



PLAN NACIONAL
DE DESARROLLO
2 0 1 3 - 2 0 1 8
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

SECTORIAL



PLAN NACIONAL
DE DESARROLLO

2 0 1 3 - 2 0 1 8

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

2 0 1 3 - 2 0 1 8



ENRIQUE PEÑA NIETO
PRESIDENTE DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|------------|
| Presentación | 7 |
| Mensaje de la Secretaria de Salud | 9 |
| Siglas y acrónimos | 13 |
| Marco Normativo | 15 |
| Introducción | 17 |
| I. Diagnóstico | 19 |
| II. Alineación a las Metas Nacionales | 41 |
| III. Objetivos, estrategias y líneas de acción | 45 |
| 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades | 47 |
| 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad | 51 |
| 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida | 54 |
| 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país | 57 |
| 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud | 60 |
| 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud | 62 |
| III.1 Estrategias Transversales | 65 |
| IV. Indicadores | 67 |
| Transparencia | 93 |
| Glosario | 99 |
| Referencias | 105 |
| Anexo 1. Consulta ciudadana | 113 |
| Foros de consulta | 114 |
| Mesas sectoriales | 128 |

PRESENTACIÓN

La salud es condición indispensable para el bienestar de las personas y uno de los componentes fundamentales del capital humano. Por ello, es parte esencial del México Incluyente que nos hemos propuesto como meta dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. En este sentido, es preciso impulsar una transformación del Sistema Nacional de Salud, el cual debe adecuarse a las nuevas condiciones, a setenta años de haberse constituido. Si bien éste ha alcanzado importantes logros, en las últimas décadas se han producido cambios sociales, económicos, epidemiológicos, demográficos, tecnológicos y ambientales que plantean enormes desafíos. Asimismo, la prestación fragmentada de servicios de salud, así como la operación diferenciada de infraestructura y recursos, se traducen en una saturación de los servicios que afecta la calidad óptima de la atención.

El Plan Sectorial de Salud 2013-2018 traza la ruta que habremos de seguir en los próximos años para cimentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal. Lo haremos siguiendo un esquema de atención más homogéneo, una operación integrada y una mayor coordinación entre las distintas instituciones de salud. A la transformación institucional aquí delineada, también deberá sumarse una vigorosa política en materia de prevención, que nos permita enfrentar los retos de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, el cáncer o las enfermedades del corazón.

Queremos un México sano donde la población, independientemente de su edad, lugar de residencia y especialmente de su condición laboral, tenga acceso a los servicios de salud con calidad. Por ello, para el Gobierno de la República el derecho a la protección de la salud, es un derecho humano, no es sólo un derecho laboral.

Una población sana, además, siempre estará en mejores condiciones para participar activa y positivamente en la transformación de su entorno y en la construcción de una mejor Nación.

Enrique Peña Nieto

Presidente de los Estados Unidos Mexicanos

MENSAJE DE LA SECRETARIA DE SALUD

A setenta años de haberse sentado las bases del Sistema Nacional de Salud se han obtenido importantes logros en materia de salud. En 1943 se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). A lo largo de estas décadas, también se han construido instituciones como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los Servicios Estatales de Salud, los Servicios Médicos de PEMEX, de la Defensa Nacional, de Marina y el Sistema Nacional DIF. También, gracias a las políticas intersectoriales se han abordado los determinantes sociales de la salud, las cuales han contribuido a mejorar la salud de la población mexicana.

Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud enfrenta importantes desafíos, los cambios producidos en el perfil demográfico han originado un proceso de envejecimiento de la población mexicana. Esta situación en paralelo con la adopción de estilos de vida poco saludables y de riesgo, como la falta de actividad física, la nutrición inadecuada, el sexo inseguro, el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, así como la falta de educación vial y en salud ocupacional, trazan los desafíos que representa el creciente predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las relacionadas con lesiones de causa externa.

Al mismo tiempo, persisten deudas que saldar, en particular con la población que vive en condiciones de vulnerabilidad. Hoy los más pobres enfrentan simultáneamente enfermedades transmisibles como la diarrea o enfermedades respiratorias y enfermedades crónicas no transmisibles. La salud de las personas debe ser un elemento que atenúe las brechas sociales no que las exacerbe.

El Estado enfrenta, además, tres factores que inciden negativamente en su capacidad para dar plena vigencia al derecho a la protección de la salud que establece el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Primero, el modelo de atención con que operan las instituciones del sector salud ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención; en este sentido es fundamental hacer de las acciones de protección, prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud un elemento básico que permee de manera horizontal en un modelo de atención actualizado, homologado y más resolutivo e integrador de todos los niveles de prestación de servicios. Segundo, no han podido implementarse totalmente políticas en salud con un enfoque multidisciplinario, interinstitucionales y perfectamente articuladas en todos los órdenes de gobierno, por ello se debe asegurar una coordinación efectiva de las estrategias y acciones federales, estatales y locales que permita que la salud esté presente en los programas y políticas de otros sectores. Tercero, la rectoría y el arreglo financiero y organizacional vigentes, donde prevalecen la desigualdad en los beneficios y la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas, atentan contra un México Incluyente, impide una atención continua e integrada de las personas a lo largo del ciclo de vida y limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en salud.

Este panorama, sin embargo, puede ser revertido. Hoy el Sistema Nacional de Salud se encuentra en una coyuntura histórica para abordar de forma decidida estas limitaciones y cumplir cabalmente con el mandato de nuestra Carta Magna. En este contexto, la visión de esta administración es:

Un Sistema Nacional de Salud Universal equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque a los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad, a través

del fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad; de la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria; la generación y gestión de recursos adecuados; la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad.

Para el logro de esta visión, se ha elaborado este *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, producto de las ideas y propuestas formuladas en los diversos foros realizados por servidores públicos de todas las instituciones del sector, así como de otros sectores involucrados, especialistas y la sociedad en general.

El *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República formula las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Como documento sectorial rector, establece seis objetivos y para el logro de los mismos se definen 39 estrategias y 274 líneas de acción.

Las estrategias vinculadas a cada uno de los objetivos proyectan en primer lugar, consolidar la promoción, la protección de la salud y la prevención de las enfermedades, particularmente para reducir el impacto negativo de las conductas y hábitos no saludables. El segundo objetivo apunta a mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad, a través de la creación y fortalecimiento de redes de servicios integradas, sustentadas en un modelo de atención primaria más homologado y resolutivo. La protección financiera que hoy otorga el aseguramiento público debe traducirse en mejores resultados de salud. Tercero, se fortalecerá la regulación, el control y el fomento sanitarios con la finalidad de reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; con énfasis renovado en aquellos que merman la productividad. Cuarto, con el fin de reducir las brechas todavía existentes en las condiciones de salud entre distintos grupos poblacionales, las estrategias vinculadas con este objetivo deben consolidar el control de las enfermedades del rezago, abordar sistémicamente la mortalidad infantil y materna, así como establecer acciones más eficaces para atender a grupos que viven en condiciones de vulnerabilidad. Para hacer más efectiva esta atención, se requiere la participación coordinada de los diferentes sectores y todos los órdenes de gobierno. Las políticas intersectoriales, como la Cruzada Nacional Contra el Hambre y la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes son piezas fundamentales en este objetivo. Quinto, se establecen estrategias para optimizar la generación y el uso de recursos en salud con el propósito de mejorar el desempeño del sector salud y la calidad de los servicios, empleando esquemas sectoriales de planeación y evaluación del desempeño; estrategias que impulsen la innovación y la investigación científica; que simplifiquen la normatividad y los trámites gubernamentales, y que fortalezcan la rendición de cuentas de manera clara y oportuna a la ciudadanía. Finalmente, para proporcionar una atención de calidad integral, técnica e interpersonal, sin importar el sexo, edad, lugar de residencia, situación económica o condición laboral se delinean estrategias para transformar el Sistema Nacional de Salud de manera que toda la población mexicana esté protegida por un esquema de aseguramiento público continuo y exista una operación integrada y coordinada entre las distintas instituciones de salud.

El *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* formula así estrategias que plantean consolidar los logros hasta la fecha, define estrategias que adecúan acciones implementadas en años anteriores para que sean más eficaces; y propone nuevas estrategias para transformar de forma decidida el panorama y avanzar hacia el Sistema Nacional de Salud Universal.

Mercedes Juan
Secretaria de Salud



SIGLAS Y ACRÓNIMOS,
MARCO NORMATIVO
E INTRODUCCIÓN

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

| | |
|-----------------|---|
| ATVM | Accidentes de tráfico de vehículo de motor |
| APF | Administración Pública Federal |
| BANAVIM | Banco Nacional de Datos e Información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres |
| CNPSS | Comisión Nacional de Protección Social en Salud |
| COFEPRIS | Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios |
| CONAPO | Consejo Nacional de Población |
| CONEVAL | Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social |
| DGIS | Dirección General de Información en Salud |
| DIF | Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia |
| ECNT | Enfermedades Crónicas No Transmisibles |
| ENIGH | Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares |
| ENSA | Encuesta Nacional de Salud |
| ENSANUT | Encuesta Nacional de Salud y Nutrición |
| ETS | Enfermedades de Transmisión Sexual |
| IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| INEGI | Instituto Nacional de Estadística y Geografía |
| ISSSTE | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado |
| ITS | Infecciones de Transmisión Sexual |
| NOM | Norma Oficial Mexicana |

| | |
|--------------------|--|
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos |
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PAE | Programas de Acción Específico |
| PEMEX | Petróleos Mexicanos |
| PROIGUALDAD | Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 |
| RMM | Razón de Mortalidad Materna |
| SEDENA | Secretaría de la Defensa Nacional |
| SEMAR | Secretaría de Marina-Armada de México |
| SHCP | Secretaría de Hacienda y Crédito Público |
| SICUENTAS | Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal |
| SINAIS | Sistema Nacional de Información en Salud |
| SIRES | Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud |
| SPSS | Sistema de Protección Social en Salud |
| STPS | Secretaría del Trabajo y Previsión Social |
| TIC | Tecnologías de la Información y la Comunicación |
| TMI | Tasa de Mortalidad Infantil |
| TM<5 | Tasa de Mortalidad en Menores de Cinco Años |
| UAE | Unidad de Análisis Económico |
| VIH | Virus de Inmunodeficiencia Humana |

MARCO NORMATIVO

La *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* establece en su artículo 26, apartado A, que el Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización. La Constitución establece asimismo específicamente que habrá un *Plan Nacional de Desarrollo*, al que se sujetarán, obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal. El *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* —aprobado por Decreto publicado el 20 de mayo de 2013 en el Diario Oficial de la Federación— es el principal instrumento de planeación de esta administración; define las prioridades nacionales que busca alcanzar el gobierno mediante objetivos, estrategias y líneas de acción.

A su vez, la Ley de Planeación señala en su artículo 16, fracción IV, que las dependencias de la Administración Pública Federal deberán asegurar la congruencia de los programas sectoriales con el Plan Nacional de Desarrollo y programas especiales que determina el Presidente de la República. Para la elaboración de los programas sectoriales, en términos de elementos y características, se publicó el 10 de junio de 2013 el Acuerdo 01/2013 por el que se emiten los Lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas derivados del *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*.

En este sentido, el *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* define los objetivos, estrategias y líneas de acción en materia de salud en un marco guiado por el ordenamiento jurídico aplicable en materia de salud y por el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, como se detalla a continuación.

La *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* en su artículo 4º establece que toda

persona tiene derecho a la protección de la salud y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la propia Constitución. La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que establece el artículo 4º de la Constitución; es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. En este sentido, la Ley General de Salud establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Siendo que, conforme al artículo 5º de la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud se constituye por las dependencias y entidades de la Administración Pública tanto federal como local —así como por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud y por los mecanismos de coordinación de acciones— es importante señalar el marco jurídico que vincula a las diferentes instituciones del sector salud. El artículo 7º de la Ley General de Salud establece que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud y que le corresponde, entre otras atribuciones, establecer y conducir la política nacional en materia de salud (fracción I) y coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso se determinen (fracción II). En concordancia con lo anterior, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su artículo 39 establece que a la Secretaría de Salud le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general,

con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen (fracción I).

El *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* establece entonces los objetivos —estrategias y líneas de acción— a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud y los cuales deberán ser congruentes por un lado con las metas nacionales establecidas en el *Plan Nacional*

de Desarrollo 2013 - 2018 —México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global – y por el otro con las estrategias transversales— Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, y Perspectiva de Género; estrategias que serán ejecutadas a través de los programas especiales, a saber, Programa Especial para Democratizar la Productividad; Programa para un Gobierno Cercano y Moderno; y Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra la Mujeres.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud ha tenido avances significativos que se han visto reflejados en un incremento importante en la esperanza de vida. Sin embargo, persisten retos que superar y deudas que saldar, en particular con la población que vive en condiciones de vulnerabilidad. La salud de las personas debe ser un elemento que atenúe las brechas sociales no que las exacerbe. La salud pública y la atención médica deben constituirse en los elementos fundamentales para garantizar la protección a la salud tal como lo establece el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La definición de los objetivos y la formulación de estrategias y líneas de acción del *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* debe identificar claramente los avances de los últimos años y los retos actuales. Además, como parte del Sistema Nacional de Planeación Democrática, estas estrategias y líneas de acción consideran e incorporan las ideas y propuestas de especialistas y de la sociedad en general, formuladas en los diversos foros realizados.

El Gobierno de la República se ha propuesto dar un seguimiento puntual al avance de las metas establecidas y estar abiertos al escrutinio público. Por primera vez se han incluido dentro del *Plan*

Nacional de Desarrollo 2013-2018 indicadores que reflejan la situación del país en temas prioritarios. Además establece que los programas sectoriales incorporarán indicadores que midan el avance hacia el logro de los objetivos planteados. El *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* incluye 16 indicadores de resultado reconocidos como prioritarios tanto por las instituciones de salud como por las organizaciones de la sociedad civil y por los organismos internacionales. El seguimiento periódico del comportamiento de los indicadores respecto de las metas establecidas permitirá validar si las estrategias y líneas de acción propuestas son las correctas o es necesario realizar ajustes, de tal forma que se pueda asegurar el cumplimiento de los objetivos propuestos por esta administración.

La salud es una condición elemental para el bienestar de las personas; además forma parte del capital humano para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida. Por ello, los logros del Sistema Nacional de Salud contribuirán al cumplimiento de las cinco metas nacionales, a la realización de las tres estrategias transversales y coadyuvarán a llevar a México a su máximo potencial, tal como lo define el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*.



I. DIAGNÓSTICO

La definición de los objetivos y la formulación de estrategias y líneas de acción del *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* debe reconocer los avances de los últimos años y los desafíos actuales. Múltiples académicos, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales han contribuido a analizar la evolución y el estado actual de salud de la población mexicana, así como el desempeño del Sistema Nacional de Salud respecto de su principal objetivo de mejorar la salud. Con la finalidad de presentar un diagnóstico objetivo e imparcial, el *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* está basado en estas contribuciones. El diagnóstico por breve no puede incorporar toda la información que justifica cada una de las estrategias y líneas de acción y que a nivel operativo se establecen en los Programas de Acción Específico (PAE) de cada una de las dependencias e instituciones públicas regidas por este documento estratégico. A los interesados en cada tema se sugiere consultar los documentos mencionados.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud funciona adecuadamente si al responder tanto a las necesidades como a las expectativas de la población cumple los siguientes objetivos (WHO 2010): mejorar la salud de la población; reducir las inequidades en salud; proveer acceso efectivo con calidad y mejorar la eficiencia en

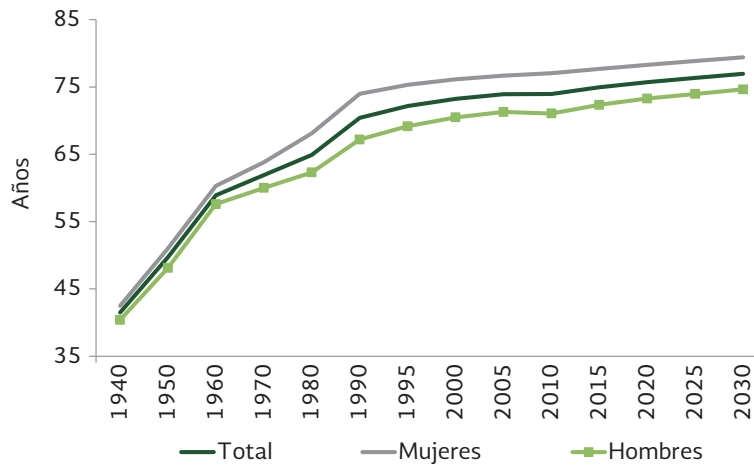
el uso de los recursos. Este diagnóstico analiza en qué medida se han logrado estos objetivos y cómo las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud (rectoría, financiamiento, generación de recursos y prestación de servicios) contribuyen al logro de dichos objetivos.

La población de México está viviendo más y con mejores condiciones de salud. La esperanza de vida al nacer pasó de 41.5 en 1940 a 74.3 en 2012 (ver Gráfica 1, INEGI 2009 y CONAPO 2013a). En el mismo periodo, se ha producido una reducción importante de la mortalidad en prácticamente todos los grupos de edad (Partida 2008). Los avances en el estado de salud de la población se deben en buena medida a las mejores condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. El progreso en la educación, el nivel de ingreso, la alimentación, las condiciones de la vivienda y del empleo y en la infraestructura pública —agua potable, drenaje, luz eléctrica— así como la mejora en el acceso a servicios de salud y la disponibilidad de nuevas tecnologías al alcance de una mayor población han propiciado una vida más saludable.¹ No obstante, México aún tiene un largo camino por recorrer para lograr indicadores de salud similares a los de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), como se muestra en el Cuadro 1.

1 Estas condiciones que influyen en el estado de salud de las personas se conocen como determinantes sociales de la salud.

GRÁFICA 1

Esperanza de vida al nacer, 1940 a 2030



Fuente: INEGI 2009 y CONAPO 2013a.

CUADRO 1

Indicadores del estado de salud de la población para México y el conjunto de países que integran la OCDE, 2011

| Indicador | México | OCDE * |
|--|--------|--------|
| Esperanza de vida al nacimiento (años) ambos sexos | 74.2 | 80.1 |
| Mujeres | 77.2 | 82.8 |
| Hombres | 71.2 | 77.3 |
| Esperanza de vida a los 65 años ambos sexos | 17.6 | 19.3 |
| Mujeres | 18.5 | 20.9 |
| Hombres | 16.7 | 17.6 |
| Bajo peso al nacer ^a | 8.6 | 6.8 |
| Tasa de mortalidad neonatal ^b | 8.6 | 2.8 |
| Tasa de mortalidad infantil ^b | 13.7 | 4.1 |
| Razón de mortalidad materna ^c | 43.0 | 7.3 |
| Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino ^d | 12.3 | 3.7 |
| Tasa de mortalidad por accidentes de transporte ^e | 14.4 | 7.7 |

Notas: a) por 100 nacidos vivos; b) por 1,000 nacidos vivos; c) por 100,000 nacidos vivos; d) por 100,000 mujeres; e) por 100,000 habitantes; * Estimado con datos de 2011 o del último año disponible para cada país.

Fuente: INEGI/SS (2012a) y OECD (2013a).

La mayor longevidad, en conjunto con una disminución significativa de la tasa de fecundidad² en México se refleja en un envejecimiento poblacional. Esta transición demográfica en paralelo con estilos de vida no saludables —como el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, el sedentarismo y la ingesta de dietas hipercalóricas— se ha traducido en una prevalencia importante de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como se muestra en el Cuadro 2. Asimismo, y a consecuencia de que en el Sistema Nacional de Salud se ha privilegiado la atención

médica sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedades y por la falta de corresponsabilidad de la población, estas enfermedades se están traduciendo en un incremento de la mortalidad (ver Gráfica 2), y pueden mermar el desempeño escolar y la productividad laboral (Aguilera y Quintana 2011, Cawley y Spiess 2008 y Cawley 2004).³

CUADRO 2

Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, México 2012 (Porcentajes)

| Prevalencia | 2012 | | |
|---|-------|---------|---------|
| | Total | Mujeres | Hombres |
| Diagnóstico previo de diabetes mellitus en adultos ^a | 9.2 | 8.6 | 9.7 |
| Hipertensión en adultos ^a | 31.5 | 32.3 | 30.7 |
| Sobrepeso y obesidad en adultos ^a | 71.3 | 69.4 | 73.0 |
| Sobrepeso y obesidad en adolescentes ^b | 34.9 | 34.1 | 35.8 |
| Sobrepeso y obesidad en niños ^c | 34.4 | 36.9 | 29.2 |

Notas: a) Población de 20 años de edad y más; b) población de 12 a 19 años de edad; y c) población de 5 a 11 años de edad.

Fuente: ENSANUT 2012.

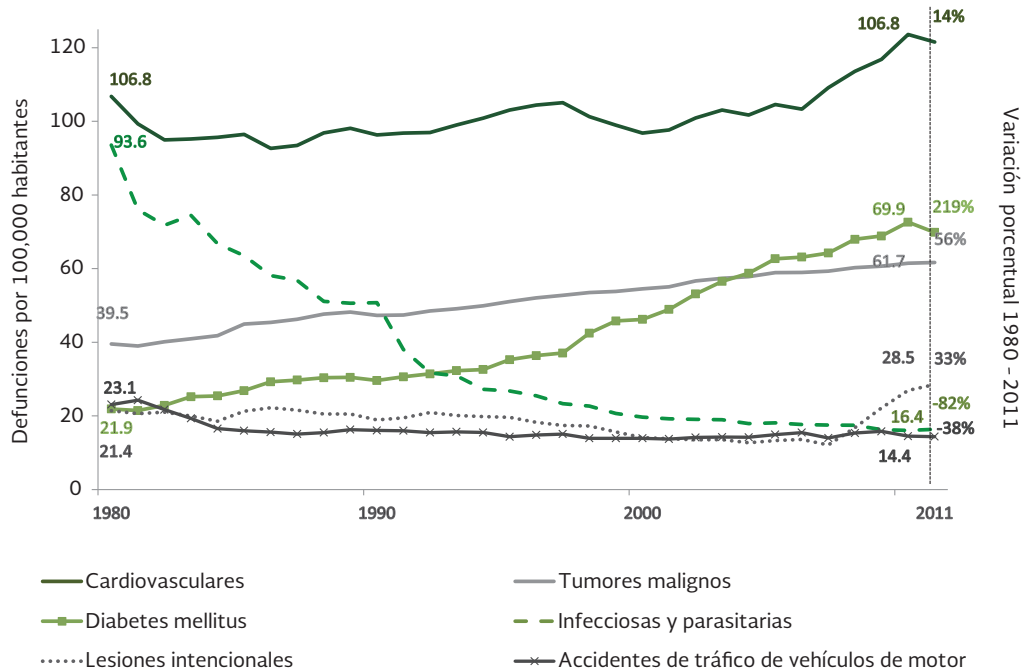
2 La tasa de fecundidad pasó de 6.1 hijos por mujer en 1939 a 2.2 hijos por mujer en 2012 (INEGI 2009 y CONAPO 2013a).

3 De acuerdo con Gutiérrez, Guajardo y Álvarez (2012), el costo indirecto por pérdida de productividad debida a muerte prematura en población en edad de trabajar, derivada de cuatro grupos de enfermedades vinculadas con la obesidad —diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y cáncer colorrectal— se estimó para 2008 en 25,000 millones de pesos y se estima que en el 2017 se ubique entre 73,000 y 101,000 millones de pesos.

GRÁFICA 2

Principales causas de defunción, México 1980-2011

(Defunciones por 100,000 habitantes)



Fuente: INEGI/SS (2012a) principales causas de muerte de la lista GBD. Se utiliza esta lista ya que cuenta con información histórica.

RECUADRO 1.

La salud en el ciclo de la vida

Las principales causas de muerte alrededor del ciclo de vida permiten claramente diferenciar los riesgos que inciden en la salud de la población de acuerdo con su edad.

Es importante asegurar la salud en los primeros años de vida (0 a 5 años) ya que éstos representan una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño y niña, las cuales determinarán su salud futura, su desempeño escolar y laboral e inclusive otras conductas sociales (Heckman 2006). Como demuestran los datos del siguiente cuadro, la mayoría de las muertes que aquejan a los niños menores de 11 años de edad son prevenibles, destacando las muertes por accidentes, por lo que es fundamental llevar a cabo todas las acciones de protección de riesgos, prevención de enfermedades y promoción de la salud y darles un seguimiento puntual.

En la población de 12 a 65 años de edad destacan las defunciones por lesiones accidentales e intencionales. Estas muertes reflejan ciertas conductas asociadas a la violencia y a problemas de salud mental, particularmente entre la población adolescente.

**PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD**

2 0 1 3 - 2 0 1 8

Las enfermedades crónicas comienzan a provocar un número importante de defunciones a partir de los 20 años de edad, exacerbándose en los mayores de 65 años. La prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como de estilos de vida poco saludables, ocasionan que las principales causas de muerte entre la población adulta estén dominadas por la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón. Otras enfermedades de gran impacto en esta etapa de la vida son la cirrosis hepática y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica – mismas que pueden deberse a un consumo excesivo de alcohol y tabaco.

| Principales causas de defunción por grupo de edad, México 2011/1 | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|---|--|--|-----------------------------------|--|
| Orden de importancia | Todas las edades/2 | <1 año | 1-4 años | 5-11 años | 12-19 años | 20-65 años | 66 y más |
| 1 | Enfermedades del corazón 17.9% | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal 51.0% | Accidentes 23.5% | Accidentes 25.9% | Accidentes 26.2% | Diabetes mellitus 14.6% | Enfermedades del corazón 25.0% |
| 2 | Diabetes mellitus 13.7% | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 23.4% | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 15.6% | Tumores malignos 17.9% | Agresiones (homicidios) 21.3% | Tumores malignos 14.1% | Diabetes mellitus 15.4% |
| 3 | Tumores malignos 12.1% | Neumonía e influenza 4.6% | Tumores malignos 8.0% | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 6.9% | Tumores malignos 8.9% | Enfermedades del corazón 11.9% | Tumores malignos 12.0% |
| 4 | Accidentes 6.2% | Accidentes 3.3% | Neumonía e influenza 6.9% | Agresiones (homicidios) 3.4% | Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 8.6% | Accidentes 10.0% | Enfermedades cerebrovasculares 7.5% |
| 5 | Enfermedades del hígado 5.5% | Enfermedades infecciosas intestinales 1.9% | Enfermedades infecciosas intestinales 5.2% | Enfermedades del corazón 3.0% | Enfermedades del corazón 3.0% | Agresiones (homicidios) 9.7% | Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, emfisema y asma 5.3% |
| Total de defunciones | 590,693 | 29,050 | 5,682 | 4,006 | 12,275 | 223,923 | 311,692 |

1 Se excluyen las defunciones con causas mal definidas y las demás causas.

2 Se incluyen las muertes por edad no especificada.

Nota: Accidentes incluye: accidentes de transporte, otras causas externas de traumatismos accidentales, complicaciones de la atención médica y quirúrgica, secuelas de accidentes de transporte, secuelas de otros accidentes.

