
MEMORIA DOCUMENTAL
DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO
SALUD PARA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
2013 – 2018

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA
INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Memoria documental “Salud en la Infancia y la Adolescencia”

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Francisco de P. Miranda #177, 1er Piso

Col. Lomas de Plateros, Alcaldía Álvaro Obregón

C. P. 01480, Ciudad de México

Actualización: Octubre 2018

En la integración de información, redacción, revisión y edición de este documento participaron los siguientes servidores públicos: Juan Luis Gerardo Durán Arenas, Verónica Carrión Falcón, Dámaris Sosa De Antuñano, Yesica C. albor Sánchez, Carlos Chicalote Castillo.

Infancia: Yoshinori Javier Estévez Gómez, Iasmín Castañeda Pérez. **Adolescencia:** Blanca Yolanda Casas de la Torre, María Eugenia Mendieta Fraile, Gabriela Dolores López Flores.

Además, se enlistan los nombres de los servidores públicos que participan o participaron en la instrumentación y operación del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, en el periodo comprendido entre 2013 y 2018.

- **Infancia:** Aideé Lizbeth Aguilar Villasana, Lucía Álvarez Hernández, Alexy Dayana Avelar Pérez, Ariana Bernal Zamora, Karla Beruete Flores, Leyla Soraya Camarillo Blancarte, Juanita Cerda Flores, Diana Coronel Martínez, Solange Heller Rouassant, Berenice Higareda Rojas, María Cristina Maya Vázquez, José de Jesús Méndez de Lira, Amanda Mendoza Martínez, Marle Merlin Méndez, Maribel Abigail Orozco López, José Enrique Pérez Olguín, Ana Lilia Reynoso Aguilar, Velia Rosas Benítez, María Magdalena Solares Lamas, Vanessa Soto Reyna, María Teresa Tanguma Alvarado, Laura Margarita Tapia Muñoz, Andrea Torres Morales, Susana Torres Perera, Ana Laura Tovar Rodríguez y Mayra Elizabeth Yaguat Castro.
- **Adolescencia:** Eunice Botello Marín, Luis Enrique Castro Ceronio, Marlene Delgado Fragoso, Erik García Estrada, Luz del Carmen Hernández Hernández, José Adolfo Hernández García, Karla Yareni Lima Chávez, Marco Antonio Luján Arriaga, Rosario Marrón Guzmán, Gloria Alicia Medina Olvera, Angélica Rodríguez Paz, Argelia Ramírez Segura, Mayra Mahogany Torres Chaires, María del Rayo Selene Segovia Nova, Patricia Cecilia Vallejo Díaz y Mayra Elizabeth Yaguat Castro.

También se reconoce el esfuerzo de los responsables estatales del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, de los responsables jurisdiccionales, al personal operativo en las unidades de salud del país, así como aquellos servidores públicos del resto de instituciones del sector que han contribuido con sus conocimientos y experiencia al enriquecimiento del Programa.

Índice

Presentación.....	4
Fundamento Legal y Objetivos.....	7
Antecedentes.....	8
Marco normativo	10
Acciones realizadas.....	16
Salud en la Infancia.....	16
Salud en la Adolescencia.....	38
Aplicación de recursos humanos, financieros y presupuestarios.....	62
Problemática o situación crítica, que pudo afectar	67
Cumplimiento de objetivos y metas, en su caso, señalar variaciones negativas	68
Efectos producidos.....	73
Relación de anexos.....	74
Anexo. 1 Abreviaturas y acrónimos.....	74
Anexo. 2 Glosario.....	75
Anexo 3. Índice de Ilustraciones	80

Presentación

La atención a la salud de las niñas, niños y adolescentes es un derecho y representa un importante desafío en todo el mundo. En el núcleo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) prevé un mundo en el cual cada mujer, niño y adolescente realice sus derechos a la salud y el bienestar físico y mental, tenga oportunidades sociales y económicas, y pueda participar plenamente en la configuración de sociedades prósperas y sostenibles.

En México, se enfocan sus esfuerzos para atender a los grupos de población más vulnerables, mediante el fortalecimiento de acciones preventivas para la atención integral de la salud. Derivado de ello, la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) opera el Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia para realizar acciones en favor de las niñas, niños y adolescentes hasta los 19 años.

De manera específica, el objetivo principal del Programa de Atención a la Salud de la Infancia es disminuir la morbilidad y mortalidad en niñas y niños menores de 10 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad. Mientras que el objetivo del Programa de Atención a la Salud en la Adolescencia es mejorar las condiciones de salud de la población adolescente de 10 a 19 años a través de la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida activa y saludable, así como otorgar atención integral en todas las unidades del sector salud del país.

Salud en la infancia

El Programa de Atención a la Salud de la Infancia incluye un enfoque global de la salud infantil en México, centrando sus acciones en favor del bienestar general de las niñas y los niños, con la finalidad de reducir la mortalidad y morbilidad en las niñas y niños menores de diez años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo.

El Programa de Atención a la Salud de la Infancia basa sus acciones en una estrategia denominada *atención integrada en la infancia* y conformada por todas las acciones que proporciona el personal de salud a las niñas y niños menores de diez años en cada asistencia a la unidad de salud, independientemente del motivo de consulta.

La *atención integrada en la infancia* abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación que incluyen además de la atención al motivo de consulta, la vigilancia del estado nutricional, verificación y actualización del esquema de vacunación, vigilancia del desarrollo infantil en la primera infancia, prevención y diagnóstico de defectos al nacimiento, detección oportuna de cáncer, prevención de accidentes y violencia, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades diarreicas e Infecciones respiratorias, con orientación a los cuidadores del menor de diez años.

Actualmente, el Programa de Atención a la Salud de la Infancia se encuentra conformado por 8 componentes temáticos y 2 componentes de seguimiento y monitoreo al programa:

1. Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COERMI)

2. Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en niñas y niños menores de 5 años;
3. Vigilancia de la nutrición en la infancia;
4. Vigilancia del desarrollo en la primera infancia;
5. Atención integrada en el menor de 1 año;
6. Alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas;
7. Prevención de violencia y maltrato infantil en el ámbito familiar;
8. Prevención de accidentes en el hogar en el menor de 10 años;
9. Supervisión integral, y
10. Capacitación y coordinación de los Centros Regionales y Estatales de Capacitación.

Salud en la adolescencia

El trabajo del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA), se organiza 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. Asimismo, las acciones de intervención en cada uno de los componentes del Programa son de carácter preventivo, basadas en un enfoque ecológico y de determinantes de la salud y privilegian la coordinación intra e interinstitucional como principal mecanismo de trabajo, con el propósito de generar sinergias que atiendan de manera integrada e integral a este grupo etario.

Proporcionar 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, constituye uno de los principales retos a trabajar con este segmento de población. Esto brinda la posibilidad de que adopten estilos de vida saludables que prevengan daños a su salud, no sólo relacionadas a su persona sino como una influencia en el medio en el que se desarrollan, lo cual impactará en la disminución de los problemas de salud y las tasas de morbilidad y mortalidad asociados a factores y conductas de riesgo.

- a) Determinantes de la Salud - Las intervenciones para preservar la salud deben incluir medidas de transformación de los estilos de vida, de la mejora en las condiciones del entorno y no solo en la atención que brinde el sistema de salud al que tiene acceso.
- b) Inclusión - Participación de las y los adolescentes en el programa de intervención sin importar su condición social, económica, étnica, cultural y académica. Se reconoce la capacidad que tienen para aportar, para generar cambios y para formar estilos de vida saludables y conseguir los cambios que le demanda su plan de vida.

- c) Equidad – Trato igualitario para mujeres y hombres independientemente de sus diferencias biológicas. Tanto unos como otros ejercen los mismos derechos y reciben los mismos beneficios del programa de intervención.
- d) Derechos Humanos – Los derechos de las y los adolescentes debe ser la referencia principal para interactuar y valorar lo que se hace durante todo el programa de intervención. Para todos debe ser claro que el clima de interacción se regula por un código externo que impide que cada uno actúe de forma individualista, sin atender al interés colectivo.

Los siete componentes del PASA son (Figura 1):

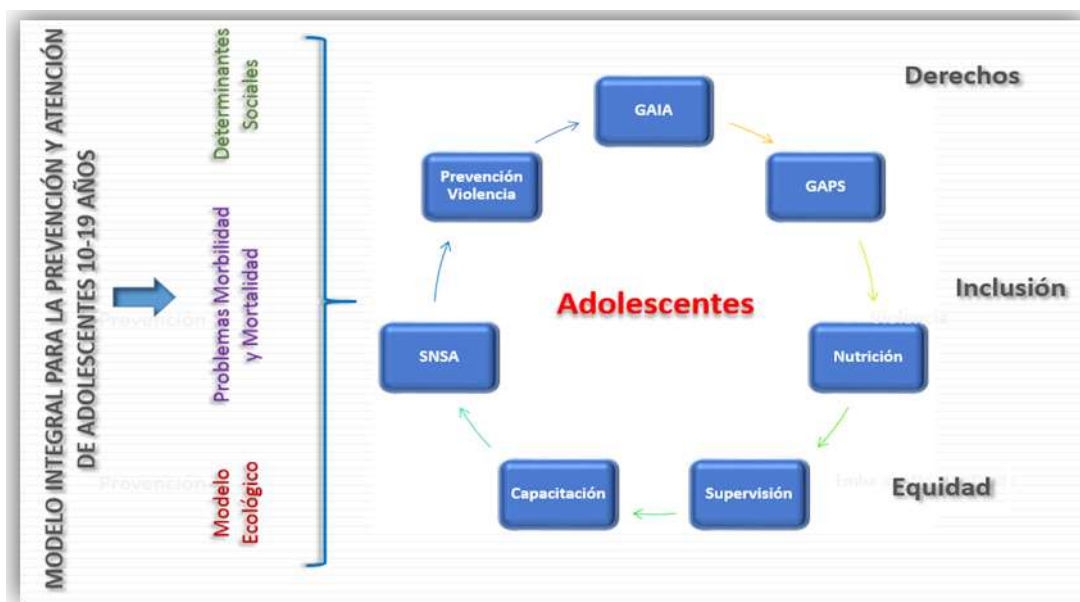
Intervención Directa:

1. Nutrición en la Adolescencia (NA).
2. Prevención de Violencia en la Adolescencia (PVA).
3. Grupo de Adolescentes Promotores de la salud (GAPS).
4. Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (SNSA).

Intervención Indirecta:

5. Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA).
6. Supervisión Integral (SI).
7. Capacitación Integral (CI).

Figura 1. Esquema operativo del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA)



Fundamento Legal y Objetivos

La elaboración de la presente Memoria Documental “Salud en la Infancia y la Adolescencia” se fundamenta en el

- 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, y
- En el artículo 39, del 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,

publicados en el Diario Oficial de la Federación el 6 y 24 de julio de 2017, respectivamente, con el propósito de que se realicen de manera ordenada, confiable, oportuna y homogénea; garantizando la continuidad en el servicio público y en los asuntos, programas, proyectos y políticas públicas.

Para el desarrollo de este documento, también se consideró el Manual Ejecutivo para la Entrega-Recepción y Rendición de Cuentas 2012-2018, publicado por la Secretaría de la Función Pública en noviembre de 2017.

Antecedentes

Salud en la infancia y la adolescencia

En **1991** se publicó el decreto presidencial por el que se crea el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) como instancia de coordinación y consulta que tendría como objeto primordial, promover, apoyar y coordinar las acciones de las instituciones de salud de los sectores público, social y privado, tendientes a controlar y eliminar las enfermedades transmisibles, a través del establecimiento del Programa de Vacunación Universal, dirigido a la protección de la salud de la niñez.

