



CIUDAD DE MÉXICO, A 29 DE OCTUBRE DE 2018.

I. Marco jurídico de actuación

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

El desarrollo de las atribuciones y funciones del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, se apoya en la normatividad vigente al 31 de diciembre de 2017, la cual ha tenido en lo que ha transcurrido de la presente administración, 2012 a 2017, actualizaciones significativas en materia de salud, aprobadas por el Poder Legislativo, que se suman a la diversa normatividad que se ha derogado, abrogado o incorporado, correspondiente a normatividad de aplicación general que emitió el Ejecutivo Federal, el Poder Legislativo y otras instancias de gobierno, que son de aplicación general para las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

La normatividad aplicable, se integra en diferentes ordenamientos, que a continuación se mencionan, que de manera descriptiva se relacionan en el Anexo 1 del presente Informe de Rendición de Cuentas 2012-2018, como Primera Etapa del periodo 2012-2017, que corresponde a la actual Administración, a saber:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Leyes
- Reglamentos
- Decretos
- Acuerdos
- Normas Oficiales Mexicanas
- Planes y Programas
- Manuales Administrativos
- Otros

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

D.O.F. 05-02-1917 F.E. D.O.F. 06-02-1917.

Última reforma D.O.F. 27-08-2018.

Leyes.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 29-12-1976.

Última reforma D.O.F. 16-06-2018.

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

D.O.F. 28-12-1963.

Última reforma D.O.F. 22-06-2018.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

D.O.F. 18-07-2016.



Última reforma D.O.F. 19-07-2017.

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

D.O.F. 03-02-2002.

Última reforma D.O.F. 18-07-2016.

Ley General de Salud.

D.O.F. 07-02-1984.

Última reforma D.O.F. 12-07-2018.

Ley de Planeación.

D.O.F. 05-01-1983

Última reforma D.O.F. 16-02-2018.

Ley Federal de Archivos.

D.O.F. 23-01-2012

Última reforma D.O.F. 19-01-2018.

Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.

D.O.F. 10-04-2003

Última Reforma D.O.F. 17-02-2016.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

D.O.F. 31-02-2007

Última reforma D.O.F. 24-03-2016.

Ley Federal de Procedimientos Administrativos.

D.O.F. 04-07-1994.

Última reforma D.O.F. 18-05-2018.

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

D.O.F. 04-01-2000

Última reforma D.O.F. 13-01-2016.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

D.O.F. 27-01-2017.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

D.O.F. 30-03-2006.

Última reforma D.O.F. 11-08-2016.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

D.O.F. 04-01-2000.

Última reforma D.O.F. 04-08-2016.



Ley General para la Igualdad entre Hombres y Mujeres.

D.O.F. 02-08-2006.

Última reforma D.O.F. 14-06-2018.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

D.O.F. 01-02-2007

Última reforma D.O.F. 13-04-2018.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

D.O.F. 04-12-2014

Última reforma D.O.F. 20-06-2018.

Reglamentos

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

D.O.F. 19-01-2004

Última reforma D.O.F. 07-02-2018.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

D.O.F. 06-01-1987

Última reforma D.O.F. 02-04-2014.

*Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

D.O.F. 18-01-1988.

Última reforma 28-12-2014.

Reglamento de Insumos para la Salud.

D.O.F. 04-02-1988.

Última reforma D.O.F. 14-03-2014.

Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación.

Minuta de la Sesión Extraordinaria Privada del Consejo Nacional de Vacunación 6 de noviembre 2012.

Reglamento Interno del Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento de Cáncer de la Infancia y Adolescencia.

D.O.F. 11-09-2015.

Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

D.O.F. 28-05-1997

Última reforma D.O.F. 14-07-2017.

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

D.O.F. 09-07-1999

Última reforma D.O.F. 10-09-2014.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.



D.O.F. 20-08-2001

Última reforma D.O.F. 30-03-2015.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.

D.O.F. 18-02-1985

Última reforma D.O.F. 14-02-2014.

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

D.O.F. 08-09-2017.

Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

D.O.F. 11-03-2008

Última reforma D.O.F. 13-07-2016.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

D.O.F. 14-05-1986

Última reforma D.O.F. 19-12-2016.

Reglamento de la Ley Federal de Archivos.

D.O.F. 15-06-2018.

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

D.O.F. 28-06-2006

Última Reforma D.O.F. 30-03-2016.

Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

D.O.F. 02-12-2015.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

07-02-2018

Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

D.O.F. 30-03-2015.

Reglamento del Código Fiscal de la Federación.

D.O.F. 02-04-2014.

Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.

D.O.F. 20-05-2015.

Decretos

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de Vacunación.

D.O.F. 05-VII-2001



Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud.

D.O.F. 24-XII-2002

Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación del Ejercicio Fiscal 2018.

D.O.F. 29-11-2017.

Decreto que declara Obligatorio a la Inmunización contra la Poliomiélitis.

D.O.F. 09-12-2013.

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento de Cáncer de la Infancia y Adolescencia.

D.O.F. 09-10-2012.

Decreto para el Uso Obligatorio de la Cartilla de Vacunación.

D.O.F. 04-10-2015.

Acuerdos

Acuerdo por el que se establecen las bases generales para la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal y para realizar la entrega-recepción de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.

D.O.F. 06-07-2017.

Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Generales para la regulación de los procesos de entrega-recepción y de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 24-07-2017.

Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos, y Servicios del Sector Público.

D.O.F. 09-08-2010. Reforma: D.O.F. 03-02-2016.

Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección.

D.O.F. 12-07-2010. Reforma: D.O.F. 23-10-2017

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

D.O.F. 12-07-2010. Reforma: D.O.F. 05-09-2018.

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en materia de Planeación, Organización y Administración de los Recursos Humanos y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en dicha materia.

D.O.F. 12-07-2010. Reforma: D.O.F. 04-02-2016.

Acuerdo por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales.

D.O.F. 16-07-2010. Reforma: D.O.F. 05-04-2016.



Acuerdo por el que se emite el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Transparencia.

D.O.F. 12-07-2010. Reforma: D.O.F. 15-05-2017.

Acuerdo por el que se reforma y adiciona el diverso por el que se establecen las disposiciones administrativas en materia de tecnologías de la información y comunicaciones y de seguridad de la información, y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en esas materias.

DOF 12-07-2010. Reforma: DOF 04-02-2016.

Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

D.O.F. 09-08-2010. Reforma: D.O.F. 02-11-2017.

Acuerdo por el que se establecen las disposiciones que se deberán observar para la utilización del Sistema Electrónico de Información Pública Gubernamental CompraNet.

D.O.F. 28-06-2011.

Acuerdo por el que se da a conocer el Programa para el Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal 2016-2018.

D.O.F. 12-07-2010. Reforma: D.O.F. 06-04-2017.

Acuerdo por el que se modifican las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y en la de seguridad de la información, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias.

D.O.F. 08-05-2014. Reforma: D.O.F. 23-07-2018.

Acuerdo que tiene por objeto emitir las Disposiciones generales en las materias de archivos y transparencia para la Administración Pública Federal y su Anexo Único.

D.O.F. 09-08-2010. Reforma: D.O.F. 15-05-2017.

Acuerdo que tiene por objeto emitir el Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el Ejercicio de la Función Pública, y los Lineamientos Generales para propiciar la Integridad de los Servidores Públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés. D.O.F. 22-08-2017.

Acuerdo por el que se establecen los lineamientos generales para las campañas de comunicación social de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para el ejercicio fiscal 2016. D.O.F. 30-12-2015.

Acuerdo por el que se modifican las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera.

D.O.F. 12-07-2010. Reforma: D.O.F. 20-10-2016.



Códigos

Código Fiscal de la Federación.

D.O.F. 31-12-1981

Última reforma D.O.F. 25-06-2018.

Código Federal de Procedimientos Civiles.

D.O.F. 24-11-1943

Última reforma D.O.F. 09-04-2012.

Código Civil Federal.

D.O.F. 26-05-1928

Última reforma D.O.F. 19-03-2018.

Código Penal Federal.

D.O.F. 14-08-1931

Última reforma D.O.F. 21-06-2018.

Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República Mexicana en Materia Federal.

D.O.F. 26-05-1928

Última reforma D.O.F. 24-12-2013.

Normas Oficiales Mexicanas.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente clínico.

D.O.F. 15-10-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011. Para la prevención y control de la rabia humana en perros y gatos.

D.O.F. 07-12-2015

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2011. Para la vigilancia epidemiológica.

D.O.F. 19-02-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2010. Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

D.O.F. 03-01-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño.

D.O.F. 25-11-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002. Para la prevención y el control de las enfermedades, aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.

D.O.F. 28-09-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993. Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

D.O.F. 13-11-2013.



Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994. Para la salud ambiental, agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización.

D.O.F. 02-04-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005. Para la promoción y educación en materia de salud alimentaria, criterios para brindar orientación.

D.O.F. 22-01-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios procedimientos para la prestación de servicios.

D.O.F. 07-04-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

D.O.F. 18-05-2018.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención y control de las adicciones.

D.O.F. 28-06-2017.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010. Para la prestación de servicios de asistencia para niños y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

D.O.F. 04-12-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002. Para la prevención y control de las infecciones y de transmisión sexual.

D.O.F. 19-09-2003.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

D.O.F. 24-03-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004. Regulación de los servicios de salud, atención pre hospitalaria de las urgencias médicas.

D.O.F. 02-09-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015. Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

D.O.F. 12-08-2015.

Planes y Programas

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

D.O.F. 20-05-2013.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

D.O.F. 02-02-2016.

Programa de Acción Específico, Vacunación Universal 2013-2018. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaría de



Salud. México 10-04-2018.

Programa de Acción Específico, Salud de la Infancia y de la Adolescencia 2013-2018. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaría de Salud. México, 10-04-2018.

Programa de Acción Específico, de Cáncer en la Infancia y Adolescencia 2013-2018. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaría de Salud. México 04-04-2018.

Plan Nacional para la Prevención del Maltrato y la Violencia en Niñas, Niños y Adolescentes. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. México, 08-06-2012.

Programa de Cultura Institucional para la Igualdad. Secretaría de la Función Pública e Instituto Nacional de las Mujeres. 2013-2015. Instituto Nacional de las Mujeres. México. 08-10-2014.

Programa Operativo para la Detección Oportuna de las Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas 2009-2012. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. México 19-08-2015.

Manuales Administrativos

Manual de Organización Específico (MOE) del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, autorizado por la Secretaría de Salud en fecha 07-05-2018 registro MOE R00 028-2016.

Manual de Procedimientos del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, publicado y autorizado el 01-10-2018.

Otras Disposiciones

Manual de Enfermedades Diarreicas Agudas. Prevención, Control y Tratamiento. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. México 30-11-2012.

Manual Operativo para Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud, GAPS. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, 19-01-2016.

Manuales Administrativos de Aplicación General, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 10 de septiembre de 2010 y actualizado el 26 de mayo de 2015 que homologarán la operación de los procesos de adquisiciones, obra, recursos financieros, recursos humanos, recursos materiales, tecnologías de la información, transparencia, auditoría y control:

En materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, última actualización DOF 02 de agosto de 2016.

En materia de Obra Pública, última actualización DOF 02 de noviembre de 2017.

En materia de Recursos Financieros, última actualización DOF 16 de mayo de 2016.

En materia de Recursos Humanos y Servicio Profesional de Carrera, última actualización DOF 06 de abril de 2017.

En materia de Recursos Materiales, última actualización DOF 05 de abril de 2016.



En materia de Tecnologías de la Información, Comunicaciones y Seguridad de la Información, última actualización DOF 04 de febrero de 2016.

En materia de Archivos y Gobierno Abierto, última actualización DOF 15 de mayo de 2017.

En materia de Auditoría, última actualización DOF 03 de noviembre de 2016.

En materia de Control Interno, última actualización DOF 05 de septiembre de 2018.

II. El Resultado de los programas, proyectos, estrategias y aspectos relevantes y/o prioritarios

a. Los objetivos, metas, políticas y estrategias de gobierno

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia tiene como misión establecer, implementar y supervisar las políticas públicas rectoras en materia de salud integral de la infancia, adolescencia y vacunación, que propicien la equidad en salud entre toda la población mexicana.

Para cumplir con su misión este Centro tiene 3 Programas de Acción específicos: 1) Vacunación Universal; 2) Salud de la Infancia y la Adolescencia y 3) Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

1) Programa de Vacunación Universal

Este programa es una política pública de salud, cuyo objetivo es otorgar protección específica a la población contra enfermedades que son prevenibles a través de la aplicación de vacunas. Este programa contiene las acciones que deben llevarse a cabo en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud del país para lograr el control, eliminación y erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación.

El objetivo principal del Programa de Acción Específico "Vacunación Universal" 2013-2018 es la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación, alcanzar y mantener coberturas de vacunación del 95% por biológico y el 90% de cobertura con esquema completo en cada grupo de edad. Una de las principales acciones del Programa de Vacunación es fortalecer la rectoría a través del Consejo Nacional de Vacunación.

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales. El Programa de Vacunación Universal, cuenta con acciones que contribuyen al cumplimiento de los siguientes objetivos del PROSESA 2013-2018: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. 2. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. 3. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. 4. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. 5. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

2) Salud de la Infancia y la Adolescencia

El objetivo principal del Programa es coordinar estrategias enfocadas a reducir la morbilidad y mortalidad en los menores de 19 años en el país para contribuir en la disminución de la brecha de desigualdad en materia de salud. El Programa de Salud de la Infancia y la Adolescencia fue desarrollado como una herramienta para lograr las estrategias plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), específicamente en las Metas Nacionales: México en Paz y México Incluyente.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA) en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales. El Programa de Salud de la Infancia y la Adolescencia cuenta con acciones que contribuyen al cumplimiento de los siguientes objetivos del PROSESA 2013-2018: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.

3) Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

El objetivo principal del Programa de Cáncer en la Infancia y la Adolescencia es: Favorecer el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno y universal para las niñas, niños y adolescentes con cáncer. El Programa estableció dos indicadores al inicio de la



administración:

Porcentaje de unidades del Sistema Nacional de Salud que atienden cáncer pediátrico y registran con calidad los casos en el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA). Con relación a este indicador se muestran los avances en las metas anuales desde el inicio de su medición en 2014.

Porcentaje de unidades del Sistema Nacional de Salud que atienden cáncer pediátrico y registran con calidad los casos en el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes.

	2014	2015	2016	2017	2018
Meta establecida	40%	50%	60%	70%	80%
Meta alcanzada***	75%	87%	70%	65%	

*Se contabiliza únicamente el primer semestre de 2018

Fuente: Registro de Cáncer en Niñas, Niños y Adolescentes.

El comportamiento del indicador se mantuvo en el rango de 75 a 90% a pesar de que el total de Unidades Médicas Acreditadas que prestan servicios de salud a los menores con cáncer se incrementó año con año. La actividad más destacada fue el acuerdo establecido entre el CENSIA y la DGCEs para que el registro de los casos sea requisito para otorgar o en su caso, renovar la acreditación en las Unidades Médicas correspondientes.

Funcionamiento sectorial de los COECIA. A través del CONACIA se promueve la creación de los Consejos Estatales con base en la necesidad de contar con una instancia de coordinación y concertación tanto de los esfuerzos públicos como privados y de la sociedad civil para realizar acciones en el ámbito estatal. Desde 2012 a la fecha, se cuenta con 31 Consejos Estatales, en los cuales, las instituciones que los conforman, promuevan acciones coadyuvantes al logro del objetivo del Programa de Cáncer en la Infancia y Adolescencia.

A partir de la integración de instituciones del sector tales como IMSS, ISSSTE, SESA, PEMEX, SEDENA, SEMAR y DIF, a los Consejos Estatales, se convirtió en un factor para la evaluación de las entidades federativas, y constituye una fortaleza para realizar acciones tendientes a favorecer principalmente el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno en la República Mexicana. A continuación, se muestra la evolución del indicador, mismo que se encuentra en posibilidades de alcanzar la meta programada para 2018.

Funcionamiento sectorial de los COECIA

Metas PAE 2013-2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Meta establecida	No aplica	45%	51%	57%	63%	70%
Meta alcanzada	No aplica	***	66%	65%	70%	3 7.5%

*Se contabiliza únicamente el primer semestre de 2018.

b. Las acciones y los resultados de los programas sectoriales, institucionales, transversales, regionales y especiales; los programas sujetos a reglas de operación o cualquier otro, los proyectos estratégicos y/o prioritarios

Las acciones y los resultados de los programas sectoriales, institucionales, transversales, regionales y especiales; los programas sujetos a reglas de operación o cualquier otro, los proyectos estratégicos y/o prioritarios.