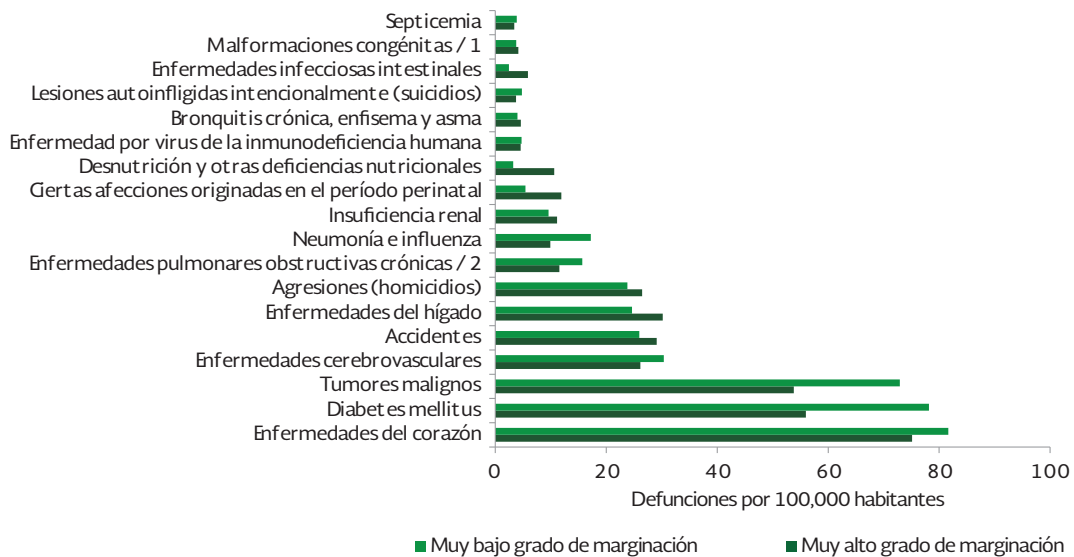
Fuente: INEGI/SS (2012b), principales causas de muerte por grupos de edad según Lista Mexicana.

Además de estos retos en salud, hoy persisten deudas con diferentes grupos sociales que viven en condiciones de vulnerabilidad. En las entidades federativas más marginadas coexisten la desnutrición y las enfermedades infecciosas, además de las ECNT y las lesiones como principales causas de muerte; la doble carga de la enfermedad se manifiesta en los más pobres (ver Gráfica 3)⁴. De los indicadores que mejor reflejan esta brecha social son la tasa de mortalidad infantil (TMI), tasa de mortalidad en menores de 5 años (TM<5) y la razón de mortalidad materna (RMM).

Las Gráficas 4a y 4b ilustran la magnitud de esta inequidad. Si bien, en términos de la TMI y la TM<5 las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son alcanzables, en las entidades de muy alta marginación el desafío es significativo; en caso de la RMM el reto persiste a nivel nacional y se exagera en los estados muy marginados (Objetivos de Desarrollo del Milenio 2013).

GRÁFICA 3

Tasa de mortalidad para las principales causas de muerte en entidades federativas con muy alto grado de marginación y muy bajo grado de marginación, México 2011
(Defunciones por 100,000 habitantes)



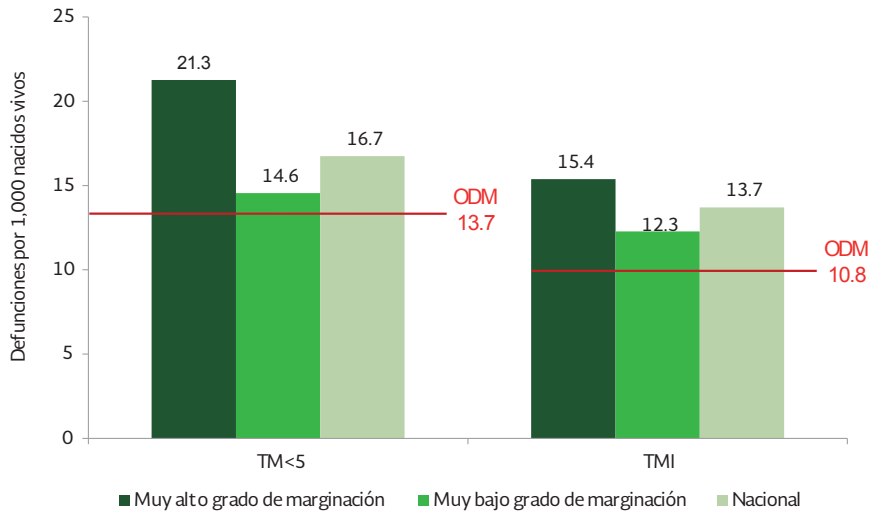
Notas: 1 Incluye deformidades y anomalías cromosómicas; /2 Excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma. Según CONAPO las entidades federativas de muy alta marginación son Oaxaca, Chiapas y Guerrero. Y las entidades de muy baja marginación son el Distrito Federal, Nuevo León, Coahuila y Baja California.

Fuente: INEGI/SS (2012b), principales causas de muerte según Lista Mexicana y CONAPO (2013b).

4 Asimismo, los cambios ecológicos que potencian tanto la frecuencia como la severidad de los fenómenos naturales, como las inundaciones o sequías, afectan temporalmente la salud de la población, particularmente en los municipios más marginados del país.

GRÁFICA 4A

Tasa de mortalidad infantil y en menores de cinco años, nacional y para entidades federativas con muy alto grado de marginación y muy bajo grado de marginación, México 2011
(Defunciones por 1,000 nacidos vivos)

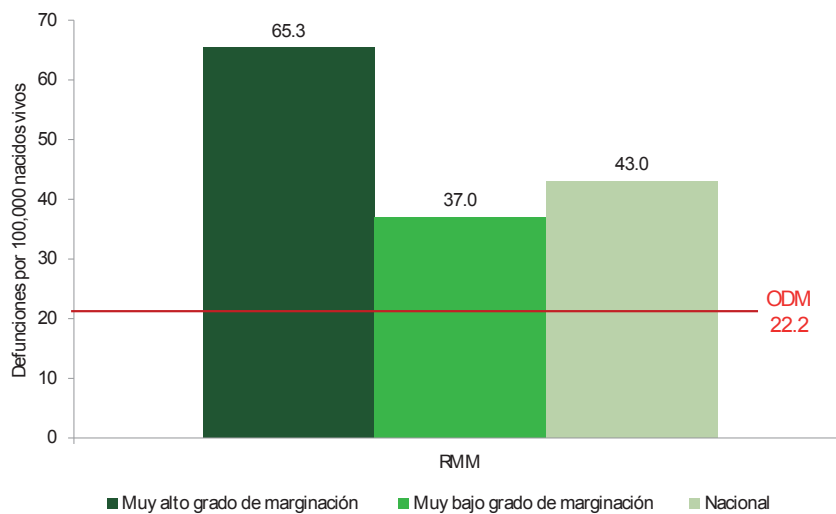


Nota: Según CONAPO las entidades federativas de muy alta marginación son Oaxaca, Chiapas y Guerrero; las entidades de muy baja marginación son el Distrito Federal, Nuevo León, Coahuila y Baja California.

Fuente: INEGI/SS (2012a) y Objetivos de Desarrollo del Milenio (2013).

GRÁFICA 4B

Razón de mortalidad materna nacional y para entidades federativas de muy alto grado de marginación y muy bajo grado de marginación, México 2011
(Defunciones por 100,000 nacidos vivos)



Nota: Según CONAPO las entidades federativas de muy alta marginación son Oaxaca, Chiapas y Guerrero; las entidades de muy baja marginación son el Distrito Federal, Nuevo León, Coahuila y Baja California.

Fuente: INEGI/SS (2012a) y Objetivos de Desarrollo del Milenio (2013).

Se debe reconocer, sin embargo, que esta inequidad responde principalmente a los niveles de pobreza, educación, infraestructura pública y en el hogar, y a otros determinantes sociales (Marmot 2005). Diversos estudios han documentado ampliamente las carencias sociales de grupos importantes de la población del país (CONEVAL

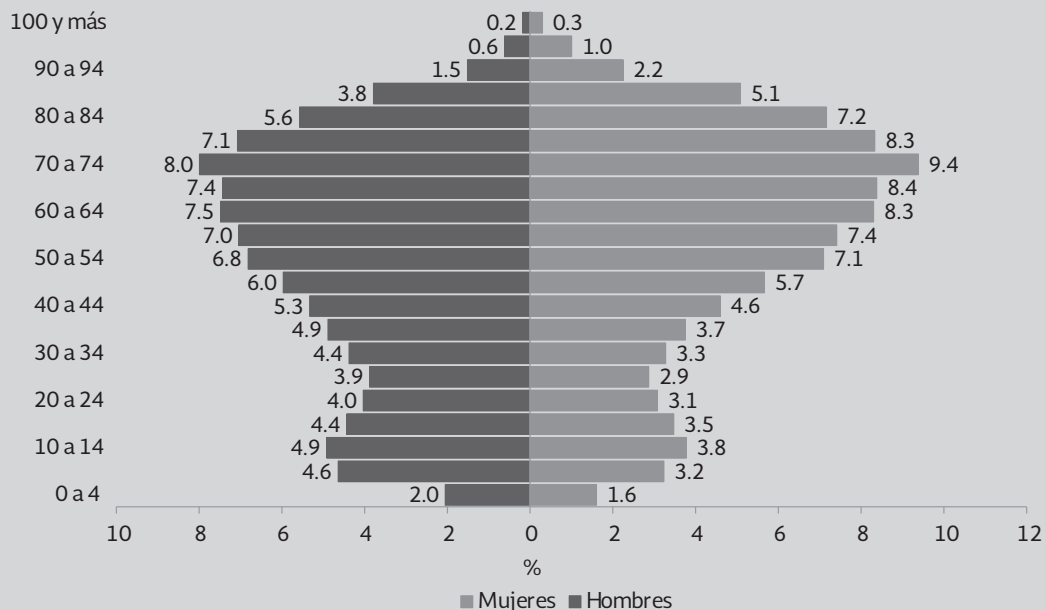
2012). Esta situación implica que las políticas de salud, sobre todo para las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad, deben llevarse a cabo coordinadamente con otras políticas sociales y económicas; lo que implica establecer acciones intersectoriales y en conjunto con todos los órdenes de gobierno.

RECUADRO 2.

La discapacidad, un creciente problema de salud pública

Una persona con discapacidad presenta una limitación física, mental o cognitiva transitoria o permanente que le impide desarrollar sus actividades en forma que se considera normal para un ser humano (INEGI 2010). De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, en México la población con discapacidad ascendió a 5.1% y de ésta 46% fueron adultos mayores de 60 años.

Distribución porcentual de la población con discapacidad por grupo de edad y sexo, 2010



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

Los dos principales tipos de discapacidad son los relacionados con la movilidad y la vista. El 68.8% de las personas discapacitadas cuentan con aseguramiento público en salud. Del total de personas con discapacidad 97.7% fueron usuarias de servicios de salud y de éstas el 79.9% utilizaron servicios públicos (INEGI 2012a).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010, el 16.4% de los hogares en México que tiene al menos un integrante con discapacidad, gasta el doble en cuidados a la salud que los hogares sin miembros discapacitados (4.6% frente a 2.4%), erogando más en atención

ambulatoria (77.2%) y en medicamentos sin receta (16.1%). El contexto anterior motiva al análisis de la respuesta que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud están ofreciendo a esta población en condición de vulnerabilidad.

Las mejores medidas contra la discapacidad son la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de accidentes y enfermedades, así como una pronta intervención médica resolutive para reducir la aparición de complicaciones que generen secuelas. Una vez manifiesta, las personas con discapacidad requieren tratamientos de rehabilitación de largo plazo así como el uso de prótesis, órtesis y aparatos auxiliares como sillas de ruedas. Los servicios de rehabilitación y los aparatos requeridos no son proporcionados por todas las instituciones públicas de salud a todos los que lo requieren. Esta situación genera que 20.1% de la población se atienda en servicios privados ocasionando gastos de bolsillo que pueden ser catastróficos para la familia del discapacitado (INEGI 2012a).

En el Sistema Nacional de Salud es imperativo realizar un ejercicio robusto de factibilidad legal, organizacional, operativa y financiera que permita ofrecer alternativas de acceso a servicios públicos de rehabilitación y cuidados de largo plazo a esta población en condición de vulnerabilidad, la cual irá creciendo conforme el proceso de envejecimiento se manifieste plenamente.

Una vez abordados los determinantes sociales, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la protección contra los riesgos a la salud en cualquier actividad de la vida son las herramientas con las que cuenta el sector salud para asegurar que la integridad física y mental de una persona sólo se vea amenazada por factores genéticos o por el proceso de envejecimiento. A través de décadas, el sector salud ha avanzado significativamente en temas de control de riesgos sanitarios y de salud pública. Por un lado, la aplicación de la regulación existente para el control, vigilancia y fomento sanitario del agua, los alimentos, los productos no alimentarios para uso humano, la salud ocupacional y la sanidad internacional, brindan una base para el desarrollo saludable de la población. Por otro lado, se han expandido las acciones de salud pública que han permitido controlar la mayoría de las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación,⁵ y al mismo tiempo, dar una respuesta oportuna en caso de brotes epidemiológicos. En paralelo, se han registrado avances organizacionales como la descentralización de responsabilidades, el incremento de recursos públicos

para la salud y la creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). No obstante, se han identificado retos a superar en términos de diseño y coordinación de programas a nivel institucional e intersectorial, de fortalecimiento de acciones de promoción y prevención, primaria y secundaria (Muñoz 2012). Dos temas que generan preocupación, especialmente porque atañe a los niños, son por un lado, el bajo nivel de cobertura del esquema completo de vacunación en menores de un año de edad, el cual para 2012, de acuerdo al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, se ubica en 48.5%⁶; y por el otro, que no se ha podido reducir a cero el número de casos de transmisión vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a pesar de que ya existe acceso al tratamiento antirretroviral gratuito.

Si las acciones de promoción y protección de la salud y de prevención de enfermedades son la forma de mantener

⁵ Destaca la erradicación de la viruela y la poliomielitis en nuestro país alcanzada en la década de los cincuentas y noventas del siglo pasado, respectivamente.

⁶ Esta cifra es similar a la reportada en la ENSANUT 2012 de 49.8%. Cabe señalar que de acuerdo a la ENSANUT 2012 la cobertura de esquema completo a un año se ubica en 60.7%. El esquema completo de vacunación en menores de un año se refiere al porcentaje de niños menores de un año de edad con esquema completo de vacunación para la edad; y el esquema completo de vacunación en niños de un año se refiere al porcentaje de niños de un año de edad con esquema completo de vacunación sin importar en qué momento se les hayan aplicado las vacunas.

a la población sana, el acceso efectivo con calidad a servicios médicos (incluyendo prevención secundaria) es la política con que cuenta el Estado para asegurar que una enfermedad no prospere o retrase su desarrollo, una pronta recuperación de la persona enferma, o una rehabilitación adecuada de la persona lesionada o discapacitada; por ello, el acceso efectivo con calidad es el segundo objetivo que persiguen los sistemas de salud.

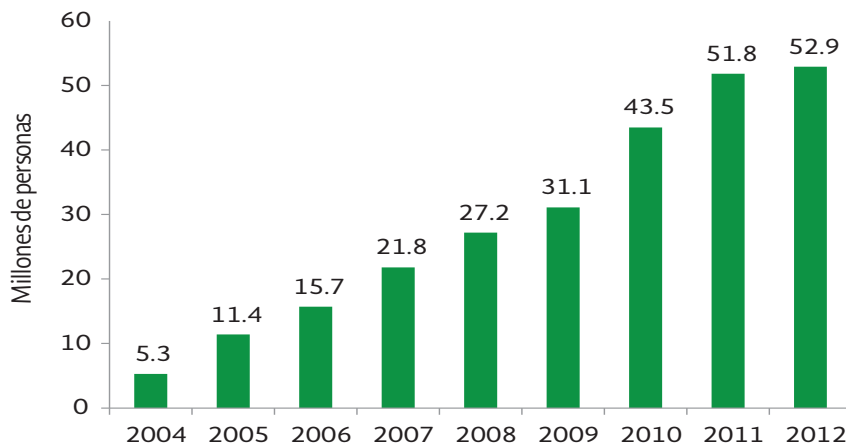
El logro de este objetivo implica que los sistemas de salud deben responder a las necesidades y expectativas de la población; es decir, asegurar la calidad técnica e interpersonal en los servicios de atención. Un servicio de calidad es aquel capaz de brindar a las personas usuarias los máximos beneficios de acuerdo con los conocimientos técnicos y científicos disponibles⁷.

Para alcanzar este resultado debe cumplirse el acceso físico a los servicios (geográfico, cultural, económico), su disponibilidad y oportunidad (recursos físicos y materiales cuando son necesarios) y la calidad en los procesos de atención. Cuando concurren estos elementos existe acceso efectivo con calidad.

Una de las principales barreras para el acceso efectivo a los servicios se abordó a partir del año 2004, al ampliar la protección financiera a través de la implementación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La Gráfica 5 muestra el avance de la afiliación al SPSS desde el año 2004⁸.

GRÁFICA 5

Afiliación al Sistema de Protección Social en Salud, 2004-2012



Fuente: CNPSS (2012).

⁸ Estos datos no coinciden con los reportados por CONEVAL, el cual en su anexo estadístico 2012 de la medición de la pobreza reportó que con base en la ENIGH del mismo año habían 47.8 millones de afiliados al Seguro Popular. De la misma manera se registran diferencias entre los datos administrativos reportados por las instituciones de seguridad social y la encuesta. El propio CONEVAL (CONEVAL 2013) indica que las diferencias se explican principalmente por desinformación de los beneficiarios, traslape de beneficiarios, existencia de diferentes sistemas para la integración de registros administrativos, diferencias en periodos de captación de la información entre las bases administrativas y las encuestas a hogares y rezagos en la actualización de bajas de los padrones administrativos. Vale la pena señalar que el indicador de carencia de acceso a servicios de salud en el último reporte de medición de pobreza de CONEVAL y que es base para el indicador de cobertura se ubica en 21.5%. El anexo estadístico de la medición de pobreza 2012 de CONEVAL se encuentra disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Anexo-estad%C3%ADstico-pobreza-2012.aspx>

⁷ El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (Institute of Medicine) define la calidad de los servicios como el grado en que estos incrementan la probabilidad de los resultados deseados a la luz del conocimiento científico vigente.

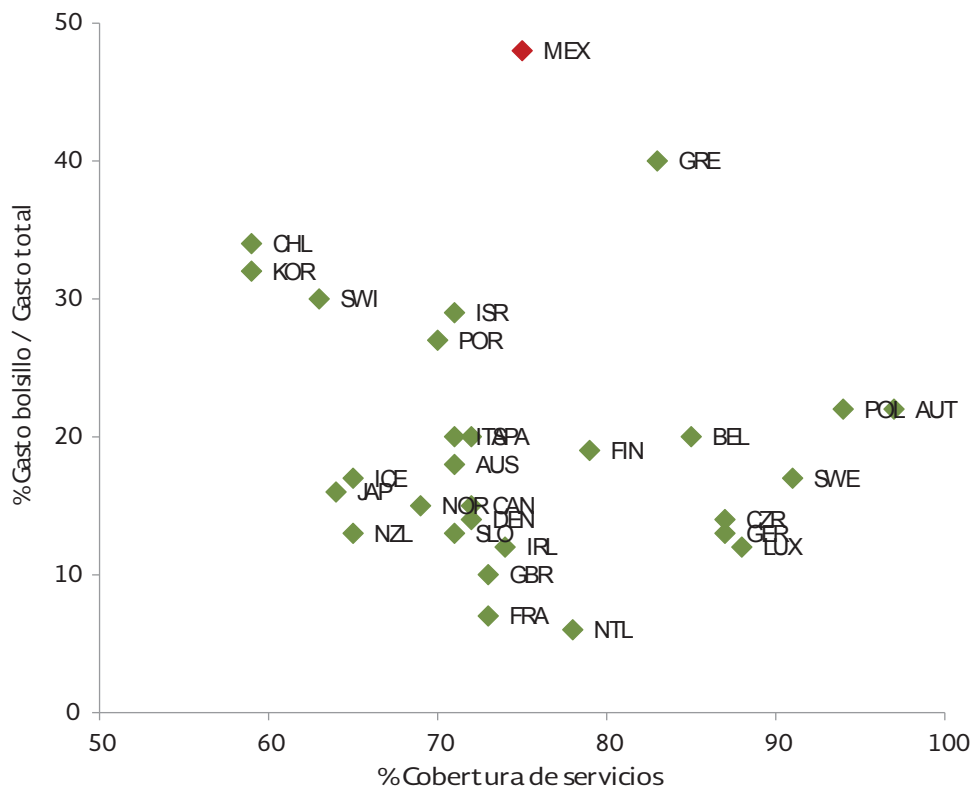
Aun cuando la cobertura de aseguramiento público ha aumentado considerablemente a través de los años, un tema de preocupación fundamental radica en el hecho de que el gasto de bolsillo no ha disminuido a los niveles esperados, manteniéndose cerca del 50%. Esta situación es de hecho un caso de excepción en los países de la OCDE.

De acuerdo con un estudio desarrollado por este organismo internacional (OECD 2013b), en el que

se compara un indicador de cobertura pública de servicios (que incluye cobertura poblacional, beneficios cubiertos —el paquete garantizado— copagos y otras dimensiones que miden la protección que otorgan los programas de aseguramiento público) versus el gasto de bolsillo, México se ubica entre los países que proporcionan la mayor cobertura, pero el gasto de bolsillo es más del doble que el registrado en la mayoría de los países (ver Gráfica 6).

GRÁFICA 6

Indicador de cobertura de salud en comparación con el porcentaje de gasto de bolsillo respecto al gasto total en salud en países de la OCDE, 2010



Nota: MEX: México, GRE: Grecia, CHL: Chile, KOR: Corea, SWI: Suiza, ISR: Israel, POR: Portugal, ITA: Italia, SPA: España, AUT: Australia, ICE: Islandia, JAP: Japón, NOR: Noruega, NZL: Nueva Zelanda, SLO: Eslovaquia, CAN: Canadá, DEN: Dinamarca, IRL: Irlanda, GRB: Gran Bretaña, FRA: Francia, NTL: Holanda, FIN: Finlandia, BEL: Bélgica, POL: Polonia, AUS: Austria, GER: Alemania, CZR: República Checa, LUX: Luxemburgo, y SWE: Suecia.

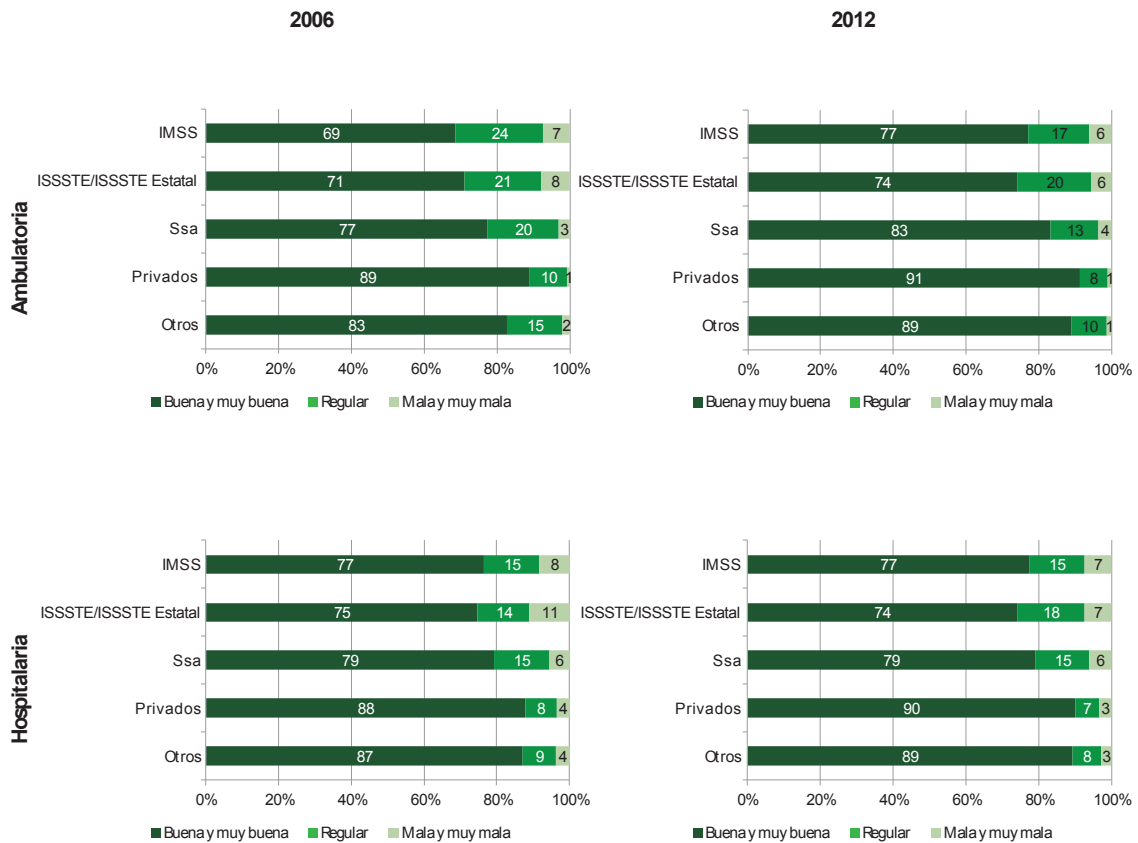
Fuente: OECD (2013b).

Este excesivo gasto de bolsillo indica que la población decide utilizar servicios privados pues los percibe con mayor calidad o enfrenta problemas de acceso a servicios públicos (OCDE 2012). La ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 revelan que de las personas que se atendieron en las diferentes instituciones la percepción de la calidad en la atención es mayor en

el sector privado, a pesar de que ésta ha mejorado en los establecimientos públicos en los últimos años (ver Gráfica 7). Además, documentan que las personas que se atienden en establecimientos privados lo hacen aun contando con cobertura de aseguramiento público y que el problema principal se encuentra en el primer nivel de atención (Gráfica 8).