A partir de **1997** se ampliaron las funciones de responsabilidad del CONAVA al asumir las de coordinación y dirección del Programa de Atención a la Salud de Niño con los componentes de: vacunación, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y nutrición, en el grupo de niñas y niños menores de cinco años, bajo el modelo de la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia^{1/}.

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

El 3 de julio del **2001** en el D.O.F. se publicó la reforma del CONAVA, agregando la responsabilidad de la atención integral de la población adolescente y cambia su denominación a Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CeNSIA) y el CONAVA queda asignado exclusivamente como órgano colegiado de coordinación en materia de vacunación.

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

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

El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado el 19 de enero de **2004**, estableció al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia como un órgano desconcentrado, con autonomía operativa, técnica y administrativa, encargado de establecer, difundir y evaluar las

^{1/} Implementada por la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, y la Organización Panamericana de la Salud, se fortificaron las herramientas para mejorar la salud de la niñez, centrandose su atención en reducir las oportunidades perdidas de detección adecuada y oportuna, tratamiento a enfermedades que pueden pasar inadvertidas para madres y padres y/o tutores, además de incorporar contenidos preventivos y de promoción, lo que contribuye a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado en la atención en salud.

políticas nacionales, estrategias, lineamientos y procedimientos en materia de atención a la salud de la infancia y la adolescencia, de la vacunación para toda la población residente del país y del Programa Vete Sano, Regresa Sano (VSRS).

En el año **2005**, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, con el propósito de mejorar la administración de los programas de acción de sus unidades administrativas adscritas, transfiere el Programa de Vete Sano, Regresa Sano, que se encontraba a cargo del CeNSIA a la Dirección General de Promoción de la Salud, de esta manera para la primera unidad administrativa se hace más específica la función de atención a la salud a la población infantil y adolescente.

En este mismo año, en el CENSIA se estableció la Dirección del Programa de Atención a la Salud de la Infancia con los siguientes componentes: Atención del motivo de la consulta; Vigilancia de la nutrición; Vigilancia de la vacunación; Desarrollo infantil temprano; Prevención y diagnóstico de defectos al nacimiento; Detección oportuna de cáncer; Prevención de accidentes y maltrato infantil; Capacitación a la madre y cuidadores; Atención a la salud de la madre, y Supervisión.

A partir del **2006** se retomaron y fortalecieron las estrategias dirigidas a la población adolescente de 10 a 19 años, integrándose al nuevo Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA). Entre 2006 y 2012, el PASA se integró al Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil como una línea de acción.

Para el sexenio **2006 – 2012**, el Programa se sustentó en la conjugación de cuatro enfoques: I) factores protectores de riesgo, II) los derechos de los adolescentes, III) equidad de género, y IV) la promoción de la salud. Así mismo, se contó para la operación del PASA con 32 Responsables Estatales de Atención a la Salud de la Adolescencia, quienes coordinaron junto con las Jurisdicciones Sanitarias la ejecución y seguimiento de los cinco componentes prioritarios descritos a continuación: GAPS, SNSA, GAIA, PYNOM-047.

Del año **2013** al **2014**, el PASA inició un proceso de actualización programado para concluirse en 2018 y se organizó en siete componentes, cuatro de intervención directa con las y los adolescentes y tres de intervención indirecta o dirigidos al Personal de Salud de los Niveles Estatal, Jurisdiccional y Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención. Las intervenciones dirigidas directamente a población adolescentes son: Nutrición en la Adolescencia (NA), Prevención de Violencia en la Adolescencia (PVA), Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud y Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (SNSA) y tres de intervención indirecta: Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA), Supervisión Integral (SI), y Capacitación integral (CI).

Del año **2015** al **2018**, el Programa se caracterizó por un proceso de mejoramiento constante en cuanto a la calidad en la implementación de las intervenciones en cada uno de sus componentes, se concluyó el Manual y Guía para el Coordinador GAPS con un nuevo enfoque de permanencia en los grupos; se concluyó el Compendio de Prevención de Violencia en la Adolescencia; se modificó el esquema de supervisión y capacitación bajo una nueva concepción de apoyo en la formación y actualización permanente del personal.

Marco normativo

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:

- 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. DOF: 05-02-1917 F.E. DOF: 06-02-1917. Última reforma DOF: 15-09-2017.

Leyes

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. DOF: 29-12-1976. Última reforma DOF: 15-06-2018.
- 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 DOF: 22-06-2018.
- Ley General de Responsabilidades Administrativas. DOF: 18-07-2016. Última reforma DOF: 18-07-2016.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. DOF: 03-02-2002. Última reforma DOF: 18-07-2016.
- Ley General de Salud. DOF: 07-02-1984. Última reforma DOF: 12-07-2018
- Ley de Planeación. DOF:05-01-1983. Última reforma DOF: 16-02-2018.
- Ley Federal de Archivos. DOF: 23-01-2012. Última reforma DOF: 19-01-2018.

- Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal. DOF: 10-04-2003. Última Reforma DOF: 17-02-2016.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. DOF: 31-02-2007. Última reforma DOF: 24-03-2016.
- Ley Federal de Procedimientos Administrativos. DOF: 04-07-1994. Última reforma DOF: 18-05-2018
- Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. DOF: 04-01-2000. Última reforma DOF: 13-01-2016.
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. DOF: 04-05-15.
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. DOF: 30-03-2006. Última reforma DOF: 30-12-2015.
- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. DOF: 04-01-2000. Última reforma DOF: 10-11-2014.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. DOF: 02-08-2006. Última reforma DOF: 14-06-2018.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. DOF: 01-02-2007. Última reforma DOF: 13-04-2018.
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. DOF: 04-12-2014. Última reforma DOF: 09-03-2018.

Reglamentos

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF: 19-01-2004. Última reforma DOF: 07-02-2018.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. DOF: 06-01-1987. Última reforma DOF: 02-04-2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios. DOF: 18-01-1988. Última reforma 28-12-2014.
- Reglamento de Insumos para la Salud. DOF: 04-02-1988. Última reforma DOF: 14-03-2014.
- Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud. DOF: 28-05-1997. Última reforma DOF: 14-07-2017.
- Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios. DOF: 09-07-1999. Última reforma DOF: 10-09-2014.
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. DOF: 20-08-2001. Última reforma DOF: 28-07-2010.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad. DOF: 18-02-1985. Última reforma DOF: 14-02-2014.
- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. DOF: 11-06-2003.
- Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. DOF: 11-03-2008. Última reforma DOF: 14-03-2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. DOF: 14-05-1986. Última reforma DOF: 19-12-2016.
- Reglamento de la Ley Federal de Archivos. DOF: 13-05-2014.

- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. DOF: 28-06-2006. Última Reforma DOF: 30-03-2016.
- Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. DOF: 02-12-2015.
- Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. DOF: 28-07-10.
- Reglamento del Código Fiscal de la Federación. DOF: 02-04-2014.
- Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal. DOF: 06-09-2007.

Decretos

- Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud. DOF: 24-12-2002
- Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación del Ejercicio Fiscal 2018. DOF: 29-11-2017.
- Decreto para el Uso Obligatorio de la Cartilla de Vacunación. DOF: 20-10-1978.

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. DOF: 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. DOF: 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. DOF: 09-08-2010. Reforma: DOF: 03-02-2016.
- Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección. DOF: 12-07-2010. Reforma: DOF: 23-10-2017.
- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno. DOF: 12-07-2010. Reforma: DOF: 03-11-2016.
- 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. DOF: 12-07-2010. Reforma: DOF: 04-02-2016.
- Acuerdo por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales. DOF: 16-07-2010. Reforma: DOF: 05-04-2016.
- Acuerdo por el que se emite el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Transparencia. DOF: 12-07-2010. Reforma: DOF: 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. DOF: 09-08-2010. Reforma: DOF: 02-11-2017.
- Acuerdo por el que se da a conocer el Programa para el Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal 2016-2018. DOF: 12-07-2010. Reforma: DOF: 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. DOF: 08-05-2014. Reforma: DOF: 04-02-2016.
- 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. DOF: 09-08-2010. Reforma: DOF: 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. DOF: 20-08-2015.
- 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. DOF: 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. DOF: 12-07-2010. Reforma: DOF: 04-02-2016.

Códigos

- Código Fiscal de la Federación. DOF: 31-12-1981. Última reforma DOF: 27-01-2017.
- Código Federal de Procedimientos Civiles. DOF: 24-11-1943. Última reforma DOF: 09-04-2012.
- Código Civil Federal. DOF: 26-05-1928. Última reforma DOF: 19-03-2018.
- Código Penal Federal. DOF: 14-08-1931. Última reforma DOF: 09-03-2018.
- Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República Mexicana en Materia Federal. DOF: 26-05-1928. Última reforma DOF: 24-12-2013.

Normas Oficiales Mexicanas

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente clínico. DOF: 15-10-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013. Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud. DOF: 13-11-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios procedimientos para la prestación de servicios. DOF: 07-04-2016.

- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. DOF: 04-08-2010
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010. Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. DOF: 10-11-2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. DOF: 19-02-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención y control de las adicciones. DOF: 21-08-2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño. DOF: 25-11-2015.
- Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010. Para la prestación de servicios de asistencia para niños y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. DOF: 25-02-2011.
- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012. Para la prevención y el control de las enfermedades, aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. DOF: 28-09-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014. Para la prevención y control de las infecciones y de transmisión sexual. DOF: 01-06-2017.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. Para la promoción y educación en materia de salud alimentaria, criterios para brindar orientación. DOF: 22-01-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. DOF: 16-04-2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la Atención a la Salud del grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

Planes y Programas

- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. DOF: 20-05-2013.
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018. DOF: 12-12-2013.
- 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 2013-2018.
- 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, febrero 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. Noviembre, 2013.
- 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 23-05-2014.

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.
- Manual de Procedimientos del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, autorizado en la misma fecha del MOE

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 13-09-2012.
- 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 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 del Sector Público, última actualización DOF: 03-02-16.
 - En materia de Obra Pública, última actualización DOF: 03-02-16.
 - En materia de Recursos Financieros, última actualización DOF: 03-05-16.
 - En materia de Recursos Humanos y Servicio Profesional de Carrera, última actualización DOF: 06-04-17.
 - En materia de Recursos Materiales, última actualización DOF: 05-04-16.
 - En materia de Tecnologías de la Información, Comunicaciones y Seguridad de la Información, última actualización DOF: 04-02-16.
 - En materia de Archivos y Gobierno Abierto, última actualización DOF: 15-05-17.
 - En materia de Auditoría, última actualización DOF: 03-11-16.
 - En materia de Control Interno, última actualización DOF: 03-11-16.

Acciones realizadas

Salud en la Infancia

Las acciones realizadas durante la presente administración dentro del Programa de Atención a la Salud en la Infancia se presentan por componente. Al final de la sección, también se describen otras acciones de cooperación y vinculación en las que también se participó.

- Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COERMI)
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en niñas y niños menores de 5 años;
- Vigilancia de la nutrición en la infancia;
- Vigilancia del desarrollo en la primera infancia;
- Atención integrada en las niñas y niños menor de 1 año;
- Alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas;
- Prevención de violencia y maltrato infantil;
- Prevención de accidentes en el hogar en las niñas y niños menores de 10 años;
- Supervisión integral;
- Capacitación y coordinación de los Centros Regionales y Estatales de Capacitación, y
- Otras acciones

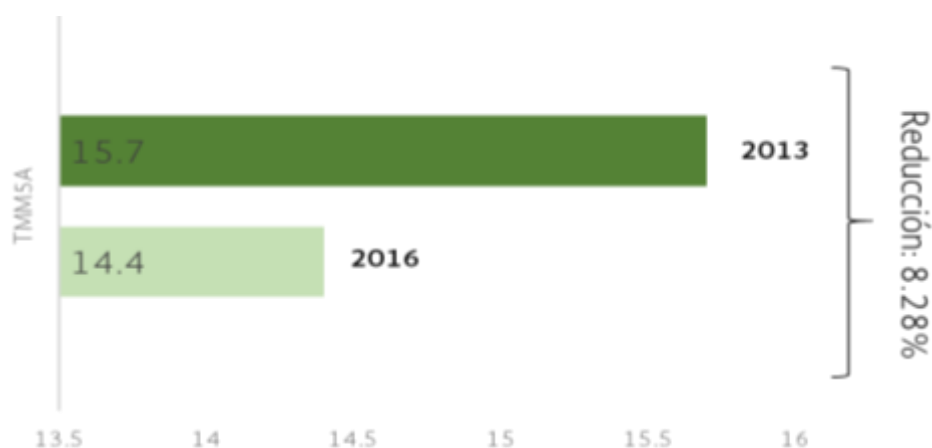
Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia (COERMI)

Mortalidad en la infancia

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, fue hasta el año 2015 cuando logra consolidarse a nivel nacional, de tal manera que para 2018 se cuenta con el 100% de los Comités, 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 año 2017, se realizaron el 100% de las sesiones programadas en todas las 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 niñas y niños 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 2013-2016, la reducción fue de 8.28%, al disminuir de 15.7 a 14.4, con lo que se evitaron 3, 701 defunciones. (Gráfica 1)

Gráfica 1. Tasa de mortalidad en menores de cinco años 2013-2016.

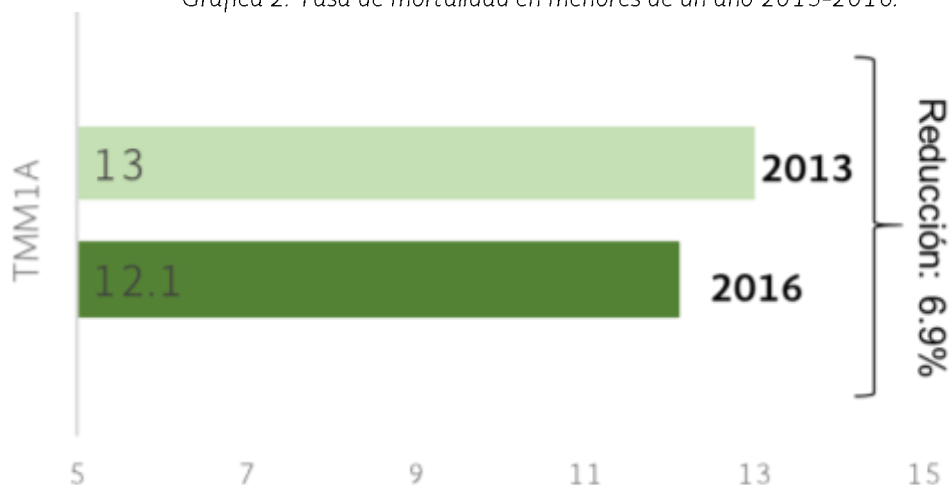


Tasa por 1000 Nacidos Vivos

Fuente: Objetivos de Desarrollo de Milenio México. Actualizado el 30 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm>. Fecha de consulta: 5 de enero de 2018.

Con respecto a la mortalidad infantil (niñas y niños 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 2016 se observó una reducción de 6.9%, al pasar de 13.0 a 12.1 defunciones en menores de un año, respectivamente. Gráfica 2.

Gráfica 2. Tasa de mortalidad en menores de un año 2013-2016.



Tasa por 1000 Nacidos Vivos

Fuente: Objetivos de Desarrollo de Milenio México. Actualizado el 30 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodemilenio.org.mx/odm/odm.htm>. Fecha de consulta: 5 de enero de 2018.

El Cuadro 1 resume la tendencia de mortalidad de ambos indicadores en el periodo de 2012 a 2018.

Cuadro 1. Comportamiento de la mortalidad en niñas y niños menores de cinco años y menores de un año.

	Línea base 1990	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ^{/e}	2018 ^{/e}
TMM5A	41.0	16.1	15.7	15.1	15.1	14.4	14.1	13.7
TMI	32.5	13.3	13.0	12.5	12.5	12.1	11.9	11.5

Tasa por 1000 Nacidos Vivos

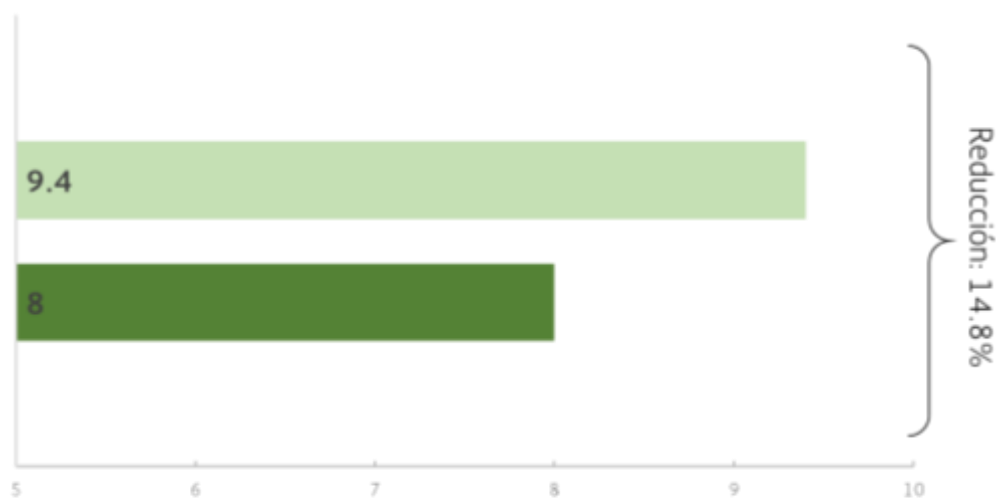
Fuente: Objetivos de Desarrollo de Milenio México. Actualizado el 30 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodemilenio.org.mx/odm/odm.htm>. Fecha de consulta: 5 de enero de 2016.

^{/e} Cifras estimadas: datos preliminares proporcionados por: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Estimaciones basadas en las proyecciones de la población de México 2010-2050, CONAPO y de datos de mortalidad 2013-2015.

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 niñas y niños menores de cinco años. En el periodo 2013-2016 se redujo un 14.8% la tasa de mortalidad, al disminuir de 9.4 a 7.3 respectivamente, evitando de esta manera 97 defunciones por diarrea en este grupo etario (Gráfica 3).

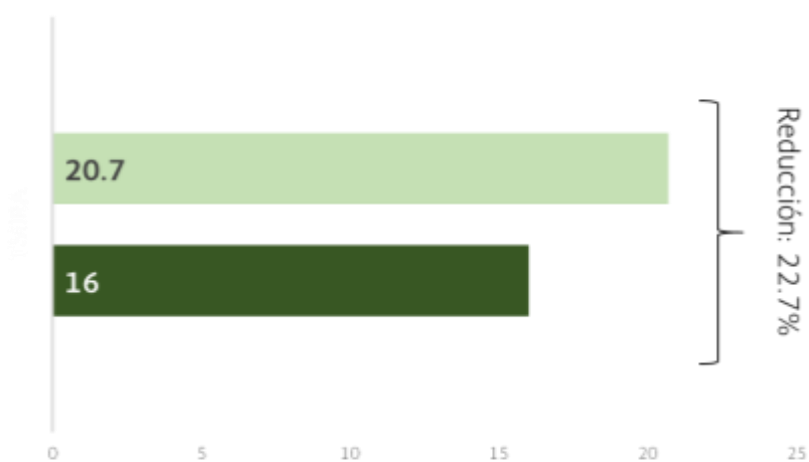
Gráfica 3. Tasa de mortalidad por EDA en niñas y niños menores de cinco años, 2013-2016.



Tasa por 100,000 menores de cinco años
Fuente: Objetivos de Desarrollo de Milenio México. Actualizado el 30 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm>. Fecha de consulta: 5 de enero de 2018.

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 niñas y niños menores de cinco años a 16.5, lo que representa 12,341 defunciones evitadas. De 2013 a 2016 la reducción porcentual es de 22.7%, al pasar de una tasa de 20.7 a 17.6 respectivamente, con defunciones en menores de cinco años, lo que equivale a 199 defunciones evitadas en este periodo (Gráfica 4).

Gráfica 4. Tasa de mortalidad por IRA en niñas y niños menores de cinco años, 2013-2016.



Tasa por 100,000 menores de cinco años
Fuente: Objetivos de Desarrollo de Milenio México. Actualizado el 30 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm>. Fecha de consulta: 5 de enero de 2018.

En el Cuadro 2, se observa el comportamiento de la tendencia de estos indicadores con respecto a la meta establecida en el PAE.

Cuadro 2. Comportamiento de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias agudas.

	Línea Base 1990	2012	2013	2014	2015	2016	2017^{/e}	2018^{/e}
META PAE TMEDA*	N.A.	N.A.	8.2	7.92	7.64	7.36	7.08	6.8
TMEDA	145.9	8.5	9.4	7.8	7.3	8	8	7.9
META PAE TMIRA*	N.A.	N.A.	19.4	18.82	18.24	17.66	17.08	16.5
TMIRA	124.5	20	20.7	19	16.5	16	15.8	15.5

Tasa por 100, 000 menores de cinco años

Fuente: Objetivos de Desarrollo de Milenio México. Actualizado el 30 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm>. Fecha de consulta: 5 de enero de 2016.

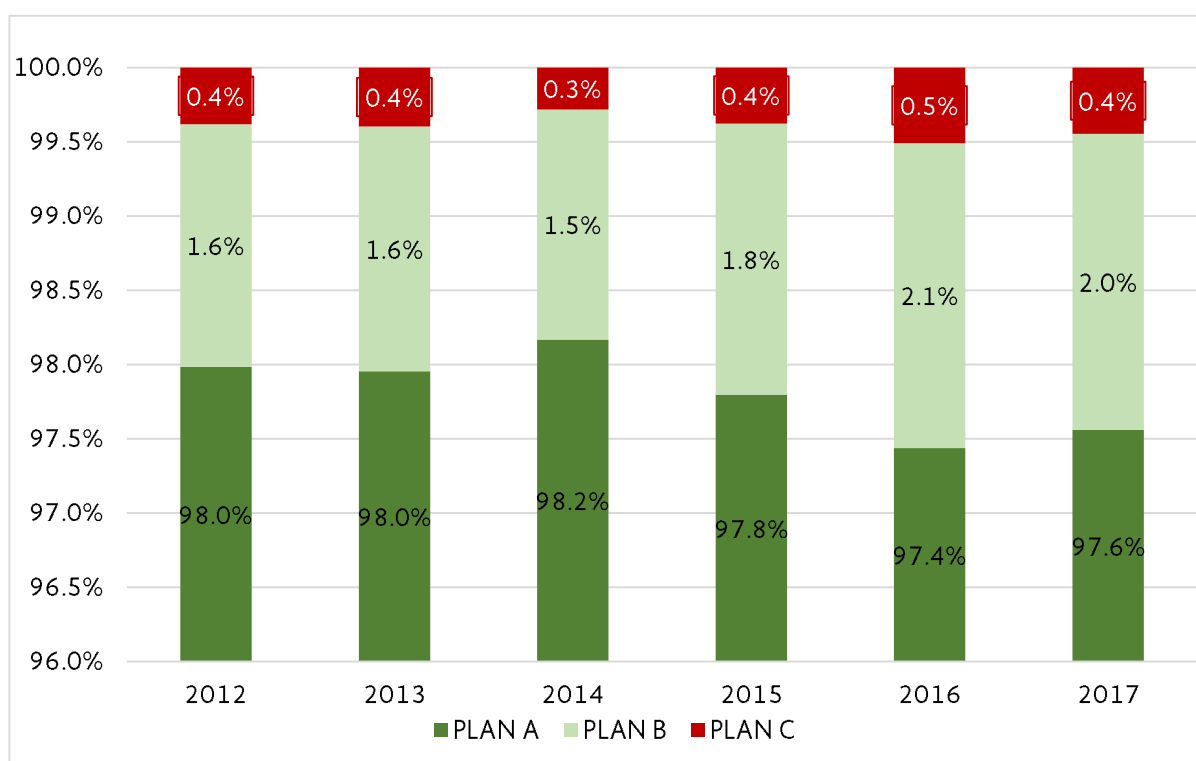
2016^{/p}: Datos preliminares proporcionados por: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Estimaciones basadas en las proyecciones de la población de México 2010-2050, CONAPO y de datos de mortalidad 2013-2015.