1) Programa de Vacunación Universal

Durante el periodo 2013-2017 las acciones del Programa Nacional de Vacunación han permitido mantener a nivel sectorial la cobertura con Esquema Básico de Vacunación en los niños de un año de edad por arriba del 90%, exceptuando el año 2013 en el cual se registra

una cobertura de 85.3% y en el 2017 se alcanzó una cobertura de 78.87% lo anterior debido a la disminución en el abasto de la vacuna SRP, para agosto del 2018 la cobertura sectorial es del 83.1% y para noviembre de 2018 de 89.6%.

En el periodo de 2013 a 2017 la cobertura de vacunación, a nivel sectorial, con vacuna DPT (difteria, tosferina y tétanos) en los niños de 4 años de edad fue la siguiente: para 2013 se logró una cobertura de 98.83%, en 2014 se alcanzó una cobertura de 97.89%, en 2015 fue de 106% y en 2017 es de 97.49%, superando la meta de 95%. En 2016 fue de 89.74%, con 5.25 puntos porcentuales por debajo de la meta, lo anterior debido al desabasto de este biológico a nivel internacional en el 2017 la cobertura fue de 91.5 y en agosto del 2018 la cobertura es del 95.4%, y para noviembre de 2018 de 97.0%.

La cobertura de vacunación con vacuna SRP, segunda dosis para el periodo 2013 a 2017 fue: en 2013 de 79.0 lo anterior debido a que en el sistema de información no se consideraba la información de la tercera Semana Nacional de Salud es a partir del 2014 con la modificación del sistema de información y para el mismo año la cobertura es del 96.4%, para el año 2015 la cobertura es del 96.13% en 2016 de 95.3%. Las cifras de 2017 registran una cobertura de 62.3% y para agosto del 2018 la cobertura es del 75.0%, para noviembre de 2018 de 94.0%

Logros de Semanas Nacionales de Salud: Del 2013 a noviembre del 2018, se realizaron un total de 18 semanas con tres Semanas Nacionales de Salud por año, aplicando en el periodo un total de 177,235,534 dosis de todos los biológicos, alcanzando el 91.8% de lo programado. En 2013 se aplicaron 32,854,657 dosis de todas las vacunas con un logro del 98.6%, en el 2014 se aplicaron 33,394,174 dosis con un logro de 95.4%. En el 2015 se aplicaron 25,811,821 dosis de vacunas con un logro de 116.6%. En 2016 se aplicaron 21,928,327 dosis de vacunas con un logro de 69.42%, debido a que en la tercera Semana Nacional de Salud, no se realizó la aplicación de la vacuna oral bivalente de polio, la cual se pospuso para el 2017, debido a que por indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se cambió de vacuna oral trivalente a vacuna oral bivalente, lo cual generó que el proveedor realizara los cambios en la composición de la vacuna, y el registro de la misma en el cuadro básico de medicamentos. En el 2017 se aplicaron 27,743,533 dosis de vacunas con un logro del 90.4%. Durante las Semanas Nacionales de Salud del 2018 se aplicaron un total de 28,578,348 dosis con un logro del 95%.

Influenza: Durante el periodo 2013-2017 se realizaron 5 campañas de vacunación con vacuna anti influenza durante a la temporada invernal logrando coberturas en todas ellas por arriba del 95%; aplicando un total de 123,320,422 de dosis de vacuna en el periodo. En la temporada invernal 2013-2014 se aplicaron 27,175,299 con una cobertura de 107.03%, en la temporada invernal 2014-2015 se aplicaron 32,988,440 dosis, con una cobertura de 102.95%. Para la temporada invernal 2015-2016 se aplicaron 32,442,371 dosis (logro del 100.28%). Para la temporada invernal 2016-2017 se aplicaron 33,162,610 dosis con un logro del 100%. Durante la temporada 2017-2018 se administraron 32,546,982 con un logro del 100%. Durante la temporada de vacunación antiinfluenza 2018-2019 que se realiza de octubre a marzo al mes de noviembre se ha aplicado el 50% de las dosis programadas.

2) Salud de la Infancia y la Adolescencia

Durante el periodo 2013-2018, se consolidó la conformación y correcta ejecución de los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia, cuyo objetivo es analizar las defunciones por enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) principalmente, a través de un grupo colegiado interinstitucional, que genere políticas, acciones y estrategias sectoriales en salud pública que mejoren el proceso de calidad en la atención. Si bien esta estrategia se planteó en el año 2008, no es sino hasta el año 2015 donde logra consolidarse a nivel nacional, de tal manera que, al 30 de noviembre de 2018, 100% de los Comités se encuentra instalado y en funcionamiento, es decir, las 32 entidades federativas realizan este análisis.

Esta acción se evalúa mediante un indicador denominado "Porcentaje de sesiones de COERMI realizadas" y cuyo resultado se considera excelente cuando las entidades cumplen con el 90% o más de las sesiones programadas. Para el 30 de noviembre de 2018, el resultado es de 90% de sesiones realizadas (porcentaje estimado según el cumplimiento de sesiones de algunas entidades

federativas). Todas estas acciones en su conjunto han contribuido a la reducción de la mortalidad en la infancia.

De 1990 a 2015, se redujo en 63.1% la tasa de mortalidad en menores de cinco años, al pasar de 41 defunciones por cada 1000 nacidos vivos a 15.1 respectivamente, lo que se traduce en 65,796 defunciones evitadas. Durante el periodo de 2013-2017, la reducción de la mortalidad en niñas y niños menores de cinco años fue del 10.1%, al disminuir de 15.7 a 14.1 (tasa anual 2017 corregida: 14.1, tasa anual planeada para 2018: 13.8) por cada mil nacidos vivos.

Con respecto a la mortalidad infantil en menores de un año, la reducción entre 1990 y 2015 fue de 61.5%, al disminuir de 32.5 a 12.5 defunciones por cada 1000 nacidos vivos, lo que representa 1,119 defunciones evitadas en este grupo etario. De 2013 a 2017 se observa una reducción de 8.46%, al pasar de 13.3 a 11.9 (tasa anual 2017 corregida: 11.9, tasa anual planeada para 2018: 11.5) defunciones en menores de un año, respectivamente.

Las enfermedades transmisibles como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas se redujeron de manera considerable con un impacto favorable en la mortalidad por estas causas, lo que favoreció el cumplimiento de las metas adquiridas.

La tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda se redujo en 94.9% de 1990 a 2015, se evitaron 15,800 defunciones por esta causa en menores de cinco años. En el periodo 2013-2017 se redujo un 14.8% la tasa de mortalidad, al disminuir de 9.4 a 8 (tasa anual 2017 corregida: 8, tasa anual planeada para 2018: 7.9) respectivamente. En lo que respecta a la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas la reducción porcentual de 1990 a 2015 es de 86.7%, es decir, se redujo de 124.5 defunciones por infecciones respiratorias por cada cien mil menores de cinco años a 16.5, lo que representa 12,341 defunciones evitadas. De 2013 a 2017 la reducción porcentual de defunciones en menores de cinco años por infección respiratoria aguda fue del 23.6%, al pasar de una tasa de 20.7 a 15.8 (tasa anual 2017 corregida, tasa anual planeada para 2018: 15.5) respectivamente.

Con respecto a las enfermedades diarreicas agudas durante el periodo de 2013-2017 se realizaron acciones para fortalecer la identificación y clasificación de los casos de diarrea para brindar el plan de tratamiento de hidratación oral adecuado. Cabe mencionar que durante el periodo señalado se observó un decremento en el número de casos de enfermedad diarreica aguda de primera vez en menores de cinco años del 36.6% al disminuir de 570,499 casos en 2013 a 361,392 casos durante 2017 (cifras actualizadas al 28 de septiembre de 2018). Al 31 de agosto de 2018, se registraron 177,793 casos de enfermedad diarreica aguda de primera vez en menores de cinco años.

En cuanto a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de cinco años, en el periodo comprendido de 2013 a 2017 también se observó una reducción en el uso de antibióticos al reportar que durante 2013 se otorgaron 3,353,137 consultas por infección respiratoria aguda de primera vez en menores de cinco años (cifras actualizadas al 28 de septiembre de 2018), de las cuales el 52.4% recibió tratamiento sintomático, comparado con el año 2017 donde de las 2,080,595 consultas de primera vez por infección respiratoria aguda en menores de cinco años, el 58% recibió tratamiento sintomático (cifras actualizadas al 28 de septiembre de 2018). Al 31 de agosto de 2018 se registraron 955,160 consultas de primera vez por infección respiratoria aguda).

La SNSA fomenta entre los adolescentes la adopción de estilos de vida saludables que prevengan daños a su salud, se busca la promoción de actividades y espacios de participación mediante actividades físicas, culturales, recreativas y de atención integral por parte de los servicios de salud. En 2013 se llevó a cabo la SNSA con el eje temático: alimentación saludable y actividad física el cual surge debido al aumento de sobrepeso u obesidad en este grupo de edad. Para 2014 se continuó con el eje temático enfocado en la prevención al VIH y el sida, y se contó con la participación de los GAPS para la realización de actividades. En el 2015 se redefinió la organización operativa de las actividades de la SNSA a partir de tres ejes: desarrollo físico, desarrollo recreativo-cultural y atención integral de la salud. Se contó por primera vez con la participación y apoyo de IMSS PROSPERA. Se implementaron actividades para impactar en los microambientes inmediatos de los adolescentes. En el año 2016 se sistematizó la información de adolescentes participantes en todas las actividades. Se homologaron los resultados presentados por todas las instituciones participantes a partir de los tres ejes mencionados. Para el año 2017 se inició con el proceso de recopilación y procesamiento de la información de la cobertura,

y a través del GAIA se busca evitar duplicidad de información de las diferentes instituciones participantes.

Finalmente, en 2018 se solicitó a los responsables del Programa que, a través del GAIA estatal, definieran la o las problemáticas principales que se viven en cada entidad federativa con el objetivo de hacer actividades focalizadas que motiven el cambio en el imaginario de las y los adolescentes. Así mismo, se desarrolló una declaratoria en conjunto con el objetivo de brindar un mensaje unificado por parte de todas las instituciones participantes. Por último, se inició una evaluación cualitativa de experiencias exitosas de la SNSA con el objetivo de identificar el impacto de las acciones directamente en las y los adolescentes, así como en los coordinadores GAPS.

3) Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

De 2014-2018 se capacitó a 28,738 médicos de primer y segundo nivel de atención, 33,355 médicos pasantes en servicio social y 6,6133 enfermeras(os) de las Unidades Médicas Acreditadas que se encuentran directamente relacionados con la atención de los pacientes y cuya capacitación fue teórico práctica. A partir del año 2016, se incorporó a la capacitación el personal de enfermería de primer nivel de atención; durante 2016 – 2018 se capacitaron 16,504 enfermeras y enfermeros quienes apoyan al médico a la detección de los menores con sospecha de cáncer.

Con respecto a la supervisión, en este mismo periodo, para verificar el desarrollo y avance del Programa, así como de la identificación de problemas que interfieran durante el proceso de atención (detección, referencia, diagnóstico y tratamiento) de los pacientes menores de 18 años con sospecha de cáncer, durante el mismo periodo se realizaron 11,173 supervisiones a unidades de primer nivel de atención y 394 a Unidades Médicas Acreditadas.

c. Los avances en los programas sustantivos, con base en la información reportada en las cuentas públicas que correspondan a cada año de gobierno

Los avances en los programas sustantivos, con base en la información reportada en las cuentas públicas que correspondan a cada año de gobierno

1) Programa de Vacunación Universal

El programa de vacunación cuenta con el indicador "Coberturas de vacunación del 90% con esquema completo en niños menores de 1 año de edad", este indicador está incluido en PROSESA.

En el 2013, se logró una cobertura de 83.76% con esquema completo en niños menores de 1 año de edad, con un avance de 30.34 puntos porcentuales con respecto al 2012 (cobertura de 53.42%). En el 2014 fue de 88.91% y en el 2015 y 2016, se alcanzaron coberturas por arriba del 90% (90.68% y 91.17% respectivamente) alcanzando la meta del indicador. Las cifras de cierre en el 2017 muestran una cobertura de 79.4%, lo anterior debido al desabasto de la vacuna contra Hepatitis b durante el 2017. Para agosto de 2018 se tiene una cobertura del 75.4%, y para noviembre del 2018 del 85.7%

2) Salud de la Infancia y la Adolescencia

El programa de salud en la infancia y la adolescencia cuenta con el indicador "Porcentaje de Estados que realizan la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia", que se encuentra incluido en el PROSESA 2013-2018. Este indicador mide la ejecución de Semanas Nacionales de Salud de la Adolescencia realizadas en las entidades federativas. Desde 2013, se ha avanzado y mantenido al 100% la ejecución de esta actividad en todo el país. En 2017 se promovió una mayor participación de los adolescentes GAPS, y se redobló el esfuerzo para la realización de la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia en las entidades afectadas por el terremoto (Puebla, Morelos, CDMX, Oaxaca y Chiapas). En 2018, la SNSA se llevó a cabo del 17 al 21 de septiembre en las 32 entidades federativas.

3) Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

El Programa de Cáncer en la Infancia y la Adolescencia estableció dos indicadores para medir los resultados 2013-2018 y que se



encuentran alineados al PROSESA. Indicador 1. Porcentaje de unidades del Sistema Nacional de Salud que atienden cáncer pediátrico y registran con calidad los casos en el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes (RCNA); y el Indicador 2. Funcionamiento sectorial de los Consejos Estatales de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y Adolescencia (COECIA).

En cuanto al resultado del indicador 1, en el año 2014 se obtuvo 90%, en el año 2015 se obtuvo solamente 75%, para el 2016 87% y para el año 2017 se alcanzó el 80%. El comportamiento del indicador no muestra una tendencia ascendente ya que el total de Unidades Médicas Acreditadas que prestan servicios de salud a los menores con cáncer (denominador) también se incrementó año con año. Por lo anterior, a pesar de que el número de Unidades que registran los casos de cáncer en el RCNA aumentó, el porcentaje de avance se mantuvo en el rango de 75 a 90%. Estos resultados presentan un avance acorde a lo programado, sin embargo, las actividades para lograr la participación de todas las Unidades en el RCNA continúan. La actividad más destacada es el acuerdo entre el CENSIA y la DGCEs para que el registro de los casos sea requisito para otorgar o en su caso, renovar la acreditación en las Unidades Médicas correspondientes.

Indicador 2. Funcionamiento sectorial de los COECIA.

Derivado del Decreto Presidencial por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (CONACIA), a través del CONACIA se promueve la creación de Consejos Estatales para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, a partir de la necesidad de contar con una instancia de coordinación y concertación tanto de los esfuerzos públicos como privados y de la sociedad civil para realizar acciones en el ámbito estatal. En 2013 se contaba con 30 Consejos Estatales que sesionaban dos veces al año con el objetivo ya mencionado; solo está pendiente de conformarse el de la Ciudad de México.

En 2013 se integró el indicador "Funcionamiento sectorial" en el Programa de Acción Estratégico 2013-2018, y se consideró para evaluación a partir del 2014.