GRÁFICA 7

Percepción de calidad de los usuarios, México 2006 y 2012

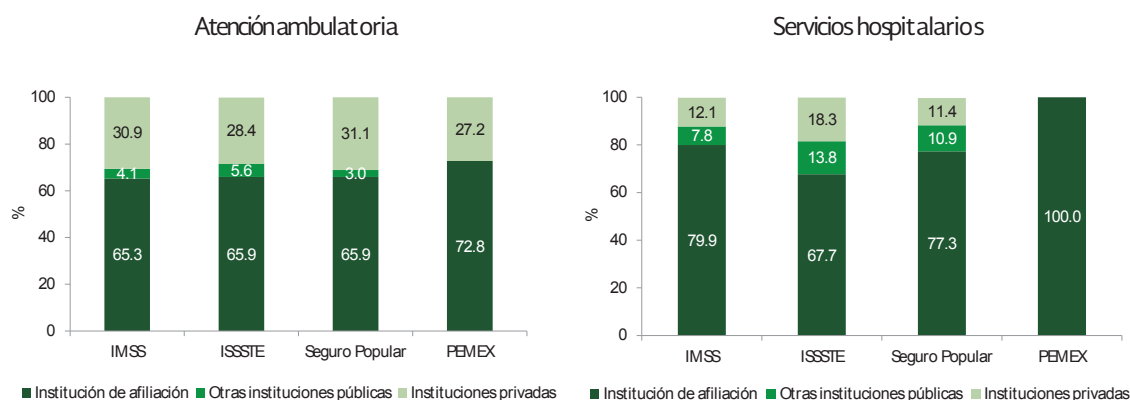


Nota: Para 2006 el rubro de otros agrupa IMSS Oportunidades, DIF, Marina/Defensa, PEMEX, Cruz Roja, Hospital civil y otros. En 2012 este rubro se integra por PEMEX, Defensa, Marina, IMSS Oportunidades y otros.

Fuente: ENSANUT 2006 y 2012.

GRÁFICA 8

Utilización de servicios por afiliación, 2012



Fuente: ENSANUT 2012.

El tema de la calidad y del acceso puede ser explicado por los niveles, distribución, características y organización de los recursos para la salud. En este rubro se han identificado los siguientes retos. Primero, la disponibilidad de recursos para la salud es baja en México en comparación con los estándares de la OCDE. De acuerdo con datos de la misma organización para 2011, en el país existían 1.7 camas por 1,000 habitantes; cifra que es inferior al promedio de todos los países que componen la organización (que se ubica en 4.8); peor aún, del total de camas 24% pertenecen al sector privado. De esta forma, el número de camas del sector público en el país se calcula en 1.3 camas por 1,000 habitantes (OECD 2013a).

Segundo, la distribución geográfica de la infraestructura genera concentraciones ineficientes en algunos lugares y deja población sin acceso. Según un estudio de CONEVAL (2013, Cuadro 5) el 81.6% de la población tiene muy alto grado de acceso geográfico, 15.6% tienen algún grado de acceso (es la suma de acceso alto, medio, bajo y muy bajo) y 2.8% de la población no cuenta con acceso geográfico⁹; esta última equivale a 3.2 millones

de personas distribuidas en 57,171 localidades; lo que representa el mayor reto y la necesidad de implementar estrategias diferentes.

El gobierno mexicano ha diseñado diversas estrategias para acercar los servicios de salud a las comunidades que viven en estas localidades alejadas y dispersas. Destacan la expansión del Programa IMSS Oportunidades, las unidades médicas móviles y el Programa de Cirugías Extramuros. Del párrafo anterior se desprende que todavía hay trabajo hacia adelante. Una acción esencial será seguir expandiendo y focalizando estos programas, además de implementar otros que permiten las nuevas tecnologías de información.

Un tema de preocupación en cuanto a la infraestructura se refiere a que en años pasados se ha observado un crecimiento desordenado de la misma, especialmente en los servicios para la población sin seguridad social. Esta situación ha generado por un lado, la concentración de unidades pertenecientes a diferentes instituciones en las mismas áreas geográficas, y por el otro, la subutilización de algunas unidades, ya sea por falta de recursos humanos y/o equipamiento o por falta de recursos para garantizar su operación. Esta situación se origina por la falta de apego al Plan Maestro de Infraestructura y por sus limitaciones para constituirse como un plan sectorial. Hay que reconocer que al mismo

⁹ Muy alto grado de acceso geográfico se define como localidades con centro de salud y/o unidad de hospitalización; algún grado de acceso incluye localidades con acceso a servicios médicos en un radio de 2.5 km; y sin acceso se refiere a localidades con acceso a más de 2.5 km de un centro de salud.

tiempo existe infraestructura deteriorada que requiere conservación y mantenimiento periódico. A la brevedad deberá abordarse este tema de forma decidida.

El tercer reto es el uso de los recursos y la productividad de las unidades de salud del sector público. El equipamiento de dichas unidades con frecuencia no es el adecuado o es nulo y en general los recursos tecnológicos de apoyo de diagnóstico se ubican en el nivel hospitalario (OECD 2013a)¹⁰. Esta situación trae como consecuencia, además de afectaciones para los pacientes, quienes tienen que estar acudiendo a diferentes unidades médicas, el encarecimiento del servicio. Al mismo tiempo, la infraestructura está subutilizada debido a que se tienen horarios de atención limitados. Finalmente, si las diferencias entre la productividad de las distintas instituciones es un indicador de las ganancias potenciales, debe llamar la atención la varianza en los días de estancia por diagnóstico, los servicios otorgados por personal en contacto con el paciente

o las intervenciones innecesarias como las cesáreas, sólo por poner algunos ejemplos¹¹.

Los recursos humanos son estratégicos para el buen desempeño de cualquier sistema de salud. El reto es desarrollar una fuerza laboral para la salud que esté disponible, tenga arraigo en las comunidades, sea competente, productiva y responda a las necesidades de la población con prioridad hacia la prevención y promoción de la salud. Hoy el sector público enfrenta diversos retos fundamentales respecto a los recursos humanos, que en realidad son un reflejo de la situación en la infraestructura (Muñoz 2012 y OCDE 2012).

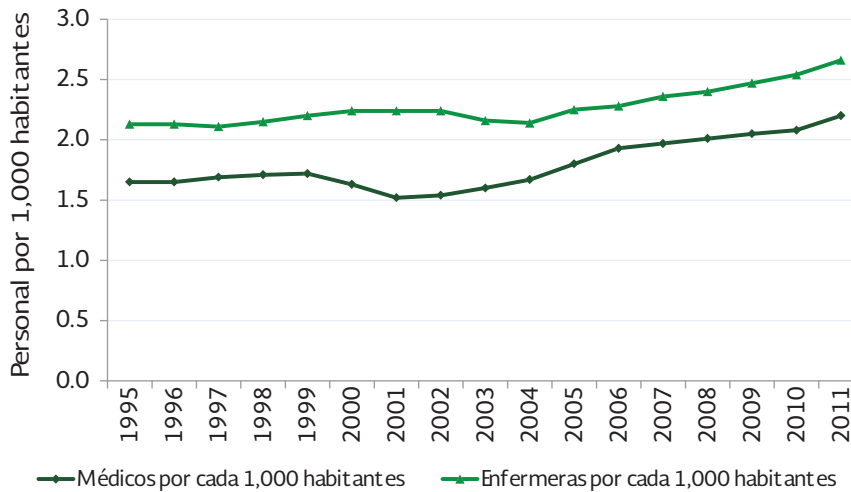
Primero, si bien en los últimos años se ha observado un crecimiento del personal de salud en contacto con el paciente (Gráfica 9), el número de médicos y enfermeras es bajo en comparación con el promedio de los países de la OCDE. En México el número actual de médicos por 1,000 habitantes es de 2.2 y de enfermeras por 1,000 habitantes de 2.7; mientras que el promedio de la OCDE es de 3.2 médicos por 1,000 habitantes y 8.7 enfermeras por 1,000 habitantes respectivamente (OECD 2013a). Para llegar a los mismos estándares se debería incrementar 50% la cifra de médicos y más que triplicar la cifra de enfermeras.

10 De acuerdo con datos de la OCDE la disponibilidad por millón de habitantes de equipos de alta tecnología se encuentra muy por debajo del promedio reportado por los países miembros. Destaca la imagen por resonancia magnética cuya disponibilidad en México es de 2.1 por millón de habitantes mientras que el promedio OCDE es de 13.3 por millón de habitantes (OECD 2013a).

11 Las cesáreas representan el 38.5% de los nacimientos en el sector público, con variaciones significativas que van desde 23% en las unidades del IMSS Oportunidades hasta 67% en los servicios del ISSSTE. Es importante señalar que el mayor número de estas cesáreas practicadas en el ISSSTE se realizaron en los hospitales de tercer nivel de atención, en donde se atienden eventos obstétricos de mayor complejidad. Las recomendaciones internacionales sugieren que el porcentaje de nacimientos por cesárea no debe rebasar 15% (González Pérez et al. 2011).

GRÁFICA 9

Personal médico en contacto con pacientes, México 1995-2011



Fuente: OECD (2013a).

En segundo lugar, se observa una concentración geográfica y de horario de atención. Existe una tendencia a que los recursos humanos se concentren en las áreas urbanas, debido a que los incentivos — personales y profesionales¹²— para establecerse en centros de atención lejanos a las grandes ciudades son escasos o inexistentes. La principal consecuencia es que la atención brindada en los centros de salud rurales suele depender de los médicos en formación que se encuentran realizando su servicio social. Además, la mayor parte de las plantillas de personal de salud en las diferentes instituciones médicas, se concentra en turnos matutinos, careciendo de atención en turnos vespertinos, nocturnos y fines de semana.

En tercer lugar, el perfil de la plantilla de profesionales en las unidades médicas del sector salud y la forma grupal de organizarse no están alineados con las necesidades de salud de la población. Se observa, por un lado, una excesiva especialización del personal médico en áreas inadecuadas respecto del perfil epidemiológico y, por el otro, una carencia de profesionales con las habilidades idóneas para atender

la problemática particular a la que se enfrentan en las unidades. Hoy no existen plazas suficientes en ciertas especialidades como nutrición, salud mental o gerontología, las cuales, son indispensables de acuerdo al perfil de morbilidad que se observa en México, y que de acuerdo a la experiencia internacional, son clave en equipos multidisciplinarios especializados para llevar el control exitoso de pacientes crónicos.

A esto se debe añadir que en un sistema centrado en la persona, el perfil de cada paciente requiere que el personal médico reconozca la interculturalidad de la población, y se apegue al cumplimiento de los derechos humanos y los criterios éticos, además de que debe contar con las habilidades interpersonales y de comunicación, aspectos que no siempre están incorporados al conjunto de competencias del personal médico que brinda servicios en las unidades.

En lo que respecta al primer nivel de atención, el rol del personal de enfermería no ha sido aprovechado en su totalidad. Aun cuando su formación le permite hacerse cargo de algunas de las necesidades de cuidados de la población y es el personal que está más en contacto con el paciente, continúa fungiendo como auxiliar del personal médico. La experiencia

12 Ciertos profesionales de la salud prefieren no emigrar a algunos estados.

en otros países muestra beneficios positivos en los resultados de salud y tiempos de espera al permitir una mayor participación del personal de enfermería en la prestación de servicios¹³.

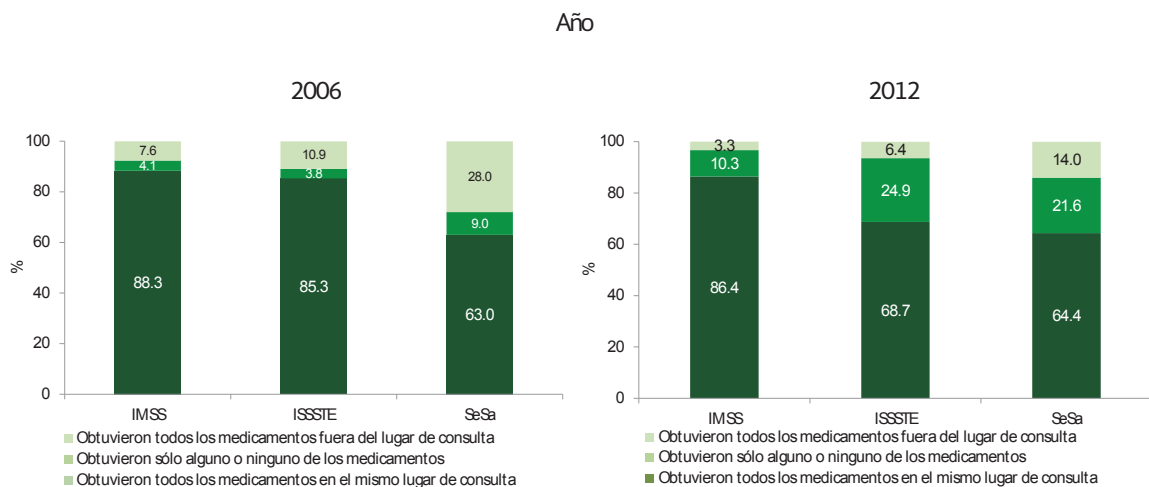
La situación que se vive en las unidades de salud respecto a los recursos humanos es el resultado de todo un proceso que incluye la planeación, formación, gestión, capacitación y evaluación; en el que concurren las decisiones de las personas, la oferta de programas y su enfoque en los centros educativos y de formación, las estrategias de recursos humanos de los propios prestadores de servicios (limitados además por los propios contratos de trabajo) y las políticas que se establezcan desde el ámbito de la rectoría. Esta multiplicidad de factores, restringidos además por cuestiones presupuestales, genera un panorama complejo que llama a establecer esfuerzos de coordinación intersectoriales, interinstitucionales y de los diferentes órdenes de gobierno; pone de manifiesto además la necesidad de fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria y de

hacer más eficiente el financiamiento público para los recursos humanos. No obstante, se está consciente de que cambiar el panorama general de la adecuación de los recursos humanos a las nuevas necesidades del país, aun implementando políticas transformadoras que fortalezcan el primer nivel de atención con un modelo más homogéneo, será una realidad en el mediano y largo plazos.

Otro aspecto en términos de acceso tiene que ver con el surtimiento de medicamentos. La Gráfica 10 muestra el surtimiento de medicamentos recetados por institución. Si se toma como criterio el surtimiento completo de la receta se observa que hay deficiencias que alcanzan el 35.6% en el año 2012. Los problemas de surtimiento, sin embargo, se presentan en paralelo con casos de sobre prescripción. Esta situación alerta sobre la necesidad de llevar a cabo acciones para mejorar el abasto de medicamentos y al mismo tiempo para fomentar el uso racional de los mismos. El tema de abasto de medicamentos en las instituciones del sector público está en lo más alto de la agenda gubernamental.

GRÁFICA 10

Surtimiento de medicamentos recetados por institución, México 2006-2012



Fuente: ENSANUT 2006 y 2012.

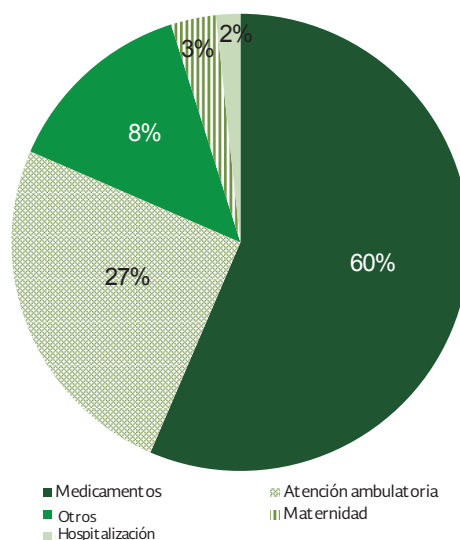
13 Ver la exitosa experiencia en Escocia en The Scottish Government Health Delivery Directorate (2010).

Con base en la información anterior, no es de sorprender entonces que la mayor parte del gasto

de bolsillo se destine a medicamentos y a consultas médicas ambulatorias (ver Gráfica 11).

GRÁFICA 11

Gasto de bolsillo por rubro de gasto en salud, México 2012



Fuente: ENIGH 2012, CONEVAL (2010) y UAE (2009).

RECUADRO 3.

Farmacias con consultorio

Un aspecto que debemos destacar es el creciente fenómeno de las farmacias con consultorio. Estimaciones de COFEPRIS indican que 43% de las farmacias ofrecen consultas médicas. Entre 2010 (año en que fue publicado el Acuerdo para controlar la venta de antibióticos) y 2012 las farmacias con consultorio crecieron 130%. Las 10,000 farmacias con consultorio clínico atienden mensualmente al 7% de la población mexicana. Esta modalidad puede generar beneficios importantes para la aplicación estricta de los lineamientos de control de antibióticos de 2010, así como para la prevención de la automedicación y la disminución del riesgo en la desviación de medicamentos al mercado informal. Sin embargo, el tema puede ser preocupante ya que estos consultorios en ocasiones no están regulados, situación que induce la prescripción y adquisición de medicamentos innecesarios (COFEPRIS 2013), tal como ha sido documentado por Pérez-Cuevas, et al (2012).

Finalmente, un tema de la mayor importancia respecto al acceso a servicios médicos es la cobertura que otorga el paquete de beneficios. Si bien con la introducción del SPSS y la expansión en los años pasados de las intervenciones garantizadas, se ha avanzado significativamente en cubrir la mayor parte de las intervenciones de primer y segundo nivel, hoy persisten todavía diferencias con la seguridad social, especialmente en intervenciones de alta

especialidad.¹⁴ El SPSS debe ampliar el número de intervenciones que otorga para reducir estas inequidades y ampliar su cobertura poblacional

14 Hasta 2012 los paquetes explícitos del SPSS cubrían el 100% de las intervenciones del primer nivel de atención médica, el 90% de la atención hospitalaria general y 57 intervenciones de alta especialidad. En el caso de la población afiliada a instituciones de seguridad social, si bien no existen paquetes explícitos de intervenciones sí existen exclusiones en intervenciones de rehabilitación y provisión de prótesis u órtesis que por ley sólo se proporcionan a los trabajadores que hayan sufrido un riesgo de trabajo.

privilegiando aquélla que vive en pobreza, en específico, los beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, a fin de asegurarles un paquete de beneficios más amplio.

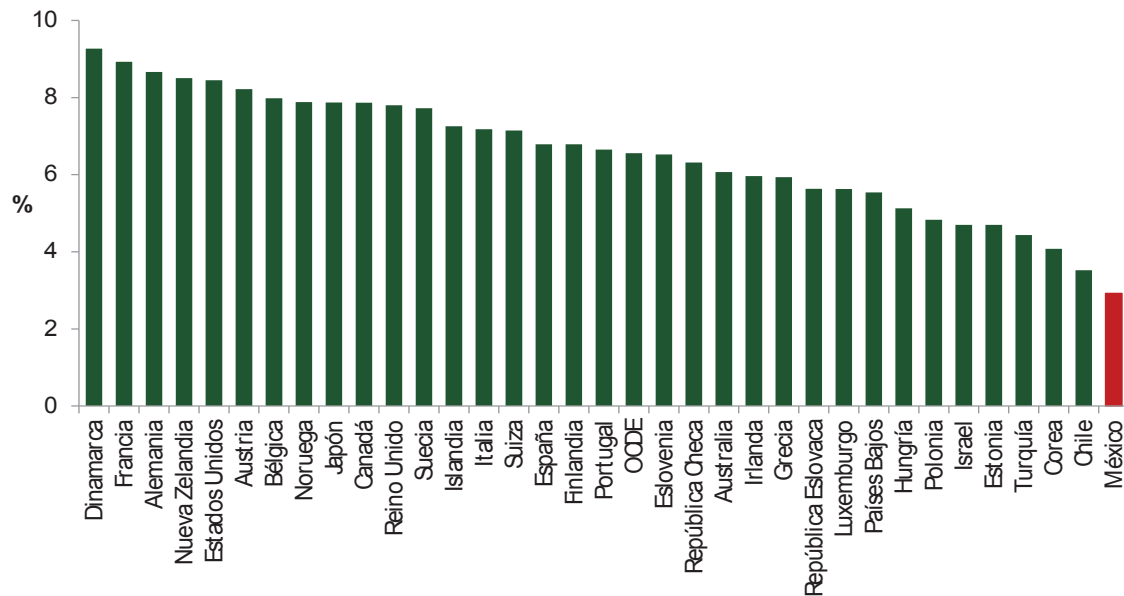
La ampliación de la población asegurada documentada párrafos arriba estuvo acompañada por un crecimiento del financiamiento de las intervenciones con recursos públicos. El gasto público en salud ha aumentado de 2.7% con respecto al producto interno bruto en 2004 a 3.1% en 2012.¹⁵ Este incremento ha reducido dos brechas financieras. Por un lado, el financiamiento per cápita entre la población sin seguridad social respecto a la población con seguridad social pasó de una diferencia de 145% en el año 2004 a una de 51% en 2011. Por el otro, las diferencias en el financiamiento a la población sin seguridad social entre las distintas entidades federativas se han atenuado, aunque todavía no está perfectamente acorde a las necesidades de salud de cada estado. Además, existe evidencia que gracias al SPSS hoy las familias enfrentan una menor

probabilidad de incurrir en gastos catastróficos y empobrecedores (UAE/SS 2010). El SPSS es uno de los programas sociales más progresivos del país (Scott 2013).

No obstante, por un lado, el gasto público en salud como porcentaje del PIB continúa siendo bajo en comparación con los países de la OCDE (ver Gráfica 12); y por el otro, diversos estudios han documentado una pérdida de eficiencia en el uso de los recursos (Miranda, Aguilera y Velázquez 2012), planteando el cuarto reto de los sistemas de salud. El mejor indicador que muestra la existencia de una oportunidad para mejorar el uso de los recursos en salud es el del gasto administrativo. De acuerdo con la OCDE (2013a) el gasto administrativo del Sistema Nacional de Salud se ubica cerca del 10% del gasto total, 2.5 veces más que el promedio de los países de la OCDE de 4%. Si sólo se considera al sector público, el gasto administrativo ascendería a casi el 17%.

GRÁFICA 12

Gasto público en salud como porcentaje del PIB para los países de la OCDE, 2011



Nota: Datos de 2011 o del último año disponible.

Fuente: OECD (2013a).

15 Datos preliminares de la DGIS para 2012.

Actualmente, los arreglos organizacionales vigentes, donde prevalece la participación de instituciones verticalmente integradas, pero separadas entre sí, generan ineficiencias. La actual segmentación del sistema público de salud implica la duplicación de funciones y no permite el aprovechamiento de economías de escala en procesos comunes¹⁶, así como la captura de ganancias en eficiencia debido a la competencia o uso de los recursos más baratos y de mayor calidad. La inexistencia de un sistema nacional confiable de información está generando duplicidades del financiamiento público y desaprovecha la planeación estratégica de los recursos para la salud. La falta de coordinación para decidir nuevas inversiones entre las diferentes instituciones impide optimizar el uso de la infraestructura y los esfuerzos de intercambio de servicios entre las dependencias públicas de salud que se intentaron en los años pasados tuvieron un alcance limitado a ciertas intervenciones y regiones del país.¹⁷ Tanto en la seguridad social como en el SPSS se han hecho esfuerzos para dar mayor libertad financiera a los prestadores de servicios. No obstante, hoy en ambos esquemas se continúa primordialmente con la presupuestación histórica o irreductible, la cual no alinea los incentivos hacia la productividad; la separación de funciones es una asignatura pendiente en la agenda de cambio (Banco Mundial 2013, Bonilla Chacín y Aguilera 2013 y OCDE 2012).

Un tema puntual de eficiencia en el financiamiento para las acciones de salud focalizadas a la población sin seguridad social se refiere a la multiplicidad de fuentes de financiamiento cada una con diferente normatividad; lo que ha dificultado el ejercicio de los recursos, y merma su eficiencia. Este es un tema urgente que debe abordarse.

El eficiente uso de los recursos es una condición necesaria para mejorar la salud de la población en un contexto donde la demanda por servicios de salud

16 Un buen ejemplo de las ganancias por coordinación fueron las reducciones obtenidas a través de las acciones de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud.

17 En este aspecto destaca el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas el cual ha tenido resultados positivos.

con calidad es creciente y el financiamiento público restringido; en particular a través de la planeación interinstitucional de largo plazo, una mejor administración de riesgos, así como solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales. A futuro, el panorama se observa complicado pues se deberá enfrentar una mayor presión financiera asociada a la mayor prevalencia de enfermedades de alto costo, como las ECNT. De acuerdo con Gutiérrez, Guajardo y Álvarez (2012) el costo de la atención médica de las ECNT relacionadas con la obesidad representó 42 mil millones de pesos en 2008 (13% del gasto público en salud de ese año) y casi se duplicará en 2017 si no se aplican intervenciones preventivas efectivas.¹⁸ La eficiencia en el uso de los recursos requerirá acompañarse, de haber espacio fiscal, de mayor presupuesto público a la salud.

Superar los retos planteados y mantener los logros alcanzados requiere fortalecer la función de rectoría de la Secretaría de Salud dentro del Sistema Nacional de Salud, situación identificada en estudios externos del sector (CONEVAL 2013 y CEEY 2013). De acuerdo con la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud es la encargada de ejercer la rectoría del sector. Esta función implica fundamentalmente la planeación, la formulación de políticas federales, la definición de prioridades, la vinculación y coordinación intersectorial, la regulación, la supervisión y la evaluación. La rectoría del sector enfrenta un reto importante debido a la segmentación del Sistema Nacional de Salud a la que se ha referido en párrafos anteriores. Aunado a ello hay que añadir la descentralización de los servicios de salud, proceso que, en apego al sistema federal, implica que las entidades federativas son responsables de la prestación de los servicios de salud.

Esta desarticulada y heterogénea configuración del Sistema Nacional de Salud dificulta la planeación de infraestructura, la posibilidad de lograr una verdadera homologación de los modelos de

18 En el estudio se presenta el costo directo de atención médica de cuatro ECNT (tumor maligno de mama, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y osteoartritis) relacionadas con la obesidad.



atención y de las herramientas de gestión, limita la estandarización de la calidad en la atención en los múltiples establecimientos públicos y la posibilidad de generar información y llevar a cabo la evaluación sectorial. Todo esto, a pesar de contar con fuentes de financiamiento aseguradas para la mayoría de las intervenciones de salud y de múltiples esfuerzos durante los años anteriores con resultados concretos como las guías de práctica clínica sectoriales y las normas oficiales mexicanas.

En este sentido, y como elemento fundamental de un Sistema Nacional de Salud Universal, se requiere fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud para incidir en el sector público y privado, y como aspecto complementario consolidar las acciones del Consejo Nacional de Salud; siempre en el contexto del espíritu federalista y del respeto a las atribuciones de los diferentes niveles de gobierno. En este marco, debe sumarse la labor del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) cuyo propósito es contribuir al bienestar social de la población, principalmente de los menores en estado de abandono, mujeres violentadas, ancianos desamparados y personas con discapacidad.