/e Cifras estimadas.

Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en niñas y niños menores de 5 años

Con respecto a las enfermedades diarreicas agudas durante el periodo de 2012-2017 se realizaron acciones para fortalecer la identificación y clasificación de los casos de diarrea para brindar el plan de tratamiento de hidratación oral adecuado; en este sentido podemos observar en la gráfica siguiente una tendencia al cumplimiento de los tres planes de hidratación oral para los casos de deshidratación por enfermedad diarreica aguda; se observa también un ligero incremento del Plan B de hidratación, lo que puede obedecer al fortalecimiento en la capacitación del personal de salud del primer nivel de atención, sin embargo, es necesario seguir fortaleciendo las medidas preventivas y de promoción de la salud para evitar que se incrementen los casos de diarrea con deshidratación en niñas y niños menores de cinco años. Cabe señalar que durante el periodo señalado se observa un decremento en el número de casos de 48% al disminuir de 586,940 casos de diarrea de primera vez en 2012 a 308,148 casos durante 2017^{2/} (Gráfica 5).

Gráfica 5. Comportamiento de apego a planes de tratamiento para EDA en menores de cinco años, 2012-2017.

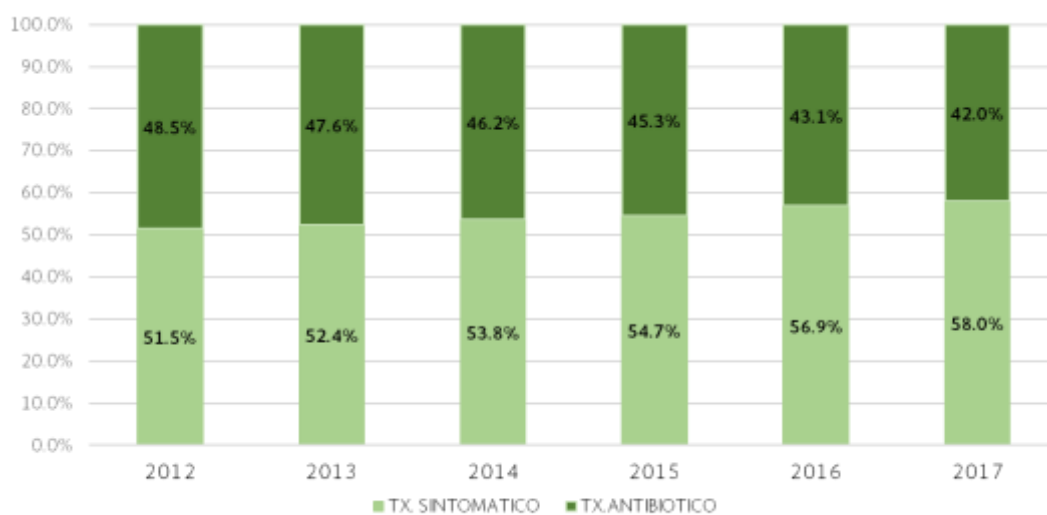


Fuente: INEGI/SS/SIS. Claves: EDA01-EDA09. Fecha de consulta: 07-03-2018

^{2/} Cifras actualizadas al 30 de junio de 2018, con información de SINBA SIS. Consulta realizada el día 10 de julio de 2018.

En cuanto a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niñas y niños menores de cinco años, se observó un decremento en el número de casos al disminuir de 3,356,967 casos de infección respiratoria aguda de primera vez en 2012 a 1,914,837 casos durante 2017^{3/}. Asimismo, se observó una disminución en el número de casos tratados con antibiótico al pasar de 48.5% de estos pacientes a 42% (Gráfica 6).

Gráfica 6. Comportamiento de apego a planes de tratamiento para IRA en menores de cinco años, 2012-2017.



Fuente: INEGI/SS/SIS. Claves: IRA01, IRA04, IRA13, IRA14. Fecha de consulta: 07-03-2018

^{3/} Cifras actualizadas al 30 de junio de 2018, con información de SINBA SIS. Consulta realizada el día 10 de julio de 2018.

Vigilancia de la nutrición en la infancia

Con la definición del Programa de Acción Específico “Salud en la Infancia y la Adolescencia 2013-2018”, se establecieron varias acciones primordiales para la nutrición infantil. Estas acciones fueron: 1) implementar acciones de vigilancia de la nutrición en niñas y niños, 2) definir acciones de orientación alimentaria y favorecer la activación física en niñas y niños, y 3) coadyuvar en la atención integral del sobrepeso y obesidad en niñas y niños en el primer nivel de atención.

En 2013 se establecieron vínculos con otras instituciones, como el Sistema Nacional DIF, el IMSS, el IMSS-PROSPERA y el ISSSTE, para dar seguimiento a las acciones en materia de nutrición y alimentación infantil que ya se realizaban, y para establecer, en conjunto, los talleres de orientación alimentaria. En ese mismo año, se elaboró el instructivo para el tarjetero de control nutricional para el primer nivel de atención y se realizó un Curso-Taller en nutrición de la infancia y la adolescencia, con el objetivo de actualizar los conocimientos de los responsables estatales de nutrición en la infancia. También durante 2013, el componente de nutrición en la infancia colaboró en la elaboración de los documentos normativos y estrategias que definían algunas de las acciones de la Cruzada Contra el Hambre.

A partir de 2014 se unificaron los criterios a nivel nacional para realizar la evaluación del estado de nutrición del menor de cinco años, a través de la vinculación con otros programas como el Componente de Salud de PROSPERA. Se concretó la homologación de los criterios de evaluación de acuerdo a los estatutos de la OMS (gráficas de crecimiento, OMS 2006), delimitación de los puntos de cohorte para el diagnóstico del estado de nutrición (normalidad, desnutrición leve, moderada, grave o sobrepeso y obesidad) en el tarjetero de las unidades de salud, así como la implementación de indicadores y variables de registro en el Sistema de Información en Salud (SIS) (lactancia materna exclusiva y seguimiento en la, entonces denominada, tarjeta de control del estado de nutrición del niño) para evaluar las acciones del componente.

En 2014, se realizaron talleres de orientación alimentaria en las unidades de salud del primer nivel de atención dirigidos a la población migrante menor de 18 años. Se promovieron acciones de prevención y promoción de la salud como: prevención de las parasitosis, prevención de las deficiencias de la nutrición (hierro, multivitamínicos y megadosis de vitamina A en niñas y niños menores de 5 años); también se desarrollaron materiales como los que se presentan en las Figuras 2 y 3.

Figura 2. Ejemplo de materiales sobre orientación alimentaria.

ORIENTACIÓN ALIMENTARIA

Trata de consumir:

- Alimentos ricos en **vitamina A**, como frutas y verduras.
- Alimentos ricos en **hierro**, como verduras de hoja verde, carnes, las leguminosas, como los frijoles y las lentejas.
- Consume líquidos frecuentemente. Incluye jugos y caldos en tu dieta.
- Apoya tu alimentación asistiendo a comedores comunitarios y albergues

Embarazadas: recuerda que debes tomar ácido fólico y micronutrientos.

Recién nacido: Debe recibir vitamina A, para evitar infecciones y debe ser vacunado contra BCG y Hepatitis B.

**Alimenta a tu bebé con seno materno*

Figura 3. Ejemplo de materiales sobre orientación alimentaria.



En 2015 se estableció la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, que con el objetivo de promover la lactancia materna a nivel nacional. En ese mismo año, se creó el registro nacional de los índices de lactancia materna, para lo cual, se incluyeron dos nuevas variables en el SIS (lactancia materna exclusiva y lactancia materna complementaria). En conjunto con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, se realizaron capacitaciones a los responsables estatales de nutrición en la infancia y al personal del Programa de Arranque Parejo en la Vida, para la unificación de criterios sobre la importancia de la práctica de lactancia. asimismo, se integró al componente de nutrición en la infancia en el Grupo Interinstitucional de Lactancia Materna con la finalidad de realizar el Anteproyecto de la Norma Oficial Mexicana de Lactancia Materna.

Durante 2015, el componente de nutrición en la infancia y el Componente de Salud de PROSPERA se coordinaron para homologar los criterios de evaluación del estado nutricional de las niñas y los niños. Por ejemplo: se eliminó el indicador de peso para la edad; se incluyó la variable para el registro de la detección de anemia y se homologaron los grupos de edad para la clasificación del estado de nutrición.

Desde el inicio de la administración, el componente de Nutrición en la Infancia ha tenido colaboración permanente en los Comités de Promoción de la Salud (CONACRO) coordinados por la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), en sus distintas versiones: 1) Comité de promoción de acciones para una mejor nutrición, desde la adolescencia, etapa pre-gestacional, gestacional y puerperal, 2) Comité de seguimiento y cumplimiento de acciones en la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, 3) Comité para el anteproyecto de Norma Oficial Mexicana 008-SSA3 Para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad.

Desde el año 2015 se fortalecieron las acciones de promoción de la salud del componente de nutrición en la infancia a través de las redes sociales (twitter y Facebook), emitiendo mensajes relacionados con la vigilancia de la nutrición en la infancia, en las páginas y cuentas del CENSIA.

Durante la presente administración se han realizado acciones continuas de capacitación al personal de salud y en especial a los responsables estatales de nutrición en la infancia de todo el país a través de sesiones en línea (webex), talleres presenciales y reuniones nacionales de nutrición en la infancia.

Desde el inicio de la actual administración, cada año se han realizado las adecuaciones o las actualizaciones que se han considerado necesarias a los lineamientos de trabajo del componente de nutrición en la infancia y al Programa Anual de Trabajo para los responsables del componente a nivel nacional.

A partir de 2016, el componente de nutrición en la infancia participa en el Comité para la revisión de la Norma para preparados complementarios (CODEX STAN 156-1987) coordinado por COFEPRIS, donde se ha tenido participación, por ser un tema de relevancia incluido también en la Estrategia Nacional de Lactancia Materna. En este mismo periodo, se realizaron adecuaciones a las variables e indicadores para evaluar las acciones del componente en el SIS, estableciendo una tarjeta electrónica de control nutricional.

