspondiente al 2do semestre de de 2009 referente a las solicitudes de información pública.

INDICADOR DE RESPUESTAS A SOLICITUDES DE INFORMACIÓN (RSI) Primer semestre 2010

Siglas	Dependencia/Entidad	Resultado RSI	Nivel De Cumplimiento Consistencia	Nivel De Cumplimiento Compleción	Nivel De Cumplimiento Confiabilidad	Nivel De Cumplimiento Oportunidad
SS	SECRETARÍA DE SALUD	92,39	81,21	91,00	97,35	100,00

2. Referente a las obligaciones de transparencia, es el siguiente:

APARTADOS								
Siglas	Dependencia/Entidad	Fecha de cierre de evaluación	Nivel de Cumplimiento Segundo Semestre 2009	Financiero 1	Regulatorio y de Toma de Decisiones 2	Relación con la Sociedad 3	Organización Interna 4	Otra Información Relevante
SS	SECRETARÍA DE SALUD	05/07/2010	92,63	95,08	81,92	95,82	98,50	95,92

Año 2011

1. Calificación que asigna el IFAI

La calificación se otorga a la Secretaría de Salud, no es personalizada al CeNSIA, siendo el siguiente cuadro la calificación otorgada por el IFAI a la SS, referente a las solicitudes de información pública.

INDICADOR DE RESPUESTAS A SOLICITUDES DE INFORMACIÓN (RSI) Primer semestre 2011

Siglas	Dependencia/Entidad	Resultado RSI	Nivel De Cumplimiento Consistencia	Nivel De Cumplimiento Compleción	Nivel De Cumplimiento Confiabilidad	Nivel De Cumplimiento Oportunidad
SS	SECRETARÍA DE SALUD	93,67	95,61	84,16	96,06	98,85

APARTADOS								
Siglas	Dependencia/Entidad	Fecha de cierre de evaluación	Nivel de Cumplimiento Segundo Semestre 2009	Financiero 1	Regulatorio y de Toma de Decisiones 2	Relación con la Sociedad 3	Organización Interna 4	Otra Información Relevante
SS	SECRETARÍA DE SALUD	1/6/2011	82.64	82.97	98.13	70.00	71.43	79.25

En lo que respecta al CeNSIA, el número de solicitudes recibidas, atendidas, recursos de revisión, etc. durante los últimos 5 años es el siguiente:

SOLICITUDES IFAI ATENDIDAS CENSIA					
Año	Solicitudes Recibidas	Solicitudes Atendidas	Solicitudes de No Competencia	Solicitud con Información Inexistente	Requerimiento de Información Adicional
2006	29	27	2	0	0
2007	124	113	11	0	0
2008	158	136	22	0	0
2009	94	67	19	8	0
2010	169	97	72	0	0
2011	134	106	27	0	1

Recursos de Revisión		
Año	Total	No. Solicitud
2006	0	
2007	0	
2008	2	1200243308 1200243108
2009	0	
2010	1	1200271710
2011	3	1200146611 1200043811 1200015011

Solicitudes de Información		
Año	Solicitudes Recibidas	Principales temas solicitados
2006	29	Vacunas, Presupuesto
2007	124	Vacunas, Contratos y Presupuesto
2008	158	Vacunas, Presupuesto y Licitaciones
2009	94	Influenza, Vacunas y Cancer
2010	169	Influenza, Contratos y Cancer
2011	134	Influenza, Vacunas, Publicidad

11.10 Observaciones de auditorías de las instancias de fiscalización en proceso de atención

RESUMEN							
Área operativa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
11.10.1 Órgano Interno de Control	0	2	5	1	2	5	15
11.10.2 Auditoría Superior de la Federación	0	1	0	0	8	0	9
11.10.3 Auditoría Gubernamental SFP	5	0	0	0	0	0	5
11.10.4 Auditoría Interna							
11.10..5 Otros							
Suma	5	3	5	1	10	5	29
Solventadas	5	3	5	1	9	0	23
Por solventar	0	0	0	0	1	5	6
Generaron responsabilidades	0	0	0	0	0	0	

11.10.1 Informe y seguimiento a las observaciones del Órgano Interno de Control							
RESUMEN							
Área operativa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Adquisiciones		1	3		1	2	7
Recursos Financieros		1	1				2
Manuales							0
Áreas técnicas (control de vacunas) (incumplimiento de metas)			1		1	2	4
Transferencias a las entidades federativas				1		1	2
Suma	0	2	5	1	2	5	15
Solventadas	0	2	5	1	1	0	9
Por solventar	0	0	0	0	1	5	6
Generaron responsabilidades		0	0	0			

11.10.2 Auditoría Superior de la Federación							
RESUMEN							
Área operativa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Adquisiciones							0
Recursos Financieros							0
Manuales							0
Áreas técnicas (control de vacunas)	0	1			8		9
Suma	0	1	0	0	8	0	9
Solventadas		1			8		9
Por solventar		0			0		0
Generaron responsabilidades		1			0		

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Observaciones determinadas por el Órgano Interno de Control

Auditoría 2010

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

Auditoría 2011

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

Observaciones determinadas por la Auditoría Superior de la Federación

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



11.11 Procesos de Desincorporación

Este Centro Nacional no cuenta con Procesos de Desincorporación.