El fortalecimiento de la rectoría debe concebir un nuevo marco normativo para ampliar la posibilidad de definición de políticas para el sector y la instrumentación de sistemas de información y evaluación sectoriales. El acceso efectivo con calidad no se concibe sin un nuevo esquema de regulación y

vigilancia de los establecimientos de atención médica y de asistencia social. Además de la segmentación del sistema, la regulación y vigilancia que realiza la Secretaría de Salud enfrenta retos internos. Hoy las funciones normativas, de calidad, de rectoría, y las de control sanitario están separadas, ubicándose en diversas unidades administrativas de la Secretaría de Salud. Esto hace necesario plantear un instrumento que permita regular eficazmente la prestación de servicios y los establecimientos de salud, como se ha realizado en materia sanitaria a través de la COFEPRIS en años recientes.

Este breve diagnóstico relata los principales logros de los últimos años y desafíos presentes del Sistema Nacional de Salud. El diagnóstico permite identificar las estrategias necesarias para abordar los principales retos. No obstante, no se puede dejar de mencionar que la responsabilidad del gobierno para garantizar el derecho a la protección de la salud abarca múltiples aspectos, desde la regulación hasta la prestación, que por espacio no se han mencionado en los párrafos anteriores.

La siguiente sección formula estrategias que plantean consolidar los logros hasta la fecha, define estrategias que adecúan acciones implementadas en años anteriores para que sean más eficaces; y propone nuevas estrategias para transformar de forma decidida el panorama y avanzar hacia el Sistema Nacional de Salud Universal.



II. ALINEACIÓN A LAS METAS NACIONALES

| ALINEACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA AL PND | | | |
|---|---|--|--|
| Meta Nacional | Objetivo de la Meta Nacional | Estrategia(s) del Objetivo de la Meta Nacional | Objetivo del Programa |
| México Incluyente | 2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva. | Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. |
| México Incluyente | 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud | <ul style="list-style-type: none"> Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. | Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. |
| México Incluyente | 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud | <ul style="list-style-type: none"> Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. | Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. |
| México Incluyente | 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud | <ul style="list-style-type: none"> Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. | Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. |
| México Incluyente | 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud | <ul style="list-style-type: none"> Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. Promover la cooperación internacional en salud. | Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. |
| México Próspero | 4.1. Mantener la estabilidad macroeconómica del país | <ul style="list-style-type: none"> Promover un ejercicio eficiente de los recursos presupuestarios disponibles, que permita generar ahorros para fortalecer los programas prioritarios de las dependencias y entidades. | Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. |



III. OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global y a las tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad; Gobierno Cercano y Moderno; y Perspectiva de Género.

OBJETIVOS

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece como eje prioritario para el mejoramiento de la salud la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, siempre con perspectiva de género, apegado a criterios éticos y respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país. Una política pública exitosa de prevención, protección y promoción debe incorporar no sólo acciones propias de salud pública, sino también intervenciones que cambien el actuar de las personas, en términos de su responsabilidad respecto a comportamientos sexuales, actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y en general en todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental. Este es un gran reto, pero en el país se debe transitar de ver la salud como cura de enfermedades a un concepto integral asociado a estilos de vida saludables.

Las estrategias y líneas de acción que se plantean reconocen que hay avances significativos en algunos temas y que sólo se requieren estrategias para consolidar los logros hasta ahora obtenidos. También incluyen estrategias para hacer más eficaz la acción gubernamental en aspectos cuyos resultados de años pasados no han sido los esperados o el contexto obliga su adaptación.

En este sentido, si bien la estrategia enfatiza las ECNT, no por ello se deberán escatimar esfuerzos para continuar con la atención a las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes, adicciones y las acciones de promoción y protección de la salud en los diferentes grupos de edad de la población.

ESTRATEGIA 1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario

Líneas de acción:

- 1.1.1. Impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud.
- 1.1.2. Generar estrategias de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos y comportamientos saludables.
- 1.1.3. Impulsar la comunicación personalizada para el mejor uso de la información para mejorar la toma de decisiones en salud.
- 1.1.4. Impulsar la actividad física y alimentación correcta en diferentes ámbitos, en particular en escuelas y sitios de trabajo.
- 1.1.5. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social.
- 1.1.6. Fomentar los entornos que favorezcan la salud, en particular escuelas de educación básica, media superior y superior.
- 1.1.7. Fortalecer la promoción de la salud ocupacional.
- 1.1.8. Promover las estrategias de prevención y promoción de la salud mental.
- 1.1.9. Promover las estrategias de prevención y promoción de la salud bucal.

ESTRATEGIA 1.2. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes

Líneas de acción:

- 1.2.1. Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local.

- 1.2.2. Fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social.
- 1.2.3. Promover la actividad física a nivel individual, familiar, escolar y comunitario.
- 1.2.4. Promover la creación de espacios para la realización de actividad física.
- 1.2.5. Adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.
- 1.2.6. Establecer mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre obesidad y diabetes.
- 1.2.7. Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios.

ESTRATEGIA 1.3. Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes

Líneas de acción:

- 1.3.1. Realizar campañas de vacunación, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades transmisibles en toda la población.
- 1.3.2. Promover la participación comunitaria, municipal e intersectorial en la reducción de riesgos de exposición a las enfermedades transmisibles.
- 1.3.3. Mejorar los sistemas de alerta temprana mediante la vigilancia ambiental y epidemiológica de las enfermedades transmisibles.
- 1.3.4. Fortalecer la vigilancia epidemiológica para la adecuada toma de decisiones para el control, eliminación y erradicación de enfermedades transmisibles.
- 1.3.5. Promover la participación comunitaria para incidir en la reducción de la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias.

- 1.3.6. Promover la participación federal, estatal y municipal para reducir la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias.
- 1.3.7. Promover la participación del personal de salud y de la población para detección y tratamiento oportuno de la tuberculosis.

ESTRATEGIA 1.4. Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones

Líneas de acción:

- 1.4.1. Impulsar campañas para informar y concientizar acerca del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas.
- 1.4.2. Reforzar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al tabaco y otras sustancias psicoactivas.
- 1.4.3. Consolidar la red nacional para la atención y prevención de las adicciones y promover la vigilancia epidemiológica e investigación.
- 1.4.4. Consolidar el proceso de regulación de establecimientos especializados en adicciones, para asegurar la calidad y seguridad en la atención.
- 1.4.5. Ampliar la cobertura de los Centros de Atención Primaria en Adicciones para la detección temprana e intervención oportuna.
- 1.4.6. Incrementar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al alcohol y evitar su uso nocivo.
- 1.4.7. Promover modelos de justicia alternativa para personas con adicciones en conflicto con la ley.
- 1.4.8. Promover acciones intersectoriales que fomenten una vida productiva en los adolescentes.

ESTRATEGIA 1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables

Líneas de acción:

- 1.5.1. Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva.
- 1.5.2. Promover acciones para prevenir el embarazo adolescente.
- 1.5.3. Coordinar con el sector educativo del nivel básico y medio superior una educación integral de la sexualidad.
- 1.5.4. Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS.
- 1.5.5. Garantizar abasto y oferta de métodos anti-conceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS.
- 1.5.6. Asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH, SIDA e ITS, con énfasis en poblaciones clave.
- 1.5.7. Incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres.
- 1.5.8. Incrementar la cobertura de detección prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita.
- 1.5.9. Fomentar el embarazo saludable y un parto y puerperio seguros.
- 1.5.10. Fomentar la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego.

ESTRATEGIA 1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente

Líneas de acción:

- 1.6.1. Promover la prevención de lesiones de causa externa.
- 1.6.2. Promover el desarrollo de capacidades entre la población adolescente para la construcción de relaciones libres de violencia.
- 1.6.3. Promover la prevención, detección de conductas alimentarias de riesgo y su referencia a unidades especializadas.
- 1.6.4. Desarrollar modelos y servicios de salud que respondan a las necesidades de la población adolescente.

- 1.6.5. Promover la colaboración interinstitucional e intersectoriales para ofrecer actividades recreativas, productivas y culturales.
- 1.6.6. Promover la detección y atención oportuna de trastornos mentales y el riesgo suicida en adolescentes.
- 1.6.7. Promover la detección oportuna del hostigamiento escolar (*bullying*) entre adolescentes, para su atención.

ESTRATEGIA 1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores

Líneas de acción:

- 1.7.1. Implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales.
- 1.7.2. Cerrar brechas de género en comunidades que garantice envejecimiento saludable.
- 1.7.3. Fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos y osteoporosis y caídas.
- 1.7.4. Ampliar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en materia de salud mental.
- 1.7.5. Incrementar las acciones de promoción de la salud para lograr el autocuidado de las personas adultas mayores.
- 1.7.6. Fortalecer la acción institucional y social organizada para la atención comunitaria de las personas adultas mayores.
- 1.7.7. Instrumentar mecanismos para asegurar que los adultos mayores que reciban la Pensión Universal cumplan con la corresponsabilidad en salud.

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES ***Perspectiva de Género***

Líneas de acción:

- Garantizar a las mujeres en edad fértil los servicios de prevención y atención en salud sexual y reproductiva.
- Difundir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el derecho al consentimiento previo e informado, incluyendo a población indígena.
- Impulsar esquemas integrales de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de VIH para adolescentes, jóvenes y mujeres adultas.
- Instrumentar acciones para facilitar el acceso de las adolescentes a la anticoncepción de emergencia en todo el sistema de salud.
- Realizar campañas para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual especialmente dirigidas a población femenina adolescente y joven.
- Impulsar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 en todo el sector salud a nivel nacional.
- Fortalecer la prevención y atención de las adicciones con perspectiva de género.
- Promover actividades de deporte y bienestar físico de acuerdo a requerimientos específicos de las adultas mayores.

INDICADORES 2013-2018

- 1.1 Porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año.
- 1.2 Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad.
- 1.3 Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical.

2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

La protección financiera que hoy otorga el Sistema Nacional de Salud debe traducirse en mejores resultados de salud. El Estado deberá instrumentar todas las herramientas a su alcance para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de residencia o condición laboral.

La agenda es ambiciosa; se deberán abordar temas de ampliación de infraestructura y otras modalidades de servicios médicos, especialmente en las localidades más aisladas y dispersas; así como el incremento de recursos humanos resolutivos y acercándose al perfil epidemiológico. No obstante, la experiencia indica que esto no es suficiente, se deberá avanzar en mejorar la calidad de la atención, que implica, entre otras acciones, una mejora continua de procesos y capacitación.

Las prioridades del país señalan que es urgente mejorar la atención primaria. Todas las instituciones del sector enfocarán sus esfuerzos a fortalecerla. No obstante, el reto es tan grande que hoy más que nunca se requiere la coordinación entre todas las instituciones para poder llevar a cabo una integración efectiva que permita responder a las necesidades y las expectativas de la población.

En este sentido, se revisarán las acciones emprendidas en los años anteriores y se consolidarán aquéllas que han dado resultados, pero se deberán de adecuar profundamente las que no han sido eficaces.

ESTRATEGIA 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral

Líneas de acción:

2.1.1. Promover un modelo de atención integral a la salud común para todo el Sistema Nacional de Salud.

- 2.1.2. Actualizar los mecanismos y modalidades de prestación de servicios que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud.
- 2.1.3. Fortalecer los recursos para la salud que permitan mejorar la capacidad resolutive en las unidades de atención.
- 2.1.4. Fortalecer modelos de atención médica a distancia que favorezcan el acceso efectivo a servicios de salud.
- 2.1.5. Adecuar los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población.
- 2.1.6. Fortalecer las acciones de donación de órganos y los trasplantes.
- 2.1.7. Brindar atención médica, psicológica y servicios integrales a las víctimas asegurando que se respeten sus derechos humanos.

ESTRATEGIA 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud

Líneas de acción:

- 2.2.1. Impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud.
- 2.2.2. Impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud.
- 2.2.3. Incorporar el enfoque preventivo en los servicios de salud para todos los niveles de atención.
- 2.2.4. Consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutive.
- 2.2.5. Actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.
- 2.2.6. Fomentar el uso de las NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud.

- 2.2.7. Fortalecer la conciliación y el arbitraje médico para la resolución de las controversias entre usuarios y prestadores de servicios.
- 2.2.8. Consolidar los mecanismos de retroalimentación en el Sistema Nacional de Salud para el mejoramiento de la calidad.
- 2.2.9. Promover los procesos de certificación de programas y profesionales de la salud.
- 2.2.10. Establecer nuevas modalidades de concertación de citas y atención que reduzcan los tiempos de espera en todos los niveles.

ESTRATEGIA 2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales

Líneas de acción:

- 2.3.1. Fortalecer las unidades médicas de primer nivel como el eje de acceso a las redes de servicios.
- 2.3.2. Diseñar la implementación de redes de servicios que favorezcan el acceso efectivo con las diferentes instituciones públicas.
- 2.3.3. Reforzar las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.
- 2.3.4. Consolidar las herramientas para la operación de redes integradas de servicios interinstitucionales.
- 2.3.5. Fomentar una perspectiva intercultural, intersectorialidad y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud.
- 2.3.6. Ampliar la red de atención a través de unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional.
- 2.3.7. Fortalecer la red de atención de telemedicina en regiones de alta marginación y dispersión poblacional.
- 2.3.8. Promover la implementación del modelo de atención prehospitalaria para la homologación de la atención de emergencias en salud.

- 2.3.9. Consolidar las acciones en materia de calidad, autosuficiencia, cobertura y acceso efectivo de sangre, componentes sanguíneos y células troncales.

ESTRATEGIA 2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento

Líneas de acción:

- 2.4.1. Priorizar la implementación de modelos comunitarios y familiares de atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.
- 2.4.2. Reforzar el diagnóstico y la atención integral de los trastornos mentales y del comportamiento en todos los niveles de atención.
- 2.4.3. Fortalecer la cobertura de atención a los trastornos mentales con enfoque familiar, comunitario y respeto a los derechos humanos.
- 2.4.4. Impulsar la atención integral de enfermos con trastornos mentales para lograr su reinserción social y productiva.
- 2.4.5. Incorporar gradualmente los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica con la red de servicios de salud.
- 2.4.6. Impulsar modelos de atención no institucionales de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

ESTRATEGIA 2.5. Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cérvico-uterino, de mama y próstata

Líneas de acción:

- 2.5.1. Establecer acciones de comunicación de riesgos de neoplasias malignas.
- 2.5.2. Promover la detección temprana de neoplasias malignas.

- 2.5.3. Focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-uterino y de mama.
- 2.5.4. Elaborar y difundir evaluaciones de desempeño de los programas de tamizaje de cáncer cérvico-uterino y de mama.
- 2.5.5. Fomentar la revisión rutinaria para detectar factores de riesgo de enfermedad prostática, cáncer de próstata y otras neoplasias malignas.
- 2.5.6. Fortalecer la detección temprana y referencia oportuna para el tratamiento adecuado de pacientes oncológicos en menores de 18 años.
- 2.5.7. Impulsar la atención oportuna de las neoplasias malignas.
- 2.5.8. Garantizar la atención adecuada mediante la integración de redes de atención especializada para cáncer de infancia y adolescencia.
- 2.5.9. Fortalecer las competencias profesionales del personal de salud en la atención integral del paciente oncológico menor de 18 años.

ESTRATEGIA 2.6. Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad

Líneas de acción:

- 2.6.1. Fortalecer la cadena de suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas de salud.
- 2.6.2. Incrementar el abasto de medicamentos y biológicos de acuerdo a las necesidades locales.
- 2.6.3. Implementar programas de distribución de medicamentos que alineen los incentivos de las instituciones de todos los participantes.
- 2.6.4. Fomentar el uso racional de la prescripción de medicamentos.

ESTRATEGIA 2.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes

Líneas de acción:

- 2.7.1. Fortalecer la detección temprana y el control de pacientes con ECNT.
- 2.7.2. Fomentar la detección oportuna en poblaciones de riesgo.
- 2.7.3. Instrumentar el Modelo Clínico Preventivo Integral.
- 2.7.4. Capacitar continuamente a los profesionales de la salud de primer contacto.
- 2.7.5. Asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos.

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES

Perspectiva de Género

Líneas de acción:

- Desarrollar protocolos y códigos de conducta para que los prestadores de servicios atiendan a las mujeres sin discriminación o misoginia.
- Fortalecer programas de detección oportuna de diabetes, cáncer de mama, cérvico-uterino, hipertensión y obesidad.
- Garantizar un acceso oportuno y de calidad a la atención geriátrica de mujeres mayores.
- Garantizar servicios de salud básicos, de prevención y atención a las mujeres reclusas y a sus hijos e hijas.

INDICADORES 2013-2018

- 2.1 Tasa de mortalidad por cáncer de mama.
- 2.2 Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino.
- 2.3 Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo.

3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida

La Secretaría de Salud debe ejercer la regulación, el control y el fomento sanitario con la finalidad de reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. El *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* establece que durante la última década los efectos del cambio climático y la degradación ambiental se han intensificado; el crecimiento económico del país ha ocasionado la generación excesiva de residuos sólidos, contaminantes de la atmósfera, aguas residuales no tratadas y pérdida de bosques y selvas.

La salud de la población como componente fundamental del capital humano es necesaria para garantizar un adecuado desempeño escolar y laboral; en forma paralela a los esfuerzos de prevención de enfermedades y promoción de la salud, es importante para la productividad del país proporcionar a los trabajadores un ambiente de trabajo libre de riesgos. Los avances en salud ocupacional y la disminución de los riesgos de trabajo son alentadores, pero todavía quedan aspectos por mejorar.

Con la finalidad de reducir los riesgos a la salud, el *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* incorpora líneas de acción que permitan prevenir, controlar y vigilar además de los establecimientos, productos y servicios que inciden en la salud poblacional, los efectos nocivos de factores ambientales, los riesgos de trabajo, la importación y exportación de productos y servicios para consumo humano, la publicidad y la sanidad internacional.

ESTRATEGIA 3.1. Fortalecer la regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios

Líneas de acción:

- 3.1.1. Fortalecer la supervisión de establecimientos y servicios de salud.

- 3.1.2. Modificar la regulación de los procesos de prevención, fomento, vigilancia y control de riesgos sanitarios para hacerla más efectiva.
- 3.1.3. Fortalecer el cumplimiento de la normatividad con la consolidación del Sistema Federal Sanitario.
- 3.1.4. Evaluar la distribución y ejercicio de competencias en materia sanitaria entre la Federación y las entidades federativas.
- 3.1.5. Promover permanente y sistemáticamente todos los programas y acciones que permitan alcanzar una efectiva reducción de riesgos.
- 3.1.6. Promover en el ámbito municipal y estatal la aplicación de medidas en materia de saneamiento básico.

ESTRATEGIA 3.2. Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud

Líneas de acción:

- 3.2.1. Fortalecer la vigilancia epidemiológica y la Red Nacional de Laboratorios para la oportuna atención de emergencias y desastres.
- 3.2.2. Consolidar la organización y coordinación para la preparación y respuesta ante emergencias en salud y riesgos sanitarios.
- 3.2.3. Fortalecer los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes, reemergentes y las asociadas a desastres.
- 3.2.4. Fortalecer la capacitación y actualización del personal involucrado en la preparación y respuesta ante emergencias y riesgos sanitarios.
- 3.2.5. Consolidar la seguridad sanitaria nacional y la cooperación internacional mediante la correcta aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.
- 3.2.6. Promover las acciones intersectoriales para controlar emergencias y desastres y de seguridad en salud.

ESTRATEGIA 3.3. Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, biológicos e insumos para la salud

Líneas de acción:

- 3.3.1. Fomentar la farmacovigilancia y tecnovigilancia de insumos para la salud
- 3.3.2. Facilitar la liberación de nuevas moléculas de medicamentos y biológicos seguros, de calidad y eficaces.
- 3.3.3. Fomentar el ingreso de nuevos medicamentos genéricos y biocomparables seguros, de calidad y eficaces.
- 3.3.4. Promover el ingreso de dispositivos médicos seguros, de calidad y eficaces.
- 3.3.5. Promover el desarrollo de la farmacogenómica.
- 3.3.6. Eliminar barreras de entrada al mercado de productos que sean seguros, de calidad y eficaces.

ESTRATEGIA 3.4. Fortalecer el control, vigilancia y fomento sanitarios de productos y servicios de uso y consumo humano

Líneas de acción:

- 3.4.1. Vigilar la calidad del agua para uso y consumo humano.
- 3.4.2. Llevar a cabo el control, vigilancia y fomento sanitarios en la producción, almacenamiento, distribución y comercialización de alimentos.
- 3.4.3. Vigilar y controlar los riesgos sanitarios de la prestación de los servicios de salud.
- 3.4.4. Apoyar al proceso de exportación de alimentos fortaleciendo el proceso de certificación con base en un análisis de riesgo.
- 3.4.5. Controlar y vigilar la producción, importación y comercialización de productos de alcohol y tabaco.
- 3.4.6. Consolidar y ampliar el esquema de terceros autorizados para el fortalecimiento de la capacidad operativa de la COFEPRIS.

- 3.4.7. Impulsar la vigilancia y control de los riesgos sanitarios por intoxicación de plaguicidas, mediante una mayor prevención y capacitación.

ESTRATEGIA 3.5. Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa

Líneas de acción:

- 3.5.1. Mejorar la calidad y oportunidad de información a través del fortalecimiento del Observatorio Nacional de Lesiones.
- 3.5.2. Contribuir a mejorar el marco jurídico para la prevención de accidentes de tráfico con base en evidencia científica.
- 3.5.3. Contribuir a mejorar el marco jurídico para la prevención de suicidios y homicidios con base en evidencia científica.
- 3.5.4. Fortalecer los mecanismos de colaboración multisectorial para la prevención de lesiones de causa externa intencionales y no intencionales.
- 3.5.5. Fortalecer los mecanismos de cooperación internacional para el mejoramiento de la seguridad vial.
- 3.5.6. Establecer los mecanismos de comunicación permanentemente en los servicios de urgencias.
- 3.5.7. Promover la participación comunitaria, educativa, municipal y multisectorial para la prevención de accidentes en el hogar.

ESTRATEGIA 3.6. Coordinar actividades con los sectores productivos para la detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral

Líneas de acción:

- 3.6.1. Proporcionar información sobre los riesgos para la salud y los estilos de vida saludable en el entorno laboral.

- 3.6.2. Elaborar un estudio que permita evaluar la incidencia de ciertas enfermedades sobre la productividad laboral y escolar.
- 3.6.3. Promover mayor inspección a los lugares de trabajo.
- 3.6.4. Revisar el esquema regulatorio de salud ocupacional en coordinación con la STPS.
- 3.6.5. Establecer mecanismos de coordinación entre la SS, IMSS, ISSSTE y STPS para articular acciones en materia de salud ocupacional.

ESTRATEGIA 3.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes

Líneas de acción:

- 3.7.1. Actualizar la regulación en materia de alimentos y bebidas industrializados a las mejores prácticas internacionales.
- 3.7.2. Proveer información transparente del contenido calórico en el etiquetado frontal de todos los alimentos y bebidas industrializados.
- 3.7.3. Prohibir la publicidad dirigida a público infantil de alimentos y bebidas que no cumplan con criterios científicos de nutrición.
- 3.7.4. Fomentar la reformulación de productos para hacerlos nutricionalmente más balanceados.
- 3.7.5. Vincular acciones con la Secretaría de Educación Pública para la regulación de las cooperativas escolares.
- 3.7.6. Fomentar la vinculación con la Comisión Nacional del Agua para el abasto de agua potable en escuelas.
- 3.7.7. Fortalecer la red de municipios para la salud para el abasto de agua potable en escuelas y comunidades.

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES Democratizar la Productividad

Líneas de acción:

- Fortalecer los servicios de salud para reducir el impacto de las enfermedades en la productividad y la asistencia laboral.

INDICADORES 2013-2018

- 3.1 Porcentaje de muestras de agua clorada dentro de especificaciones de NOM.
- 3.2 Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor.
- 3.3 Tasa de mortalidad por riesgos de trabajo.

4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país

México es un país con grandes desigualdades e inequidades. Mejorar la salud de la población no es suficiente si los logros alcanzados no se distribuyen equitativamente entre los diferentes grupos sociales y regiones del país. La inequidad, la discriminación y la exclusión tienen rostro: la población infantil, las personas adultas mayores, las mujeres, particularmente en zonas rurales, las personas de bajos ingresos, las personas con discapacidad, los indígenas y los migrantes.

Estas diferencias evitables e injustas son inaceptables en un México Incluyente. Con el fin de reducir estas brechas existentes en las condiciones de salud entre distintos grupos poblacionales, las estrategias y líneas de acción deben consolidar el control de las enfermedades del rezago, abordar sistémicamente la mortalidad infantil y materna para cumplir con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como establecer acciones más eficaces para atender a grupos que viven en condición de vulnerabilidad.

La atención de las personas que viven en condición de vulnerabilidad requiere además de las acciones de salud y de la asistencia social, la participación coordinada de los diferentes sectores y todos los órdenes de gobierno para lograr incidir en los determinantes sociales para reducir las inequidades en salud a través de políticas intersectoriales, como la Cruzada Nacional Contra el Hambre y el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

ESTRATEGIA 4.1. Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas

Líneas de acción:

- 4.1.1. Asegurar la participación de todos los actores para reducir la mortalidad infantil.
- 4.1.2. Mejorar la calidad de la atención de la salud en recién nacidos y en menores de cinco años.
- 4.1.3. Asegurar una cobertura efectiva en vacunación.
- 4.1.4. Proveer intervenciones de salud enfocadas en prevención y atención oportuna del menor de cinco años.
- 4.1.5. Coadyuvar en la provisión de alimentos y suplementos alimenticios para una nutrición adecuada.
- 4.1.6. Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.
- 4.1.7. Fomentar el desarrollo de capacidades para ofrecer a los niños y niñas buenas prácticas de crianza y estimulación temprana.
- 4.1.8. Promover la realización del tamiz neonatal metabólico, auditivo y de retinopatía.
- 4.1.9. Reforzar la acción comunitaria en el desarrollo infantil y la educación inicial.

ESTRATEGIA 4.2. Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas

Líneas de acción:

- 4.2.1. Asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio.
- 4.2.2. Mejorar la calidad de la atención materna en todos los niveles de atención.
- 4.2.3. Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.
- 4.2.4. Proporcionar consejería y el acceso a la anticoncepción para prevenir el embarazo no planeado.
- 4.2.5. Vigilar el embarazo con enfoque de riesgo y referencia oportuna a la evaluación especializada.