En el año 2017, en coordinación con la DGPS, el componente de nutrición en la infancia del CENSIA participó en la revisión de los contenidos relacionados con la nutrición infantil de los libros de texto para educación primaria de la SEP (Ciencias Naturales). También en este año, se establecieron acuerdos de trabajo entre la DGIS, el Componente de Salud de PROSPERA y el CENSIA con relación al componente de Nutrición en la Infancia para fortalecer las acciones de nutrición al interior de los estados a través del uso del tarjetero nutricional. También en este año, se hicieron adecuaciones para el Sistema de referencia de niñas, niños y adolescentes con riesgo de sobrepeso y obesidad, con el objetivo de homologar criterios de acción para la prevención, detección y manejo de población infantil con sobrepeso y obesidad.

Desde el año 2017, el componente de Nutrición en la Infancia ha participado en la actualización y elaboración de Guías de Práctica Clínica como la Guía para el Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en niñas y niños menores de cinco años en el primer nivel de atención y la Guía para la prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes.

Para la implementación de la nueva plataforma de información en salud SINBA, el componente de nutrición en la infancia ha tenido reuniones de trabajo para realizar adecuaciones a los indicadores y variables que evalúan las acciones del componente a nivel nacional; así como la migración de documentos a formatos electrónicos para el registro de información con la Tarjeta de Control del Estado de Nutrición de la Niña y del Niño (SINBA-SIS-18-P).

Durante 2018, se continúa reforzando las acciones de orientación nutricional a la población infantil a través de campañas de difusión de contenidos para la prevención del sobrepeso y obesidad en esta etapa.

Vigilancia del desarrollo en la primera infancia

En el año 2013, el componente de desarrollo infantil temprano asumió la responsabilidad de realizar actividades para responder al compromiso establecido en la línea de acción del PAE Salud en la Infancia y la Adolescencia: 1.5.4. Impulsar las actividades del desarrollo infantil y estimulación temprana.

En 2014 se establecieron acuerdos con otras dependencias para iniciar la aplicación de la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) y el fortalecimiento de las acciones de estimulación temprana para toda la población (CNPSS, CENSIA, PROSPERA, UNICEF). En este mismo año, se crearon los indicadores y variables para evaluar las acciones del componente a través del registro de información en el Sistema de Información en Salud, con lo que se planteó conocer el estado de desarrollo de niñas y niños menores de 5 años de acuerdo con el resultado de la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI). Como parte de las acciones de promoción de las actividades del componente, durante 2014, en colaboración con UNICEF, se creó la tarjeta: “Mejorando el Desarrollo de mi hija (o)”, con recomendaciones sobre los beneficios del desarrollo infantil y la estimulación temprana.

Durante 2015 y 2016, se realizó la distribución a nivel nacional de las tarjetas “Mejorando el Desarrollo de mi hija(o)”. Se entregaron 11,343,515 tarjetas a niñas y niños menores de 5 años en todo el país.

Asimismo, para realizar una evaluación más específica de las acciones del componente, en 2016 se modificaron las variables del SIS, agregando el factor de *primera vez en la vida* para la aplicación de la prueba de evaluación del desarrollo infantil (EDI), lo cual permite saber cuántos niñas y niños han sido evaluados en el desarrollo y su estado desde el nacimiento.

A partir de 2017 se consolidó la presencia y participación del CENSIA en la Comisión para la Primera Infancia (anteriormente denominada Comisión para la Desarrollo Infantil Temprano) del Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA). Lo anterior dio pauta al fortalecimiento de la interacción entre el componente de desarrollo infantil temprano del CENSIA, con otras instituciones del sector salud, así como con organizaciones de la sociedad civil y fundaciones, que realizan acciones en beneficio de la primera infancia.

Como parte de los productos de la Comisión para la Primera Infancia del SIPINNA, durante 2017 y el primer trimestre de 2018, se construyó la Ruta Integral de Atenciones (RIA) para la Primera Infancia. La RIA es un paquete de atenciones y servicios universales mínimos y diferenciados para garantizar la integralidad de la política y la articulación de las atenciones dirigidas a la primera infancia (niñas y niños 0 a 6 años) a sus familias, cuidadores principales, agentes educativos y/o personas cuidadoras principales. Este paquete de servicios está definido desde la perspectiva de derechos de la niña y del niño con base en lo que requieren para su desarrollo integral, y no con base a los servicios actuales de la oferta.

La RIA se dirige a tres segmentos: 1) atenciones dirigidas a cada adolescente, mujer y hombre en edad reproductiva; 2) atenciones dirigidas a cada mujer embarazada, hombre próximo a ser padre, pareja, persona significativa, agente educativo, personal de salud y/o persona cuidadora responsable del niño y; 3) atenciones dirigidas a cada niña y cada niño.

Considerando las Bases de Colaboración en materia de desarrollo infantil y estimulación temprana, que desde 2014 se habían firmado entre la CNPSS y el CENSIA; en 2017, ambas dependencias acordaron trabajar en forma conjunta para la implementación de los talleres para niñas y niños, del Componente Educativo Comunitario del Modelo PRADI. En coordinación con el Hospital Infantil de México Federico Gómez, durante 2017, también se realizaron actividades de capacitación en la aplicación de la prueba EDI a los responsables estatales de desarrollo infantil de todo el país.

Como parte de los esfuerzos para alinear y presentar de forma incluyente las actividades de desarrollo infantil, en 2018 se decide modificar el nombre del componente para quedar como “Vigilancia del desarrollo en la primera infancia”.

Del 9 a 13 de abril de 2018, en la ciudad de Guadalajara Jalisco, se realizó la Reunión Nacional de Salud en la Infancia, Adolescencia y Síndrome de Turner 2018. En el marco de esta reunión, se realizó la capacitación conjunta en los talleres de estimulación temprana del Componente Educativo Comunitario CEC-PRADI para niñas y niños, a los responsables estatales de vigilancia del desarrollo en la primera infancia (del CENSIA) y a los responsables estatales de la Estrategia de desarrollo infantil (del Componente de Salud del Programa PROSPERA).

Producto de esta reunión, se acordó generar un plan de trabajo estatal definido por los representantes estatales de CENSIA y PROSPERA a fin de planificar la estrategia de capacitación, implementación y establecimiento de metas a alcanzar en 2018, con respecto a los talleres del Modelo CEC-PRADI para las niñas y niños.

En mayo de 2018 se publicó y difundió la *Guía de acompañamiento para el personal de salud que realiza actividades de desarrollo para la primera infancia*, dirigida al personal de salud que realiza, coordina o colabora en actividades de vigilancia del desarrollo en la primera infancia, en las unidades de salud de primer nivel de atención, como parte del esfuerzo y trabajo conjunto en favor de la crianza cariñosa y sensible a las necesidades de niñas y niños menores de cinco años. (Disponible en: <https://bit.ly/2s62nFz>).

Atención integrada en el menor de 1 año

En el año 2013, el componente de atención al recién nacido cambió de nombre para quedar como componente de atención integrada al menor de un año. Lo anterior, con el fin de integrar acciones preventivas dirigidas a las niñas y los niños de este grupo de edad, con relación a las principales causas de mortalidad y para realizar acciones en los primeros 1000 días de vida. Se considera que este periodo es una ventana de oportunidad para mejorar su crecimiento y alcanzar el máximo desarrollo de niñas y niños.

El componente de atención integrada al menor de un año fomenta 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; así como la detección de enfermedades prevalentes en esta edad para su tratamiento adecuado y oportuno, reforzando las estrategias de capacitación a personal de primer nivel de atención en atención integrada al menor de un año e información a la población en el cuidado del menor de un año.

Desde el inicio de la administración, el componente de atención integrada al menor de un año ha realizado acciones de capacitación continua a través de sesiones en línea (webex), talleres presenciales y reuniones nacionales con los responsables estatales de este componente. Asimismo, se continúa con el fortalecimiento de acciones de orientación a madres y cuidadores de las niñas y los niños menores de un año.

En el año 2014 se crearon indicadores y variables de registro en el SIS para evaluar las acciones de este componente (consulta del niño sano de primera vez en el año, y menor de un año). A partir de 2014 se implementó un indicador y variables de registro en el Sistema de Información en Salud (SIS), (Consulta de niño sano de primera vez menor de un año) para evaluar las acciones del componente. En el año 2015 inició la elaboración de un Manual para la atención integrada al menor de un año, a la fecha se encuentra en revisión de la actualización a sus contenidos de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos a nivel mundial. Este documento será publicado durante 2018.

Se ha fortalecido la coordinación interinstitucional e intersectorial para alinear las acciones para la promoción de la salud en este grupo de edad. En el año 2015, se creó el grupo de trabajo para fibrosis quística, coordinado por este Centro Nacional, para establecer acciones específicas para estos pacientes, entre los resultados que se han tenido de este grupo están: la inclusión de la fibrosis quística en el tamiz metabólico neonatal, para su identificación oportuna y tratamiento temprano; la inclusión de la fibrosis quística en el catálogo CAUSES del Seguro Popular, para asegurar la cobertura y tratamiento de estos pacientes a nivel nacional; así como la actualización de la Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de pacientes con fibrosis quística.

Desde el año 2015 se han fortalecido las acciones de promoción de la salud del componente de atención integrada al menor de un año a través del uso de las redes sociales y las nuevas tecnologías (twitter y Facebook) elaborando mensajes relacionados a los temas de componente en las páginas y cuentas oficiales del CENSIA.

Desde el inicio de la administración, cada año se realizan las actualizaciones necesarias a los lineamientos de trabajo del componente y al Programa Anual de Trabajo para los responsables del componente a nivel nacional.

Alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas

La estrategia de Síndrome de Turner se creó en 2009 para detectar y referir de manera temprana a las pacientes con Síndrome de Turner. En el año 2010 cambió su denominación a “Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas (ASCLC)”, cuyo fin es el mismo, pero incluye un mayor número de patologías. Para alcanzar el objetivo de la estrategia, desde el inicio de la administración, se fortaleció la capacitación sobre el tema en el primer nivel de atención mediante acciones de capacitación continua a través de pláticas en línea (webex) y talleres presenciales con los responsables estatales de este componente. Asimismo, se continúa con el fortalecimiento de acciones de orientación a madres y padres de pacientes con ASCLC.

En el año 2014 se realizó la actualización de la Guía Clínica y Programa Operativo para la Detección Oportuna de Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas; así como la elaboración de una guía para la población en general. Durante ese año, también se fortalecieron las acciones de promoción de la salud del componente de ASCLC al gestionar la impresión de 20 mil manuales para el personal de salud (Guía Clínica y Programa Operativo para la Detección Oportuna de Alteraciones Sexuales Congénitas) y 80,000 folletos para la población en general que fueron distribuidos entre las 32 entidades federativas.

En el año 2015 la coordinación de la estrategia de ASCLC elaboró una guía rápida de sospecha para pacientes con Síndrome de Turner o ASCLC, lo que fortalecería la detección y referencia oportuna de pacientes con alguna de las ASCLC. Con esta guía se logró implementar una variable de registro en el Sistema de Información en Salud (SIS) para evaluar las acciones del componente a través de la referencia de pacientes con probable Síndrome de Turner (Sospecha de Síndrome de Turner, mujer positivo). Así, a partir del año 2016 inició el registro en el SIS del número de casos con probable Síndrome de Turner o alguna ASCLC que son referenciados al siguiente nivel de atención.

Desde el año 2014 y hasta el año 2015 se gestionó la inclusión del Síndrome de Turner dentro de las enfermedades cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (Seguro Popular), para lo cual, se participó también en el año 2015 en la elaboración del Protocolo Técnico para la Atención de pacientes con Síndrome de Turner por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Desde el año 2015 se han fortalecido las acciones de promoción de la salud del componente de ASCLC a través del uso de las redes sociales y las nuevas tecnologías (twitter y Facebook) elaborando mensajes relacionados a los temas de componente en las páginas y cuentas oficiales del CENSIA. En el año 2016, se colaboró en la elaboración y aplicación de la Cédula de Acreditación de unidades de salud para la atención de pacientes con Síndrome de Turner.