A partir de que la integración de instituciones del Sistema Nacional de Salud a los Consejos Estatales se convirtió en un factor para la evaluación de las entidades federativas, la inclusión del IMSS, ISSSTE, SESA, PEMEX, SEDENA, SEMAR y DIF ha sido una constante y constituye una importante fortaleza para realizar acciones tendientes a favorecer principalmente el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno en las diferentes unidades médicas de la República Mexicana. La resolución de rezagos en el financiamiento de casos atendidos en los hospitales, la creación de convenios interinstitucionales y el conocimiento de las autoridades estatales de las condiciones de operación de las unidades médicas acreditadas (UMA), han sido líneas estratégicas abordadas en las dos sesiones anuales de los 31 Consejos Estatales actualmente instalados.

d. Las reformas de gobierno aprobadas

No aplica, ya que dentro de este periodo este centro no participó en reformas de gobiernos aplicadas.

e. Las acciones realizadas y los resultados de los programas para democratizar la productividad, consolidar un gobierno cercano y moderno, y fomentar la perspectiva de género en su ámbito de competencia, derivados de las estrategias transversales del Plan Nacional de Desarrollo

Las acciones realizadas y los resultados de los programas para democratizar la productividad, consolidar un gobierno cercano y moderno, y fomentar la perspectiva de género en su ámbito de competencia, derivados de las estrategias transversales del Plan Nacional de Desarrollo

Desde 2015 y hasta el cierre de 2017, este Centro Nacional ha realizado acciones para dar cumplimiento al Programa de Cultura Institucional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación Contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD). Las principales acciones realizadas en este periodo son: cursos de Diez recomendaciones para promover un Buen Clima Laboral y Paternidades Igualitarias, Efectivas y participativas con 16 participantes; campaña Permanente del Día Naranja los días 25 de cada mes 1800

participantes; campaña Día Nacional De Lucha Contra La Homofobia (17 de mayo), con un total de 161 participantes; difusión del Permiso de Paternidad, con un total de 240 participantes; retransmisión de 18 videoconferencias del Seminario Permanente de Género y Salud/UNAM, con un total de 273 participantes; conmemoración del Día Internacional de la Mujer (8 de marzo) y Día de las Niñas y de los Niños con un total de 240 participantes; recomendaciones para Promover un Buen Clima Laboral en el CeNSIA con un total de 240 participantes; pautas y Pistas para Comunicar de Manera Incluyente en el Ámbito de la Salud con un total de 240 participantes; captura de información y atención de comentarios del Órgano Interno de Control y el INMUJERES en la Plataforma de Seguimiento al Proigualdad 2017 y programación 2018.

Durante 2018, se realizó la difusión del Link <http://familiassexualidades.inmujeres.gob.mx/> a los 32 Responsables Estatales del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia. También se publicó en la cuenta oficial de la Secretaría de Salud mensajes con el tema de prevención de violencia en el noviazgo. Se difundieron infografías sobre los siguientes temas: acciones consideradas en la Política Nacional de Igualdad, talleres especializados, códigos, persona consejera, personas asesoras y ligas de la Secretaría de Salud, Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, la NOM-025 para la Igualdad Laboral y No discriminación. Estos materiales alcanzaron a más de 600 personas.

Las acciones del Programa de Vacunación, ha permitido promover la igualdad de género al prevenir en la mujer la infección por virus del papiloma humano a fin de disminuir los casos de cáncer cérvico uterino aplicando un total de 14,806,896 dosis de vacuna VPH en las niñas de 5º grado de primaria y las no escolarizadas de 11 años de edad durante todo el periodo.

El Programa de Cáncer en la Infancia y la Adolescencia contribuye al cumplimiento de la estrategia transversal Perspectiva de Género del PND al promover el uso de lenguaje incluyente en los informes y documentos oficiales.

f. Los principales proyectos de inversión terminados y aquellos que se encuentren en proceso, reportando para estos últimos su avance físico y financiero, y justificando el grado de avance y estado que guardan

No aplica ya que este Organismo Desconcentrado no realiza proyectos de inversión

III. Los principales logros alcanzados en los programas, proyectos, estrategias y aspectos relevantes y/o prioritarios

a. Los principales logros alcanzados y sus impactos

1) Programa de Vacunación Universal

El Programa de Vacunación Universal, establece el desarrollo de sus actividades en dos grandes estrategias: vacunación permanente, y acciones Intensivas como las Semanas Nacionales de Salud y operativos especiales. En programa permanente se otorga el servicio de vacunación, en el 1er, 2º y 3er nivel de atención, durante todos los días del año. Bajo éste contexto, el Programa de Vacunación Universal busca ofertar permanentemente las vacunas que necesita el menor de ocho años de edad, mayores de 60 años, adolescentes, embarazadas y población de riesgo de 5 a 59 años de edad.

Los principales logros durante el periodo de 2013 a 2018 han sido los enumerados por cada componente:

1. Evaluación Internacional del Programa de Vacunación Universal, después de 14 años se solicitó la evaluación del Programa por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la finalidad era la realización de una descripción y diagnóstico de campo sobre el funcionamiento de los componentes del PVU, así como para formular recomendaciones prácticas y aplicables tendientes a fortalecer integralmente el programa y determinar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de la evaluación realizada en el año 2000.

a) Los componentes evaluados fueron: Prioridad política y bases legales, Organización y coordinación, Planificación y programación, Presupuesto y recursos financieros, Recursos humanos y capacitación, Recursos físicos y materiales, Ejecución, Vigilancia epidemiológica y laboratorio, Vacunación segura, Cadena de frío, Logística e insumos, Monitoreo y evaluación, Capacitación y supervisión, Sistema de información y calidad del dato, Comunicación y movilización social, Satisfacción del usuario e Investigación.

b) La metodología aplicada comprende la evaluación cualitativa y cuantitativa, a través de: visitas y entrevistas con guías estandarizadas; aplicadas en los diferentes niveles nacional, departamental y municipal en cada uno de los niveles político, gerenciales

y operativo, así mismo se entrevistaron a los miembros de los comités asesores del PVU, asociaciones comunitarias, cooperantes y aliados del PVU, sociedades científicas y universidades. Adicionalmente se realizaron encuestas a usuarios, monitoreos rápidos de cobertura en los lugares visitados y búsqueda activa de casos de enfermedades prevenibles por vacunación en hospitales.

c) Las conclusiones más importantes del equipo evaluador se resumen en lo siguiente:

- El PVU de México es altamente reconocido y prestigioso.
- La población acepta y confía en las vacunas.
- El esquema de vacunación es muy completo y abarca toda la línea de vida.
- Se ha mantenido la eliminación y el control de las diferentes EPV.
- Los sistemas de información no permiten identificar coberturas de vacunación; lo que limita el análisis de riesgo y la evaluación del desempeño del PVU.
- Se requiere fortalecer la red de frío en todo el Sistema Nacional de Salud.
- Se debe continuar trabajando para alcanzar la excelencia en términos de universalidad, calidad y eficiencia en todos los componentes del Programa.

2. Distribución de Población de Responsabilidad

La regionalización operativa cambia tanto en su nomenclatura como en su organización denominándose Distribución de Población de Responsabilidad Institucional, lo anterior debido a que el IMSS e ISSSTE no cuentan con recursos humanos para las acciones de campo.

3. Lineamientos Generales del Programa de Vacunación Universal y Semanas Nacionales de Salud.

Fortalecimiento de la Rectoría a través de la coordinación interinstitucional, trabajo en los Consejos Estatales de Vacunación (COEVAs), la política de Distribución de Población de Responsabilidad Institucional, y uso de las fuentes de información establecidas en el programa.

Establecimiento de lineamientos de las Acciones Intensivas de Vacunación, fortalecimiento de las acciones de Capacitación y Supervisión, Planificación del Programa de Vacunación Universal: metodología de cálculo para la adquisición de biológicos y las acciones del PVU.

4. Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVIS).

Con la finalidad de alinear las acciones y actividades de la Vigilancia de los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización a lo establecido a nivel internacional se realizaron las siguientes acciones: en 2014, Cambia el nombre de ETAV a ESAVI (Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación y/o Inmunización); Nueva Edición del Manual de ESAVI 2014. En 2016, se instala de manera oficial el Comité Nacional de Expertos de ESAVI. En 2017, se estructuran los lineamientos para la dictaminación de los ESAVI graves, se conforman los Comités Estatales de ESAVI. En 2018: Reestructuración del manual de ESAVI y los formatos de notificación, quedando solo un Formato Único de ESAVI para la notificación correspondiente. Actualización de Manual de ESAVI 2018 en revisión; desarrollo de Lineamientos Generales para la Dictaminación de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización clasificados como Graves 2018. Propuesta y desarrollo de la base de datos en línea de ESAVI.

5. Red de Frío

Los logros en materia de red de frío han sido los siguientes:

Normatividad. Actualización del Manual de Vacunación en materia de Red de Frío.

Fichas Técnicas de Equipo de Cadena de Frío. Actualización de las fichas técnicas de los refrigeradores para vacunas de CENETEC, alineándolos con las fichas técnicas de Cuadro Básico.

Diagnóstico de Cadena de Frío. Implementación de una plataforma en línea, para observar el funcionamiento de los componentes de la cadena de frío desde el nivel estatal hasta el de unidad de salud.

Accidentes de Red de Frío. Formalización del Grupo Técnico de Accidentes de Red de Frío (GTARF) entre CENSIA y COFEPRIS.

Licencias Sanitarias. Acciones conjuntas con COFEPRIS para elaborar la Guía de Procedimientos Normalizados de Operación, Protocolos para la validación y calificación de las cámaras frías, así como, Sistemas de Gestión de Calidad para la obtención de licencias de las Cámaras de Frío Estatales.

Contratación de personal técnico para apoyo al Programa de Vacunación. A través de Ramo 12 se generó recurso económico para la contratación de personal para el seguimiento de la red de frío en las entidades.

Implementación de software para el control de vacunas y jeringas wVSSM. El software wVSSM permite tener un mejor control en la distribución y gestión de vacunas e insumos del PVU. Hasta el mes de septiembre se ha implementado en 24 entidades federativas.

Actualizaciones en temas de cadena de frío. Desde 2015 se han implementado capacitaciones de acuerdo con la necesidad detectada y a la solicitud por los Estados e Instituciones.

6. Coberturas de Vacunación

El cálculo de la cobertura por biológico se realiza obteniendo el número de dosis aplicadas dividido entre la población en un lapso de tiempo multiplicado por el indicador 8.33%, que se obtiene de dividir el 100% entre 12 que serían los meses del año a evaluar.

Para obtener la cobertura de esquema completo se suman las dosis finales del esquema de acuerdo con el grupo de edad, se divide entre la población en un lapso de tiempo y se multiplica por el número de biológicos aplicados y todo esto por 100, de acuerdo a la siguiente fórmula.

$$(\# \text{ de dosis})/(\text{población} * 8.33\% * 3 \text{ o } 6 \text{ o } 9) * 100$$

Durante el periodo 2013-2017 las acciones del Programa Nacional de Vacunación han permitido mantener a nivel sectorial la cobertura con Esquema Básico de Vacunación en los niños de un año de edad por arriba del 90%, exceptuando el año 2013 en el cual se registra una cobertura de 85.3% y en el 2017 se alcanzó una cobertura de 78.87% lo anterior debido a la disminución en el abasto de la vacuna SRP, para agosto del 2018 la cobertura sectorial es del 83.1 y para noviembre de 2018 de 89.6 .

En el periodo de 2013 a 2017 la cobertura de vacunación, a nivel sectorial, con vacuna DPT (difteria, tosferina y tétanos) en los niños de 4 años de edad fue la siguiente: para 2013 se logró una cobertura de 98.83%, en 2014 se alcanzó una cobertura de 97.89%, en 2015 fue de 106% y en 2017 es de 97.49%, superando la meta de 95%. En 2016 fue de 89.74%, con 5.25 puntos porcentuales por debajo de la meta, lo anterior debido al desabasto de este biológico a nivel internacional en el 2017 la cobertura fue de 91.5 y en agosto del 2018 la cobertura es del 95.4, y para noviembre de 2018 de 97.0%.

La cobertura de vacunación con vacuna SRP, segunda dosis para el periodo 2013 a 2017 fue: en 2013 de 79.0 lo anterior debido a que en el sistema de información no se consideraba la información de la tercera Semana Nacional de Salud es a partir del 2014 con la modificación del sistema de información y para el mismo año la cobertura es del 96.4%, para el año 2015 la cobertura es del 96.13% en 2016 de 95.3%. Las cifras de 2017 registran una cobertura de 62.3% y para agosto del 2018 la cobertura es del 75.0%, para noviembre de 2018 de 94.0%

7. Sistema de Información

Si bien el Sistema de Información de dosis aplicadas es la base para el cálculo de coberturas adicionalmente se cuenta con otros sistemas de información que permiten dar seguimiento a los procesos de distribución y pérdidas en la operación del PVU:



Conciliación de Biológico

Se generó un control a través del Formato de Conciliación trimestral de dosis recibidas, distribuidas y aplicadas por biológico y por lote a nivel Estatal que permite visualizar, controlar y analizar información de manera trimestral por biológico y lote. Otra acción es el Semáforo de control, Seguimiento de la Distribución y Abasto de Vacunas que permite dar seguimiento puntual de la distribución de los insumos en las 32 entidades federativas.

Semáforo de control, seguimiento de la distribución y abasto de vacunas 2018.

Este control permite el seguimiento de la distribución de vacunas a las entidades federativas y dar seguimiento al cumplimiento de los contratos de adquisición de vacunas.

8. Cartilla Electrónica de Vacunación

La Prueba Piloto inició entre octubre de 2014 y mayo de 2015 para la aplicación en campo en unidades de salud de Toluca y Colima. La prueba permitió validar la aplicación y hacer los ajustes requeridos para responder a las necesidades de la operación del programa de vacunación.

A partir de septiembre de 2015 se inició la segunda fase de prueba de la CEV con la prueba de escala la cual consistió en integrar a cuatro jurisdicciones en cuatro estados: Colima, Colima; León, Guanajuato; Pachuca, Hidalgo; y Toluca, Estado de México. Así mismo se integraron cinco unidades de salud de IMSS-Prospera en la región de San Cristóbal de la Casas, Chiapas.

En el año 2017 inició la incorporación de otras entidades y hasta el 31 de agosto de 2018 se han incorporado 17 entidades con 3,599 unidades salud, con un número de 18,020,822 vacunas y 1,215,750 menores de 0 a 5 años registrados bajo este sistema.

9. Semanas Nacionales de Salud

De 2013 a junio de 2018, con la participación de las 32 entidades federativas, se realizaron 17 Semanas Nacionales de Vacunación, en las que se aplicaron más de 163,235,534 millones de dosis.

Durante el periodo de 2013 a 2018 los recursos destinados para cada SeNaS fueron:

- 16,347 Unidades Médicas del Sistema Nacional de Salud
- 498,773 Puestos de vacunación en sitios estratégicos.
- 543,543 Brigadas.
- 969,000 Voluntarios.
- 56,366 Personal de salud.

Se han beneficiados más de 68 millones de niños y niñas menores de 10 años y 16 millones de personas de 10 a 45 años.

Otras acciones de salud: 183,200,000 (VSO, Vitamina A, Ac. Fólico, etc.)

Mensajes de promoción: 193,800,000

Con relación a las vacunas objetivo-aplicadas durante las Semanas Nacionales de Salud los datos los podemos observar son:

Logros de Semanas Nacionales de Salud: Del 2013 a noviembre del 2018, se realizaron un total de 18 semanas con tres Semanas Nacionales de Salud por año, aplicando en el periodo un total de 177,235,534 dosis de todos los biológicos, alcanzando el 91.8% de lo programado. En 2013 se aplicaron 32,854,657 dosis de todas las vacunas con un logro del 98.6%, en el 2014 se aplicaron 33,394,174 dosis con un logro de 95.4%. En el 2015 se aplicaron 25,811,821 dosis de vacunas con un logro de 116.6%. En 2016 se aplicaron 21,928,327 dosis de vacunas con un logro de 69.42%, debido a que en la tercera Semana Nacional de Salud, no se realizó la aplicación de la vacuna oral bivalente de polio, la cual se pospuso para el 2017, debido a que por indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se cambió de vacuna oral trivalente a vacuna oral bivalente, lo cual generó que el proveedor realizara los cambios en la composición de la vacuna, y el registro de la misma en el cuadro básico de medicamentos. En el 2017 se aplicaron

27,743,533 dosis de vacunas con un logro del 90.4%. Durante las Semanas Nacionales de Salud del 2018 se aplicaron un total de 28,578,348 dosis con un logro del 95%.

Influenza: Durante el periodo 2013-2017 se realizaron 5 campañas de vacunación con vacuna anti influenza durante a la temporada invernal logrando coberturas en todas ellas por arriba del 95%; aplicando un total de 123,320,422 de dosis de vacuna en el periodo. En la temporada invernal 2013-2014 se aplicaron 27,175,299 con una cobertura de 107.03%, en la temporada invernal 2014-2015 se aplicaron 32,988,440 dosis, con una cobertura de 102.95%. Para la temporada invernal 2015-2016 se aplicaron 32,442,371 dosis (logro del 100.28%). Para la temporada invernal 2016-2017 se aplicaron 33,162,610 dosis con un logro del 100%. Durante la temporada 2017-2018 se administraron 32,546,982 con un logro del 100%. Para la temporada de vacunación antiinfluenza 2018-2019 que se realiza de octubre 2018 a marzo 2019 para el mes de noviembre se tiene un avance del 50% de la meta.