- 4.2.6. Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios.
- 4.2.7. Consolidar el proceso de vigilancia epidemiológica, búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas.
- 4.2.8. Promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas.

ESTRATEGIA 4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad

Líneas de acción:

- 4.3.1. Incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población.
- 4.3.2. Fortalecer la red de atención primaria a la salud con énfasis en unidades móviles de salud.
- 4.3.3. Incorporar redes de telemedicina y uso de la telesalud en zonas de población que vive en situación de vulnerabilidad.
- 4.3.4. Adecuar los servicios a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de los grupos en situación de vulnerabilidad.

ESTRATEGIA 4.4. Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género

Líneas de acción:

- 4.4.1. Impulsar la detección de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres en las unidades de salud.
- 4.4.2. Impulsar la detección de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres en espacios públicos.

- 4.4.3. Coadyuvar en campañas promotoras del derecho de niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres a una vida libre de violencia.
- 4.4.4. Ampliar la cobertura de atención a las personas que viven violencia familiar y de género.
- 4.4.5. Promover la referencia de los casos de violencia a servicios especializados.
- 4.4.6. Instrumentar acciones para facilitar la prevención de embarazos, la profilaxis a VIH y otras ITS ante violencia sexual.

ESTRATEGIA 4.5. Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad

Líneas de acción:

- 4.5.1. Promover la reducción de la incidencia de la discapacidad mediante acciones de prevención.
- 4.5.2. Fomentar la detección, diagnóstico temprano y atención oportuna y eficaz para disminuir la discapacidad por enfermedades y lesiones.
- 4.5.3. Establecer una red nacional de servicios de rehabilitación para mejorar el acceso a las personas con discapacidad.
- 4.5.4. Propiciar la coordinación interinstitucional para articular la rehabilitación con acciones de educación, deporte, recreación, capacitación, empleo y asistencia social.
- 4.5.5. Propiciar la coordinación interinstitucional para la homologación de criterios en materia de evaluación de la discapacidad y clasificaciones funcionales.

ESTRATEGIA 4.6. Fortalecer las acciones para la prevención, promoción y atención de la salud de la población migrante

Líneas de acción:

- 4.6.1. Ofrecer asistencia y protección a la salud de la población migrante tanto en territorio nacional como en el extranjero.

- 4.6.2. Ofrecer asistencia y protección a la población infantil y adolescente migrante y repatriada no acompañada.
- 4.6.3. Apoyar en las labores de repatriación de connacionales enfermos graves.
- 4.6.4. Ofrecer servicios de promoción y prevención de la salud en los Consulados, primordialmente en Estados Unidos de América.
- 4.6.5. Ofrecer servicios de promoción y prevención de la salud en los Consulados móviles, primordialmente en Estados Unidos de América.
- 4.6.6. Proporcionar consejería, detección oportuna, referencia a servicios de salud y orientación sobre aseguramiento en Estados Unidos de América.
- 4.6.7. Promocionar la afiliación a un esquema de aseguramiento público en salud en México a migrantes mexicanos y sus familias.
- 4.6.8. Fortalecer las Semanas Binacionales de Salud.

ESTRATEGIA 4.7. Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas

Líneas de acción:

- 4.7.1. Consolidar las acciones interinstitucionales para la atención de las enfermedades en vías de eliminación.
- 4.7.2. Fortalecer las medidas de prevención y promoción de la salud en enfermedades del rezago.

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES Democratizar la Productividad

Líneas de acción:

- Fortalecer el desarrollo de capacidades en hogares en situación de vulnerabilidad, que permitan alcanzar su máximo potencial.

Perspectiva de Género

Líneas de acción:

- Fortalecer las acciones para la detección de la violencia contra las mujeres y las niñas en el sistema de salud.
- Impulsar el cumplimiento de la Norma de Salud 046SSA2-2005.
- Desarrollar campañas y acciones para difundir entre las familias las consecuencias del maltrato y la violencia familiar.
- Integrar un registro de acosadores, hostigadores y agresores sexuales familiares, laborales, escolares, institucionales y en el transporte público, integrado en BANAVIM.
- Garantizar a mujeres indígenas jefas de familia el acceso a servicios básicos en materia de salud y educación.
- Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.
- Garantizar que los esquemas de programas alimentarios incorporen a niñas y mujeres embarazadas.
- Desarrollar programas para abatir la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez.
- Fortalecer e incrementar los centros de atención integral, de justicia, albergues, refugios y casas de tránsito.
- Fortalecer el desarrollo de capacidades de las adultas mayores, jóvenes, adolescentes y niñas en hogares carentes con jefaturas femeninas.
- Difundir los derechos de mujeres en situación de vulnerabilidad: indígenas, discapacitadas, migrantes, adolescentes, pobres, adultas mayores y reclusas.

INDICADORES 2013-2018

- 4.1 Tasa de mortalidad infantil.
- 4.2 Razón de mortalidad materna.

5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud

Los retos que hoy enfrenta el sector público en materia de recursos financieros, materiales y humanos para la salud deberán ser abordados elevando la eficiencia y la calidad del gasto en salud. Esto significa que las instituciones públicas de salud deben mejorar sus márgenes de eficiencia para liberar recursos que le permitan consolidar sus logros y avanzar hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.

Asimismo, dado el bajo nivel de financiamiento público en salud, la situación actual del perfil demográfico y epidemiológico plantea retos adicionales que requieren mayores recursos públicos, de haber espacio fiscal.

Por ello, este objetivo apunta a impulsar un sector salud eficiente, con mecanismos que permitan mejorar su desempeño y la calidad de los servicios; con esquemas sectoriales de planeación y evaluación del desempeño; que impulse la innovación y la investigación científica; que simplifique la normatividad y trámites gubernamentales y rinda cuentas de manera clara y oportuna a la ciudadanía.

Las estrategias significarán formas diferentes de manejar los recursos para obtener mejores resultados en salud. Esto requiere un compromiso en todos los niveles de la administración pública.

ESTRATEGIA 5.1. Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud

Líneas de acción:

- 5.1.1. Establecer los criterios para el crecimiento responsable y ordenado de los recursos humanos.
- 5.1.2. Impulsar la formación de los recursos humanos alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales.

- 5.1.3. Impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud.
- 5.1.4. Promover la capacitación para mejorar los procesos de atención en salud, gerenciales y de apoyo administrativo.
- 5.1.5. Participar en la elaboración de criterios y lineamientos de acreditación de las instituciones educativas conjuntamente con las instituciones correspondientes.
- 5.1.6. Contribuir a la integración de contenidos básicos de género, derechos humanos e interculturalidad en la formación de profesionales.
- 5.1.7. Impulsar la capacitación en salud pública, salud ocupacional, gestión y calidad de servicios del personal de salud.
- 5.1.8. Consolidar los mecanismos interinstitucionales de colaboración para la formación de recursos humanos.
- 5.1.9. Evaluar la aplicación de las políticas nacionales de formación y capacitación de recursos humanos.
- 5.1.10. Promover la contratación de recursos humanos alineados con un modelo enfocado en la atención primaria.

ESTRATEGIA 5.2. Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

Líneas de acción:

- 5.2.1. Fortalecer la legislación para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros del SPSS.
- 5.2.2. Realizar las adecuaciones operativas necesarias para mejorar la transparencia, monitoreo y control de los recursos financieros del SPSS.
- 5.2.3. Impulsar la eficiencia en el uso de recursos para la atención de enfermedades, particularmente las de alto costo.

- 5.2.4. Realizar cambios normativos y operativos para incrementar la proporción del gasto público en salud destinado a la persona y comunidad.
- 5.2.5. Adecuar los modelos de atención para optimizar el uso de recursos para lograr el acceso efectivo con calidad.
- 5.2.6. Consolidar la evaluación de tecnologías como instrumento para la toma de decisiones.
- 5.2.7. Promover un programa de incentivos por productividad a las unidades de salud con los recursos disponibles.

ESTRATEGIA 5.3. Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud

Líneas de acción:

- 5.3.1. Establecer los mecanismos para generar y conducir un plan maestro sectorial de recursos.
- 5.3.2. Desarrollar la infraestructura física y equipamiento en salud alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales.
- 5.3.3. Mejorar la calidad de la infraestructura establecida en unidades de primer y segundo nivel.
- 5.3.4. Conformar los mecanismos sectoriales de planeación de recursos para la salud.
- 5.3.5. Consolidar la infraestructura en salud con prioridad en zonas de población en condición de vulnerabilidad.

ESTRATEGIA 5.4. Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población

Líneas de acción:

- 5.4.1. Incrementar la inversión pública en investigación científica, innovación y desarrollo tecnológico en salud.

- 5.4.2. Priorizar la investigación sobre temas relevantes, estratégicos o emergentes en salud.
- 5.4.3. Articular esfuerzos en el Sistema Nacional de Salud para promover nuevos descubrimientos que favorezcan una atención más efectiva.
- 5.4.4. Promover la inversión y corresponsabilidad del sector privado para la investigación científica y el desarrollo tecnológico en salud.
- 5.4.5. Promover financiamiento y cooperación internacionales para investigación científica y desarrollo tecnológico en el país.
- 5.4.6. Fortalecer la infraestructura de los centros de investigación en salud, en el ámbito regional y local.
- 5.4.7. Gestionar convenios para compartir infraestructura entre instituciones e investigadores, con el fin de aprovechar la capacidad disponible.
- 5.4.8. Promover la vinculación de las instituciones y centros de investigación con los sectores público, social y privado.
- 5.4.9. Fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos.

ESTRATEGIA 5.5. Fomentar un gasto eficiente en medicamentos e insumos

Líneas de acción:

- 5.5.1. Impulsar la liberación de genéricos para disminuir el gasto en salud.
- 5.5.2. Impulsar la compra consolidada de medicamentos e insumos entre las instituciones del sector público.
- 5.5.3. Fomentar la compra coordinada de medicamentos e insumos entre la federación y las entidades federativas.
- 5.5.4. Consolidar el proceso de negociación de precios de medicamentos e insumos con patente vigente y de fuente única.
- 5.5.5. Vigilar la eficiencia en el gasto asignado a la compra de medicamentos e insumos para la salud.

5.5.6. Aplicar esquemas novedosos de compra y abasto de medicamentos para asegurar su surtimiento.

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES

Democratizar la Productividad

Líneas de acción:

- Proteger las finanzas públicas ante riesgos del entorno macroeconómico.
- Fortalecer los ingresos del sector público.
- Promover un manejo responsable del endeudamiento público que se traduzca en bajos costos de financiamiento y niveles de riesgo prudentes.

Perspectiva de Género

Líneas de acción:

- Fortalecer y mejorar la infraestructura de los servicios de salud para las mujeres en todos sus ciclos de vida.
- Fomentar la formación en género e intersectorialidad del personal que brindan los servicios de salud.

INDICADORES 2013-2018

5.1 Porcentaje de gasto público en salud destinado a la provisión de atención médica y salud pública extramuros.

5.2 Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas.

6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

Para el Gobierno de la República el derecho a la protección de la salud es un derecho humano, no es un derecho laboral. Hoy tenemos un sistema fragmentado con diferentes beneficios dependiendo de la condición laboral de la persona y con servicios de salud que generan un ineficiente manejo de riesgos y duplicidades en la operación y en el financiamiento. Esta administración está comprometida a lograr que la población mexicana esté protegida continuamente por un esquema de aseguramiento público, porque reciban una atención más homogénea y porque haya una operación integrada y con mayor coordinación entre las distintas instituciones de salud. El objetivo final es que las personas reciban una atención de salud en cualquier condición —estando sano, enfermo o lesionado, o en rehabilitación— continua e integrada sin importar su condición social o laboral. El Sistema Nacional de Salud Universal buscará mejorar la equidad y la eficiencia tanto en el propio sistema de salud como en los mercados laborales.

Los avances en los últimos años y los retos a los que actualmente se enfrentan las instituciones públicas de salud colocan al sistema en una coyuntura histórica para llevar a cabo una transformación que le permita avanzar hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud.

Un Sistema Nacional de Salud Universal se concibe con una autoridad sanitaria que ejerza una rectoría eficaz y con alcance en el sector público y privado. La rectoría deberá fortalecerse a través de la regulación, la supervisión y la evaluación del sistema, la transparencia y la rendición de cuentas, así como la integración de un sistema universal de información y evaluación en salud y la cooperación internacional.

ESTRATEGIA 6.1. Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal

Líneas de acción:

- 6.1.1. Establecer mecanismos para un manejo de riesgos más eficiente.
- 6.1.2. Promover en coordinación con SHCP esquemas financieros que incentiven la inscripción de empresas y personas al IMSS e ISSSTE.
- 6.1.3. Afiliar o reafiliar al SPSS a la población sin seguridad social, especialmente aquélla que vive en condición de vulnerabilidad.
- 6.1.4. Otorgar los beneficios del SPSS a la población cubierta por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
- 6.1.5. Ampliar gradualmente las intervenciones cubiertas por el SPSS.
- 6.1.6. Establecer los mecanismos para la compensación presupuestaria entre instituciones y entidades federativas.
- 6.1.7. Preparar al sistema para que la persona usuaria seleccione a su prestador de servicios de salud.
- 6.1.8. Promover la integración y operación de Consejos Estatales de Salud para la definición de prioridades y seguimiento de programas.
- 6.1.9. Impulsar la salud en las políticas públicas a través de la planeación intersectorial.
- 6.1.10. Fomentar la participación de los beneficiarios en la definición de beneficios y operación del Sistema Nacional de Salud Universal.

ESTRATEGIA 6.2. Fortalecer la regulación en materia de salubridad general

Líneas de acción:

- 6.2.1. Actualizar el sustento jurídico para avanzar en el Sistema Nacional de Salud Universal.
- 6.2.2. Actualizar el marco legal para establecer una planeación interinstitucional única.

- 6.2.3. Establecer una unidad administrativa que regule y verifique la calidad de los establecimientos de salud.
- 6.2.4. Actualizar la regulación de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud.
- 6.2.5. Fortalecer la vinculación con las entidades federativas para el seguimiento de las políticas públicas y programas nacionales de salud.
- 6.2.6. Fortalecer los mecanismos para integrar la información del Sistema Nacional de Salud al Sistema Nacional de Información en Salud.

ESTRATEGIA 6.3. Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud

Líneas de acción:

- 6.3.1. Desarrollar un sistema nacional de evaluación en salud.
- 6.3.2. Establecer mecanismos de monitoreo y difusión de indicadores de calidad que permitan evaluar el desempeño de los servicios.
- 6.3.3. Optimizar los procesos para la rendición de cuentas de los programas y recursos públicos invertidos en la atención.
- 6.3.4. Incrementar el desarrollo de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas.
- 6.3.5. Fomentar el uso de herramientas de evaluación para el diseño de políticas públicas.
- 6.3.6. Desarrollar indicadores de productividad de uso de los recursos.

ESTRATEGIA 6.4. Integrar un sistema universal de información en salud

Líneas de acción:

- 6.4.1. Consolidar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- 6.4.2. Fortalecer la rectoría para el Sistema Nacional de Encuestas.

- 6.4.3. Fomentar la adopción y uso de sistemas de información de registro electrónico para la salud (SIRES).
- 6.4.4. Instrumentar el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.
- 6.4.5. Implementar mecanismos para incrementar la oportunidad, cobertura, integridad, validez, veracidad y consistencia de la información en salud.
- 6.4.6. Fortalecer los mecanismos de difusión de información en salud alineados a una estrategia de datos abiertos.
- 6.4.7. Fortalecer los mecanismos específicos para integrar, usar y explotar la información para la toma de decisiones.
- 6.4.8. Consolidar un Padrón General de Salud de derechohabientes, beneficiarios, asegurados, afiliados, pacientes, profesionales de la salud y padrones sustantivos.
- 6.4.9. Establecer las bases para la gestión de la identidad en salud a través de un Padrón General de Salud.
- 6.4.10. Avanzar en las herramientas que permitan la portabilidad y convergencia de la información básica en materia de salud.

ESTRATEGIA 6.5. Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal

Líneas de acción:

- 6.5.1. Fomentar el respeto a la dignidad, la autonomía y los derechos humanos en la prestación de servicios de salud.
- 6.5.2. Fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos.
- 6.5.3. Incorporar el enfoque bioético en el diseño, análisis y evaluación de las políticas públicas, así como la asignación de recursos.
- 6.5.4. Consolidar a las comisiones nacional, estatales de bioética, y los comités hospitalarios de bioética y de ética en investigación.

- 6.5.5. Promover la observancia de criterios de bioética internacionales acordes con el interés y las políticas de salud del país.
- 6.5.6. Difundir la cultura bioética entre la sociedad, impulsar capacitación del personal y la formación de profesionales en la materia.

ESTRATEGIA 6.6. Promover un México con responsabilidad global en salud

Líneas de acción:

- 6.6.1. Consolidar el papel de México como un actor responsable y comprometido en el ámbito multilateral.
- 6.6.2. Ampliar la presencia de México en los foros internacionales de salud.
- 6.6.3. Consolidar las relaciones con los países en términos de intercambio de experiencias.
- 6.6.4. Cumplir con los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos.
- 6.6.5. Impulsar una política de cooperación internacional y regional en salud pública que permita adoptar mejores prácticas.
- 6.6.6. Reafirmar el compromiso del país con la política internacional de propiedad intelectual.
- 6.6.7. Promover la armonización regulatoria en el contexto internacional apegada a criterios éticos.
- 6.6.8. Promover el reconocimiento de la COFEPRIS como autoridad sanitaria por parte de organismos internacionales y otras autoridades nacionales reguladoras.

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES Democratizar la Productividad

Líneas de acción:

- Promover la cobertura universal de la seguridad social, estimulando la creación de empleos formales y la flexibilidad laboral.

- Analizar integralmente los programas de gobierno y políticas públicas para que las estrategias y los programas de gobierno induzcan la formalidad.
- Incorporar métricas de la orientación hacia la productividad como un elemento del Sistema de Evaluación para el Desempeño.

Perspectiva de Género

Líneas de acción:

- Diseñar esquemas de acceso a los servicios de salud para las trabajadoras domésticas remuneradas.
- Incorporar a las jefas de hogares con carencia alimentaria a un sistema de protección social y capacitarlas para el autocuidado.
- Incrementar la participación de las mujeres en la definición, ejecución y evaluación de programas y proyectos de los que son beneficiarias.
- Fomentar el crecimiento de los servicios de guarderías y centros de cuidado diario para dependientes con horario extendido.
- Garantizar la portabilidad de derechos a la seguridad social de las mujeres entre los diversos subsistemas.
- Difundir los derechos y adoptar acciones afirmativas para garantizar el goce de los derechos de niñas, adolescentes y jóvenes.

INDICADORES 2013-2018

- 6.1 Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud.
- 6.2 Porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica.
- 6.3 Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud.

III.1 Estrategias Transversales

Gobierno Cercano y Moderno

Las líneas transversales correspondientes al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, se establecerán mediante bases de colaboración suscritas entre la coordinadora de sector, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de la Función Pública.

Perspectiva de Género

- Promover esquemas y horarios de trabajo que faciliten la conciliación de las responsabilidades laborales con vida personal y familia.
- Fomentar la expedición de licencias de paternidad para el cuidado de las niñas y niños.
- Difundir en los centros de trabajo los derechos de los varones a licencias de paternidad y sus responsabilidades domésticas y de cuidados.
- Impulsar la paridad en la asignación de puestos directivos en gobiernos federal, estatales y municipales.
- Impulsar la paridad en la asignación de puestos directivos en la Administración Pública Federal u organismos autónomos.
- Desarrollar medidas y acciones a favor de la paridad de género en los cargos públicos.
- Promover la transversalidad de la igualdad de género en estatutos, normas, procedimientos y plataformas políticas de los partidos.
- Eliminar el lenguaje sexista y excluyente en la comunicación gubernamental escrita y cotidiana.
- Promover el uso de lenguaje incluyente en los informes y documentos oficiales.
- Promover que en las imágenes y en los eventos públicos haya una participación sustantiva de mujeres.
- Difundir en la APF códigos de conducta en contra de la discriminación hacia las mujeres y en favor del lenguaje incluyente.

- Fomentar la igualdad salarial y la promoción de cuadros femeninos en el sector público.
- Garantizar la aplicación integral de Programa de Cultura Institucional.
- Promover acciones afirmativas en los programas sectoriales, regionales, institucionales y especiales, acordes con el PROIGUALDAD

Justificación: De acuerdo con las directrices de la STPS se realizarán acciones al interior de las dependencias públicas del Sistema Nacional de Salud que se deriven del Programa de Cultura Institucional con Perspectiva de Género que emite el Sistema Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. El Programa de Cultura Institucional con Perspectiva de Género busca inculcar una nueva cultura, una cultura de igualdad entre mujeres y hombres al interior de las dependencias y entidades de la administración pública. Las estrategias y líneas de acción están enfocadas a la homologación salarial, la promoción de un número mayor de mujeres en puestos de toma de decisión, la profesionalización en género; la aplicación de una comunicación no sexista e incluyente, el desarrollo de acciones para la corresponsabilidad entre la vida laboral, familiar y personal, así como la eliminación de prácticas de hostigamiento y acoso sexual.

Además de lo anterior, al interior de las dependencias e instituciones del sector se están incorporando las líneas de acción de las Estrategias Transversales dentro de los PAE; de tal forma que se le da un seguimiento y asignación presupuestaria.

Justificación: Este Programa Sectorial de Salud 2013-2018 incluye objetivos, estrategias y líneas de acción que siguen los principios con respecto a los derechos humanos, equidad de género e interculturalidad. El lenguaje que se usa en el diagnóstico, en la justificación de los objetivos, y en las estrategias y líneas de acción se apega a estos principios. Por otro lado, de los seis objetivos se incluye uno específico referente a la necesidad de cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, que incorpora como una inequidad importante a atenuar la diferencia por género. De esta forma se incluyen estrategias específicas de salud para mujeres. Es importante mencionar que la incorporación de objetivos y estrategias que cierren brechas no es más que el reflejo de la visión que se tiene del Sistema Nacional de Salud, tal como se muestra en el Mensaje de la Secretaría.

Además de lo anterior, al interior de las dependencias e instituciones del sector se están incorporando las líneas de acción de las Estrategias Transversales dentro de los PAE; de tal forma que se le da un seguimiento y asignación presupuestaria.



IV. INDICADORES

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades

| FICHA DE INDICADOR | |
|--------------------------------|--|
| Elemento | Características |
| Indicador | Porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año. |
| Objetivo sectorial | Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. |
| Descripción general | <p>El indicador capta el acceso a las vacunas que correspondan dependiendo de la edad del menor.</p> <p>Este indicador se considera estratégico debido a que es el periodo crítico donde mayor valor agregado en salud se obtiene de la vacunación.</p> |
| Observaciones | <p>Resulta de la división del número de menores de un año con esquema completo de vacunación para la edad entre el total de nacidos vivos ocurridos por 100.</p> <p>El esquema consta de 6 biológicos aplicados en 14 dosis a lo largo de 2, 4, 6 y 7 meses. Para mayor información consulte:</p> <p>http://censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/esquemavacunas.html</p> |
| Periodicidad | Anual. |
| Fuente | <p>Numerador: Base de datos del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. La información del numerador está disponible a solicitud de los investigadores interesados en replicar el cálculo del indicador.</p> <p>Denominador: Subsistema de Información sobre Nacimientos del SINAIIS:</p> <p>http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html</p> |
| Referencias adicionales | <p>Rectoría y estimación: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.</p> <p>Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño.</p> |

| Línea base | Meta 2018 |
|--|-----------|
| 2012: 48.5% (Última información oficial disponible) | 90.0% |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Proyección poblacional nacional 2018 para los menores de un año del CONAPO.
- Esquema de vacunación sin cambio (6 vacunas).
- Eficiencia proyectada en la compra consolidada de vacunas.
- Monitoreo permanente del registro de dosis aplicadas.
- Implementación y operación de la cartilla electrónica de vacunación.

FICHA DE INDICADOR

| Elemento | Características |
|----------------------------|---|
| Indicador | Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad. |
| Objetivo sectorial | Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. |
| Descripción general | El indicador mide el efecto de las acciones de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes enfocadas a la población infantil. |
| Observaciones | Resulta de la división del número de niños entre 5 y 11 años de edad, cuyo índice de masa corporal se ubica a dos o más desviaciones estándar del valor medio indicado en las tablas de referencia de la Organización Mundial de la Salud, entre el total de niños del mismo grupo etario, multiplicado por 100. |
| Periodicidad | Bienal. |
| Fuente | Numerador y denominador: ENSANUT y encuesta ad hoc. La ENSANUT 2012 se encuentra disponible en: http://ensanut.insp.mx/ La encuesta ad hoc estará disponible en la página de la Secretaría de Salud, tendrá representatividad nacional y utilizará el marco muestral de la ENSANUT 2012. |

| | | |
|--------------------------------|---|------------------|
| Referencias adicionales | Rectoría: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Estimación: Dirección General de Evaluación del Desempeño. Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño. | |
| | Línea base | Meta 2018 |
| | 2012: 14.6% (Última información oficial disponible) | 12.0% |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Datos proyectados de la ENSANUT 2012.
- Acciones de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes desarrolladas en el entorno escolar y en el entorno familiar.
- Evidencia de efectividad de las acciones en la disminución de la obesidad en la población infantil.

FICHA DE INDICADOR

| Elemento | Características |
|----------------------------|---|
| Indicador | Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical. |
| Objetivo sectorial | Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. |
| Descripción general | El indicador mide de forma indirecta la efectividad de la detección temprana de casos de VIH en mujeres embarazadas o parturientas para intervenir oportunamente con el tratamiento que evite la transmisión de madre a hija(o). |
| Observaciones | Resulta de restarle al 100% el cociente del número de casos nuevos en recién nacidos diagnosticados con VIH del Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA al 30 de junio de cada año entre el número de casos nuevos en recién nacidos diagnosticados con VIH del Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA al 30 de junio de 2013. Se consideran los casos nuevos de transmisión vertical (vía perinatal) diagnosticados con VIH en todas las instituciones del sector salud. |
| Periodicidad | Anual. |

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| Fuente | <p>Numerado y denominador: Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.</p> <p>http://censida.grupolatis.net/principal/inicio.php</p> <p>Se puede acceder al sistema previa solicitud al Director de Prevención y Participación Social del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y otras ITS.</p> | |
| Referencias adicionales | <p>Rectoría: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y otras ITS.</p> <p>Estimación: Dirección General de Epidemiología.</p> <p>Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño.</p> | |
| | Línea base | Meta 2018 |
| | <p>0% de cambio en el año 2013 de casos confirmados de VIH por transmisión vertical en comparación con el año 2013.</p> | <p>84.6% menos casos confirmados de VIH por transmisión vertical en el año 2018 en comparación con el año 2013.</p> |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Datos del Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.
- Monitoreo permanente del registro de pruebas diagnósticas aplicadas a mujeres embarazadas y parturientas, así como a recién nacidos.
- Reforzamiento en el cumplimiento del programa de diagnóstico oportuno.
- Evidencia de efectividad y sensibilidad de la prueba diagnóstica aplicada, así como del tratamiento usado para evitar la transmisión vertical.