Desde el inicio de la administración, cada año se realizan las actualizaciones necesarias a los lineamientos de trabajo del componente y al Programa Anual de Trabajo para los responsables del componente a nivel nacional. Desde al año 2014 se realizan reuniones nacionales de capacitación a los responsables estatales de la estrategia de ASCLC, para el fortalecimiento de las acciones a nivel nacional.

En el año 2018, se consolidó el Registro Nacional de Pacientes con Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas, con el objetivo de acercar las opciones de tratamiento a las poblaciones afectadas.

Prevención de violencia y maltrato infantil

En el Programa de Acción Específico “Salud en la Infancia y la Adolescencia” 2013-2018, contempla en la Estrategia 1.2. Implementar acciones para la prevención del maltrato infantil y violencia en adolescentes, con equidad de género y enfoque de derechos.

Ante esta premisa, en 2013, el CENSIA creó el componente de Prevención del Maltrato Infantil en el Ámbito Familiar cuyas acciones primordiales estuvieron enfocadas en la sensibilización y capacitación del personal de salud de primer nivel de atención, así como en la orientación a madres, padres, tutores o cuidadores de las niñas y los niños menores de diez años acerca de la prevención de maltrato infantil y la identificación de factores asociados. Las estrategias del componente buscan generar habilidades para una crianza libre de violencia dentro del ámbito familiar promoviendo que el personal de salud pueda intervenir tempranamente con acciones de prevención.

Desde el año 2015 el componente de prevención del maltrato infantil ha realizado acciones de capacitación continua a través de sesiones en línea (webex), talleres presenciales y reuniones nacionales con los responsables estatales del componente.

Asimismo, se han fortalecido las acciones de información, formación y sensibilización de padres, madres, maestros, cuidadores de estancias infantiles, y/o encargados de niñas y niños menores de 10 años para la prevención del maltrato infantil. Se ha fortalecido la coordinación interinstitucional e intersectorial para alinear las acciones para la prevención de maltrato infantil en nuestro país. En 2015, también se crearon indicadores y variables de registro en el SIS para evaluar las acciones del componente a nivel nacional (sesiones informativas de prevención de maltrato infantil y número de asistentes a las sesiones). En el año 2016 se establecieron las bases para la creación de un Manual de prevención del maltrato infantil en el ámbito familiar.

En 2017, con la participación del CENSIA en la Comisión para Poner Fin a toda Forma de Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes (COMPREVNNA), y la vinculación de los trabajos de esta comisión con el Plan de Acción de México vinculado con la Alianza Global para Poner Fin a toda Forma de Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes, en conjunto con el Grupo Interinstitucional para Prevención de Maltrato Infantil, se decidió ajustar los alcances del documento a fin de construir un Manual de protección y prevención de violencia y maltrato infantil. Este documento se desarrolló con apoyo de expertos de UNICEF, ODI, y de otras instituciones enfocadas a la prevención del maltrato a nivel nacional e internacional. Además, este documento atiende a la Acción 18 del Plan: *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*. Este documento será publicado durante 2018.

Al considerar todas las formas de maltrato infantil, surgió la necesidad de integrar al trabajo infantil como una forma de maltrato, por ello, desde el inicio de la administración se buscó realizar acciones en contra de esta práctica en nuestro país. Las acciones relacionadas con este tema se describen más adelante. Como parte de los esfuerzos para alinear y presentar de forma incluyente las actividades de prevención de violencia contra niñas y niños, en 2018 se decidió modificar el nombre del componente para quedar como “Prevención de violencia y maltrato infantil”.

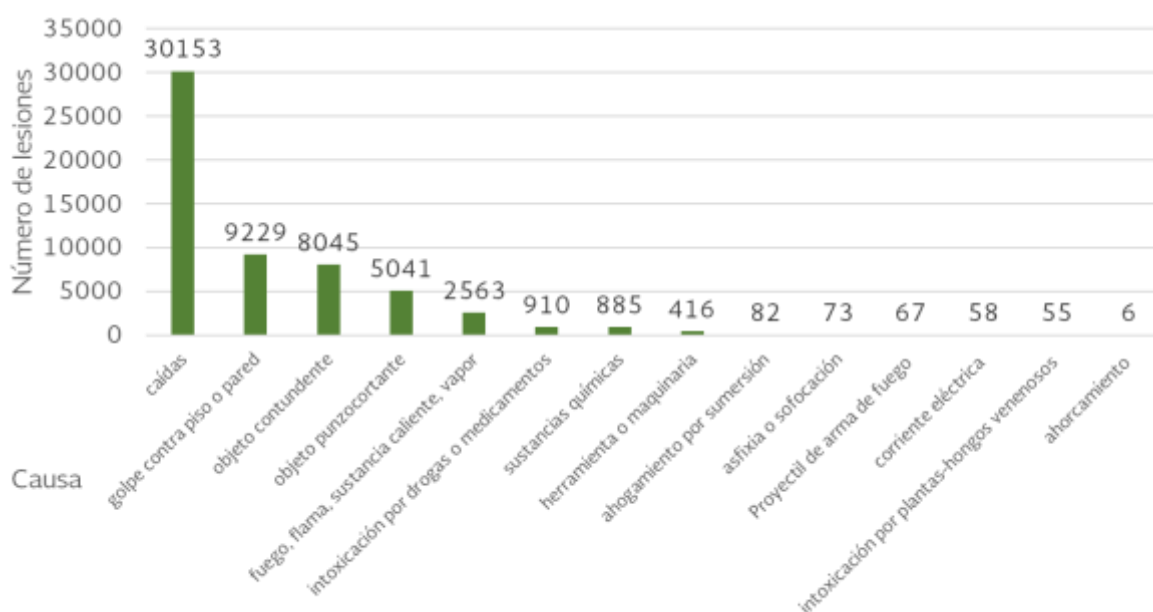
Prevención de accidentes en el hogar en las niñas y niños menores de 10 años

El componente que surge en el año 2007, ante la necesidad de fomentar acciones de prevención de accidentes ocurridos en el hogar, los cuales se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en las niñas y los niños menores de 10 años.

Las acciones de este componente se sustentan en la línea de acción 1.5.6 Promover acciones de prevención de accidentes en el hogar, del Programa de Acción Específico “Salud en la Infancia y la Adolescencia” 2013-2018.

Derivado del análisis de la plataforma de lesiones del año 2015, del total de lesiones accidentales que ocurren a nivel nacional, el 47.8% de lesiones ocurren en el hogar. Dentro de los accidentes en el hogar, las caídas son las causas de lesión más frecuentes. Las quemaduras son también accidentes muy frecuentes en los niños y afectan principalmente a aquellos menores de 4 años (Gráfica 7).

Gráfica 7. Número de lesiones accidentales ocurridas en el hogar en niñas y niños menores de 10 años.



Fuente: Cubos dinámicos: Lesiones y causas de violencia. Plataforma de lesiones 2015 de la Dirección General de Información en Salud.

Durante el año 2016, el componente de prevención de accidentes en el hogar participó en los grupos de trabajo para la integración del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables, liderado por STCONAPRA y del cual fueron partícipes la gran mayoría de dependencias e instituciones con atribución en la materia del país.

Como resultado, el CENSIA colaboró en la integración de los siguientes modelos:

- Prevención de asfixias en grupos vulnerables en México
- Prevención de ahogamientos en grupos vulnerables en México
- Prevención de quemaduras en grupos vulnerables en México
- Prevención de lesiones por caídas durante la infancia y la adolescencia en México

A fin de reforzar las acciones del componente, durante el año 2016 se elaboró material de promoción dirigido a la población en general, con énfasis en público infantil, denominado: “Si el juego de tus hijos quieres disfrutar, su salud debes cuidar”.

Asimismo, como parte de las acciones de capacitación, se han implementado cursos de Reanimación Cardiopulmonar, dirigidos al personal del primer nivel de atención, en contacto con el paciente (Cuadro 3):

Cuadro 3. Capacitación en reanimación cardiopulmonar a personal del primer nivel de atención en las entidades federativas		
Año	Número de cursos	Personal de salud capacitado
2013	3	85
2014	3	129
2015	1	38
2016	1	30
2017	1	30
Total	9	312

Fuente: Coordinación de los Centros Estatales y Regionales de Capacitación CENSIA

Supervisión integral

En el periodo 2008-2012, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, implementó como estrategia transversal la supervisión integral al Programa de Atención a la Salud de la Infancia, con énfasis en los estados de menor índice de desarrollo humano, con el objetivo de desarrollar estrategias de manera conjunta con cada entidad federativa supervisada, que reduzcan la morbi-mortalidad entre las niñas y los niños menores de diez años.

A partir del año 2013, las supervisiones se realizaron conforme a las entidades federativas que concentraban tasas de mortalidad infantil por arriba de la media nacional.

Las supervisiones al Programa de Atención a la Salud de la Infancia en las entidades federativas evalúan las acciones de todos sus componentes: enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en niñas y niños menores de cinco años; Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia, vigilancia de la nutrición, atención integrada a las niñas y niños menores de un año, prevención de la violencia y el maltrato infantil, vigilancia del desarrollo en la primera infancia; prevención de accidentes en el hogar en niñas y niños menores de diez años y alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas.

Desde el inicio de la actual administración, la estrategia de supervisión integral ha realizado supervisiones en las entidades federativas en los tres niveles administrativos: estatal, jurisdiccional y local (unidad de salud) evaluando directamente a los responsables estatales del programa y sus componentes en cada nivel.

El Cuadro 4 resume las supervisiones realizadas al Programa de Atención a la Salud de la Infancia en lo que va de la presente administración:

Cuadro 4. Supervisiones realizadas al PASIA desde 2013	
Año	Supervisiones realizadas
2013	0*
2014	4
2015	7
2016	10
2017	8
2018	12
Total	41
*En 2013 no se realizaron supervisiones al programa de infancia, solo vacunación.	

Desde el año 2013 al 2018, las entidades federativas que han sido supervisadas son: Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Chihuahua, Campeche, Ciudad de México, Coahuila, Durango, Estado de México, Guerrero, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz y Yucatán; con ello, es posible afirmar que se ha supervisado a casi el 70% de las entidades federativas que conforman nuestro país. Sin

embargo, aun cuando en algunos estados mejoran las acciones para la reducción de la mortalidad infantil, el panorama epidemiológico de otras entidades federativas ha variado, por lo que, algunas continuarán siendo visitadas.

En el año 2017, se actualizó la Guía Técnica para la Supervisión Integral al Programa de Atención a la Salud de la Infancia en las entidades federativas. A este documento se le realizaron las actualizaciones necesarias de acuerdo con las modificaciones en los estatutos de cada componente del programa.

Durante el año 2017 se hizo un análisis de los resultados de todas las supervisiones realizadas hasta ese año, concluyendo que era necesario realizar modificaciones y actualizaciones a las cédulas de supervisión de los tres niveles administrativos. Al final del año 2017, se actualizaron las nuevas cédulas de supervisión al Programa de Atención a la Salud de la Infancia para los tres niveles administrativos, que fueron aplicadas en las supervisiones de 2018.

Como objetivo para el año 2018, se planteó también la supervisión a entidades que han realizado grandes acciones para disminuir la mortalidad infantil, lo anterior para evaluar sus estrategias de éxito, que les permiten mantener sus tasas de mortalidad en niveles bajos.