Con relación a la vacunación contra el VPH se aplicó de forma gratuita para todas las niñas de 5o. año de primaria o de 11 años no escolarizadas, mediante el programa permanente y las SNS se aplicaron más 13.4 millones de dosis y se cubrió 93% de ese grupo.

10. Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA)

Ha funcionado a cabalidad durante el periodo 2013-2018, periodo durante el cual se han realizado 15 reuniones ordinarias y 2 reunión extraordinaria de las cuales han emanado 75 acuerdos con un cumplimiento del 97%.

2) Salud de la Infancia y la Adolescencia

Durante el periodo 2013-2018, se consolidó la conformación y correcta ejecución de los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia, cuyo objetivo es analizar las defunciones por enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) principalmente, a través de un grupo colegiado interinstitucional, que genere políticas, acciones y estrategias sectoriales en salud pública que mejoren el proceso de calidad en la atención.

Todas estas acciones del programa en su conjunto han contribuido a la reducción de la mortalidad en la infancia. Durante el periodo de 2013-2017, la reducción de la mortalidad en niñas y niños menores de cinco años fue de 10.1%, al disminuir de 15.7 a 14.1 (tasa anual 2017 corregida: 14.1, tasa anual 2018 planeada: 13.8). Con respecto a la mortalidad infantil (menores de un año), de 2013 a 2017 se observa una reducción de 8.46%, al pasar de 13 a 11.9 defunciones en menores de un año, respectivamente (tasa anual 2017 corregida: 11.9, tasa anual planeada 2018: 11.5). Las enfermedades transmisibles como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas se redujeron de manera considerable con un impacto favorable en la mortalidad por estas causas, lo que favoreció el cumplimiento de las metas adquiridas.

Durante la actual administración se logró concretar la vinculación con el Componente de Salud del Programa PROSPERA, para realizar acciones conjuntas de evaluación del desarrollo infantil y de estimulación temprana, especialmente dirigidas en materia de prevención, vigilancia, atención y promoción del desarrollo infantil y la estimulación temprana.

Con respecto al trabajo del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA), en la actual administración hubo un cambio de paradigma del Programa, el cual se organizó a través de un Modelo Integral de Atención, donde la premisa central coloca a las y los adolescentes como centro y sujetos de atención. Los ejes transversales están ligados a los principales problemas que enfrenta este grupo etario, abordados desde una perspectiva de inclusión, equidad de género y derechos humanos. A través de las Semanas Nacionales de Salud de la Adolescencia se ha fomentado entre los adolescentes la adopción de estilos de vida saludables que prevengan daños a su salud, se busca la promoción de actividades y espacios de participación mediante actividades físicas, culturales, recreativas y de atención integral por parte de los servicios de salud.

3) Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

La incidencia de cáncer infantil no puede controlarse a través del primer nivel de atención, por lo que las acciones del programa están encaminadas a favorecer el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

Con la finalidad de desarrollar en la población una actitud permanente de cuidado hacia su propia salud y la de su familia en el periodo 2014-2018, se difundió información por el personal de salud de primer nivel de atención a 7,935,635 padres, madres y tutores menores sobre cáncer infantil.

Para asegurar que el médico de primer nivel realizara la búsqueda en los menores de edad que acuden a consulta, en el año 2015 se diseñó y piloteó un formato denominado "Cédula de detección de signos y síntomas de cáncer en menores de 18 años" el que, a la fecha, se debe aplicar a los menores que acuden a las unidades médicas por primera vez en el año y máximo a los seis meses de esta primera aplicación. En el 2016 se aplicaron 1,671,895 cédulas; para el año 2017 fueron 2,324,592; y al mes de noviembre de 2018 se llevan aplicadas 2,040,732 lo que se traduce en la revisión y búsqueda de signos y síntomas de sospecha de cáncer en 6,037,219 menores de 18 años.

Para reforzar estas acciones se implementó una campaña permanente de difusión para concientizar y sensibilizar en la identificación oportuna de signos y síntomas del cáncer, se distribuyó material impreso (24 modelos de postales, trípticos, volantes y lonas) y 3,000 mensajes en Facebook y Twitter, en las cuentas oficiales de CENSIA y Servicios de Salud de las entidades.

Desde 2015, se realiza de forma anual el concurso nacional de "Pinta de barda" en el que durante 2015 participaron 26 entidades, 21 estados en el 2016, 24 en el 2017 y 23 entidades federativas en el 2018, fomentando la difusión del tema y la participación organizada de adolescentes entre 10 y 19 años de edad, a través de dibujos de expresión artística. En este último año, se realizaron 180 pintas de bardas en todo el país con la participación de más de 457 adolescentes quienes transmiten el mensaje en sus comunidades.

Con el objetivo de enfatizar la detección y referencia de forma oportuna del personal de salud, se cuenta con un programa de capacitación en signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de 18 años de edad. De 2014-2018 han participado 28,738 médicos de primer y segundo nivel de atención, 33,355 médicos pasantes en servicio social y 6,6133 enfermeras(os) de las Unidades Médicas Acreditadas que se encuentran directamente en la atención de los pacientes y cuya capacitación es teórico práctica.

A partir de 2016 se logró incluir en la capacitación de signos y síntomas de sospecha de cáncer, al personal de enfermería de primer nivel de atención; a junio de 2018 se han capacitado 16,504 enfermeras (os). En el 2018, se elaboró el Manual de capacitación con el objetivo de estandarizar los contenidos de los cursos que se otorgan al personal de salud, el cual contiene una descripción de los tipos de cáncer más frecuentes en nuestra población y un algoritmo para su referencia a unidades médicas de mayor complejidad.

Con respecto a la supervisión, en este mismo periodo, para verificar el desarrollo y avance del Programa, así como de la identificación de problemas que interfieran durante el proceso de atención (detección, referencia, diagnóstico y tratamiento) de los pacientes menores de 18 años con sospecha de cáncer, durante el mismo periodo se realizaron 11,173 supervisiones a unidades de primer nivel de atención y 394 a Unidades Médicas Acreditadas.

A partir de 2017, emanados de COECIA, se realizaron proyectos elaborados por las entidades que contribuyen y aportan elementos de impacto directo en prevención, diagnóstico temprano, financiamiento y/o tratamiento integral del cáncer en menores de 18 años en las entidades federativas. Durante 2017, se concretaron seis proyectos, cuatro de ellos dirigidos específicamente al diagnóstico y tratamiento oportunos y dos al tratamiento integral en unidades médicas acreditadas para atender menores de 18 años con cáncer.

Durante el periodo 2013-2018 se cumplieron todos los acuerdos generados en el CONACIA hasta la 1ª Sesión Ordinaria 2018, con lo que a través de las gestiones al interior de la Secretaría de Salud e interinstitucionales, se ha posicionado al cáncer infantil como una enfermedad de notificación obligatoria y a la que se le han asignado recursos para su atención. Se sumarán los acuerdos generados en la 2ª Sesión Ordinaria de 2018.

Se fortaleció el Registro de Cáncer de Niños y Adolescentes por las entidades federativas, este cuenta con más de 30,000 registros validados hasta noviembre de 2018 y a partir de este año, con base en exhaustividad, validez y completitud de la información, se realizaron cambios en la evaluación del registro con la finalidad de mejorar la calidad del mismo.

Se desarrolló e implementó una herramienta para la georreferencia de UMA en la atención oncológica pediátrica, que permite a la población general y a los profesionales de la salud, conocer de forma eficiente UMA más cercana de acuerdo al tipo de cáncer en sospecha y de esta forma disminuir las barreras de acceso. Esta herramienta se concluyó en el mes de marzo de 2018 y se encuentra disponible para consulta en la siguiente liga :
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/307008/Proyecto_de_Georreferencia_07.03.18.pdf

b. La identificación de los programas, proyectos, estrategias y aspectos relevantes y/o prioritarios que se consideren deban tener continuidad con la justificación correspondiente

1) Programa de Vacunación Universal

Se considera que el Programa de Vacunación Universal, debe tener continuidad en virtud de los logros y avances alcanzados a través de sus objetivos, estrategias y líneas de acción enfocadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación. Además de mantener la rectoría a través del Consejo Nacional de Vacunación que tiene como objeto fungir como instancia permanente de coordinación de los sectores público, social y privado para promover y apoyar las acciones de prevención, control, eliminación y erradicación de las enfermedades que pueden evitarse mediante la administración de vacunas. Los resultados de la ENSANUT 2012 y encuestas serológicas corroboran la adecuada inmunización en nuestra población. Esto nos ha permitido hacer frente a amenazas de enfermedades prevenibles por vacunación, sin que se hayan presentado casos en nuestro país.

Coberturas de Vacunación

- Lograr cobertura de vacunación universal "efectiva" y "equitativa", para lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o superiores al 95% con cada biológico, y del 90% con esquemas completos, para cada uno de los municipios lo que permitirá mantener el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunación.
- Mantener el programa como prioridad política en todas las entidades federativas; para reducir la brecha de equidad en el acceso y disponibilidad de las vacunas en las comunidades en situación de vulnerabilidad, logrando que las vacunas lleguen con oportunidad.
- Asegurar los recursos físicos y humanos para implementar estrategias que favorezcan el aumento de coberturas.
- Establecer mecanismos de concertación con los proveedores de vacunas a través de contratos plurianuales que garanticen el abasto de vacunas
- Fortalecer la producción nacional de vacunas lo cual permitirá el abasto requerido y oportuno.
- Implementar acciones de comunicación social para fortalecer la corresponsabilidad de la población y lograr mejorar las coberturas.
- Contrarrestar las acciones de los grupos antivacunas.

2. Distribución de Población de Responsabilidad

Establecer mecanismos a nivel municipal y local que permita alcanzar a toda la población, modificando las actividades tradicionales a acciones innovadoras que permitan el alcance de la vacunación por la población.

3. Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVIS)

Mejorar la coordinación entre las diferentes áreas e implementar de manera eficiente la plataforma de ESAVI en tiempo real y establecer grupos multidisciplinarios en las entidades para el estudio de los casos graves.

4.Red de Frío

- Mantener actualizada la plataforma de red de frío en línea y que la base de datos sirva como estadísticas y parámetros del funcionamiento del GTARF.
- Garantizar la contratación del recurso humano (Ingeniero) a fin de continuar desarrollando las diferentes acciones y aplicaciones para la conservación adecuada de las vacunas.
- Garantizar la implementación del software para vacunas y jeringas wVSSM en las entidades faltantes.
- Apoyar a las Entidades Federativas y a las instituciones con las gestiones pertinentes ante COFEPRIS para agilizar la obtención de licencias sanitarias de sus almacenes de vacunas, a fin de que puedan operar de forma regular.
- Implementar nuevas tecnologías para garantizar la calidad de los biológicos
- Inclusión de fichas técnicas de equipos con fuentes renovables de alimentación a fin de poder contribuir a la disminución de contaminantes y como alternativas para lugares donde la falta de servicios por ejemplo de luz eléctrica no es favorable.
- Asegurar el financiamiento a nivel estatal para los mantenimientos preventivos y correctivos de cámaras de frío, unidades refrigerantes y para el resto de los insumos necesarios para la Red de Frío.

5.Cartilla Electrónica de Vacunación

Implantar el Sistema de Cartilla Electrónica de Vacunación que permita garantizar el seguimiento y la oportunidad del esquema de vacunación de manera nominal, fomentar la corresponsabilidad de la población, disminuir los riesgos asociados a la vacunación, gestionar eficientemente los recursos humanos e insumos del programa, capacitación continua del personal operativo en todos los niveles técnico-administrativos del Sistema Nacional de Salud.

Garantizar que todas las unidades de salud de las entidades federativas e instituciones el SNS implementen la CEV a más tardar el 1ro de julio del 2020.

2) Salud de la Infancia y la Adolescencia

Durante el periodo 2013-2018, se consolidó la conformación y correcta ejecución de los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia, cuyo objetivo es analizar las defunciones por enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) principalmente, a través de un grupo colegiado interinstitucional, que genere políticas, acciones y estrategias sectoriales en salud pública que mejoren el proceso de calidad en la atención. Si bien esta estrategia se planteó en el año 2008, no es sino hasta el año 2015 donde logra consolidarse a nivel nacional, de tal manera que, al 30 de noviembre de 2018, 100% de los Comités se encuentra instalado y en funcionamiento, es decir, las 32 entidades federativas realizan este análisis.

Esta acción se evalúa mediante un indicador denominado "Porcentaje de sesiones de COERMI realizadas" y cuyo resultado se considera excelente cuando las entidades cumplen con el 90% o más de las sesiones programadas. Para el 30 de noviembre de 2018, el resultado es de 90% de sesiones realizadas. Todas estas acciones en su conjunto han contribuido a la reducción de la mortalidad en la infancia.

De 1990 a 2015, se redujo en 63.1% la tasa de mortalidad en menores de cinco años, al pasar de 41 defunciones por cada 1000 nacidos vivos a 15.1 respectivamente, lo que se traduce en 65, 796 defunciones evitadas. Durante el periodo de 2013-2017, la reducción de la mortalidad en niñas y niños menores de cinco años fue del 10.1%, al disminuir de 15.7 a 14.1 por cada mil nacidos

vivos (tasa anual 2017 corregida: 14.1, tasa anual planeada para 2018: 13.8).

Con respecto a la mortalidad infantil en menores de un año, la reducción entre 1990 y 2015 fue de 61.5%, al disminuir de 32.5 a 12.5 defunciones por cada 1000 nacidos vivos, lo que representa 1,119 defunciones evitadas en este grupo etario. De 2013 a 2017 se observa una reducción de 8.46%, al pasar de 13 a 11.9 defunciones en menores de un año, (tasa anual 2017 corregida: 11.9, tasa anual planeada para 2018: 11.5) respectivamente.

Las enfermedades transmisibles como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas se redujeron de manera considerable con un impacto favorable en la mortalidad por estas causas, lo que favoreció el cumplimiento de las metas adquiridas.

La tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda se redujo en 94.9% de 1990 a 2015, se evitaron 15,800 defunciones por esta causa en menores de cinco años. En el periodo 2013-2017 se redujo un 14.8% la tasa de mortalidad, al disminuir de 9.4 a 8 respectivamente (tasa anual 2017 corregida: 8, tasa anual planeada para 2018: 7.9). En lo que respecta a la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas la reducción porcentual de 1990 a 2015 es de 86.7%, es decir, se redujo de 124.5 defunciones por infecciones respiratorias por cada cien mil menores de cinco años a 16.5, lo que representa 12,341 defunciones evitadas. De 2013 a 2017 la reducción porcentual de defunciones en menores de cinco años por infección respiratoria aguda fue del 23.6%, al pasar de una tasa de 20.7 a 15.8 respectivamente (tasa anual 2017 corregida: 15.8, tasa anual planeada para 2018: 15.5).

Con respecto a las enfermedades diarreicas agudas durante el periodo de 2013 a 2017 se realizaron acciones para fortalecer la identificación y clasificación de los casos de diarrea para brindar el plan de tratamiento de hidratación oral adecuado. Cabe mencionar que durante el periodo señalado se observó un decremento en el número de casos de enfermedad diarreica aguda de primera vez en menores de cinco años del 36.6% al disminuir de 570,499 casos en 2013 a 361,392 casos durante 2017 (cifras actualizadas al 28 de septiembre de 2018). Al 31 de agosto de 2018, se registraron 177,793 casos de enfermedad diarreica aguda de primera vez en menores de cinco años

En cuanto a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de cinco años, en el periodo comprendido de 2013 a 2017 también se observó una reducción en el uso de antibióticos al reportar que durante 2013 se otorgaron 3,353,137 consultas por infección respiratoria aguda de primera vez en menores de cinco años (cifras actualizadas al 28 de septiembre de 2018), de las cuales el 52.4% recibió tratamiento sintomático, comparado con el año 2017 donde de las 2,080,595 consultas de primera vez por infección respiratoria aguda en menores de cinco años, el 58% recibió tratamiento sintomático (cifras actualizadas al 28 de septiembre de 2018). Al 31 de agosto de 2018 se registraron 955,160 consultas de primera vez por infección respiratoria aguda).