11.12 Bases o Convenios de Desempeño y convenios de administración por resultados

Este Centro Nacional no cuenta con bases o convenios de desempeño.



11.13 Otros aspectos relevantes relativos a la gestión administrativa

No hay comentarios adicionales a los ya señalados.

11.14 Acciones y compromisos relevantes en proceso de atención

Clave Presupuestaria: (2)	12R00	Nombre: (3)	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	Sector: (4)	STS	Fecha: (5)	30-abr-12		
<p>Una vez seleccionado el nombre de la entidad o dependencia, favor de guardar y enviar su Archivo en Excel y en PDF con la firma del Enlace, al correo rendircuentas@funcionpublica.gob.mx con el siguiente nombre de archivo: STS-CENSIA-AyCP</p>							Avance:		
N° (6)	Etapa (7)	Descripción de la Acción y Compromiso en Proceso (8)	Nivel (10)	Actividad a Realizar (11)	Área Responsable (12)	Servidor Público Responsable (13)	Fecha programada para ser solventado [dd-mmm-aa] (14)	En % (15)	Comentarios (16)
1	Primera	Actualizar los Manuales de Organización y Procedimientos	1	Presentar los Manuales de Organización y Procedimientos ante la DGPOP para su revisión y validación.	Dirección del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia	Dra. Diana Coronel Martínez. Dra. Guadalupe Borrel	30-abr-12	100 %	Mediante oficio DGPOP/07/000518 se recibió refrendo del Manual de Organización Específico 2011 y 2012.
2	Primera	Atender observaciones de entes fiscalizadores	2	Dar atención a las observaciones emitidas por los distintos entes fiscalizadores.	Coordinación Administrativa. Dirección del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Dirección General.	C.P. Arturo Cruz Cuevas, Dra. Diana Coronel Martínez, Dra. Vesta L. Richardson Lopez-Collada	30-nov-12	50 %	Se han remitido a las áreas fiscalizadoras diversos oficios de atención a las observaciones existentes. NO ES POSIBLE PROGRAMAR FECHA DE CUMPLIMIENTO 12 DE MARZO EN VIRTUD DE QUESU ATENCIÓN DE ALGUNAS DE ELLAS DEPENDE DE TERCEROS.
3	Primera	Actualizar saldos por transferencias realizadas a las entidades federativas	3	Revisar y validar el correcto ejercicio de los recursos pendientes de comprobar por parte de las entidades federativas.	Coordinación Administrativa	C.P. Arturo Cruz Cuevas	30-jun-12	55 %	Se continúa con la recepción de comprobaciones de gasto por parte de las entidades federativas. CENSIA ejerce rectoría sobre las entidades federativas. Se envían oficios a las entidades federativas que se cuentan con adeudos pendientes.

Clave Presupuestaria: (2)		12R00	Nombre: (3)	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	Sector: (4)	STS	Fecha: (5)	30-abr-12	
<p style="text-align: center;">Una vez seleccionado el nombre de la entidad o dependencia, favor de guardar y enviar su Archivo en Excel y en PDF con la firma del Enlace, al correo rendircuentas@funcionpublica.gob.mx con el siguiente nombre de archivo: STS-CENSA-AyCP</p>								Avance:	
N° (6)	Etapa (7)	Descripción de la Acción y Compromiso en Proceso (8)	Nivel (10)	Actividad a Realizar (11)	Área Responsable (12)	Servidor Público Responsable (13)	Fecha programada para ser solventado [dd-mmm-aa] (14)	En % (15)	Comentarios (16)
4	Primera	Cumplir metas y objetivos institucionales	3	Supervisar el cumplimiento de las entidades federativas en cuanto a los programas de infancia y adolescencia.	Dirección del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y Adolescencia, Dirección General.	Dra. Diana Coronel Martínez, Dra. Aurora Bautista Márquez, Dra. Vesta L. Richardson Lopez-Collada,	30-nov-12	60 %	Se cuenta con el Programa de supervisión para el año 2012 a fin de verificar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.
5	Primera	Dar seguimiento a las entidades federativas en la captura de los niños vacunados al sistema	3	Supervisar la captura adecuada, oportuna y correcta de los niños vacunados. Capacitar al personal que así lo requiera.	Dirección del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Dirección General.	Dra. Diana Coronel Martínez, Dra. Vesta L. Richardson Lopez-Collada,	30-nov-12	40 %	Se elaboró programa de capacitación a las entidades federativas. Se prepara cierre de cifras 2011. Se realizó el 1er. Taller de capacitación PROVAC.
6	Primera	Verificar el uso adecuado de la red de frío en las entidades federativas	3	Verificar y validar el correcto ejercicio de los recursos transferidos a las entidades federativas.	Dirección del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Dirección General. Coordinación Administrativa.	Dra. Diana Coronel Martínez, Dra. Vesta L. Richardson Lopez-Collada, C.P. Arturo Cruz Cuevas.	30-nov-12	50 %	Se envió recordatorio a las entidades federativas sobre el envío de la documentación que soporte la comprobación de los recursos financieros transferidos. Se continúa con la supervisión de la instalación de las Cámaras frías. Se supervisa el uso adecuado de la red de frío.