Capacitación y coordinación de los Centros Regionales y Estatales de Capacitación

Las acciones de este componente en las entidades federativas a través 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 y se evalúan de forma anual mediante el Indicador Caminando a la Excelencia de la misma denominación.

Los cuadros 5, 6 y 7 presentan los resultados obtenidos durante el periodo comprendido entre el 2013-2018.

Cuadro 5. Personal de salud del primer nivel de atención capacitado en temas de Atención Integrada en la Infancia y la Adolescencia.			
Año	Personal a capacitar en las 32 entidades federativas	Personal capacitado	Porcentaje de cumplimiento
2013	103,935	24,991	24.0%
2014	108,721	30,983	28.5%
2015	112,076	36,366	32.4%
2016	98,658	28,343	28.7%
2017	100,781	34,790	34.5%
Acumulado 2013 al cierre del año 2017 (Por ser un indicador anual)	100,781	155,473	100%

Como parte de las acciones de capacitación de nivel federal, se llevaron a cabo Reuniones de capacitación para personal de las entidades federativas en donde se abordaron temas de Atención Integrada en la Infancia y la Adolescencia.

Cuadro 6. Reuniones nacionales de capacitación para personal de las entidades federativas.		
Año	Número de reuniones	Personal capacitado
2013	1	45
2014	7	306
2015	1	38
2016	3	94
2017	2	58
2018	3	124
Total	17	710

A fin de reforzar las acciones de capacitación desde nivel federal, se impartieron sesiones a distancia en los que cada uno de los componentes del Programa de Infancia abordó sus contenidos teóricos al personal del primer nivel de atención de las entidades federativas.

Cuadro 7. Sesiones de capacitación a distancia vía Web EX	
Año	Número de sesiones
2014	6
2015	8
2016	12
2017	21
2018	11
Total	58

Otras acciones realizadas

Normatividad: NOM-031-SSA2-1999

- En el año 2013 inició el proceso de revisión de los contenidos de la NOM-031-SSA2-1999, que concluyó indicando la necesidad de una actualización al documento.
- En el año 2018 se realizó la actualización de la NOM-031 con la participación de expertos en el tema, de más de 60 instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil.
- Entre mayo y julio de 2018, el CeNSIA coordinó 6 reuniones de trabajo en las que se revisaron y analizaron los 440 comentarios vertidos al Proyecto de Norma.
- El documento se concluyó en agosto de 2018. El contenido se encuentra en revisión por el área jurídica de la Secretaría de Salud.

Lineamientos 2018 “Salud en la infancia”

- Desde el inicio de la actual administración, anualmente se realizaron adecuaciones o actualizaciones a los lineamientos de trabajo del Programa de Atención a la Salud de la Infancia. Hasta 2017 cada uno de los 10 componentes del programa se coordinaba en forma independiente con su propio lineamiento.
- Para la publicación de los Lineamientos 2018 “Salud en la Infancia”, se realizó una revisión exhaustiva de los contenidos de los 10 lineamientos independientes de cada componente. Se analizó e integró un único documento que incluyera y visibilizara las acciones de todos los componentes de Salud en la Infancia; se eliminaron las repeticiones y duplicaciones del documento. Este esfuerzo representó la conformación de un documento ejecutivo y concreto con la definición de las actividades para 2018.

Prevención y erradicación del trabajo infantil

- En el periodo comprendido del año 2013 al 2018 el CENSIA tuvo participación en la Comisión Intersecretarial para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección de Adolescentes Trabajadores en edad permitida en México (CITI), que fue creada en el año 2013 por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. En este respecto, en el año 2015, se integró un capítulo específico referente al Trabajo Infantil en el Manual de Prevención del Maltrato Infantil elaborado por este centro. Desde el año 2015 a la fecha, se ha participado en la dictaminación de empresas públicas y privadas con el Distintivo México sin Trabajo Infantil (MEXSTI), al ser parte permanente del Comité Dictaminador. En el año 2016 se elaboró material de promoción para fortalecer las acciones de la CITI para la Erradicación del Trabajo Infantil, por tener un impacto en la salud de las niñas y niños.

Acciones realizadas

Salud en la Adolescencia

Las acciones realizadas durante la presente administración dentro del Programa de Atención a la Salud en la Adolescencia se presentan por año y por componente. La información se obtuvo de los reportes de Evaluación Trimestral que se procesan con base en la información enviada por las entidades federativas, sin embargo, pueden existir variaciones al contrastarlos con los datos emitidos en el Sistema de Información en Salud (SIS)⁴.

Al final de la sección, también se describen otras acciones de cooperación y vinculación en las que también se participó.

Acciones y Resultados en el año 2013

Como puede observarse en la gráfica 8, en Nutrición en la Adolescencia (NA), se rebasó en un 153% (399,300 detecciones) la meta programada de 261,222 detecciones de conductas alimentarias de riesgo, sin embargo, al analizar la información, se identificó que no existían evidencias de referencia al segundo nivel de atención de las y los adolescentes a estas problemáticas, lo que hacía prácticamente imposible el seguimiento y control de los casos.

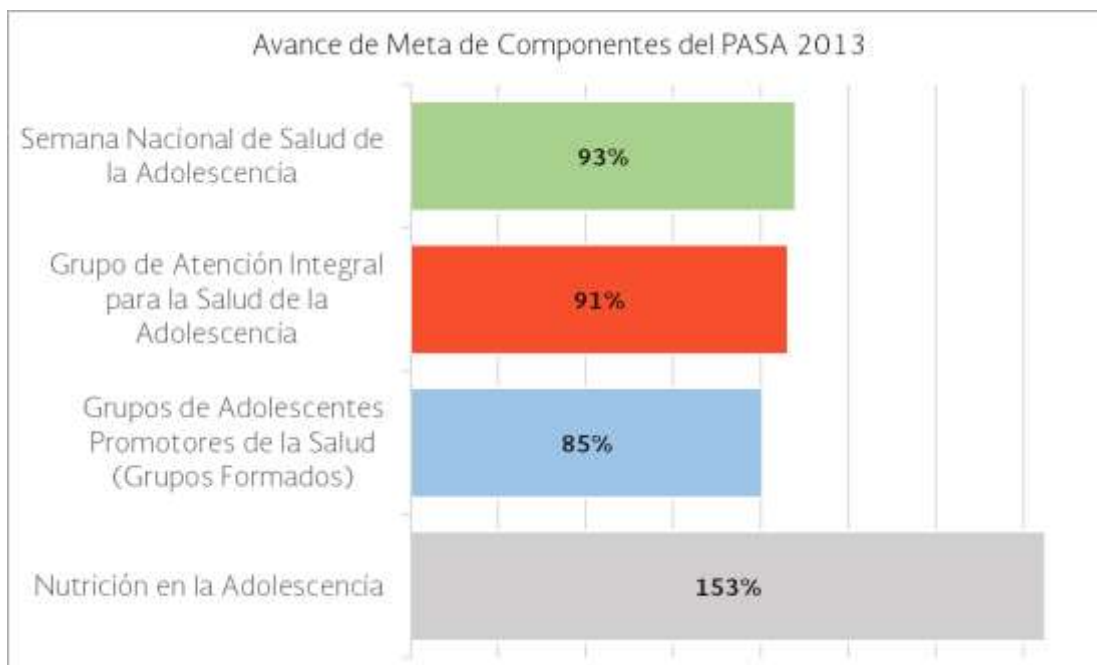
En cuanto a los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS), se alcanzó el 85% (640 grupos) de la meta programada de 755 grupos formados, debido a que se hizo una depuración en los estados de aquellos grupos que se habían conformado pero que no se encontraban sesionando una vez al mes o llevaban más de tres meses sin sesionar, asimismo, se acreditaron 19,712 integrantes y se capacitaron a 2,127 Coordinadores.

En el Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA) se alcanzó el 91% (182 reuniones) de la meta programada de 199 reuniones debido a que dos entidades federativas no contaban con un Responsable Estatal (Baja California y Oaxaca) que se hiciera cargo de la coordinación del GAIA, así como a cambios de autoridades en todos los niveles de gobierno imposibilitando el seguimiento y ejecución de estas.

Por último, en cuanto a la realización de la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (SNSA), se alcanzó el 93% (223 jurisdicciones con Plan de Trabajo e Informe de Meta-Logro) de la meta programada que fue de 239 Jurisdicciones Sanitarias participantes, debido a que no todas las Jurisdicciones Sanitarias cuentan con alguno de los dos documentos solicitados.

^{4/} El SIS tenía un problema de calidad del dato, ya que presentaba un sobre-registro en las variables del Programa de Adolescencia. Dicho problema se fue corrigiendo cuando se solicitó a los estados dar seguimiento y vigilancia a la captura de información del Programa con lo cual los datos se fueron alineando paulatinamente hasta 2016 año en que se implementó el SIS-SINBA.

Gráfica 8. Componentes del PASA: acciones y resultados en el año 2013.



Acciones y Resultados en el año 2014

Como se puede observar en la gráfica 9 de NA, se alcanzó el 65% (647,107) de la meta programada que fue 998,201 de adolescentes en control nutricional. Así mismo se realizaron 241 talleres y campañas en prevención de bajo peso, sobrepeso y obesidad en adolescentes y 415,316 Detecciones de Conductas Alimentarias de Riesgo.

En PVA, se rebasó la meta en 164% (388 sesiones informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a Adolescentes, Madres, Padres y/o Tutores), de un total de 237 sesiones informativas programadas. Cabe destacar que se rebasó la meta porque los Programas de Violencia, Salud Mental y Promoción a la Salud de otras unidades administrativas de la SPPS registraron sus acciones en las variables del CENSIA.

En cuanto a los GAPS, se alcanzó el 80% (763 grupos) de la meta programada de 958 grupos formados, así mismo se acreditaron 27,488 adolescentes.

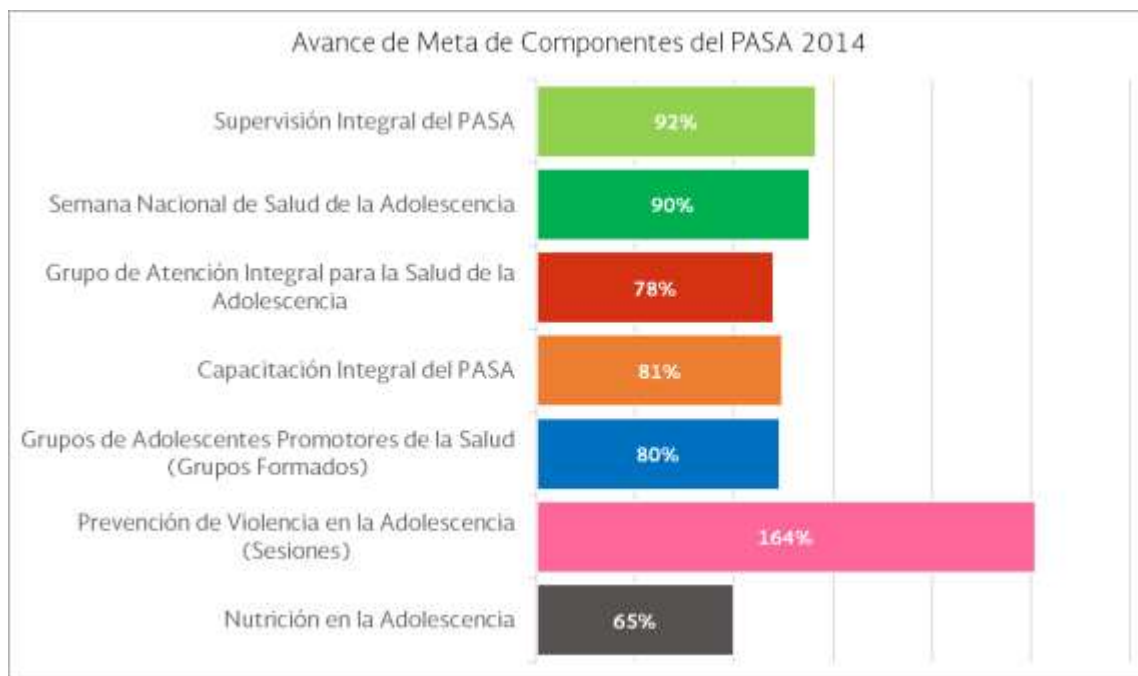
En Capacitación a coordinadores de GAPS, se alcanzó el 81% (1,352) de la meta programada de 1,679 personas capacitadas en el componente.