La SNSA fomenta entre los adolescentes la adopción de estilos de vida saludables que prevengan daños a su salud, se busca la promoción de actividades y espacios de participación mediante actividades físicas, culturales, recreativas y de atención integral por parte de los servicios de salud. En 2013 se llevó a cabo la SNSA con el eje temático: alimentación saludable y actividad física el cual surge debido al aumento de sobrepeso u obesidad en este grupo de edad. Para 2014 se continuó con el eje temático enfocado en la prevención al VIH y el sida, y se contó con la participación de los GAPS para la realización de actividades. En el 2015 se redefinió la organización operativa de las actividades de la SNSA a partir de tres ejes: desarrollo físico, desarrollo recreativo- cultural y atención integral de la salud. Se contó por primera vez con la participación y apoyo de IMSS PROSPERA. Se implementaron actividades para impactar en los microambientes inmediatos de los adolescentes. En el año 2016 se sistematizó la información de adolescentes participantes en todas las actividades. Se homologaron los resultados presentados por todas las instituciones participantes a partir de los tres ejes mencionados. Para el año 2017 se inició con el proceso de recopilación y procesamiento de la información de la cobertura, y a través del GAIA se busca evitar duplicidad de información de las diferentes instituciones participantes.

Finalmente, en 2018 se solicitó a los responsables del Programa que, a través del GAIA estatal, definieran la o las problemáticas principales que se viven en cada entidad federativa con el objetivo de hacer actividades focalizadas que motiven el cambio en el imaginario de las y los adolescentes. Así mismo, se desarrolló una declaratoria en conjunto con el objetivo de brindar un mensaje

unificado por parte de todas las instituciones participantes. Por último, se inició una evaluación cualitativa de experiencias exitosas de la SNSA con el objetivo de identificar el impacto de las acciones directamente en las y los adolescentes, así como en los coordinadores GAPS.

3) Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

El cáncer infantil representa la primera y cuarta causa de mortalidad por enfermedad en menores de 5 años y de 5 a 14 respectivamente. En México, el 75% de los casos son diagnosticados en etapas avanzadas lo que reduce la posibilidad de éxito en el tratamiento y sobrevida.

El impacto que tiene en la vida familiar, social, y económico del país es significativamente elevado tanto por el deterioro que sufre la familia, los años de vida potencialmente perdidos, así como por el financiamiento para su atención.

El Programa de Cáncer en la Infancia y la Adolescencia ha dirigido sus esfuerzos a la promoción de la salud, detección temprana de signos y síntomas de sospecha de cáncer tanto en el ámbito escolar y familiar y por supuesto en las unidades médicas de primer nivel de atención, como estrategias más eficaces y menos costosas (Lalongo 2001); esto implica además darle al niño y adolescente la oportunidad de una mayor sobrevida y reinsertarse a las actividades que le corresponden.

Por ello, es necesario que el Programa dé continuidad a la búsqueda de aquellos casos sospechosos que pudieran tener la única oportunidad de ser detectados de manera temprana y recibir un tratamiento oportuno.

c. Las recomendaciones o propuestas de políticas y estrategias que contribuyan a su seguimiento

1) Programa de Vacunación Universal

Para la continuidad del Programa de Vacunación Universal 2019-2024, se deben tener en mente los siguientes puntos: 1. Suficiencia presupuestal, para garantizar la adquisición de las vacunas requeridas por cada una de las entidades federativas, así como la adecuada ejecución del programa a través de la contratación del personal requerido para ello. 2. Devaluación/inflación. Debido al incremento en la paridad peso/dólar. El tipo de cambio en enero de 2013 era de \$12.30 y para diciembre de 2017 fue de \$19.70. 3. Incremento en los costos de los insumos estratégicos (vacunas, jeringas, equipo de red de frío). 4. Infraestructura insuficiente de unidades de primer nivel de atención; las Unidades de salud un 80% están ubicadas en áreas rurales. Y la población mexicana se encuentra un 80% en área urbana y periurbanas.

Adicionalmente: alcanzar y mantener el 95% de cobertura de vacunación, en todos los municipios del país. Completar la transición hacia la inmunización integral de la familia. Continuar con las políticas de vacunación en toda la población; ampliar los grupos a vacunar contra influenza estacional, universalización de la vacuna contra varicela, continuar con la implementación de la cartilla electrónica de vacunación, fortalecer los sistemas de información, reforzar las estrategias del programa permanente de vacunación y registro de las dosis aplicadas para incrementar las coberturas en todos los municipios del país a través de la Estrategia Emergente para el Incremento de Coberturas.

El Programa de Vacunación Universal debe continuar debido a que con ello se garantiza la protección a la salud de todos los mexicanos; así mismo, ha contribuido a la reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación y la mortalidad en los diferentes grupos de edad de los mexicanos y cumplido los objetivos signados por nuestro país a nivel internacional en favor de la población.

2) Salud de la Infancia y la Adolescencia



Para la continuidad del Programa de atención a la salud de la infancia y la adolescencia, en la agenda 2019-2024, se deben hacer ajustes en los enfoques del Programa. Es decir, se requiere: ampliar, promover y transmitir el tema de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (más allá del derecho a la salud), entre el personal de salud a nivel nacional, estatal, jurisdiccional y local; reestructurar la organización del Programa, incorporando la línea de vida para el seguimiento y monitoreo de las actividades del Programa; que todos los documentos cuenten con perspectiva de género y enfoque de determinantes sociales de salud; incorporar la perspectiva de la crianza cariñosa y sensible a las necesidades de las niñas y los niños, incluyendo: buena salud, nutrición adecuada, seguridad y protección, atención receptiva y oportunidades para el aprendizaje temprano; fortalecer el paradigma que pone énfasis en la salud integral de los adolescentes como sujetos de derechos; mantener las acciones de carácter preventivo dirigidas a las y los adolescentes, basadas en un enfoque ecológico y de determinantes de la salud, que proporcionen a las y los adolescentes los conocimientos y habilidades indispensables para tomar decisiones responsables en cuanto a su salud y seguridad personal en el contexto familiar y comunitario.

3) Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

Para dar continuidad y fortalecimiento al Programa es necesario tomar en consideración la necesidad de seguir posicionando al cáncer infantil como problema de salud pública en este grupo etario, y al Programa, en la agenda de los directivos de alto nivel en el ámbito federal y estatal, contar con suficiencia presupuestaria para asegurar las acciones de promoción y búsqueda de casos sospechosos en las entidades federativas, continuar la coordinación de acciones de las instituciones que conforman el CONACIA, gestionar y coordinar la actualización permanente de los protocolos de atención para los niños y adolescentes con cáncer para otorgar el financiamiento y atención acorde a los requerimientos. Fortalecer el registro de los casos sospechosos, confirmados y referencias para que con datos objetivos se tomen las decisiones correspondientes.

IV. Los Recursos presupuestarios y financieros, humanos y materiales

Recursos presupuestarios y financieros

a) Los recursos financieros, ingresos y egresos autorizados y ejercidos

INCISO A):

En el ejercicio 2013 en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (R00) el Presupuesto Autorizado fue de \$ 1,476,954.7 miles de pesos, de los cuales le corresponden al Capítulo 1000 Servicios Personales un importe de \$ 43,937.6 miles de pesos, al Capítulo 2000 Materiales y Suministros un importe de \$ 1,248,675.0 miles de pesos, al Capítulo 3000 Servicios Generales un importe de \$ 155,527.3 miles de pesos y al Capítulo 4000 Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas un importe de \$28,824.8, de los cuales se ejerció un total de \$ 2,838,249.2 miles de pesos, correspondiendo al Capítulo 1000 Servicios Personales un importe de \$ 42,086.0 miles de pesos, al Capítulo 2000 Materiales y Suministros un importe de \$ 2,702,675.2 miles de pesos, al Capítulo 3000 Servicios Generales un importe de \$ 69,567.0 miles de pesos y al Capítulo 4000 Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas un monto de \$ 23,921.0.

Cabe señalar que en el ejercicio 2013, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud transfirió recursos por \$ 1,715,234.7 miles de pesos para la adquisición de los biológicos contenidos en el CAUSES, mismos que se reflejan en el ejercicio del capítulo 2000.

Y en el ejercicio 2018 en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (R00) el Presupuesto Autorizado fue de \$ 2,071,079.3 miles de pesos, de los cuales le corresponden al Capítulo 1000 Servicios Personales un importe de \$ 47,240.5 miles de pesos, al Capítulo 2000 Materiales y Suministros un importe de \$ 1,832,053.7 miles de pesos, al Capítulo 3000 Servicios Generales un importe de \$ 37,531.1 miles de pesos y al Capítulo 4000 Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas un monto de \$ 154,254.0 miles de pesos, de los cuales se ejerció un total de \$ 934,074.1 miles de pesos, correspondiendo al Capítulo 1000 Servicios Personales le corresponde un importe de \$ 27,118.0 miles de pesos, al Capítulo 2000 Materiales y Suministros un importe de \$ 754,730.1 miles de pesos, al Capítulo 3000 Servicios Generales un importe de \$ 3,619.2 miles de pesos y al Capítulo 4000



Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas un monto de \$ 148,606.7 miles de pesos.

Cabe señalar que en el ejercicio 2018, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud transfirió recursos por \$ 981,148.2 miles de pesos para la adquisición de los biológicos contenidos en el CAUSES, mismos que se verán reflejados en el ejercicio del capítulo 2000.

b) El informe del resultado de las metas de balance de operación, de presupuesto y financieras de las entidades paraestatales de control presupuestario directo

No aplica, ya que este Organismo Desconcentrado no cuenta con esas atribuciones.

c) El informe que dé cuenta del monto, destino y aplicación de los recursos federales transferidos a las entidades federativas; a fideicomisos públicos, mandatos o contratos análogos no considerados entidades paraestatales, así como a fideicomisos constituidos por entidades federativas o particulares y de los donativos o subsidios otorgados por la Dependencia o Entidad

No aplica, ya que este Organismo Desconcentrado no cuenta con esas atribuciones.

Recursos humanos

a) La estructura con las plantillas desglosadas del personal de base y de confianza; considerando los contratos por honorarios y el personal de carácter eventual; indicando los cambios estructurales y operativos realizados durante el periodo que se informa y su impacto presupuestario

En 2017, se autoriza la conversión de las claves presupuestales para 16 plazas de estructura de este Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia acorde a lo dispuesto al Acuerdo mediante el cual se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los cambios son en dos direcciones de área MB2 a M23; cinco subdirecciones cambian de NB2 a N22; siete departamentos de OA1 a O11. Estas adecuaciones no aplican para dos puestos por estar considerados como de transición, una dirección general KC2, y una subdirección NA1. Las modificaciones antes referidas no causaron afectación presupuestal.

En 2018, se aplica la conversión de las claves presupuestales para los puestos que estaban considerados de transición en 2017, los cuales fueron la Subdirección NA1 a N11, así como la Dirección General de KC2 a K32, a la fecha las 16 plazas de estructura cuentan con la conversión de la clave presupuestal autorizada en el Acuerdo mediante el cual se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

La Unidad Administrativa R00.-Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) como un órgano desconcentrado dependiente de la Secretaría de Salud, al cierre del ejercicio fiscal 2012, contaba con una plantilla total de 113 plazas: 51 plazas eran de base, 50 plazas de confianza (16 plazas de mando medio y 34 de nivel operativo) y 12 plazas eventuales.

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia cuenta con 15 plazas sujetas al Servicio Profesional de Carrera asignadas de la siguiente manera:

- 2 Direcciones de Área.
- 6 Subdirecciones de Área.
- 7 Jefaturas de Departamento.

Estas 15 plazas, al 31 de diciembre de 2012 se encontraban ocupadas en su totalidad.

A partir del 1° de septiembre de 2012 la Dirección General es una Plaza de Libre Designación.

En el año de 2013 la plantilla total del CeNSIA era de 116 plazas: 51 plazas eran de base, 53 plazas de confianza (16 plazas de mando medio y 37 de nivel operativo) y 12 plazas eventuales.

Los movimientos de personal de confianza que se realizaron en ese año fueron 3 plazas de nueva creación, con un impacto



presupuestario de \$640,080.00.

Durante el año 2013 se llevaron a cabo los siguientes concursos de las plazas que le aplica el Servicio Profesional de Carrera:

ConcursoPlaza ConcursadaEstatus del ConcursoComentarios

CeNSIA/2013/01Departamento de Atención Integrada de la AdolescenciaCon Ganador----

CeNSIA/2013/01Subdirección Técnica de Salud de la InfanciaCon Ganador----

CeNSIA/2013/02Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la AdolescenciaCon Ganador----

CeNSIA/2013/03Dirección del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la AdolescenciaDesierta----

CeNSIA/2013/04

Dirección del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la AdolescenciaEn proceso al 31 de diciembre de 2013----

CeNSIA/2013/05Subdirección de Coordinación y Operación del Consejo Nacional de Prevención y tratamiento del CáncerEn proceso al 31 de diciembre de 2013----

SSA/CeNSIA/2013/01Coordinación Administrativa del CeNSIACon ganador----

Al cierre del ejercicio fiscal 2014, se tuvo una plantilla total de 116 plazas: 51 plazas eran de base, 53 plazas de confianza (16 plazas de mando medio y 37 de nivel operativo) y 12 plazas eventuales.

Durante el año 2014 se llevaron a cabo los siguientes concursos de las plazas que le aplica el Servicio Profesional de Carrera:

ConcursoPlaza

ConcursadaEstatus del ConcursoComentarios

CeNSIA/2014/01Subdirección de Coordinación y Operación del Consejo Nacional de Prevención y Tratamiento del CáncerCon Ganador ----

CeNSIA/2014/02Subdirección de Componentes Estratégicos de la AdolescenciaCon Ganador----

CeNSIA/2014/02Subdirección Técnica de Salud de la InfanciaCon Ganador----

CeNSIA/2014/03Departamento de Vacunación y Red de FríoEn proceso al 31 de diciembre de 2014Concluye el curso en el 2015 con ganador

En el año 2015, se contó con una plantilla total de 116 plazas: 56 plazas eran de base, 48 plazas de confianza (16 plazas de mando medio y 32 de nivel operativo) y 12 plazas eventuales. Los movimientos de personal que se realizaron en ese año fueron: 5 promoción de puesto con aumento de percepciones y 5 supresiones de plaza de confianza, con un impacto presupuestal de \$96,714.00.

Durante el año 2015 se llevaron a cabo los siguientes concursos de las plazas que le aplica el Servicio Profesional de Carrera:

ConcursoPlaza

ConcursadaEstatus del ConcursoComentarios

CeNSIA/2015/01Subdirección de Coordinación y Operación del Consejo Nacional de Prevención y Tratamiento del CáncerCon Ganador ----

En 2016, se contó con una plantilla total de 111 plazas: 56 plazas eran de base, 48 plazas de confianza (16 plazas de mando medio y 32 de nivel operativo) y 7 plazas eventuales. Los movimientos de personal que se realizaron en ese año fueron: no se realizaron contratos de 5 plazas de carácter eventual.

Durante el año 2016 las plazas que le aplica el Servicio Profesional de Carrera se encontraban ocupadas en su totalidad.

Finalmente, al cierre del ejercicio fiscal 2017, se tuvo con una plantilla total de 111 plazas: 56 plazas eran de base, 48 plazas de



confianza (16 plazas de mando medio y 32 de nivel operativo) y 7 plazas eventuales. Los movimientos de personal que se realizaron fueron 2: 1 transferencia de la plaza de personal de base y 1 plaza de confianza de nivel operativo de nueva creación, con un impacto presupuestal de \$61,083.00.

Durante el año 2017 se llevaron a cabo los siguientes concursos de las plazas que le aplica el Servicio Profesional de Carrera:

ConcursoPlaza

ConcursadaEstatus del ConcursoComentarios

CeNSIA/2017/01Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la AdolescenciaCon ganador

CeNSIA/2017/02Subdirección de Estrategias y Desarrollo de ProgramasDesierto

CeNSIA/2017/03Subdirección de Estrategias y Desarrollo de ProgramasEn procesoSe concluye en marzo del 2018

CeNSIA/2017/04Subdirección Técnica de Salud de la InfanciaEn procesoSe concluye en marzo de 2018

Finalmente, al 31 de julio 2018, se tiene una plantilla total de 111 plazas: 55 plazas de base, 49 plazas de confianza (1 plaza de mando superior, 5 plazas de mando medio y 33 de nivel operativo), además 7 plazas eventuales.