2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

| FICHA DE INDICADOR | |
|-------------------------|--|
| Elemento | Características |
| Indicador | Tasa de mortalidad por cáncer de mama. |
| Objetivo sectorial | Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. |
| Descripción general | El indicador mide el efecto de las acciones que la Secretaría de Salud, en coordinación con las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, desarrolla para detectar y atender el cáncer de mama en forma oportuna. |
| Observaciones | Se construye dividiendo el total de mujeres de 25 años y más, fallecidas a causa de cáncer de mama en un año determinado entre la población estimada de mujeres a mitad de año en el mismo grupo de edad para el mismo periodo, multiplicado por 100,000. |
| Periodicidad | Anual. |
| Fuente | Numerador: Bases de datos de mortalidad INEGI/SS, disponible en la sección de mortalidad general del SINAIS: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html Denominador: Proyecciones de población de CONAPO a mitad de año, disponibles en la página de CONAPO: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_de_la_Poblacion_2010-2050 |
| Referencias adicionales | Rectoría: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estimación: Dirección General de Información en Salud. Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño. |

| Línea base | Meta 2018 |
|---|-----------|
| 2011: 16.3 (Última información oficial disponible) | 16.0 |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Análisis de tendencia de mortalidad por cáncer de mama.
- Proyecciones poblacionales de mujeres mayores de 25 años a mitad de año en 2018 del CONAPO.
- Reforzamiento en el cumplimiento del programa de diagnóstico y atención oportunos.

FICHA DE INDICADOR

| Elemento | Características |
|---------------------|---|
| Indicador | Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino. |
| Objetivo sectorial | Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. |
| Descripción general | El indicador mide el efecto de las acciones que la Secretaría de Salud, en coordinación con las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, desarrolla para detectar y atender el cáncer cérvico-uterino en forma oportuna. |
| Observaciones | Resulta de la división del total de mujeres de 25 años y más fallecidas a causa de cáncer cérvico-uterino en un año determinado entre la población estimada de mujeres a mitad de año en el mismo grupo de edad para el mismo periodo, multiplicado por 100,000. |
| Periodicidad | Anual. |
| Fuente | Numerador: Bases de datos de mortalidad INEGI/SS, disponible en la sección de mortalidad general del SINAISS: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html Denominador: Proyecciones de población de CONAPO a mitad de año, disponibles en la página de CONAPO: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_de_la_Poblacion_2010-2050 |

| | | |
|--------------------------------|---|------------------|
| Referencias adicionales | Rectoría: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estimación: Dirección General de Información en Salud. Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño. | |
| | Línea base | Meta 2018 |
| | 2011: 12.3 (Última información oficial disponible) | 10.0 |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Análisis de tendencia de mortalidad por cáncer cérvico-uterino.
- Proyecciones poblacionales de mujeres mayores de 25 años a mitad de año en 2018 del CONAPO.
- Reforzamiento en el cumplimiento del programa de diagnóstico y atención oportunos.

FICHA DE INDICADOR

| Elemento | Características |
|----------------------------|---|
| Indicador | Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (Indicador definido por la OCDE) ¹ . |
| Objetivo sectorial | Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. |
| Descripción general | El indicador capta la demanda de atención médica hospitalaria de pacientes con diabetes que desarrollan complicaciones de corto plazo. El resultado es una aproximación al nivel de control que tienen los pacientes de su enfermedad a través de la atención médica primaria. |
| Observaciones | Se construye dividiendo el número de egresos hospitalarios con diagnóstico principal de diabetes con complicaciones de corto plazo en población de 15 años y más entre el total de población de 15 años y más que utiliza servicios públicos de salud por 100,000 ² . |
| Periodicidad | Anual. |
| Fuente | Numerador: Base de datos de egresos hospitalarios de las instituciones del sector salud disponible en el SINAIS: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_egresoshospitalarios.html |

| | |
|--|---|
| <p>Fuente (Cont.)</p> | <p>Denominador: Proyecciones de población de CONAPO a mitad de año: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_de_la_Poblacion_2010-2050</p> <p>El denominador se ajusta por la proporción de personas que utilizan servicios de salud con las tablas dinámicas del Censo de Población y Vivienda 2010 debido a que el numerador únicamente contempla egresos hospitalarios de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpvcpv2010Default.aspx</p> |
| <p>Referencias adicionales</p> | <p>Rectoría: Secretaría de Salud. Estimación: Unidad de Análisis Económico. Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño.</p> |
| <p>Línea base</p> | <p>Meta 2018</p> |
| <p>2011: 16.7 (Última información oficial disponible)</p> | <p>16.0</p> |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Análisis de tendencia de los datos de egresos hospitalarios que cumplen con las especificaciones del indicador según lo publicado por la OCDE.
- Proyecciones poblaciones a mitad de año 2018 del CONAPO.
- Acciones de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes desarrolladas en todos los entornos de la vida.
- Evidencia de efectividad de las acciones en la disminución de la obesidad y de la diabetes en la población en general.

1. **Health Data** http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#

2. **Health Care Quality Indicators (HCQI) 2012-2013 Data Collection, Guidelines for filling in the Data Collection Questionnaires**, OECD, 2013.

3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida

| FICHA DE INDICADOR | |
|----------------------------|---|
| Elemento | Características |
| Indicador | Porcentaje de muestras de agua clorada dentro de las especificaciones de la NOM. |
| Objetivo sectorial | Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. |
| Descripción general | <p>La cloración del agua reduce los riesgos a la salud por microorganismos. Es obligación de los municipios entregar agua de calidad bacteriológica a la población.</p> <p>El indicador mide la eficiencia de cloración del agua.</p> <p>La COFEPRIS de manera conjunta con el Sistema Federal Sanitario, vigilan que el agua para consumo humano de las localidades que cuentan con sistemas formales de abastecimiento de agua, tenga concentraciones de cloro residual libre dentro de las especificaciones de la normativa vigente, a fin de garantizar el abasto seguro de agua.</p> |
| Observaciones | <p>Se construye dividiendo el número de muestras de agua clorada dentro de especificaciones de NOM entre el total de muestras realizadas.</p> <p>Para cumplir con este propósito, la COFEPRIS verifica que el agua en la red de distribución, incluyendo los puntos más alejados, debe contener cloro residual libre entre los límites de 0,2 a 1,5 mg/l de conformidad con la MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994, Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización.</p> <p>El indicador, resulta de dividir el número total acumulado de las determinaciones de cloro residual libre en tomas domiciliarias dentro del límite permisible de la norma, entre el total de determinaciones acumuladas hasta el mes de reporte a nivel nacional, multiplicando su resultado por 100.</p> |

| <p>Observaciones (Cont.)</p> | <p>A través del sistema federal sanitario se lleva a cabo un muestreo en cada una de las entidades federativas. La información observada se concentra en las oficinas centrales de la COFEPRIS y se calcula el promedio nacional.</p> <p>La determinación de número de muestras y frecuencia de muestreo, se realiza con base en lo especificado en la Norma Oficial Mexicana NOM-179-SSA1-1998, Vigilancia y evaluación del control de calidad del agua para uso y consumo humano, distribuida por sistemas de abastecimiento público, que especifica que los sistemas de abastecimiento de localidades con una población de 50,000 habitantes o menor, el organismo operador debe cumplir como mínimo con lo establecido en la Tabla 1 de esta Norma.</p> <p>TABLA 1</p> <table border="1" data-bbox="594 748 1182 1048"> <thead> <tr> <th colspan="3">DETERMINACIÓN DE CLORO RESIDUAL LIBRE EN RED DE DISTRIBUCIÓN</th> </tr> <tr> <th>Población abastecida (nº. de habitantes)</th> <th>Muestras por nº. de habitantes</th> <th>Frecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><2,500</td> <td>1/<2,500</td> <td>semanal</td> </tr> <tr> <td>2,501-50,000</td> <td>1/5,000</td> <td>semanal</td> </tr> <tr> <td>50,001-500,000</td> <td>5/50,000</td> <td>semanal</td> </tr> <tr> <td>>500,000</td> <td>1/50,000</td> <td>diaria</td> </tr> </tbody> </table> <p>En sistemas de abastecimiento de localidades con una población mayor a 50,000 habitantes, el organismo operador debe contar con Certificado de Calidad Sanitaria del Agua, otorgado por la Secretaría de Salud, siendo el propio organismo el responsable del cumplimiento de los Programas de Análisis de Calidad del Agua, Inspección de Instalaciones Hidráulicas, Mantenimiento y Capacitación descritos en los puntos 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4 de esta Norma; estos programas deben mantenerse en archivo; el desarrollo de las actividades de dichos programas debe registrarse en bitácoras actualizadas o archivo; tanto los programas como el desarrollo de sus actividades, deben estar a disposición de la autoridad competente cuando ésta lo solicite, durante un mínimo de cinco años.</p> | DETERMINACIÓN DE CLORO RESIDUAL LIBRE EN RED DE DISTRIBUCIÓN | | | Población abastecida (nº. de habitantes) | Muestras por nº. de habitantes | Frecuencia | <2,500 | 1/<2,500 | semanal | 2,501-50,000 | 1/5,000 | semanal | 50,001-500,000 | 5/50,000 | semanal | >500,000 | 1/50,000 | diaria |
|--|---|--|--|--|--|--------------------------------|------------|--------|----------|---------|--------------|---------|---------|----------------|----------|---------|----------|----------|--------|
| DETERMINACIÓN DE CLORO RESIDUAL LIBRE EN RED DE DISTRIBUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población abastecida (nº. de habitantes) | Muestras por nº. de habitantes | Frecuencia | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <2,500 | 1/<2,500 | semanal | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2,501-50,000 | 1/5,000 | semanal | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50,001-500,000 | 5/50,000 | semanal | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >500,000 | 1/50,000 | diaria | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Periodicidad</p> | <p>Anual.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fuente</p> | <p>Numerador y denominador: Sistema Federal Sanitario.</p> <p>En caso de requerir mayor información o aclaraciones deben dirigirse a la COFEPRIS ya sea con la Coordinación del Sistema Federal Sanitario o con la Dirección Ejecutiva de Evidencia de Riesgos de la Comisión de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Referencias adicionales</p> | <p>Rectoría y estimación: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.</p> <p>Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD**

2 0 1 3 - 2 0 1 8

| Línea base | Meta 2018 |
|--|-----------|
| 2012: 90.6% (Última información oficial disponible) | 93.0% |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Con base en el comportamiento de la eficiencia de cloración, de los últimos 12 años, partiendo de una línea base del 73.64% en el 2000, se observó un crecimiento acelerado hasta el 2006, alcanzando el 85.71% de eficiencia de cloración. A partir de ese año, el incremento porcentual anual, observó un comportamiento no tan acelerado, por lo que, se alcanzó solamente un 90.66% de eficiencia para el 2012.
- Por lo anterior, para calcular la meta del 93%, se tomó en cuenta el crecimiento observado en los últimos años y se estimó un incremento anual de 0.39%.

FICHA DE INDICADOR

| Elemento | Características |
|----------------------------|---|
| Indicador | Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor (ATVM). |
| Objetivo sectorial | Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. |
| Descripción general | El indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención de accidentes de tráfico de vehículo de motor definidas por el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. |
| Observaciones | Resulta de la división del número de defunciones por accidentes de tráfico de vehículo de motor entre la población total, multiplicado por 100,000 habitantes. |
| Periodicidad | Anual. |
| Fuente | Numerador: Base de datos de mortalidad INEGI/SS: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_defunciones.html Denominador: Proyecciones de la población del CONAPO: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_de_la_Poblacion_2010-2050 |

| | | |
|--------------------------------|--|------------------|
| Referencias adicionales | Rectoría: Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. Estimación: Dirección General de Información en Salud. Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño. | |
| | Línea base | Meta 2018 |
| | 2011: 14.4 (Última información oficial disponible) | 9.6 |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Análisis de tendencia de los datos de egresos hospitalarios vinculados con ATVM.
- Proyecciones poblaciones a mitad de año 2018 del CONAPO.
- Acciones de prevención de ATVM definidos por el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.
- Evidencia de efectividad de las acciones en la disminución de ATVM.

FICHA DE INDICADOR

| Elemento | Características |
|----------------------------|--|
| Indicador | Tasa de mortalidad por riesgos de trabajo. |
| Objetivo sectorial | Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. |
| Descripción general | <p>El indicador mide indirectamente el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de Salud Ocupacional emitidas por la COFEPRIS y operadas por el IMSS.</p> <p>El indicador mide la cantidad de trabajadores asalariados cotizantes al IMSS que fallecen a consecuencia de un accidente o enfermedad de trabajo anualmente.</p> |
| Observaciones | Resulta de la división del número de defunciones por accidentes y enfermedades de trabajo entre el total de trabajadores asegurados en el Seguro de Riesgos de Trabajo multiplicado por 10,000; anualmente. |
| Periodicidad | Anual. |

| | | |
|--------------------------------|--|------------------|
| Fuente | Numerador: Sistema de información de riesgos de trabajo del IMSS. Denominador: Informe de población derechohabiente del IMSS. Ambos se encuentran en la Memoria Estadística IMSS: http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/Pages/memoriaestadistica2011.aspx | |
| Referencias adicionales | Rectoría, estimación y monitoreo: Coordinación de Salud en el Trabajo de la Dirección de Prestaciones Médicas IMSS y Coordinación de Planeación de la Dirección de Finanzas IMSS. | |
| | Línea base | Meta 2018 |
| | 2012: 1.0 (Última información oficial disponible) | 0.9 |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Análisis de tendencia de los datos de mortalidad por riesgos de trabajo.
- Proyecciones de afiliados al IMSS en 2018 del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto, 2012-2013, IMSS.
- Acciones de prevención de riesgos de trabajo en el marco del cumplimiento de las NOM en materia de salud ocupacional.
- Evidencia de efectividad de las acciones de prevención en la disminución de riesgos de trabajo.

4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país

| FICHA DE INDICADOR | |
|---------------------|--|
| Elemento | Características |
| Indicador | Tasa de mortalidad infantil (TMI). |
| Objetivo sectorial | Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. |
| Descripción general | <p>El indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de enfermedades en los menores de un año de acuerdo con la normatividad aplicable.</p> <p>Asimismo es un indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que permite la comparación entre países.</p> |
| Observaciones | Resulta de la división del número de defunciones de niños menores de un año de edad en un año específico entre el total de nacidos vivos en ese mismo año, multiplicado por 1,000. |
| Periodicidad | Anual. |
| Fuente | <p>Numerador: Base de datos de mortalidad INEGI/SS: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_defunciones.html</p> <p>Denominador: Subsistema de Información sobre Nacimientos: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_nacimientos.html</p> <p>Análisis del indicador bajo los Objetivos de Desarrollo del Milenio: http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/ODM.exe/INDODM004000100020,24,0,000,False,False,False,False,False,False, False,0,0</p> |

| | | |
|--------------------------------|--|------------------|
| Referencias adicionales | Rectoría: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Estimación: Dirección General de Información en Salud. Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño. | |
| | Línea base | Meta 2018 |
| | 2011: 13.7 (Última información oficial disponible) | 10.1 |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Análisis de tendencia de los datos de mortalidad en menores de un año.
- Proyección poblacional nacional 2018 para los menores de un año del CONAPO.
- Acciones de prevención de muertes en los menores de un año.
- Evidencia de efectividad de las acciones de prevención en la disminución de muertes en los menores de un año.

FICHA DE INDICADOR

| Elemento | Características |
|----------------------------|---|
| Indicador | Razón de mortalidad materna (RMM). |
| Objetivo sectorial | Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. |
| Descripción general | <p>El indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y púerperas de acuerdo con la normatividad aplicable.</p> <p>Asimismo es un indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que permite la comparación entre países.</p> |
| Observaciones | <p>Resulta de la división del número de defunciones maternas en un año específico y el total de nacidos vivos ocurridos en ese mismo año, multiplicado por 100,000.</p> <p>Se excluyen muertes maternas tardías, por secuelas, debidas a coriocarcinoma, y con residencia en el extranjero.</p> |
| Periodicidad | Anual. |

| | | |
|---|--|--|
| Fuente | <p>Numerador: Base de datos de mortalidad INEGI/SS: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_defunciones.html</p> <p>Denominador: Subsistema de Información sobre Nacimientos: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_nacimientos.html</p> <p>Análisis del indicador bajo los Objetivos de Desarrollo del Milenio: http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/ODM.exe/INDODM005000100010,26,0,000,False,False,False,False,False,False,False,0,0</p> | |
| Referencias adicionales | <p>Rectoría: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.</p> <p>Estimación: Dirección General de Información en Salud.</p> <p>Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño.</p> | |
| Línea base | Meta 2018 | |
| 2011: 43.0 (Última información oficial disponible) | 30.0 | |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Análisis de tendencia de los datos de mortalidad materna.
- Proyección poblacional nacional de mujeres de 15 a 49 años en 2018 del CONAPO.
- Acciones de prevención de muertes en mujeres embarazadas, parturientas y puérperas.
- Evidencia de efectividad de las acciones de prevención en la disminución de muertes en mujeres embarazadas, parturientas y puérperas.

5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud

| FICHA DE INDICADOR | |
|--------------------------------|--|
| Elemento | Características |
| Indicador | Porcentaje de gasto público en salud destinado a la provisión de atención médica y salud pública extramuros. |
| Objetivo sectorial | Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. |
| Descripción general | El indicador forma parte de un objetivo enfocado a mejorar la gestión de los recursos federales en materia de salud. De lo anterior el indicador mide indirectamente la eficiencia en el uso de los recursos destinados al gasto administrativo que permita generar economías para destinar mayores recursos a la provisión de servicios de atención médica y salud pública extramuros. |
| Observaciones | <p>Resulta de restar al 100% del gasto público en salud el porcentaje del gasto destinado a administración y rectoría del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>La definición de administración y rectoría sigue lo estipulado por la OCDE, refiriéndose a actividades de planeación, gestión, regulación, recaudación de fondos y manejo de las demandas del sistema.</p> <p>El gasto administrativo es un indicador que se reporta a la OCDE para seguimiento en la publicación de Health Data ¹.</p> |
| Periodicidad | Anual. |
| Fuente | Numerador y denominador: Datos del volumen IV Recursos Financieros, del Boletín de Información Estadística del Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS): http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/index.html |
| Referencias adicionales | <p>Rectoría: Secretaría de Salud.</p> <p>Estimación: Dirección General de Información en Salud.</p> <p>Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño.</p> |

| Línea base | Meta 2018 |
|--|-----------|
| 2011: 82.8% (Última información oficial disponible) | 85.0% |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Análisis de tendencia de los datos de gasto administrativo.
- Acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del gasto administrativo.
- Efectividad de las acciones de mejora.

1. Health Data http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#

| FICHA DE INDICADOR | |
|---------------------|---|
| Elemento | Características |
| Indicador | Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas. |
| Objetivo sectorial | Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. |
| Descripción general | El indicador forma parte de un objetivo enfocado a mejorar la gestión de los recursos federales en materia de salud. De lo anterior el indicador mide indirectamente la eficiencia en los procesos de compra e inventarios para incrementar el surtimiento completo de recetas médicas. |
| Observaciones | Se obtiene dividiendo el número de pacientes a los que se entregó la totalidad de los medicamentos marcados en su receta entre el total de pacientes encuestados con receta médica, multiplicado por 100. |
| Periodicidad | Bienal. |
| Fuente | Numerador y denominador: ENSANUT y Encuesta ad hoc. La ENSANUT 2012 se encuentra disponible en: http://ensanut.insp.mx/ . La encuesta ad hoc estará disponible en la página de la Secretaría de Salud, tendrá representatividad nacional y utilizará el marco muestral de la ENSANUT 2012. |

| | | |
|--------------------------------|--|------------------|
| Referencias adicionales | Rectoría: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Estimación: Dirección General de Evaluación del Desempeño. Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño. | |
| | Línea base | Meta 2018 |
| | 2012: 65.2% (Última información oficial disponible) | 90.0% |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Análisis de tendencia de los datos de gasto en medicamentos.
- Acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del gasto en medicamentos, incluyendo compra consolidada y negociaciones de precio de compra pública, entre otras.
- Efectividad de las acciones de mejora en la gestión de compra de medicamentos.

6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

| FICHA DE INDICADOR | | | | | |
|--|--|------------|-----------|--|------|
| Elemento | Características | | | | |
| Indicador | Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud. | | | | |
| Objetivo sectorial | Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. | | | | |
| Descripción general | El indicador mide la proporción de población que no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, PEMEX, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados. | | | | |
| Observaciones | Resulta de la división del número de personas en situación de carencia por acceso a los servicios de salud entre el total de la población, multiplicado por 100. | | | | |
| Periodicidad | Bienal. | | | | |
| Fuente | Numerador y denominador: Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Programas_y_BD_2010_y_2012.aspx | | | | |
| Referencias adicionales | Rectoría: Secretaría de Salud. Estimación: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño. | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Línea base</th> <th>Meta 2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2012: 21.5% (Última información oficial disponible)</td> <td>6.0%</td> </tr> </tbody> </table> | Línea base | Meta 2018 | 2012: 21.5% (Última información oficial disponible) | 6.0% |
| Línea base | Meta 2018 | | | | |
| 2012: 21.5% (Última información oficial disponible) | 6.0% | | | | |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Análisis de tendencia de los datos de afiliación a instituciones públicas y privadas que financian y ofrecen atención médica.
- Acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del proceso de afiliación poblacional a instituciones públicas y privadas que financian y ofrecen atención médica bajo el marco del Sistema Nacional de Salud Universal.
- Efectividad de las acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del proceso de afiliación.

FICHA DE INDICADOR

| Elemento | Características |
|----------------------------|--|
| Indicador | Porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica. |
| Objetivo sectorial | Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. |
| Descripción general | Este indicador es uno de los componentes de la medición de acceso a la atención médica proporcionada por el sector público bajo el marco del Sistema Nacional de Salud Universal. |
| Observaciones | Resulta de restar al 100% de la población la suma del porcentaje de población sin aseguramiento público y el porcentaje de población que teniendo aseguramiento público de salud utiliza servicios privados de atención médica. |
| Periodicidad | Bienal. |
| Fuente | Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/ Metodología del CONEVAL para el cálculo del porcentaje de población sin aseguramiento público: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Programas_y_BD_2010_y_2012.aspx |

| | | |
|---|--|------------------|
| Referencias adicionales | Rectoría: Secretaría de Salud. | |
| | Estimación: Dirección General de Evaluación del Desempeño y Dirección General de Información en Salud. | |
| Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño. | | |
| | Línea base | Meta 2018 |
| | 2012: 53.8% (Última información oficial disponible) | 80.0% |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Análisis de tendencia de los datos de afiliación a instituciones públicas y privadas que financian y ofrecen atención médica.
- Acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del proceso de afiliación poblacional a instituciones públicas y privadas que financian y ofrecen atención médica bajo el marco del Sistema Nacional de Salud Universal.
- Acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas de la atención médica proporcionada por las instituciones públicas bajo el marco del Sistema Nacional de Salud Universal.
- Efectividad de las acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del proceso de afiliación a seguros públicos de salud y del proceso de atención médica.

FICHA DE INDICADOR

| Elemento | Características |
|----------------------------|--|
| Indicador | Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud. |
| Objetivo sectorial | Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. |
| Descripción general | El indicador mide indirectamente la eficiencia en aseguramiento público en salud para evitar gastos de bolsillo catastróficos en los hogares más pobres. |
| Observaciones | Resulta de la división del número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud entre el total de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud, multiplicado por 100. |

**PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD**

2 0 1 3 - 2 0 1 8

| | | |
|--------------------------------|---|------------------|
| Observaciones (Cont.) | Se considera que un hogar incurre en gasto catastrófico en salud cuando efectúa un pago de bolsillo para atender su salud mayor al 30% de su ingreso efectivo (ingreso total menos gasto en alimentos). | |
| Periodicidad | Bienal. | |
| Fuente | Numerador y denominador: Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/ La metodología de cálculo está disponible bajo solicitud a la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud. | |
| Referencias adicionales | Rectoría: Secretaría de Salud. Estimación: Unidad de Análisis Económico. Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño. | |
| | Línea base | Meta 2018 |
| | 4.6% (Última información oficial disponible) | 3.5% |

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Análisis de tendencia de los datos de gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en la población más pobre.
- Acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas de la atención médica proporcionada por las instituciones públicas bajo el marco del Sistema Nacional de Salud Universal a la población más pobre.
- Efectividad de las acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del proceso de afiliación a seguros públicos de salud y del proceso de atención médica a la población más pobre.



TRANSPARENCIA

TRANSPARENCIA

El presente Programa estará disponible a partir de su publicación en la página principal de la página web de la Secretaría de Salud:

www.salud.gob.mx

y el seguimiento de los indicadores estará disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/indicadores1318>



GLOSARIO Y REFERENCIAS

GLOSARIO

Acceso efectivo a los servicios de salud: Se refiere a la definición operativa de la cobertura universal en salud. Esto es, que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención, pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutive.

Accidente de trabajo: Es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste. Quedan incluidos en la definición anterior los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de éste a aquél.

Calidad de la atención en salud: Atención que el sistema de salud otorga y que cumple con seis dimensiones: efectiva (mejora en resultados de salud individual y comunitaria, basada en sus necesidades), eficiente (con el mejor uso de los recursos), accesible (oportuna, geográficamente razonable y con los recursos y competencias apropiadas a las necesidades en salud), aceptable/centrada en el paciente (con base en las preferencias y expectativas de los usuarios y la cultura de las comunidades), equitativa (homogénea por género, raza, etnicidad, localización geográfica o nivel socioeconómico) y segura (con los mínimos riesgos y daño a los usuarios).

Calidad técnica de los servicios: El grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados deseados en salud y son consistentes con el conocimiento actual.

Calidad interpersonal: Atención a la salud que cumple con las expectativas de los usuarios y las normas oficiales y profesionales, en términos de beneficios y riesgos para la salud.

Capital humano: Destrezas, conocimientos y orientación de una persona para realizar actividades productivas. El capital humano puede incrementarse invirtiendo en salud, educación, capacitación y con la experiencia laboral.