En lo que va del año 2018 se han llevado a cabo los siguientes concursos de las plazas que le aplica el Servicio Profesional de Carrera:

ConcursoPlaza

ConcursadaEstatus del ConcursoComentarios

CeNSIA/2017/03Subdirección de Estrategias y Desarrollo de ProgramasCon ganador Se concluyó en marzo del 2018

CeNSIA/2017/04Subdirección Técnica de Salud de la InfanciaCon ganadorSe concluyó en marzo de 2018

CeNSIA/2018/01Departamento de Vacunación y Red de FríoCon ganador -----

A la fecha las plazas que le aplica el Servicio Profesional de Carrera se encuentran ocupadas en su totalidad.

b) La relación de puestos de libre designación y puestos sujetos a la normatividad que regule el servicio profesional de carrera que corresponda

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia cuenta con 15 plazas sujetas al Servicio Profesional de Carrera asignadas de la siguiente manera:

- 2 Direcciones de Área.
- 6 Subdirecciones de Área.
- 7 Jefaturas de Departamento.

A partir del 1° de septiembre de 2012 la Dirección General es una Plaza de Libre Designación.

c) La referencia a las Condiciones Generales de Trabajo o del contrato colectivo de trabajo o sus equivalentes

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA), es un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, el cual se rige bajo la normatividad de las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud 2010-2013, mismas que fueron publicadas en la Compilación de la Normatividad Laboral de la Secretaría de Salud. En el año 2016 se dio la última actualización y publicación y fueron enviadas al Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje para su registro. Con ello también se da cumplimiento en lo general con los lineamientos en términos de lo dispuesto en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) el Artículo 123 Constitucional en su fracción V del Artículo 124.

Las Condiciones Generales de Trabajo regulan la relación laboral entre las autoridades del CeNSIA y los trabajadores de base que en ella laboran, donde se reconoce que son inamovibles siempre y cuando no contravengan las disposiciones ahí mencionadas, ello con la



finalidad de alcanzar la eficiencia, calidad e incremento en la productividad de los Servicios de Salud, a la vez que salvaguardan y establecen los derechos de los que prestan sus servicios en este Centro Nacional.

En las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, se plasman los derechos y obligaciones de los trabajadores de base de este Centro Nacional, por lo que son de aplicación obligatoria y de cumplimiento irrestricto para los servidores públicos con funciones de dirección, quienes deberán observar las disposiciones y los ordenamientos de carácter laboral y administrativo, ya que tienen por objeto regular el ingreso, permanencia, baja, cese, promoción y estímulos de los trabajadores, así como el establecimiento en lo general de los lineamientos en términos de lo dispuesto en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

La aplicación de la Condiciones Generales corresponde a la Secretaría de Salud, tomando en cuenta la opinión del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, que pertenece a este Órgano Desconcentrado y en su caso la intervención de dicho Sindicato en los supuestos que establecen las presentes Condiciones Generales.

Se reconoce al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud en su estructura de Comité Ejecutivo Nacional, Secciones y Delegaciones Sindicales, como el representante legal, legítimo y único titular de los derechos laborales de los trabajadores, que prestan sus servicios en este Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

Recursos materiales

a) La situación de los bienes muebles e inmuebles

Para el desempeño de sus funciones este Centro Nacional ocupa 2 pisos (1° y 2°) y una parte de la planta baja del inmueble ubicado en Francisco de P. Miranda No. 157, Col. Lomas de Plateros, C.P. 01480, Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México, el cual es administrado por la Dirección General de Epidemiología.

Al 30 de junio de 2018 este Órgano Desconcentrado cuenta con un activo fijo que asciende a un monto de \$398.8 millones de pesos; mismo que se encuentra integrado principalmente por los rubros de equipo de transporte, equipo e instrumental médico, de maquinaria, mobiliario de oficina y equipo de cómputo.

b) Los recursos tecnológicos, debiendo describir la situación de los sistemas de cómputo, de software, de licencias y patentes, de Internet e Intranet, así como la disponibilidad de servicios y trámites electrónicos gubernamentales

Siendo un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud nos regimos por las políticas y normatividad emitida por la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI).

Existe la necesidad de un sistema de información para cada uno de los programas preventivos del Centro Nacional, pero los requerimientos que solicita la DGTI, la falta de personal especializado, infraestructura y software complica el desarrollo de éstos.

Al 31 de agosto de 2018, solo se dispone de las licencias para la actualización del sistema operativo, paquetería de Office, algunas licencias para edición de documentos PDF que están obsoletas y se tiene la necesidad de software estadístico y de diseño, estos programas se han solicitado para cubrir las diferentes necesidades de las áreas, hasta el momento no han sido adquiridas. Asimismo, se ha destacado la importancia de tener acceso ininterrumpidamente al servicio de videoconferencias para las capacitaciones que se realizan al personal de salud de las entidades federativas, sin embargo, desde el 20 de marzo se terminó la licencia con la que se llevaban a cabo estas sesiones, continuamos en espera de que la DGTI pueda reactivar el servicio.

El servicio de red es compartido con la Dirección General de Epidemiología e InDRE, falla constantemente, es muy lento y limitado para los usuarios, nos enfrentamos al bloqueo de páginas y aplicaciones, incluyendo del Sector Salud, las capacitaciones que toma el personal contienen videos y estos tardan en cargarse, cabe señalar que se gestiona ante el proveedor de Internet con el Vo.Bo. de la



DGTI cada desbloqueo. En septiembre se estará programando la implementación del nuevo servicio para voz y datos en el inmueble.

Este Centro Nacional no ofrece trámites y/o servicios a la población, de conformidad con el artículo 47 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

V. Los convenios, procesos y procedimientos

a) La situación de logros relevantes de los instrumentos jurídicos en materia de desempeño y de administración por resultados

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia en conjunto con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, suscribe los Convenios Específicos en Materia de Transferencia de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, mediante los cuales se establecen las líneas de acción para la atención de los programas responsabilidad de este Centro; así como los recursos destinados para su implementación.

Los convenios pueden ser consultados en el siguiente link:

<http://www.spps.gob.mx/spps/convenios-afaspe.php>

b) Los procesos de desincorporación de entidades paraestatales, en sus diferentes modalidades, haciendo mención de los impactos presupuestales y laborales de los mismos, explicando las razones de haber llevado a cabo dichos procesos

No aplica para este Organismo Desconcentrado, toda vez que no se encuentra dentro de sus atribuciones

c) La relación de litigios o procedimientos ante otras autoridades, indicando una descripción de su contenido, el monto al que asciende de ser el caso, las acciones realizadas, el estado que guardan y la prioridad de atención

Actualmente se encuentran en proceso de pasivos laborales dos asuntos de los cuales la Oficina del Abogado General de la Secretaría de Salud es quienes se encuentran atendiendo dicho asunto.

d) La relación de las observaciones de auditorías realizadas por las diversas instancias de fiscalización que se encuentren en proceso de atención

La relación de las observaciones de auditorías realizadas por las diversas instancias de fiscalización en el periodo 2012 a junio de 2018 se resumen a continuación:

Revisión a la Cuenta Pública 2012. En el año 2013, La Auditoría Superior de la Federación (ASF) practicó la auditoría número 12-0-12R00-02-0283, denominada "Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación", de la cual se generaron 13 recomendaciones y 8 Promociones de Responsabilidad Administrativas Sancionatorias; que, según la publicación en la página oficial de la autoridad fiscalizadora, con corte al 30 de septiembre del 2017, se atendieron las 13 recomendaciones en su totalidad, y de los PRAS, se concluyeron 6 y 2 de ellos se encuentran sin resolución.

En el mismo ejercicio 2013, El Órgano Interno de Control (OIC) en la Secretaría de Salud (SS), llevó a cabo la auditoría número 01/13 denominada "Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios", de la cual se generaron 5 observaciones, mismas que se informaron atendidas por la autoridad fiscalizadora.

Revisión a la Cuenta Pública 2013. En 2014, La ASF practicó la auditoría número 13-0-12R00-02-0014-01, denominada "Garantías a favor del Gobierno Federal constituidas por la SSA", de la cual se generaron 2 Recomendaciones y una PRAS a la Secretaría de Salud; las recomendaciones fueron atendidas y con relación al PRAS de la SS, según publicación de la ASF en la página oficial con corte al 30 de septiembre de 2017, aún no se cuenta con resolución definitiva.



Revisión a la Cuenta Pública 2014. En el año 2015, la ASF realizó la auditoría número 154 denominada "Programa de Vacunación Universal" de la cual se generaron 9 recomendaciones, mismas que fueron solventadas en tiempo y forma.

Revisión al Ejercicio 2015. En 2016, el OIC de la SS llevó a cabo la auditoría número 06/16 denominada: "Operaciones Sustantivas", emitiendo 5 observaciones, las cuales fueron reportadas atendidas por la autoridad fiscalizadora.

Revisión a la Cuenta Pública 2016. En el año 2017, La ASF realizó la auditoría número 214-DS denominada "Programa de Vacunación", de la cual se emitieron 25 recomendaciones, que al cierre del primer semestre de 2018 se encuentran atendidas en su totalidad.

Revisión a la Cuenta Pública 2017. En el año 2018, la ASF se encuentra realizando la auditoría número 214-DS denominada "Programa de Vacunación", no habiendo resultados de la misma al 31 de agosto, estimándose que al 30 de noviembre del año en curso ya existirá un pronunciamiento del Órgano de Fiscalización y el seguimiento correspondiente por parte de éste Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud.

Asimismo, en el mismo ejercicio, el OIC en la, realizó la auditoría número 03/18 denominada "Inventarios y Activos Fijos", cuyo resultado fueron 2 observaciones; de las cuales al 31 de agosto se atendió una en su totalidad y la restante parcialmente, estimándose que al 30 de noviembre del año en curso habrá sido atendida en su totalidad.

e) El grado de cumplimiento de las disposiciones en materia de: datos abiertos, ética e integridad pública, padrones de beneficiarios de programas gubernamentales y transparencia y acceso a la información

EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

La Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, es parte del proceso de la Reforma del Estado y tiene como objetivo establecer una relación entre el gobierno y la sociedad basada en la rendición de cuentas.

El Código de Ética del Gobierno Federal, por su parte, señala que es obligación de los servidores públicos garantizar el acceso a la información gubernamental, esto sin más límite que el que imponga el interés público y los derechos de privacidad de particulares establecidos por la misma Ley, así como el uso y aplicación transparente de los recursos públicos, fomentando su manejo responsable y eliminando su indebida discrecionalidad.

Conscientes de ello, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, ha hecho esfuerzos por mantener una cultura de transparencia, rendición de cuentas y protección de datos personales, es por ello que el trabajo día a día de todos los servidores públicos se ve reflejado en las siguientes estadísticas:

Este Centro Nacional durante el ejercicio 2012 recibió 50 solicitudes de acceso a la información pública todas atendidas en tiempo y forma, de las cuales 8 eran no competencia de este Centro Nacional.

Para el ejercicio 2013 se recibieron 127 solicitudes de acceso a la información pública todas atendidas en tiempo y forma, de las cuales 35 eran no competencia de este Centro Nacional.

Para el ejercicio 2014 se recibieron 197 solicitudes de acceso a la información pública todas atendidas en tiempo y forma, de las cuales 55 eran no competencia de este Centro Nacional.



Para el ejercicio 2015 se recibieron 260 solicitudes de acceso a la información pública todas atendidas en tiempo y forma, de las cuales 0 eran no competencia de este Centro Nacional.

Para el ejercicio 2016 se recibieron 332 solicitudes de acceso a la información pública todas atendidas en tiempo y forma, de las cuales 29 eran no competencia de este Centro Nacional.

Para el ejercicio 2017 se recibieron 345 solicitudes de acceso a la información pública todas atendidas en tiempo y forma, de las cuales 164 eran no competencia de este Centro Nacional.

Para el ejercicio 2018 se recibieron 232 solicitudes de acceso a la información pública todas atendidas en tiempo y forma, de las cuales 80 eran no competencia de este Centro Nacional. (al 31 de agosto de 2018)

Para el ejercicio 2018 se recibieron 280 solicitudes de acceso a la información pública todas atendidas en tiempo y forma, de las cuales 90 eran no competencia de este Centro Nacional. (estimadas de septiembre a noviembre de 2018)

Prueba de la atención dada a las solicitudes de acceso a la información pública es el indicador de tiempo de respuesta a solicitudes de información y calidad de las mismas correspondiente a 2017 que publicó el Instituto Nacional de transparencia y Acceso a la Información y Protección de Datos Personales quien dio los siguientes resultados para el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia:

Resultado del indicador: 90.04%

Variación de los tiempos promedio de respuesta: 0.80

Variación de porcentajes de recursos de revisión con respecto a las solicitudes respondidas en cada periodo: 1.000

EN MATERIA DE DATOS ABIERTOS

En atención al Decreto que establece la Regulación en Materia de Datos Abiertos, publicado el 20 de febrero de 2015, así como la Guía de Implementación de la Política de Datos Abiertos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de junio de 2015, se realizaron las gestiones para la inclusión de los temas a través de la herramienta ADELA, designando a Enlace Institucional y Administrador de Datos Abiertos.

En cumplimiento a las disposiciones emitidas, se tiene publicado en el Conjunto de Datos del Centro Nacional, el inventario de los mecanismos de participación ciudadana; mortalidad infantil; morbilidad y mortalidad por cáncer en la infancia y adolescencia; y las dosis aplicadas de cada uno de biológicos del esquema nacional de vacunación. Dicha información se encuentra actualizada y con seguimiento a través de Participación Ciudadana y Transparencia Focalizada.

En materia de padrones de beneficiarios de programas gubernamentales y transparencia y acceso a la información, este Órgano Desconcentrado no cuenta con información ya que no se presta atención directa a la población y esas actividades las realiza cada entidad federativa.

EN MATERIA DE ETICA E INTEGRIDAD PÚBLICA

En el Acta de la Tercera Sesión Ordinaria del COCODI, de fecha 6 de septiembre de 2017, quedó asentado por parte de la Vocal Suplente de la Secretaría de Salud que "la Unidad de Ética, Integridad Pública y Prevención de Conflictos de Interés (UEIPPCI), manifestó que el CeNSIA permanecerá adherido al Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés de la Secretaría de Salud, cuya creación data del 10 de diciembre de 2015.

Con el propósito de reforzar la difusión de los principios y valores éticos que nos rigen en el ejercicio de la función pública, así como prevenir actos de corrupción y/o conflictos de intereses, a través del Oficio N° CENSIA-778-2018, se solicitó a todo el personal de estructura realizar la más amplia difusión entre todo el personal de la Unidad a su cargo de los siguientes instrumentos: Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal; Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública; Código de Conducta de la Secretaría de Salud; Guía para Prevenir la Actuación bajo Conflicto de Interés; Página Web de la Unidad de Ética, Integridad Pública y Prevención de Conflictos de Interés, de la Secretaría de la Función Pública: [https:// www.gob.mx/unidad-de-etica](https://www.gob.mx/unidad-de-etica); Página Web del Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés de la Secretaría de Salud, Ética e Integridad en el Sector Salud: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/etica-e-integridad-en-el-sector-salud-91461>.

Al cierre del mes de agosto 2018, no ha existido algún caso que se haya sometido al Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés por parte personal adscrito al CeNSIA; estimándose que, al 30 de noviembre del año en curso estatus será el mismo.

VI. Las prospectivas y recomendaciones

1) Programa de Vacunación Universal

- A). Lograr cobertura de vacunación universal "efectiva" y equitativa, para lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o superiores al 95% con cada biológico, y del 90% con esquemas completos, para cada uno de los municipios.
- B). Mantener el programa como prioridad política en todas las Entidades federativas; para reducir la brecha de equidad en el acceso y disponibilidad de las vacunas en las comunidades en situación de vulnerabilidad, logrando que las vacunas lleguen con oportunidad
- C). Asegurar los recursos físicos y humanos para implementar estrategias que favorezcan el aumento de coberturas.
- D). Coparticipación de la comunidad. Fortaleciendo la corresponsabilidad de la población para la administración de biológicos a tiempo, y así contribuir al logro de coberturas de vacunación adecuadas para todos los grupos de edad y con oportunidad.
- E). Enfrentar el desabasto de vacunas mundial, debido a decisiones y cambios políticos acelerados; así como la disminución de la rentabilidad mediante contratos plurianuales que garanticen el abasto.
- F). Explorar la producción nacional de biológicos, así como establecer un stock de emergencia.
- G) Disponer de un Sistema Nacional de Registro Nominal de Vacunación, que permita generar reportes en los diferentes niveles de atención, por biológico, edad y área geográfica, que permitan la toma de decisiones; fortalecer la capacitación de los recursos humanos en todos los niveles técnico-administrativos del Sistema Nacional de Salud.
- H) Continuar con el fortalecimiento de la cadena de frío en todos los niveles de atención de todas las Instituciones del Sistema Nacional de Salud. I) Fortalecer la vigilancia epidemiológica de los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVIS) y fortalecer las acciones de vacunación segura.

2) Salud de la Infancia y la Adolescencia

Prospectivas

Para el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, el Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia es uno de los programas que debe continuar fortaleciéndose, particularmente los proyectos de los siguientes componentes:

Infancia

- Vigilancia del desarrollo en la primera infancia, y su vinculación con el Componente de Salud del Programa PROSPERA, para realizar acciones conjuntas de evaluación del desarrollo infantil y de estimulación temprana.
- Vigilancia de la nutrición en la infancia, vinculando las acciones de evaluación del estado nutricional de las niñas y los niños, con las acciones de promoción de la salud; así mismo se requiere ampliar la visión del componente para realizar intervenciones para la

recuperación de las niñas y niños con cualquier tipo de malnutrición (desnutrición, sobrepeso, obesidad, por ejemplo).

- Los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia son grupos colegiados interinstitucionales a nivel estatal, cuyo objetivo es analizar las principales causas de defunción en la infancia.
- El componente de atención integrada al menor de un año debe seguir fomentando la consulta de la niña y el niño sanos menores de un año, como una oportunidad para fortalecer los temas de prevención en materia de salud, para disminuir la mortalidad y morbilidad en este grupo de edad.
- La estrategia de Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas (ASCLC) debe ampliar su enfoque a fin de vincular sus acciones con aquellas de prevención y diagnóstico oportuno de defectos al nacimiento, entendidos como un conjunto de condiciones que alteran la estructura anatómica y/o el funcionamiento de las y los recién nacidos, que incluye los procesos metabólicos del ser humano y pueden estar presentes durante la gestación, al nacimiento o en etapas posteriores del crecimiento y desarrollo.
- En el componente de Prevención de Violencia y Maltrato Infantil, se requiere diseñar la estrategia de capacitación (nacional, estatal, jurisdiccional y local) del "Manual de protección y prevención de violencia y maltrato infantil". Este documento se desarrolló con apoyo de expertos de UNICEF y de otras instituciones enfocadas a la prevención del maltrato a nivel nacional e internacional. Además, de que este documento atiende a la Acción 18 del Plan de Acción de México vinculado con la Alianza Global para Poner Fin a toda Forma de Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes: Fortalecer la identificación de signos y síntomas de sospecha y referencia inmediata para diagnóstico y tratamiento oportuno, integral y efectivo en el sector salud de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia en el ámbito familiar.
- Mantener las acciones de capacitación al personal de salud, relacionadas con la Prevención de accidentes en el hogar en el menor de 10 años.

Adolescencia

- El componente de nutrición en la adolescencia requiere mantener y fortalecer las acciones de identificación y atención de las y los adolescentes con problemas de sobrepeso y obesidad;
- Continuar con la implementación de las intervenciones en la familia y la comunidad en todas las entidades federativas, relacionadas con la prevención de violencia en la adolescencia.
- Fortalecer a los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS), como un componente de intervención directa con las y los adolescentes de 10 a 19 años, mediante el cual se favorece una participación activa en la promoción de estilos de vida saludables que repercutan a lo largo de toda la línea de vida y contribuyan en la disminución de los costos en materia de salud asociados a enfermedades crónicas no transmisibles.
- Mantener el Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA) federal y promover la vinculación de los GAIA estatales para continuar su propósito central, que es generar mecanismos de coordinación intra e interinstitucional para el diseño, ejecución y seguimiento de estrategias integrales dirigidas a las y los adolescentes de 10 a 19 años de edad que impacten en la disminución de los factores de riesgo, así como en la disminución de causas de morbilidad y mortalidad que afectan a este grupo poblacional, tales como; embarazo no planificado, adicciones, violencia auto-infligida, accidentes, problemas alimentarios y emocionales entre otros.
- Continuar la realización de la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia cuya premisa coloca a las y los adolescentes como centro y sujetos de atención; privilegia la coordinación intra e interinstitucional (sector público, privado y sociedad civil organizada, así como la participación de los tres niveles de Gobierno). La SNSA fomenta entre los adolescentes la adopción de estilos de vida saludables que prevengan daños a su salud, se busca la promoción de actividades y espacios de participación mediante actividades físicas, culturales, recreativas y de atención integral por parte de los servicios de salud.

El componente de capacitación constituye una pieza clave dentro del Programa, tanto en Infancia como en Adolescencia, ya que es el medio por el cual se forma y actualiza permanentemente al recurso humano encargado de la operación del Programa en las entidades federativas, las Jurisdicciones Sanitarias y las Unidades de Salud del primer nivel de atención. El esquema de capacitación contempla

diversas modalidades de atención para que el personal de salud acceda a estos procesos a través de diversos medios: capacitación a distancia vía Webex, capacitación presencial impartida de manera directa en cursos y talleres, acompañamiento tutorial durante las supervisiones a las entidades federativas; así como vía telefónica y correo electrónico a los Responsables Estatales de Programa, y por último, capacitación en aspectos específicos que obstaculicen la adecuada operación de algún componente del Programa.

•Por lo anterior, es de vital importancia mantener la coordinación de los Centros Regionales y Estatales de Capacitación se dirigen al personal de salud operativo del Primer Nivel de Atención en contacto con el paciente, a fin de capacitar en temas de Atención Integrada en la Infancia y la Adolescencia en modalidad presencial o a distancia.

La supervisión integral del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia tiene como propósito verificar la operación del programa en las entidades federativas, y seguimiento de las acciones y actividades desarrolladas a nivel estatal, jurisdiccional y unidades de salud de primer nivel de atención de cada uno de los componentes (de infancia y de adolescencia) que conforman el programa. También, permite retroalimentar al personal de las jurisdicciones sanitarias con el propósito de mejorar la calidad de los servicios en beneficio de la población adolescente.

Recomendaciones

De manera general, para garantizar la continuidad del Programa de atención a la salud de la infancia y la adolescencia, en la agenda 2019-2024, se recomienda hacer ajustes en los enfoques del Programa. Es decir, se requiere:

- ampliar, promover y transmitir el tema de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (más allá del derecho a la salud), entre el personal de salud a nivel nacional, estatal, jurisdiccional y local;
- reestructurar la organización del Programa, incorporando la línea de vida para el seguimiento y monitoreo de las actividades del Programa;
- que todos los documentos cuenten con perspectiva de género y enfoque de determinantes sociales de salud;
- incorporar la perspectiva de la crianza cariñosa y sensible a las necesidades de las niñas y los niños, incluyendo: buena salud, nutrición adecuada, seguridad y protección, atención receptiva y oportunidades para el aprendizaje temprano;
- fortalecer el paradigma que pone énfasis en la salud integral de los adolescentes como sujetos de derechos;
- mantener las acciones de carácter preventivo dirigidas a las y los adolescentes, basadas en un enfoque ecológico y de determinantes de la salud, y
- promover acciones que proporcionen a las y los adolescentes los conocimientos y habilidades indispensables para tomar decisiones responsables en cuanto a su salud y seguridad personal en el contexto familiar y comunitario.

3) Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

Prospectivas

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia plantea como prospectivas la detección oportuna y atención, principalmente a través de lo siguiente:

- Búsqueda intencionada de casos sospechosos en escuelas y centros de salud
- Diplomado para la formación de codificadores en cáncer infantil;
- Capacitación de personal de salud para el reconocimiento de signos y síntomas de sospecha de cáncer;
- Programa de Supervisión e Intercambio de Información Interinstitucional en materia de cáncer infantil;
- Boletín Estadístico.

Es importante destacar que uno de los objetivos del programa es fortalecer la rectoría, para ello es necesario seguir contando con el personal de salud actualizado y calificado para la atención médica en las entidades federativas, tanto en primer nivel como en el

segundo y en las Unidades Médicas acreditadas, disminuir los tiempos de atención y acceso, disponer de información de calidad en coordinación con las autoridades de los Servicios Estatales de Salud, así como las demás Instituciones de Salud del Sector Público y Privado, Organizaciones de la Sociedad Civil, entre otros.

Recomendaciones.

Ya que el cáncer infantil es una prioridad en salud pública por su trascendencia tanto en las familias como en la sociedad y en el sistema de salud, es necesario realizar y concretar cada proyecto arriba señalado, de tal manera que el abandono al tratamiento, atención foránea y mortalidad por cáncer se disminuya de forma sustantiva.

Así mismo se debe continuar revisando y priorizando acciones para la mejor toma de decisiones ante el Consejo Nacional de Cáncer Infantil, establecer la coordinación necesaria con autoridades de las entidades federativas, con el objetivo de mejorar la atención dentro de las unidades.

El llevar a cabo un tamizaje de rutina y cada seis meses en las poblaciones asintomáticas, pero en riesgo, fortalecido por una campaña de difusión para otorgar un mayor conocimiento de los signos y síntomas en el tema que nos ocupa, el cáncer en los menores de 18 años, favorecerá la detección de la enfermedad en los estadios menos avanzados y se estará en posibilidad de implementar el tratamiento apropiado; esto les evitará años de sufrimiento tanto a los pacientes como a sus familiares.

El fortalecimiento de la alianza entre el hogar y la escuela es una meta esencial, que puede ser la única oportunidad que tienen los menores con riesgo de contraer cáncer, de detectarlo en etapas tempranas y de ser atendido oportunamente.

Cabe mencionar que cada día existen nuevos procedimientos para la atención del cáncer, por lo que se hace necesario actualizar los protocolos de atención, documentar, integrar y publicar la información que se genere con fines epidemiológicos y para la toma de decisiones.

Por último, mencionar que en esta administración 2012-2018 se establecieron las bases tanto de actuación como de registro, financiamiento, estrategias y acciones para el cáncer infantil. Por lo que el CENSIA continuará proponiendo e impulsando proyectos de políticas públicas, investigación, educativos y de capacitación, nuevas estrategias y acciones que permitan mejorar los indicadores de morbilidad, mortalidad y sobrevivencia de los menores de 18 años con cáncer.

VII. Los archivos

La relación de archivos que específicamente acreditan la información de los diferentes apartados del presente Informe se integran como anexo.

VIII. Los demás asuntos que se consideren pertinentes o relevantes

1) Programa de Vacunación Universal

En referencia al Programa de Vacunación, existen temas que son de importancia por su carácter internacional o su relevancia para el Programa de Vacunación Universal.

A. Contención de poliovirus vacunales y silvestres dentro del compromiso internacional de la Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio.

La Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio ha sido el mayor esfuerzo de salud pública internacional desde su lanzamiento en 1988, y ha involucrado billones de dólares americanos donados por socios, esfuerzos constantes de los gobiernos en todos sus niveles, horas incontables de servicios voluntarios e inmunización de millones de niños con la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV).

El Plan Estratégico 2013-2018: Erradicación de la Polio & Etapa Final (3) estableció el objetivo de un mundo libre de polio en 2018. Para llegar a cumplirlo se requiere:

- a) completar la erradicación para eliminar el riesgo de transmisión de poliovirus salvaje (WPV);
- b) el cese del uso de vacunas OPV para eliminar el riesgo de poliomiелitis parálitica asociada con la vacuna (VAPP), infecciones crónicas por poliovirus derivados de la vacuna en personas inmunodeficientes (iVDPV), y los brotes de poliovirus circulantes derivados de vacunación (cVDPV) (4,5); y,
- c) la aplicación de medidas seguras de manejo y contención de poliovirus para reducir al mínimo el riesgo de una reintroducción del virus desde las instalaciones en la comunidad libre de polio.

El primer paso hacia el cese del uso de la OPV trivalente (tOPV) fue el retiro del componente de poliovirus vacunal tipo 2 (OPV2), el cual causó más del 90% de los casos de cVDPV desde la erradicación del poliovirus salvaje tipo 2 (WPV2) en 1999.

La OPV bivalente (bOPV, tipos 1 y 3) reemplazó a la tOPV en los programas globales de inmunización, cambio que fue facilitado por la introducción de al menos una dosis de vacuna inactivada contra la poliomiелitis (IPV), la cual contiene los tres tipos de virus.

I. Hasta el cese del uso de la OPV, la bOPV será la vacuna de elección para responder a cualquier brote de los poliovirus salvajes tipo 1 (WPV1) y tipo 3 (WPV3), mientras que la OPV2 monovalente (mOPV2) lo será ante los brotes de poliovirus salvaje tipo 2.

II. Después del cese del uso de la OPV, una combinación de mOPV específica por tipo y de IPV serán utilizadas para responder ante cualquier brote de cualquier poliovirus salvaje (WPV) o de poliovirus derivado de la vacuna (VDPV).

El consenso global para cesar el uso de bOPV necesitará certeza internacional en cuanto a que:

- a) la transmisión de los poliovirus salvajes y los derivados de la vacuna ha sido interrumpida
- b) existe disponibilidad de vacunas IPV económicas, seguras y eficaces.
- c) los brotes posibles de ser detectados o emerger nuevamente cVDPV pueden ser controlados.
- d) El riesgo de recirculación de poliovirus salvajes u OPV/Sabin puede ser minimizado.

La tercera edición del Plan de Acción Mundial (GAPIII) alinea la manipulación segura y la contención de materiales infecciosos y potencialmente infecciosos para poliovirus con la Estrategia de Etapa Final (Endgame) de la OMS y reemplaza versiones previas incluyendo la segunda edición del Plan de Acción Global de la OMS para contención en laboratorios del poliovirus salvaje, la cual inclúyelo siguiente:

- Describe los plazos y requisitos que deben ser cumplidos en la preparación para la contención del poliovirus tipo 2, implementados durante todo el período de contención del poliovirus tipo 2, y aplicados en las fases posteriores a la erradicación y a la bOPV.
- Aborda la contención específica por tipo de poliovirus salvaje y de OPV/Sabin, en consonancia con el objetivo de cese secuencial del uso de la OPV después de la erradicación del poliovirus salvaje tipo específico.
- Balancea la necesidad para acceso equitativo a poliovirus (por ejemplo, para producción de vacunas) a lo largo del período de contención y post-erradicación del poliovirus tipo 2 contra el riesgo basado en los resultados de evaluación, modelos de consecuencia, y estrategias de gestión (Anexos 2 y 3 del GAPIII).
- Establece el objetivo a largo plazo de minimizar el riesgo de poliomiелitis asociado a instalaciones en la era post-erradicación y post bOPV mediante acceso continuo a IPV o Sabin-IPV asequibles y seguras y a través de la reducción del número de instalaciones que manipulen y almacenen poliovirus a un mínimo con funciones esenciales y que cumplan todas las salvaguardias (garantías o salvaguardas) requeridas.

La normativa de gestión de riesgo biológico para poliovirus (Anexos 2 y 3 del GAP III) proporciona el marco para la certificación de las instalaciones con base en los principios de un sistema de gestión del riesgo biológico.

I. La norma exige que la institución o instalación comprenda los riesgos asociados a sus actividades y gestionen tales riesgos de manera aceptable para los organismos nacionales e internacionales encargados de la supervisión del trabajo con poliovirus.

II. Las autoridades nacionales son responsables para revisar la aplicación de estas normas y principios de gestión de riesgos a las circunstancias locales.

III. Aunque los Anexos 2 y 3 del GAP III son escritos específicamente para cepas existentes de poliovirus salvajes y OPV/Sabin, posiblemente emerjan nuevas cepas que se espera sean más atenuadas, menos patógenas y más seguras que las cepas de la OPV/Sabin. La evidencia será revisada por un panel de expertos científicos convocados por la OMS para considerar los controles requeridos para su contención y manipulación segura.

La mayoría de los países no tendrá necesidad de conservar poliovirus vivos en la era posterior a la erradicación y al cese definitivo de la OPV. Los riesgos asociados a instalaciones en estos países pueden ser eliminados mediante una búsqueda exhaustiva a nivel nacional y posterior destrucción de todos los materiales infecciosos y potencialmente infecciosos de poliovirus salvajes y OPV/Sabin.