Condición de vulnerabilidad: Según la definición del CONEVAL:

Vulnerables por carencias sociales. Población que presenta una o más carencias sociales, pero cuyo ingreso es superior a la línea de bienestar. Las carencias sociales son: carencia por rezago educativo, carencia de acceso a los servicios de salud, carencia de acceso a la seguridad social, carencia por la calidad y espacios de la vivienda, carencia por servicios básicos en la vivienda y carencia de acceso a la alimentación.

Vulnerables por ingresos. Población que no presenta carencias sociales y cuyo ingreso es inferior o igual a la línea de bienestar.

Coriocarcinoma: Es una forma de cáncer de crecimiento rápido que ocurre en el útero (matriz) de una mujer. Las células anormales empiezan en el tejido que normalmente se convertiría en placenta, el órgano que se desarrolla durante el embarazo para alimentar el feto.

Desviación estándar: Es una medida de dispersión que nos indica cuánto pueden alejarse los valores respecto al promedio (media). Se define como la raíz cuadrada de la varianza de la variable.

Determinantes sociales de la salud: Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Dislipidemias: Son un conjunto de enfermedades asintomáticas, que tienen en común que son causadas por concentraciones anormales de lipoproteínas sanguíneas.

Enfermedades desatendidas o del rezago: Son enfermedades que reciben poca atención y se presentan en poblaciones que viven en condición de pobreza. Entre las enfermedades desatendidas, cabe destacar el dengue, la rabia, el tracoma causante de ceguera, la úlcera de Buruli, las treponemosis endémicas (pian), la lepra (enfermedad de Hansen), la enfermedad de Chagas, la tripanosomiasis africana humana (enfermedad del sueño), la leishmaniasis, la cisticercosis, la dracunculosis (enfermedad del gusano de Guinea), la equinococosis, las infecciones por trematodos transmitidas por los alimentos, la filariasis linfática, la oncocercosis (ceguera de los ríos), la esquistosomiasis (bilharziasis) y las helmintiasis transmitidas por el suelo (gusanos intestinales).

Enfermedad de trabajo: Es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

Enfermedades emergentes: Son enfermedades recién identificadas y anteriormente desconocidas que ocasionan brotes, constituyendo un problema de salud pública por el impacto que pueden tener tanto en la salud (enfermedad o muerte) como en la economía mundial.

Enfermedades reemergentes: Las enfermedades reemergentes son enfermedades conocidas que ya habían sido controladas y que dejaron de considerarse como problemas de salud pública, pero que reaparecen a menudo cobrando proporciones epidémicas.

Enfermedades transmitidas por vector: Son los padecimientos en cuya cadena de transmisión interviene un vector artrópodo, como elemento necesario para la transmisión del parásito, se incluyen: dengue, leishmaniasis, oncocercosis, paludismo, tripanosomiasis y rickettsiosis.

Esperanza de vida al nacer: Indica la cantidad de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de su vida.

Esquema completo de vacunación en menores de un año: Niños menores a un año de edad que completan el esquema básico de vacunación.

Esquema completo de vacunación en niños de un año: Niños de un año de edad que completan el esquema básico de vacunación sin importar en qué momento se hayan aplicado las vacunas.

Equidad: Justicia en la asignación de recursos o tratamientos entre individuos o grupos. En políticas de salud, equidad usualmente se refiere al acceso universal a una atención a la salud razonable y una justa distribución de la carga financiera de la atención a la salud entre grupos de diferentes ingresos.

Evaluación de tecnologías en salud: Análisis multidisciplinario que estudia las implicaciones clínicas, económicas, organizacionales, éticas y sociales del desarrollo, introducción, difusión y uso de las tecnologías en salud, con el objetivo de aportar información para la toma de decisiones y la elaboración de políticas públicas.

Farmacogenómica: Es la investigación de las variaciones del ADN (ácido desoxirribonucleico) y del ARN (ácido ribonucleico) relacionadas con respuesta a fármacos.

Farmacovigilancia: Es la ciencia que trata de recoger, vigilar, investigar y evaluar la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información nueva acerca de las reacciones adversas y prevenir los daños en los pacientes.

Gasto administrativo: De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos el gasto administrativo se conforma por los recursos financieros destinados a las actividades de planeación, gestión, regulación, recaudación de fondos y manejo de las demandas del sistema a nivel nacional y estatal, quedando excluidos los recursos financieros destinados a la administración de las unidades de atención médica y de los servicios de salud pública.

Gasto de bolsillo: Pago directo que hacen los hogares por los servicios de salud al momento de recibirlos. El gasto de bolsillo tiene como límite máximo el ingreso percibido por los hogares, el cual puede incluir los ahorros o hasta los recursos producto de la venta del patrimonio.

Gasto catastrófico: Cuando los hogares efectúan un pago de bolsillo para atender su salud mayor al 30% de su ingreso efectivo. El ingreso efectivo se calcula como la resta del ingreso total menos el gasto en alimentos.

Género: Es el conjunto de atributos sociales que se le asignan a las personas según haya sido identificado como hombre o como mujer. Dichos atributos son socialmente construidos, por lo que cada cultura, según la época y el grupo social, le da un sentido diferente a lo que significa ser hombre y ser mujer.

Guías de Práctica Clínica: Declaraciones que incluyen recomendaciones orientadas a mejorar la atención al paciente. Están basadas en revisiones sistemáticas de la evidencia y en la evaluación de los daños y beneficios de alternativas de atención.

Índice de masa corporal: Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

Interculturalidad en Salud: Es un proceso respetuoso de relación horizontal entre el personal de salud y los usuarios que permite comprender la forma de percibir la realidad y el mundo del otro, fomentando el diálogo, el reconocimiento y el respeto a sus particularidades culturales.

Plan Maestro de Infraestructura: Instrumento rector para la planeación, desarrollo y reordenamiento de la infraestructura y el equipamiento médico de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud, con el fin de racionalizar y priorizar los recursos para la inversión pública y garantizar la operación sustentable.

Rectoría: Función del sistema de salud que incluye el diseño de políticas; la coordinación intra e intersectorial; la planeación estratégica; el diseño y monitoreo de las reglas para todos los actores del sistema (regulación sanitaria y de la atención a la salud); la generación y coordinación normativa de la información; la evaluación del desempeño y la representación internacional.

Riesgos de trabajo: Son los accidentes y las enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

Salud pública extramuros: Son las acciones de salud tanto a la persona como a la comunidad realizadas fuera de las unidades médicas. Entre las acciones de salud pública extramuros se encuentran la protección contra riesgos sanitarios, las semanas nacionales de salud, las campañas de promoción de estilos de vida saludable y el control de brotes epidemiológicos.

Tecnologías en salud: Cualquier insumo o intervención que pueda ser utilizada en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, rehabilitación o cuidados prolongados. Se incluyen los medicamentos, las vacunas, los dispositivos, los procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas de organización e información que se utilizan para la atención a la salud.

Tecnovigilancia (vigilancia de la seguridad de los dispositivos médicos): Es el conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y evaluación de incidentes adversos producidos por los dispositivos médicos en uso, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a éstos, con base en la notificación, registro y evaluación sistemática de las notificaciones de incidentes adversos, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición y minimizar sus riesgos. Idealmente, la información del sistema de tecnovigilancia se comparte entre autoridades competentes y fabricantes/distribuidores, a modo de facilitar las actividades en materia de tecnovigilancia, así como las acciones preventivas y correctivas de cada caso a nivel nacional e internacional que impacten en el territorio nacional.

Telemedicina: El uso de las tecnologías de la información y la comunicación para proporcionar servicios médicos y de educación en salud a distancia.

Telesalud: Atención sanitaria, en los casos en que la distancia es un factor crítico, llevada a cabo por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información, con fines preventivos, diagnósticos y terapéuticos, así como formación continua de personal capacitado en atención a la salud, incluyendo actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de sus comunidades.

Transición demográfica: Teoría demográfica que estudia la relación entre población, crecimiento demográfico y desarrollo económico en el tiempo. En el campo de la salud se refiere al análisis de los cambios demográficos desde una alta mortalidad y natalidad a una baja significativa de ambos eventos que definen, junto con la migración, el proceso de crecimiento y envejecimiento poblacional y su impacto para el sistema de salud.

Transición epidemiológica: Teoría demográfica que estudia la relación entre las enfermedades, la salud y la mortalidad, de acuerdo con las variaciones en el crecimiento, la densidad y la estructura de la población, así como el desarrollo socioeconómico y el avance científico-tecnológico en el tiempo. En el campo de la salud se refiere al análisis de los cambios en el tipo de enfermedades que generan discapacidad o muerte y su impacto para el sistema de salud.

REFERENCIAS

- Aguilera, Nelly y María Quintana. *El Peso de los Niños y Adolescentes y el Rendimiento Escolar en México*. El Trimestre Económico 309: 115-14, 2011. Disponible en línea en: <http://www.eltrimestreeconomico.com/>
- Banco Mundial. *Agenda de Reformas en México para un Crecimiento Incluyente y Sostenible*. México: Banco Mundial, 2013.
- Bonilla-Chacín, María Elena y Nelly Aguilera. *The Mexican Social Protection System in Health*. The World Bank. Universal Health Coverage Studies Series, No. 1. Washington DC: World Bank, 2013. Disponible en línea en: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Images/MexicanSocialProtectionSysteminHealth.pdf>
- Cawley, John y C. Katharina Spiess. *Obesity and Skill Attainment in Early Childhood*. Economics and Human Biology, 6(3): 388-397, 2008. Disponible en línea en: <http://www.nber.org/papers/w13997>
- Cawley, John. The Impact of Obesity on Wages. The Journal of Human Resources, Vol. 39, No. 2: 451-474, 2004. Disponible en línea en: <http://www.ppge.ufrgs.br/giacomo/arquivos/eco02072/cawley-2004.pdf>
- CEEY (Centro de Estudios Espinosa Yglesias). *El México del 2013. Propuesta para Transformar el Sistema Nacional de Salud*. México: CEEY Editorial, 2013.
- CNPSS (Comisión Nacional de Protección Social en Salud). *Informe de Resultados 2012 del Sistema de Protección Social en Salud*. México: CNPSS, 2012. Disponible en línea en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/InformeResultados-2-SPSS-2012.pdf>
- COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios). *Estrategia para Fortalecer Buenas Prácticas Sanitarias en Farmacias con Consultorio*. México: COFEPRIS, 2013.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población). *Proyecciones de la Población e Indicadores Demográficos Básicos de México a Nivel Nacional 2010-2050*. México: CONAPO, 2013a. Disponible en línea en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_de_la_Poblacion_2010-2050

-
- _____. *Proyecciones de la Población de México por entidades federativas 2010-2030*. México: CONAPO 2013b. Disponible en línea en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/De_las_Entidades_Federativas_2010-2050
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social). *Metodología para la Medición Multidimensional de la Pobreza en México*. México: CONEVAL, 2010. Disponible en línea en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/Metodologia_Multidimensional_web.pdf
- _____. *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2012*. México: CONEVAL, 2012. Disponible en línea en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/IEPDS2012/Pages-IEPDSMex2012-12nov-VFinal_lowres6.pdf
- _____. *Evaluación Integral de las Dependencias de la Administración Pública Federal Asociadas al Desarrollo Social 2011-2012*. Secretaría de Salud. México: CONEVAL, 2013.
- González Pérez, Guillermo Julián; María Guadalupe Vega López y Carlos Enrique Cabrera Pivaral. *Cesáreas en México: Aspectos Sociales, Económicos y Epidemiológicos*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2011. Disponible en línea en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CESAREAS_EN_MEXICO_ASPECTOS_SOCIALES_ECONOMICOS_Y_EPIDEMIOLOGICOS.pdf
- Gutierrez, Juan Pablo; Juan Ángel Rivera Dommarco, Teresa Shamah Levy, Salvador Villalpando Hernández, Aurora Franco Núñez, Lucía Cuevas Nasu, Martín Romero Martínez y Mauricio Hernández Ávila. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012. Disponible en línea en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Gutiérrez Delgado, Cristina; Verónica Guajardo Barrón y Fernando Álvarez del Río. *Costo de la Obesidad: las Fallas del Mercado y las Políticas Públicas de Prevención y Control de la Obesidad en México*. En *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*, editado por Juan Ángel Rivera Dommarco, Mauricio Hernández Ávila, Carlos A. Aguilar Salinas, Felipe Vadillo Ortega y Ciro Murayama Rendón, 279-288. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2012.
- Heckman, James J. *The Technology and Neuroscience of Capacity Formation*. Actas de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América. Universidad de Chicago, 2006. Disponible en línea en: http://jenni.uchicago.edu/human-inequality/papers/tech-skill-pnas_2col_all_2007-03-22a_mms.pdf

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). *Estadísticas Históricas de México*. México: INEGI, 2009. Disponible en línea en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/historicas10/EHM2009.pdf

_____. *Cuestionario Ampliado del Censo de Población y Vivienda 2010*. México: INEGI, 2010. Disponible en línea en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>

_____. *Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares 2010*. México: INEGI, 2011. Disponible en línea en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/Enc2010/ncv/default.aspx>

_____. *Tabulados básicos del Censo de Población y Vivienda 2010*. México: INEGI, 2012a. Disponible en línea en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>

_____. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012*. México: INEGI, 2012b. Disponible en línea en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/default.aspx>

INEGI/SS (Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud). *Base de datos de mortalidad 1979-2011 (principales causas de muerte con Lista GBD)*. México: DGIS, 2012a. Disponible en línea en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/cubos.html> (consultado en agosto de 2013)

_____. *Base de datos de mortalidad 1998-2011 (principales causas de muerte con Lista Mexicana)*. México: DGIS, 2012b. Disponible en línea en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/cubos.html> (consultado en agosto de 2013)

INSP (Instituto Nacional de Salud Pública). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006: Bases de datos y documentación*. Cuernavaca, Morelos: INSP, 2006.

_____. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Bases de datos y documentación*. Cuernavaca, Morelos: INSP, 2012. Disponible en línea en: http://ensanut.insp.mx/resultados_principales.php#UhP6ZDml4dU

Marmot, Michael. *Social Determinants of Health Inequalities*. The Lancet, Volume 365, Issue 9464, 19-25. Páginas 1099-1104. 2005. Disponible en línea en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605711466>

Miranda, Alfonso; Nelly Aguilera y César Velázquez. *Evaluación Costo Efectividad del Programa U005 Seguro Popular*. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas A.C., 2012. Disponible en línea en: http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201203_costoefectividad.pdf

Muñoz Hernández, Onofre. *Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud. Componente de Salud de una propuesta de Seguridad Social Universal*. México: Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud/Consejo Nacional de Evaluación, 2012. Disponible en línea en: <http://encuestas.insp.mx/calidad/doctos/LtUvjmSm2Z1UNZVyxY9XZh9G7UCXIQ.pdf>

OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). *Getting It Right. Una agenda estratégica para las reformas en México*. OECD Publishing, 2012. Disponible en línea en: <http://www.oecd.org/centrodemexico/Getting%20It%20Right%20EBOOK.pdf>

Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Sistema de información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Lista de Indicadores*. México: ODM, 2013. Disponible en línea en: <http://www.objetivosdesarrollodemilenio.org.mx/cgi-win/ODM.exe/LOI> (consultado en agosto de 2013)

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). *Health data 2013*. Disponible en línea en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm> (consultado en agosto de 2013), 2013a

_____. *Measuring Health Coverage*. DELSA/HEA(2013) para Conferencia de la OECD. París: OECD, 2013b.

Olaiz Fernández; Gustavo, Juan Ángel Rivera Dommarco, Teresa Shamah Levy, Rosalba Rojas Martínez, Salvador Villalpando Hernández, Mauricio Hernández Ávila y Jaime Sepúlveda Amor. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: INSP, 2006. Disponible en línea en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>

Partida, Virgilio. *Proyecciones de la Población de México, de las Entidades Federativas, de los Municipios y de las Localidades 2005-2050*. (Documento metodológico). México: CONAPO, 2008.

Pérez-Cuevas, Ricardo; Svetlana V. Doubova, Veronika J. Wirtz, Anahí Dreser, Edson E. Serván Mori, y Mauricio Hernández Ávila. *Consultorios Médicos en Farmacias Privadas: Efectos Inesperados en el Uso de Servicios de Salud y el Acceso a Medicamentos*. Documento analítico. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, evidencia para la política pública en salud. México: INSP, 2012. Disponible en línea en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/UsosConsultorio.pdf>

Scott, John. *Redistributive Impact and Efficiency of Mexico's Fiscal System*. Public Finance Review (próximamente). Publicado en línea antes de su publicación, 2013. Disponible en línea en: <http://pfr.sagepub.com/content/ealy/2013/08/18/1091142113497394>

Secretaría de Salud. *Sistema Nacional de Información en Salud*. Disponible en línea en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/> (consultado en agosto de 2013)

The Scottish Government Health Delivery Directorate: Improvement and Support Team. *The Scottish Primary Care Collaborative Summary*. Scotland, NHS, 2010. Disponible en línea en: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/328133/0106002.pdf>

UAE (Unidad de Análisis Económico). *Metodología Propuesta por la Unidad de Análisis Económico para Estimar el Gasto Catastrófico en Salud 2008*. México: SS, 2009.

UAE/SS (Unidad de Análisis Económico/Secretaría de Salud). *Análisis del Gasto de Bolsillo en Salud de la Población Mexicana 2002-2010*. México: UAE/SS, 2010.

WHO (World Health Organization). *Key Components of a Well-functioning Health System*. Ginebra: Mayo, 2010. Disponible en línea en: http://www.who.int/healthsystems/publications/hss_key/en/index.html



ANEXO I
CONSULTA CIUDADANA

CONSULTA CIUDADANA

EFFECTIVIDAD CALIDAD
Protección
INCLUSIÓN
Rectoría
Acceso efectivo
EQUIDAD
REGULACIÓN
MUJERES
PADRÓN
DERECHOS HUMANOS
ÚNICO
EVALUACIÓN
TRANSPARENCIA
Universalidad
PREVENCIÓN
INTERCAMBIO DE SERVICIOS
DISCAPACITADOS
Adultos Mayores
CULTURA
MIGRANTES
RENDICIÓN DE CUENTAS
ATENCIÓN PRIMARIA
INDÍGENAS
Niños

Foros de consulta

Como parte de la realización del *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* se llevaron a cabo 44 foros que junto con 231 paneles de discusión sumaron 275 acciones de consulta, en los que participaron 48,527 personas. La finalidad de los foros fue discutir temas de relevancia nacional y así enriquecer los objetivos y las Metas Nacionales del *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*.

| Foros de consulta | Número de foros | Número de paneles de discusión | Número de asistentes |
|-------------------|-----------------|--------------------------------|----------------------|
| Nacionales | 5 | 31 | 6,744 |
| Especiales | 7 | 40 | 3,481 |
| Estatales | 32 | 160 | 38,302 |

Dada la importancia de los foros se tomaron en cuenta las conclusiones y propuestas que resultaron de éstos para retroalimentar los objetivos, estrategias y líneas de acción del *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Las propuestas en salud o temas relacionados con la salud en cada uno de los diferentes foros se enlistan a continuación:

| Foro de consulta | Principales propuestas |
|------------------|---|
| Foros nacionales | <p><i>México con Responsabilidad Global</i> (Distrito Federal-12 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar los programas de protección a migrantes mexicanos e invertir en mayores y mejores servicios consulares. • Fortalecer el enfoque regional y multilateral de México y definir los temas prioritarios en cada uno de los foros regionales. • Considerar a pueblos indígenas y a las mujeres en el diseño de políticas públicas con Centroamérica. • Replantear, con rostro social y derechos humanos, los paradigmas del desarrollo en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y las metas Post2015. • Fortalecer la presencia de México en los organismos internacionales. |

Foro de consulta

Principales propuestas

Foros nacionales

México con Educación de Calidad

(Boca del Río, Veracruz-3 de abril de 2013)

- Propiciar un medio de desarrollo a través de la activación física y el deporte que incremente los niveles de la calidad de vida de las personas y las familias.
- Fomentar el deporte como medio de prevención y salud.
- Generar conocimiento que coadyuve a resolver los problemas más apremiantes que aquejan a la sociedad.

México en Paz

(Monterrey, Nuevo León-16 de abril de 2013)

- Reducir la violencia social y dar prioridad a la atención de la juventud.

México Incluyente

(Puebla, Puebla-23 de abril de 2013)

- Generar políticas para la atención integral y transversal de las comunidades indígenas y afromexicanas.
- Promover educación sexual y reproductiva en zonas indígenas.
- Impulsar la infraestructura básica para los pueblos indígenas.
- Incrementar la oferta institucional de atención médica para personas con discapacidad, ampliar la infraestructura y equipamiento urbano para facilitar su movilidad, e impulsar sus expresiones artísticas y deportivas.
- Generar una “cultura del envejecimiento” fundamentada en el respeto hacia los adultos mayores impulsando su vida digna, penalizando el maltrato físico y psicológico.
- Crear centros integrales de atención a adultos mayores
- Garantizar una vida sana para niños.
- Fortalecer a organizaciones que atienden niños en situación de calle previniendo adicciones, abuso, explotación, enfermedades de transmisión sexual y paternidad prematura, a través de actividades productivas y participativas, fortaleciendo las prácticas deportivas y artísticas.
- Detectar oportunamente los embarazos de alto riesgo y la desnutrición infantil.
- Promover la enseñanza de la nutrición en las escuelas de medicina para incrementar el número de expertos en la materia.
- Necesidad de un Sistema Nacional de Salud con énfasis en la población vulnerable, la universalidad, la atención primaria de la salud y centrado en el individuo.

| Foro de consulta | Principales propuestas |
|--------------------------------|---|
| <p>Foros nacionales</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Alcanzar la universalidad de los servicios de salud con 4 elementos básicos: unificación del financiamiento, portabilidad, convergencia y acceso efectivo. • Homologar para todos las prestaciones en salud que ofrece la Seguridad Social. • Generar un padrón único de afiliados en los distintos sistemas de salud. • Brindar una atención especializada durante los primeros mil días de vida. • Detectar oportunamente los problemas de obesidad. • Promover la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y prolongarla hasta los 2 años. • Impulsar la obligatoriedad de la afiliación a un sistema de seguro universal de salud. • Crear un Fondo Nacional que asegure equidad en financiamiento público. • Separar financiamiento de provisión. <p>México Próspero (Distrito Federal-9 de mayo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el desarrollo de infraestructura con una visión de largo plazo basado en ejes rectores. |
| <p>Foros especiales</p> | <p>Jóvenes (Colima, Colima-14 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir riesgos debidos a accidentes vehiculares, desnutrición y malnutrición, salud sexual y consumo de drogas. • Generar campañas preventivas que impulsen la seguridad vial y desalienten la utilización de vehículos motores cuando el piloto se encuentre bajo la influencia del alcohol. • Impulsar campañas que fomenten la alimentación correcta, así como el combate al sedentarismo. • Combatir la pandemia de VIH/SIDA. • Reducir los embarazos no deseados en la población joven. • Generar campañas informativas dirigidas a las poblaciones más vulnerables a sufrir alguna Enfermedad de Transmisión Sexual. • Realizar campañas que concienticen sobre el consumo moderado del alcohol y sobre el daño que provocan los inhalantes a sus usuarios. |

Foro de consulta

Principales propuestas

Foros especiales

Mujeres

(Distrito Federal-20 de marzo de 2013)

- Realizar un diagnóstico de la violencia con perspectiva de género, con la finalidad de conocer la situación de las mujeres.
- Establecer programas especialmente enfocados a atender casos de violencia contra las mujeres.
- Asegurar disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, acceso universal y gratuito a toda la población, así como capacitación y sensibilización al personal de salud sobre género y derechos humanos.
- Incluir mecanismos institucionales para el acceso efectivo a los servicios de salud para eliminar la discriminación por razones de género, étnicas, de preferencia sexual, de condición migratoria, discapacidad, edad o religión.
- Transversalizar la perspectiva de género desde una visión de derechos humanos, interculturalidad, generacional y de atención integral.
- Generación de indicadores, estadísticas desagregadas por sexo y edad y diagnósticos que señalen las prioridades de atención en grupos vulnerables.
- Continuar con las campañas, estrategias específicas para la detección temprana de la diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y cáncer, diferenciando por género, edad e interculturalidad los mensajes y las estrategias de prevención y atención.
- Prevenir el tabaquismo en mujeres.
- Implementar campañas de vacunación para la prevención del virus del papiloma humano.
- Dar cumplimiento a los compromisos internacionales que México ha firmado en materia de derechos sexuales y reproductivos, considerando las necesidades de la población por género, edad y aspectos socio culturales.
- Aumentar la cobertura de los servicios de atención a las mujeres con VIH, especialmente para aquellas embarazadas e implementar metodologías adecuadas para su seguimiento.
- Impulsar un programa nacional con la finalidad de proteger a las ciudadanas de muertes maternas tempranas, adoptando medidas que aseguren el acceso de las mujeres a la atención materna y a otros servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

Personas con discapacidad

(Distrito Federal-4 de abril de 2013)

- Implementar programas de prevención de suicidios, autolesiones y depresión infantil.

Foro de consulta

Principales propuestas

Foros especiales

- Garantizar el acceso a información sobre los derechos sexuales y reproductivos a través de la Lengua de Señas Mexicana.
- Fomentar el equipamiento adecuado de las instalaciones médicas para la atención de la salud de la mujer con discapacidad.
- Dar continuidad y ampliar el Programa de Tamiz Auditivo Neonatal.
- Creación de programas de apoyo perinatal, para mujeres cuyo diagnóstico prevé el nacimiento de un niño o niña con discapacidad, incluyendo el apoyo multidisciplinario a sus familias.
- Prevenir el abuso sexual infantil en niños, niñas y adolescentes con discapacidad auditiva.
- Elaborar un censo que permita conocer el número, tipo, edad, condición social, ubicación y necesidades de las personas con discapacidad.
- Elaborar un programa de atención integral de salud para la población con discapacidad y su familia.
- Elaborar un diagnóstico genético y asesoría especializada.
- Elaborar programas de salud pública para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral o especializada, rehabilitación y habilitación, para las diferentes discapacidades.
- Realizar acciones de sensibilización y capacitación continua para el personal de salud en torno al tema de la discapacidad y crear un sistema estadístico confiable de la población con discapacidad.
- Implementar en las unidades médicas de primer nivel, atención especializada e integral de servicios médicos y de salud complementarios para las personas con discapacidad.
- Incluir en el Seguro Popular la atención a las personas con discapacidad de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad.
- Implementar programas de activación física a personas con discapacidad, enfocados a la rehabilitación.

Legisladores locales

(Guadalajara, Jalisco-9 de abril de 2013)

- Asignar recursos para la atención de las enfermedades endémicas.
- Incluir medidas de prevención de enfermedades en los programas de salud.
- Canalizar de manera adecuada los recursos del seguro popular y que cada estado participe de manera efectiva.
- Evaluar a los programas de salud, principalmente en el abasto de medicamentos.

| Foro de consulta | Principales propuestas |
|------------------|--|
| Foros especiales | <p>Pueblos Indígenas (Tuxtla Gutiérrez, Chiapas-12 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combatir la discriminación, el maltrato y atropello cultural. • Aplicar todos los programas de salud conforme a lineamientos interculturales. • Establecer una alianza con los curanderos en el sector salud • Integrar en los servicios de salud las consultas otorgadas por los médicos tradicionales. <p>Presidentes municipales (Distrito Federal-12 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar pláticas para prevenir la violencia familiar. • Llevar a cabo una política de orientación y proximidad comunitaria que responda a las necesidades de prevención y atención de la comunidad local. • Implementar medidas de prevención intersectoriales, territorializadas y dirigidas a los grupos más vulnerables de familias completas. • Crear espacios culturales y de fomento al deporte para abatir la delincuencia y la drogadicción. • Implementar programas de prevención del delito. • Promoción de la equidad de género como política transversal de los municipios. • Mayor eficiencia financiera. • Promover la derechohabencia y afiliación. • Establecer brigadas médicas móviles que unifiquen esfuerzos de los tres órdenes de gobierno. • Promover el intercambio de servicios. • Atender prioritariamente a la población indígena y a grupos vulnerables. <p>Entidades federativas (Campeche, Campeche-30 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combate a la violencia y discriminación de las mujeres. • Garantizar la seguridad social de la mujer en programas de salud. |
| Foros estatales | <p>Aguascalientes (Aguascalientes-20 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detener violencia contra las mujeres. • Fomentar la inclusión de personas con discapacidad y el reconocimiento de diferentes discapacidades. • Implantar en las Escuelas Normales de Maestros el aprendizaje del sistema braille para invidentes. |

| Foro de consulta | Principales propuestas |
|-------------------------------|---|
| <p>Foros estatales</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un programa de corresponsabilidad del adulto mayor. • Impulsar en las universidades la carrera de geriatría. • Dar orientación a familiares de cómo atender a los adultos mayores. <p>Baja California (Mexicali-20 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la atención de salud en núcleos básicos. • Mejorar la atención integral de enfermedades crónicas degenerativas. • Mejorar la cobertura del catálogo único de servicios de salud • Visibilizar a las mujeres en el sector salud. • Desarrollar programas contra la violencia para las mujeres • Dar apoyos para casos de adicciones. • Atender a los enfermos mentales en situación de abandono. <p>Baja California Sur (La Paz-21 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dotar de suficientes recursos financieros al sector salud para atacar el problema central que representa la atención a la salud. • Crear en los estados organismos públicos descentralizados para la administración de los recursos financieros que se destinan a la salud. • Promover la certificación de unidades de atención responsables de la salud de la población, con el fin de lograr un servicio de calidad que llegue a más mexicanos. • Garantizar la salud de las personas para que puedan vivir en plenitud. <p>Campeche (Campeche-19 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar de manera responsable y realista una atención a la salud integral, con calidad y calidez para todos los mexicanos. • Actualizar la formación de los nuevos profesionistas, acorde con las necesidades y tendencias epidemiológicas actuales. <p>Chiapas (San Cristóbal de las Casas-21 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensificar la promoción de la equidad de género, en los medios de comunicación. • Consolidar el desarrollo de programas y proyectos orientados a fortalecer los ámbitos de salud mediante el acceso a oportunidades y espacios de atención en las personas con discapacidad. |

| Foro de consulta | Principales propuestas |
|------------------|--|
| Foros estatales | <p>Chihuahua (Chihuahua-19 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la competencia mediante la inversión para satisfacer la demanda en lugar de dirigirlo a la oferta de los servicios. • Estimular las buenas prácticas profesionales a través de la reglamentación. • Conjugar la metodología, ciencia y tecnología, para procesar los signos y síntomas del enfermo y lograr modernidad en el manejo de la salud de la persona. • Aumentar el número de hospitales generales con especialidades como: cardiología, neurología, oncología, nefrología, entre otros, en todo el país. |
| | <p>Coahuila (Saltillo-20 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer programas de prevención y protección de la salud. • Acercar servicios de salud por medio de la tecnología. • Diseñar programas para garantizar el abasto de personal, equipo y medicamentos en unidades médicas. • Generar una campaña de afiliación al seguro popular para el 100% de la población. • Generar mecanismos de inclusión de personas con discapacidad a los diferentes ámbitos de la vida nacional. |
| | <p>Colima (Colima-21 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidades. • Proporcionar atención especializada a las personas con VIH/SIDA. • Garantizar a la población un alto nivel de bienestar social, mediante un sistema de salud con cobertura universal equitativa y de excelencia, con espacios para actividades deportivas, recreativas y culturales; con especial atención a los grupos vulnerables, y en condiciones de equidad de género. • Garantizar un sistema de salud y vivienda a los trabajadores informales. • Diseñar planes y programas públicos que garanticen la atención a los enfermos mentales. • Instrumentar una política pública para la prevención y control del dengue, y de las enfermedades transmitidas por vectores. • Promover una cultura de prevención universal para fortalecer las habilidades sociales y estilos de vida, con el fin de prevenir y controlar las enfermedades crónicas transmisibles y degenerativas. |

| Foro de consulta | Principales propuestas |
|-------------------------------|--|
| <p>Foros estatales</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar una política pública integral, para la prevención de las adicciones desde el ámbito familiar, escolar y comunitario. • Proteger la salud pública garantizando playas limpias, con agua de buena calidad para fortalecer los entornos económicos, turísticos y costeros. • Unificar la reglamentación del sector salud para atender de mejor las necesidades de los usuarios. • Incluir en la educación básica los temas de donación y trasplante de órganos y promover una cultura para la donación de órganos. • Fortalecer y ampliar la Red Nacional de Hospitales, con capacidad para realizar trasplantes de órganos. <p><i>Distrito Federal</i> (23 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la salud, prevenir y enfrentar oportunamente las enfermedades y dar atención médica oportuna. • Coordinar acciones intersectoriales que son las que realmente van a producir salud, a través de la educación, las comunicaciones y transportes, así como trabajo. • Ofrecer a los ciudadanos un médico de cabecera por cada dos mil habitantes, así como un equipo de apoyo multidisciplinario de especialistas para mejorar la atención. • Otorgar mayores recursos para establecer esquemas auditables y de transparencia. <p><i>Durango</i> (Durango-20 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar difusión a la donación de órganos de manera altruista y hacer que se respete la decisión de los donantes. • Abordar de manera integral la salud mental. • Instrumentar a las comunidades indígenas con un centro de salud para dar atención primaria de las personas. • Desarrollar política pública para la inclusión de personas con discapacidad. • Reposicionar a la medicina familiar como instrumento para impulsar las políticas de bienestar desde el núcleo familiar. • Garantizar el acceso al diagnóstico oportuno y tratamiento integral para los pacientes con padecimientos inmunológicos. • Instituir la educación sexual de manera obligatoria desde los niveles básicos de educación. |

| Foro de consulta | Principales propuestas |
|------------------|---|
| Foros estatales | <ul style="list-style-type: none"> • Atender la salud de manera que permita el envejecimiento de una manera vinculada e integrada en la sociedad. • Capacitar a los médicos pasantes en medicina preventiva • Invertir más en medicina preventiva para disminuir al máximo los costos en salud evitables. • Incluir en los programas educativos la alimentación balanceada y la actividad física en los niveles de preescolar, primaria y secundaria. |
| | <p>Guanajuato (León-15 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer del deporte y la educación física una política nacional masiva que incluya todos los niveles educativos y sectores de la sociedad • Potenciar y atender a las personas con discapacidad de manera integral. |
| | <p>Guerrero (Acapulco-14 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuperar la rectoría de la industria local de alimentos, la vigilancia de alimentos sanos y que las etiquetas de regulación sanitaria certifiquen los contenidos reales de los productos que consumimos. • Crear un programa de apoyo a la salud dental, dirigido específicamente a personas que viven en condición de vulnerabilidad. • Regular y vigilar la comida chatarra. |
| | <p>Hidalgo (Pachuca-9 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un sistema para dar calidad, fortalecer y ampliar los servicios de salud. |
| | <p>Jalisco (Guadalajara-16 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar los recursos entre las diferentes regiones del país. • Destinar fondos para la promoción y difusión de la salud, y no solo al manejo médico de la enfermedad. • Lograr un sistema universal de atención integral a la ciudadanía. |
| | <p>México (Texcoco-16 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la calidad de los servicios. • Promover la medicina preventiva. • Fomentar la expansión de la certificación hospitalaria y médica para convertirla en exigencia social. |

| Foro de consulta | Principales propuestas |
|------------------|---|
| Foros estatales | <p>Michoacán (Morelia-4 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr un país sin discriminación hacia los grupos vulnerables, especialmente hacia las personas con diferentes preferencias sexuales, o con discapacidad • Realizar un verdadero diagnóstico del seguro popular que deberá mejorar mediante la planeación razonada • Aumentar el gasto en seguridad social y salud. |
| | <p>Morelos (Xochitepec-11 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cobertura nacional por medio de una real y palpable promoción, previsión y rehabilitación. • Mejorar la calidad de la atención. • Promover nuevas formas de masculinidad responsable y corresponsable de la paternidad. |
| | <p>Nayarit (Tepic-15 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a la población para cambiar hábitos y conductas • Proporcionar el abasto suficiente de medicamentos de alta especialidad a la población hospitalaria de las diferentes áreas de la unidad. • Prevenir a través del tratamiento eficaz y la detección temprana de las enfermedades crónicas degenerativas. • Lograr las coberturas de cloración indicadas por la Comisión Federal para la Protección Contra riesgos Sanitarios. • Proteger la salud de la población ocupacionalmente expuesta, a riesgos por el uso, manejo y aplicación de plaguicidas. |
| | <p>Nuevo León (Monterrey-21 de marzo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr la integración funcional del Sistema de Salud. • Redefinir la cobertura del Seguro Popular. • Institucionalizar la organización de Clínicas de Niño Sano • Establecer protocolos para que los servicios se otorguen en las unidades de atención para las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con el fin de que se autorice o no la acreditación al médico tratante. • Crear una política de Estado a favor de la buena alimentación y la actividad física. • Implementar el Modelo Integral de Atención a la Salud (MIDAS) • Desarrollar una estrategia integral para la prevención y el control de la diabetes. • Asociar, colegiar y certificar al 90% de los médicos en sus respectivas especialidades. |

| Foro de consulta | Principales propuestas |
|------------------|---|
| Foros estatales | <p>Oaxaca (Oaxaca-23 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer un sistema único de salud que reduzca la fragmentación de los servicios mediante paquetes homogéneos, estándares de calidad similares y esquemas de financiamiento equitativos para alcanzar mecanismos integrados de evaluación del desempeño y rendición de cuentas. |
| | <p>Puebla (Puebla-30 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difundir la información velada de la comida sin valor nutricional. |
| | <p>Querétaro (Querétaro-22 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar un cambio conceptual a la prevención de la salud; no solo ausencia de enfermedad sino capacidad de funcionar. • Promover la salud para que los pueblos sean autogestores de su salud. • Crear una Red Nacional de Salud con base en la información por el CURP para evitar duplicidades. |
| | <p>Quintana Roo (Cancún-17 de abril 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la salud reproductiva entre los adolescentes y brindar servicios de salud y planificación familiar accesibles, realizando una política preventiva masiva. • Garantizar el acceso universal a los servicios de atención de la salud y a la información y acceso a la educación sobre salud. • Incrementar la cobertura de atención para las adicciones. • Regular el precio de los medicamentos. • Invertir más en la capacitación del desarrollo humano de los prestadores de salud. • Promover la actitud de servicio en la calidad del servicio. • Desarrollar una política integral de combate a la epidemia de la obesidad y a la desnutrición. |
| | <p>San Luis Potosí (San Luis Potosí-13 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar políticas de cobertura total de la salud. • Invertir para contar con más infraestructura y mejor calidad de los servicios. • Educar para salud preventiva. • Garantizar el abasto de medicinas en zonas rurales. |

| Foro de consulta | Principales propuestas |
|------------------|--|
| Foros estatales | <p>Sinaloa (Culiacán-22 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eficientar los servicios de salud y propiciar la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil no lucrativas dedicadas al rubro de la salud. |
| | <p>Sonora (Hermosillo-17 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfocarse en la atención de salud preventiva en zonas marginadas. |
| | <p>Tabasco (Villahermosa-5 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abarcar y tener una cobertura nacional en mastografía, parteras tradicionales, mejora de laboratorios, bancos de sangre, atención médica a migrantes, clínicas de la mujer y niños, con atención de calidad. |
| | <p>Tamaulipas (Tampico-22 de marzo de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuar con las campañas para la prevención del cáncer de mama y cérvico-uterino. • Promover la vacunación en niñas contra el virus del papiloma humano. • Apoyar a los padres de familia con asesoría profesional y al mismo tiempo impulsar estrategias de información sobre uso de bebidas alcohólicas y sus consecuencias en la sexualidad. |
| | <p>Tlaxcala (Tlaxcala-18 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la nutrición en los infantes de 0 a 5 años 11 meses en las comunidades de alta y muy alta marginación. |
| | <p>Veracruz (Boca del Río-14 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar atención médica continua y acceso a la seguridad social. |
| | <p>Yucatán (Mérida-15 de abril de 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajar los costos operativos para extender la atención eficiente a un mayor número de personas y una mejor administración de materiales y equipamiento. • Distribuir de mejor manera los centros de salud. • Crear centros de salud especializados, para manejar mayor número de pacientes con el mismo diagnóstico, que permita especializar al personal y ahorrar material médico. |

Foro de consulta

Principales propuestas

Foros
estatales

Zacatecas

(Zacatecas-12 de abril de 2013)

- Establecer a la estimulación temprana como una prioridad del Gobierno Federal.
- Combatir la diabetes mellitus y riesgo cardiovascular.
- Fortalecer la Red de Hospitales de Atención Materna e Infantil.
- Fomentar una atención integral de calidad en salud, que coordine, integre, apoye y la promueva.
- Promover la actividad física y una buena alimentación.

Mesas sectoriales

Asimismo se llevaron a cabo nueve mesas de trabajo sectoriales el día 22 de marzo de 2013 en la Ciudad de México con la finalidad de discutir y aportar propuestas sobre temas específicos. Estas mesas sumaron en total 291 asistentes y 34 ponencias.

| Mesa de trabajo sectorial | Número de asistentes | Número de ponencias |
|--|----------------------|---------------------|
| Universalidad de los servicios de salud | 24 | 3 |
| Regulación sanitaria eficiente de bienes y servicios | 22 | 4 |
| Prevención de adicciones | 35 | 3 |
| Mortalidad materna | 28 | 5 |
| Diabetes y obesidad | 39 | 5 |
| Cáncer | 27 | 5 |
| Calidad de los servicios en salud | 43 | 3 |
| Acceso efectivo a servicios de salud | 41 | 3 |
| Abasto de medicamentos | 32 | 3 |

Mesa de trabajo sectorial

Principales propuestas

Universalidad de los servicios de salud

Función de rectoría

- Crear la Comisión Nacional de Información en Salud, con la responsabilidad de consolidar toda la información en salud.
- Crear el Instituto de Excelencia Médica que desarrolle las capacidades de investigación aplicada a la definición de los estándares de atención.
- Crear la Comisión Nacional de Auditoría de la Salud, que cumpla la función de vigilar el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios, equidad, efectividad y eficiencia en los tres niveles de atención.
- Consolidar el Padrón general de Salud que permita la portabilidad paulatina de la información médica entre las instituciones, así como identificar y eliminar las duplicidades de aseguramiento.

| Mesa de trabajo sectorial | Principales propuestas |
|--|--|
| <p>Universalidad de los servicios de salud</p> | <p>Financiamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unificar los fondos públicos destinados a salud y las reglas de operación y ejercicio de dichos recursos, con el fin de evitar duplicación de acciones. • Crear un fondo único con base en impuestos generales para las acciones de salud de las personas. • Separar el financiamiento para las acciones de salud pública dirigidas a la comunidad y el medio ambiente. <p>Provisión de servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la atención primaria de salud con un nuevo modelo de atención. • Uniformar la capacidad de respuesta del sistema a fin de que la oferta de servicios sea homogénea. • Recuperar la figura del médico de “cabecera” en el primer nivel de atención. |
| <p>Regulación sanitaria eficiente de bienes y servicios</p> | <p>Política farmacéutica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una agencia reguladora sólida que garantice la seguridad, eficacia y calidad de los insumos para la salud. • Fomentar que la autoridad sanitaria se apegue a las mejores prácticas internacionales a efecto de que México pueda ser la puerta de acceso para la inversión en el sector. • Priorizar la liberación de registros sanitarios que atiendan las necesidades de salud pública en coordinación con la industria. <p>Vigilancia sanitaria efectiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar la realidad específica del proceso productivo de cada sector en el proceso de verificación sanitaria. • Fomentar la concordancia entre los procesos de normalización y los procesos productivos de cada industria regulada. • Impulsar la coordinación entre las diferentes autoridades regulatorias, el Congreso y las entidades federativas. • Buscar que la normatividad mexicana sea concordante con las mejores prácticas internacionales y se mantenga al día a través de las revisiones quinquenales. <p>Simplificación administrativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar esquemas de autorregulación, en particular en la industria de la publicidad. • Implementar soluciones tecnológicas que permitan hacer eficientes los procesos administrativos. |

| Mesa de trabajo sectorial | Principales propuestas |
|--|---|
| Regulación sanitaria eficiente de bienes y servicios | <ul style="list-style-type: none"> • Invitar a empresas líderes y alentar a sectores industriales a adherirse a los códigos de autorregulación ya existentes o elaborar códigos adicionales. • Explorar la incorporación de terceros autorizados en servicios que presta la COFEPRIS en los que a la fecha no existe la incorporación de dicha figura. |
| Prevención de adicciones | <p>Consideraciones generales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la estructura federal destinada a dictar las políticas públicas en materia de adicciones. • Impulsar la reingeniería de las funciones, capacidades, infraestructura, recursos humanos y financiamiento de los Consejos Estatales contra las Adicciones. • Promover la evaluación y certificación de los programas de prevención y tratamiento de las adicciones para su diseminación a nivel comunitario. • Generar políticas de prevención y tratamiento de las adicciones sensibles al género, edad y atención de grupos que viven en situación de vulnerabilidad. • Fortalecer la coordinación interdisciplinaria entre los campos de salud mental y adicciones. <p>Prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulsar acciones programas y modelos de prevención en el plano local, que consideren las condiciones culturales específicas. • Promover desde preescolar programas preventivos enfocados al fortalecimiento de habilidades para la vida. • Promover programas de crianza positiva dirigidos a fortalecer en los padres habilidades de parentalidad. • Impulsar acciones de detección temprana e intervención oportuna a través de mecanismos estandarizados en las instituciones del sistema de salud. <p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la accesibilidad y disponibilidad a los servicios de tratamiento, a través del fortalecimiento de las redes estatales de atención a las adicciones. • Profesionalizar y certificar a los recursos humanos que operan los establecimientos de tratamiento y rehabilitación de las adicciones. • Contar con modelos de tratamiento y rehabilitación de probada eficacia, así como estrategias de reinserción social. • Incrementar mecanismos y montos de financiamiento para apoyar organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la prevención y el tratamiento de las adicciones. |

| Mesa de trabajo sectorial | Principales propuestas |
|--|--|
| <p>Prevención de adicciones (Cont.)</p> | <p>Normatividad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proponer adecuaciones necesarias para que la Ley General para el Control del Tabaco cumpla íntegramente con lo estipulado en el Convenio Marco para el Control del Tabaco. • Proponer reformas de ley necesarias para la adecuada y ágil atención de las personas consumidoras en conflicto con la ley. • Continuar con la estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. <p>Información y evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer al Observatorio Mexicano de tabaco, Alcohol y Drogas como eje central de información. • Fortalecer el esquema de investigación con instituciones académicas y con organizaciones del sector público, privado o social. |
| <p>Mortalidad materna</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir embarazos no deseados, no indicados y de alto riesgo. • Disponer de servicios de salud para una maternidad segura, voluntaria y gozosa. • Implementar un sistema centralizado para el seguimiento de la salud materna. • Reducir las brechas e inequidades. • Mejorar la vinculación intersectorial entre salud, educación y la política de desarrollo del país. • Mejorar la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio en todos los niveles de atención. • Fortalecer el primer nivel de atención para detección de riesgo, atención obstétrica básica, estabilización y referencia. • Fortalecer programas de educación sexual. • Consolidar la formación e incorporación del personal de salud no médico para la atención de partos y abortos no complicados. • Actualizar normas y guías de práctica clínica. • Ratificar el convenio interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica. |
| <p>Diabetes y obesidad</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar estrategias de información en medios de comunicación para desarrollar campañas educativas de activación física y alimentación correcta. • Redimensionar los vínculos con el sector educativo. • Motivar el cambio de hábitos y costumbres de los hogares. • Fomentar la inversión en espacios comunitarios recreativos, seguros y apropiados para practicar la activación física y promover el transporte activo en ciclovías y pistas para correr y caminar. |

**Mesa de trabajo
sectorial**

Principales propuestas

**Diabetes y obesidad
(Cont.)**

- Homogeneizar las acciones para la detección de la diabetes y hacer un escrutinio basado en perfiles de riesgo.
- Capacitar al equipo multidisciplinario del primer nivel para incrementar sus habilidades, en el manejo y tratamiento de las enfermedades crónicas.
- Empoderar al paciente para desarrollar habilidades y destrezas para una vida saludable.
- Fomentar la coordinación entre los niveles de atención e incentivar al equipo multidisciplinario.
- Desarrollar programas para la detección y seguimiento de mujeres embarazadas con diabetes gestacional.
- Promover un impuesto a las bebidas con alta densidad calórica.
- Implementar etiquetado frontal de alimentos único y transparente.
- Regular la publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a niños.
- Plantear compromisos graduales de la industria alimentaria para limitar el sodio.
- Evaluar las políticas de prevención y control de la obesidad y rendición de cuentas, asegurando los fondos necesarios para ello.

Cáncer

- Desarrollar e implementar un Programa Nacional de Control de Cáncer que mediante la participación intersectorial defina acciones factibles de prevención primaria, tamizaje y detección oportuna, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación.
- Impulsar la creación y continuidad de Registros Nacionales de Cáncer con base poblacional.
- Incrementar la vigilancia del cumplimiento de las políticas públicas implementadas en el país.
- Fortalecer las estrategias de educación para la salud relacionadas con los principales factores de riesgo, así como con los signos y síntomas iniciales del cáncer en niños y adultos.
- Incrementar y articular una política pública de detección oportuna del cáncer que permita garantizar el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de calidad.
- Desarrollar redes interinstitucionales que bajo un modelo de referencia y contrarreferencia permitan la atención de calidad del cáncer.
- Desarrollar, actualizar e implementar Guías de Práctica Clínica nacionales de manejo multidisciplinario para los pacientes con cáncer.

| Mesa de trabajo sectorial | Principales propuestas |
|---|---|
| Cáncer (Cont.) | <ul style="list-style-type: none"> • Crear estrategias que permitan incrementar la disponibilidad de recursos materiales y humanos necesarios para la atención del cáncer. • Reconocer a las acciones de cuidados paliativos y rehabilitación oncológica como parte importante de la atención integral del paciente, y con necesidad de un presupuesto específico para su otorgamiento. |
| Calidad de los servicios en salud | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la accesibilidad, equidad y calidad de los servicios en salud mediante el aprovechamiento óptimo de los recursos humanos, tecnológicos y financieros. • Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud para regular la prestación de los servicios y homologar la calidad de la atención. • Establecer un procedimiento de certificación que abarque a todos los involucrados con la atención de la salud en sus diferentes niveles. • Promover los procesos de certificación de las unidades de atención primaria. • Buscar homogeneizar los mecanismos de aseguramiento de la calidad. • Promover y consolidar los esquemas de atención integral centrada en los pacientes. • Utilizar los procesos de atención estandarizados a fin de lograr el apego. • Elaborar programas de mejora continua de la calidad y seguridad del paciente. • Planificar los recursos humanos para la salud que solventen las carencias y generen acciones a futuro congruentes con el cambio demográfico y epidemiológico. • Promover la portabilidad del expediente clínico para la consolidación del Sistema Universal de Salud. • Promover la capacitación y educación en salud a los trabajadores de la salud a fin de obtener un modelo de atención y de calidad con el personal adecuado. |
| Acceso efectivo a servicios de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Reformar el artículo cuarto constitucional para crear el Sistema Universal de Salud y no sólo el derecho a la protección a la salud. • Elevar a rango constitucional la obligatoriedad de las entidades federativas para la comprobación de recursos transferidos por la Federación. • Elevar a nivel de Ley General de Salud la Coordinación Interinstitucional. • Crear un nuevo modelo de gestión de servicios de salud donde la Secretaría sea la rectora única. • Desarrollar la capacidad resolutoria de la atención primaria a la salud, homogeneizando mediante una Norma Oficial Mexicana su dispersa práctica en el país. • Priorizar la evaluación que indique la evolución en el gasto de bolsillo y la calidad de la atención. |

**Mesa de trabajo
sectorial**

Principales propuestas

**Acceso efectivo a
servicios de salud
(Cont.)**

- Establecer una figura ciudadana desde el primer nivel de atención.
- Garantizar la evaluación de un plan maestro de infraestructura que permita el acceso equitativo y efectivo de los servicios de salud de la población derechohabiente.
- Unificar los criterios del expediente electrónico y homogeneizar las guías clínicas.
- Considerar un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y discapacidad.
- Instrumentar un tabulador único en la prestación de los servicios.
- Construir un Instituto Nacional de Calidad y Evaluación del Desempeño en todo el sector salud.

**Abasto de
medicamentos**

- Implementar una visión sectorial de monitoreo y de medición del abasto de medicamentos.
- Fortalecer el proceso de centralización de compras para identificar el mecanismo más adecuado para la adquisición de cada medicamento.
- Continuar con los procedimientos de consolidación de medicamentos.
- Establecer mecanismos para disminuir el incumplimiento de la proveeduría.
- Buscar alternativas complementarias de abastecimiento que garanticen el acceso efectivo a medicamentos.
- Trabajar con el cuerpo médico para que la prescripción sea prudente y racional, con base en el cuadro básico.
- Fortalecer los mecanismos de transparencia y vigilancia en el uso de los recursos.

**PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018**

Publicado en el Diario Oficial de la Federación
el 12 de diciembre de 2013

Primera edición, enero 2014

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

Impreso y hecho en México
Por IEPISA, Entidad paraestatal del Gobierno
de la República



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