Algunos países albergarán un número limitado de instalaciones con poliovirus para cumplir funciones internacionales esenciales como la producción de IPV y Sabin-IPV, la producción y el almacenamiento de las existencias de mOPV, el aseguramiento de la calidad de las vacunas, la producción de reactivos de diagnóstico, las funciones de referencia y diagnóstico viral, e investigación crucial.

Cada una de estas instalaciones esenciales en poliovirus deberá gestionar el riesgo biológico apropiadamente para minimizar el riesgo de liberación del virus a la comunidad, con procesos de certificación nacional efectivos y programas de verificación de la OMS.

El riesgo de reintroducción del poliovirus puede ser minimizado mediante:

- a. ubicación de las instalaciones esenciales en áreas con niveles elevados de inmunidad poblacional;
- b. programas efectivos de la parálisis flácida aguda y de vigilancia ambiental de poliovirus; y,
- c. salud pública eficiente y con capacidad de respuesta.

Las consecuencias pueden ser minimizadas aún más por trabajar solamente con cepas Sabin/OPV u otras más atenuadas, las cuales tienen tasas básicas de reproducción (R_0) más bajas que los poliovirus salvajes.

Para llevar a cabo estas acciones desde el año 2016 se inició el proceso para la contención de los poliovirus tipo 2, estas acciones son coordinadas por el CENSIA en colaboración con COFEPRIS, DGE E INDRE, las acciones se deberán llevar a cabo hasta su conclusión garantizando que el país no cuenta con muestras humanas, animales o de humanos que sean infecciosas o potencialmente infecciosas en ningún laboratorio o unidad en el país, tanto los avances así como los informes se encuentran en la Subdirección de Operación del CONAVA y en el Comité Nacional de Erradicación de Poliomieltitis, quien es el responsable del seguimiento de las acciones y el vínculo con el Comité Internacional de Erradicación de Poliomieltitis a nivel Regional.

B. Cartilla electrónica de Vacunación

Dentro de la Estrategia Digital Nacional en el marco para un Gobierno cercano y Moderno que permite implementar las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para aumentar la eficiencia de los procesos de gestión, provisión de servicios públicos, transparencia y rendición de cuentas y con la finalidad de aumentar la cobertura, el acceso efectivo y la calidad de los servicios de vacunación



aunado a pretender contar Un Sistema Integral de Información de Vacunación el cual es la columna vertebral del programa de vacunación que fomenta el correcto y puntual seguimiento de la aplicación del esquema de vacunación en las personas de todas las edades, optimiza los procesos operativos y de gestión relacionados con la vacunación, ayuda en la toma de decisiones clínicas, promueve la profesionalización del personal de vacunación y fomenta la seguridad de las acciones de vacunación, para el logro de este SIIVac se crea la Cartilla Electrónica de Vacunación, la cual es la base tecnológica del Sistema Integral de Información de Vacunación (SIIVac), la cual está integrada por distintas herramientas:

Una aplicación móvil desarrollada en Android que se carga en tabletas para que los vacunadores puedan realizar la captura y seguimiento de la información de las personas, así como recibir el apoyo de un sistema experto al momento de aplicar vacunas.

Una etiqueta NFC adherida a la Cartilla Nacional de Salud, que la convierte en un repositorio electrónico de información de vacunación, brinda portabilidad y acceso a la información.

Aplicación de acompañamiento para padres y médicos privados que permite el seguimiento del esquema de vacunación desde casa, brindando alertas de vacunas e información valiosa en temas relacionados con las vacunas.

Hasta el mes de agosto del 2018, se tienen incorporados a 3,599 unidades de salud de la Secretaría de Salud de 17 entidades federativas (Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Colima, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Nayarit, Nuevo Leon, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala y Zacatecas) con la incorporación de 1,215,750 menores de 5 años registrados.

Estas acciones se deberán continuar con la finalidad que, a partir del 1º de Julio del año 2020, el Sistema Nacional de Salud cuente con todas las unidades de salud que cuentan con unidades vacunadoras incorporadas y sea el único sistema de información oficial para el Programa de Vacunación Universal en el País.

C. Iniciativa Mesoamericana de Salud

La Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 es una innovadora asociación público privada que busca mejorar la salud de mujeres y niños menores de cinco años de las poblaciones que viven en situación de extrema pobreza de la región Mesoamericana, a través del financiamiento de intervenciones basadas en evidencia correspondientes a las áreas de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, incluyendo servicios de vacunación, nutrición, fortalecimiento de sistemas de información y capacitación de recursos humanos para la prestación de dichas intervenciones.

La Iniciativa SM2015 tiene tres objetivos: (i) aumentar la oferta, calidad y utilización de los servicios básicos de salud para la población objetivo; (ii) crear un compromiso político y financiero para cerrar la brecha de equidad en la población objetivo; y (iii) aumentar la disponibilidad y uso de evidencias para la formulación de políticas a favor de los pobres.

Además de apoyar los esfuerzos de los gobiernos de Mesoamérica para cumplir las Metas de Desarrollo del Milenio a través de inversiones en proyectos cuya efectividad ha sido comprobada y destinados al 20 por ciento más pobre de la población. SM2015 transfiere recursos a los organismos ejecutores, en su mayoría a las Secretarías de Salud, a través de un modelo de financiamiento basado en resultados (FBR). Al término de cada operación de 18 a 24 meses de duración y, de cumplirse los objetivos de salud, incluidos cambios en las políticas, cobertura y calidad de los servicios de salud, SM2015 reembolsa el 50 por ciento del monto aportado por los gobiernos para ser utilizado en el sector de la salud.

El Objetivo del programa y de la segunda Operación Individual del Proyecto SM2015 en el Estado de Chiapas: es contribuir a la



reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil en los municipios más pobres del país, de las siguientes jurisdicciones: San Cristóbal de las Casas, Palenque, Pichucalco y Ocosingo. El objetivo específico de la segunda operación individual es consolidar la mejora del acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud y nutrición materno e infantil en la población meta.

SM2015 en Chiapas

Al final de la primera operación, Chiapas obtuvo una puntuación de 0.25 en el Marco de Desempeño, lo cual no fue suficiente para recibir el desembolso del tramo de desempeño de los 18 meses. Por ello, el Comité de Donantes de SM2015 solicitó la implementación de un Plan de mejora del desempeño y una medición de seguimiento para aquellas metas que no fueron alcanzadas.

En la primera operación, SM2015 buscaba fortalecer la oferta, mejorar la calidad e incrementar el uso de los servicios de salud materna y del niño, reforzar los servicios de vacunación, fortalecer y modernizar los sistemas de información del Estado e incrementar y fortalecer los servicios preventivos de nutrición. La operación incluyó USD 2,585,906 de fondos de donación y USD 3,878,857 de fondos del gobierno. Estos fondos fueron utilizados para implementar intervenciones que directamente beneficiaron a los 30 municipios más pobres del estado focalizados por SM2015, que cuentan con 142,773 niños menores de 5 años y 270,242 mujeres en edad reproductiva, e indirectamente a 4,796,580 personas que viven en el Estado de Chiapas. La operación tuvo una duración de 24 meses, iniciando en septiembre de 2012 y finalizando en septiembre de 2014.

Seis de los ocho indicadores de desempeño acordados entre el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) y el Banco Interamericano de Desarrollo no fueron alcanzados. Sin embargo, los niveles generales de disponibilidad de equipamiento, medicinas e insumos mejoraron de manera considerable comparados con los niveles observados en la línea de base. Se seleccionaron 33 tipos de equipos y 40 medicamentos e insumos para la evaluación de desempeño. En la línea de base, 12 de los 33 equipos y 3 de los 40 medicamentos e insumos estaban disponibles en al menos el 80 por ciento de todas las unidades de salud que atienden al 20 por ciento más pobre. En la encuesta de seguimiento de los 18 meses, el número incrementó de 26 a 33 equipos y 38 de los 40 medicamentos estaban disponibles en al menos el 80 por ciento de las unidades de salud.

En el presente año se realizará la segunda evaluación para lo cual se deberá dar seguimiento a las acciones para lograr disminuir las brechas en el Estado de Chiapas y mantener los logros que han permitido reducir las brechas en salud en el Estado.

D.Estrategia Emergente para el Incremento de Coberturas

En el año 2018 se implementó la Estrategia Emergente para el incremento de Coberturas a nivel municipal, las coberturas de vacunación en nuestra población infantil son de las más altas, sin embargo, debido a los problemas mundiales de producción y a la falta de oportunidad estas han disminuido en los últimos años y en los grupos de adolescentes, embarazadas y adultos pueden verse afectadas.

Por lo anterior los médicos deben estar al día en el conocimiento sobre las vacunas, así como incorporar a la práctica diaria las habilidades necesarias para incrementar las coberturas de vacunación de la población.

Entre los aspectos más importantes se encuentra la forma de comunicar los beneficios, así como los riesgos de las vacunas que se administran:

1. Para ellos deben conocerse bien las vacunas administradas y cuáles son los factores individuales que influyen en su aceptación o rechazo. La consulta es el ámbito idóneo para esta labor.

Es vital la adopción de patrones y protocolos para la inmunización de los adolescentes y adultos con la idea de que la vacunación no acaba en la infancia, y que más allá de ella se deberían conseguir coberturas parecidas, especialmente en aquellos grupos con indicación específica. Asimismo, al igual que en los niños, deben superarse aquellas desigualdades sociales o raciales que puedan existir.

Hace años que viene utilizándose la captación activa de pacientes en determinadas patologías o factores de riesgo, pero se ha utilizado muy poco en algunos aspectos como la vacunación de la población adulta.

Estudios realizados demuestran que aquellos pacientes con indicaciones de vacunación que acuden a la consulta tienen mejores coberturas, y que ésta aumenta cuanto más frecuente es el contacto con el médico de cabecera.

Las estrategias deben centrarse en el paciente, y los médicos han de adquirir el hábito de pensar en ello, de ofrecer la vacunación y poseer las habilidades para convencer al paciente de las bondades sin obviar aquellos efectos adversos importantes. La historia clínica se ha revelado como un arma potente de captación que debe ser utilizada con más hincapié como se realiza en otras patologías, especialmente crónicas.

Actualmente los calendarios de vacunación incrementan día tras día su complejidad, por lo que se torna casi ineludible la implantación de sistemas de actualización.

Recordatorios a los profesionales en las unidades de salud informatizados mediante alertas automáticas, para la referencia de los pacientes a las áreas de vacunación, que las vacunas son seguras y gratuitas.

Fortalecimiento de las acciones de campo mediante visitas domiciliarias.

Información a los profesionales sobre las coberturas logradas. Cada trimestre se deberá realizar al menos un corte para valorar las campañas y estudiar posibilidades de mejora.

Mejorar la formación del personal sanitario respecto a la importancia de la vacunación

Mejorar la accesibilidad de los pacientes a la vacuna: mediante horarios accesibles que permitan libre acceso para la población demandante. Con ello se consigue aprovechar la oportunidad de la demanda, disminuir o no crear lista de espera, no saturar las áreas de vacunación y disminuye el trabajo administrativo.

Aprovechar la ocasión de un contacto con el sistema por otro motivo para indicar y administrar las vacunas.

Colaborar con los programas comunitarios, locales o municipales para suministrar información sobre la vacunación y su importancia.

Aprovechar la oportunidad de los diferentes programas de salud para incrementar la captación (seguimiento de diabéticos, hipertensos, ancianos de riesgo, niño, gestante...)

Las nuevas tecnologías abren nuevas fuentes de información tanto para profesionales como para el público: conocer fuentes fiables sobre el tema para nuestros pacientes.

Las estrategias de Vacunación que se implementan, responden a una estrecha coordinación entre el personal de salud, la población y otros sectores que participen en esta actividad.

Los criterios que se deben tener en cuenta para la selección de estrategias son: la situación epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles, los recursos disponibles, la concentración y nivel de participación de la población, accesibilidad geográfica y los niveles de cobertura anteriores.

La consecución de estas acciones permitirá mantener coberturas adecuadas de vacunación en cada municipio del país y garantice la ausencia de padecimientos que anteriormente afectaban a nuestra población.

2) Salud de la Infancia y la Adolescencia

Además de lo citado en el Apartado VI, es importante tomar en cuenta la referencia a los informes de gobierno y de labores, de cuenta pública y diversos informes institucionales de la administración 2012-2018 para los cuales el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia aportó información.

Se considera relevante dar seguimiento a las redes sociales del CeNSIA (Twitter y Facebook). Desde el año 2015 se fortalecieron las acciones de prevención y promoción de la salud, mediante la emisión de mensajes relacionados con todos los componentes del



Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

También resulta indispensable mantener el liderazgo y participación del CeNSIA en:

- Los grupos de trabajo convocados por los Centros Nacionales de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
- Las comisiones del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA): Comisión para la Primera Infancia; la Comisión para Poner Fin a toda Forma de Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes (COMPREVNNA); Comisión para la Igualdad Sustantiva; Comisión Intersecretarial para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección de Adolescentes Trabajadores en Edad Permitida en México (CITI).
- Así como los grupos de trabajo convocados por este Centro Nacional, como el GAIA, y el Grupo de Trabajo para la construcción del Manual de Prevención de Violencia y Maltrato Infantil.
- Las reuniones nacionales de salud para la infancia y la adolescencia, donde se convoca anualmente a los responsables estatales de los componentes del programa.

3) Cáncer en la Infancia y la Adolescencia

El Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento de Cáncer de la Infancia y Adolescencia (CONACIA) y los Consejos Estatales de Prevención y Tratamiento de Cáncer de la Infancia y Adolescencia (COECIA) son órganos consultivos e instancia permanente de coordinación y concertación entre las instituciones que las conforman; de estos Consejos emanan los acuerdos que deberán traducirse en acciones de investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento integral.

De este Consejo destacan dos estrategias:

1) Búsqueda intencionada de casos con sospecha de cáncer, que se realiza en unidades de primer nivel de atención a menores de 18 años a través de la aplicación de la cédula de identificación de signos y síntomas (instrumento validado por la OMS).

Durante el periodo 2016-2018 se han aplicado 5, 583,792 cédulas a igual número de niñas, niños y adolescentes que acuden a primer nivel de atención, independientemente del motivo de consulta.

Para 2018, las acciones contempladas en esta estrategia, se realizan en escuelas de educación básica de la capital de algunas entidades federativas.

2) Medición de tiempo que transcurre desde la identificación como caso sospechoso hasta la confirmación del diagnóstico e inicio del tratamiento en la Unidad Médica Acreditada. Esto permite identificar las áreas de oportunidad referentes al retraso en la identificación, diagnóstico y tratamiento del cáncer infantil y desarrollar acciones de mejora específicas.

A nivel federal y estatal se realizan acciones coordinadas con la Secretaría de Educación, para fortalecer la búsqueda intencionada en las escuelas y facilitar al personal de salud: el acceso a las escuelas, la aplicación de la cédula, sensibilizar a maestros, padres o tutores en la identificación de signos y síntomas de sospecha.

Al 2018, en el país existen 52 Unidades Médicas Acreditadas, que cuentan con la infraestructura y recursos necesarios para la atención del cáncer infantil. Estas Unidades reciben financiamiento a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que cubre el tratamiento de tumores sólidos y leucemias en los menores de 18 años.

Con la finalidad de realizar toma de decisiones basados en evidencia, se analizó la información contenida en el Registro de Niñas, Niños y Adolescentes con Cáncer (RCNA) y que sirvió de base para la publicación de 3 boletines:

- Boletín de Información de Cáncer en Niñas(os) y Adolescentes con cáncer 2008 a 2012.
- Comportamiento Epidemiológico del Cáncer en menores de 18 años. México 2008-2014.



-Epidemiología del Cáncer en menores de 18 años. México 2015.

El reto del Programa es continuar con el diseño, coordinación y gestión de estrategias efectivas de atención primaria y secundaria a la salud, y que se traduzcan en una reducción de la mortalidad y aumento en la sobrevivencia de los menores de 18 años con diagnóstico de cáncer infantil.

A T E N T A M E N T E

f8 d3 84 61 8f 5d 48 d8 e8 5c 38 3d 2f 8c fc 94

JUAN LUIS GERARDO DURAN ARENAS

DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

FOLIO 13624

FECHA DE LA FIRMA 29/10/2018

CADENA ORIGINAL 0a f3 6b 2e b7 8b 56 eb 4c d8 57 0b ae d6 29 fa