En el componente GAIA, se obtuvo el 78% (150 reuniones) de la meta programada de 192 reuniones realizadas. Cabe señalar que, con el fin de realizar acciones integrales de manera transversal, en este año el GAIA federal incorporó a los integrantes del Sector Salud al Grupo (IMSS régimen ordinario y PROSPERA, PEMEX, ISSSTE, SEDENA y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud).

En cuanto a la realización de la SNSA, se alcanzó el 90% (215 jurisdicciones con Plan de Trabajo e Informe de Meta-Logro), del total de la meta programada que fue de 240 jurisdicciones sanitarias participantes.

Por último, en Supervisión se alcanzó el 92% (712) del total de la meta que fue de 776 supervisiones al Programa.

Gráfica 9. Componentes del PASA: acciones y resultados en el año 2014.



Acciones y Resultados en el año 2015

Como se puede observar en la gráfica 10, en NA se alcanzó el 57% (8,439,879) de la meta programada que fue 14,905,672 de registros de índice de masa corporal en adolescentes. Cabe señalar que la baja en la meta se debió por una parte a que los responsables del componente de Nutrición en las entidades federativas, se encuentran en un área distinta a la del PASA, obstaculizando el flujo de información. Por parte, hubo cambios y ajustes en el indicador ya que se identificó que no existían evidencias de referencia para la atención al segundo nivel de las y los adolescentes con conductas alimentarias de riesgo, lo que hacía prácticamente imposible el seguimiento y control de los casos. Por lo anterior, se tomó la decisión de enfocar el indicador a la medición de IMC para identificar bajo peso, sobrepeso y obesidad en adolescentes y brindar acciones preventivas a través de recomendaciones alimentarias.

En PVA, se rebasó la meta en 129% (2,136 sesiones informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a Adolescentes, Madres, Padres y/o Tutores), de un total de 1,650 sesiones informativas programadas.

En cuanto a los GAPS se alcanzó solo el 65% (734 grupos) de la meta programada de 1,131 grupos formados, así mismo se acreditaron 23,998 adolescentes y se capacitó a 1,807 coordinadores.

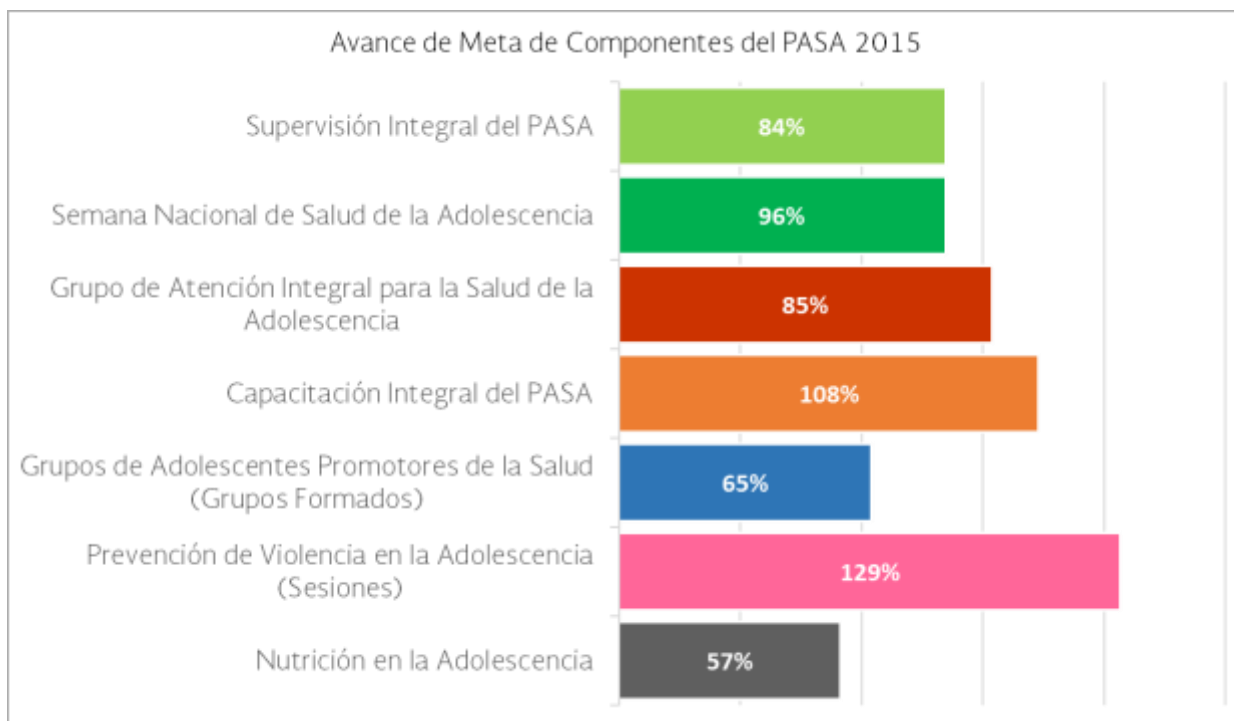
En capacitación a GAPS se alcanzó el 108% (1,807) de la meta programada de 1,668 personal de salud capacitado en el componente de GAPS.

En el componente GAIA, se obtuvo el 85% (164 reuniones) de la meta programada de 192 reuniones realizadas. Para este año, se incorpora al Grupo la DGTI.

En cuanto a la realización de la SNSA, se alcanzó el 96% (231 jurisdicciones con Plan de Trabajo e Informe de Meta-Logro), del total de la meta programada que fue de 240 jurisdicciones sanitarias participantes.

Por último, en Supervisión se alcanzó el 84% (537) del total de la meta que fue de 643 supervisiones al Programa.

Gráfica 10. Componentes del PASA: acciones y resultados en el año 2015



Acciones y Resultados en el año 2016

Como se puede observar en la gráfica 11, en NA se alcanzó solo el 69% (3,645,630) de la meta programada que fue 5,286,275 de registros de índice de masa corporal en adolescentes.

En PVA, se únicamente se avanzó el 16% (2,405 sesiones informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a Adolescentes, Madres, Padres y/o Tutores), de un total de 15,115 sesiones informativas programadas.

En cuanto a los GAPS se alcanzó el 85% (1,508 grupos) de la meta programada de 1,764 grupos formados.

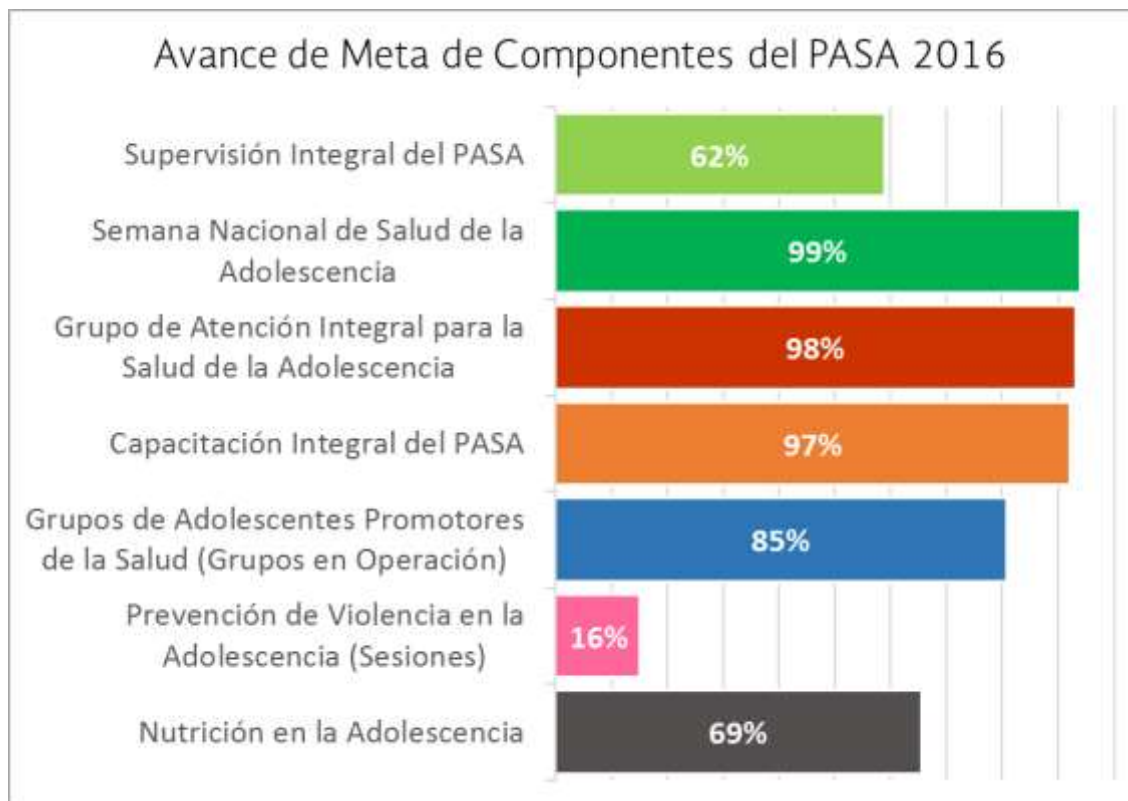
En capacitación de GAPS se alcanzó el 97% (2,091) de la meta programada de 2,165 personal de salud capacitado en el componente de GAPS. Cabe señalar que, con el propósito de fortalecer al personal operativo encargado de la atención de las y los adolescentes, en este año se implementó la Capacitación Integral del PASA para lo cual se diseñó e implementó un Modelo multinivel.

En el componente GAIA, se obtuvo el 98% (188 reuniones) de la meta programada de 192 reuniones realizadas.

En cuanto a la realización de la SNSA, se alcanzó el 99% (241 jurisdicciones con Plan de Trabajo e Informe de Meta-Logro), del total de la meta programada que fue de 243 jurisdicciones sanitarias participantes.

Por último, en Supervisión se alcanzó sólo el 62% (937) del total de la meta que fue de 1,519 supervisiones al Programa.

Gráfica 11. Componentes del PASA: acciones y resultados en el año 2016.



Acciones y Resultados en el año 2017

Como se puede observar en la gráfica 12, en Nutrición se alcanzó el 80% (4,008,260) de la meta programada que fue 4,992,332 de registros de adolescentes con detección de obesidad, sobrepeso, normalidad y bajo peso.

En Prevención de Violencia en la Adolescencia, se rebasó la meta en 152% (2,530 sesiones informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a Adolescentes, de un total de 1,667 sesiones informativas programadas. Así mismo se realizaron 1,850 Sesiones Informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a Madres, Padres y/o Tutores. Por otra parte, se rebasó la meta de Intervenciones de Prevención de Violencia en un 272% (2,200) de un total de 808 intervenciones programadas.

En cuanto a los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud se alcanzó el 96% (2,130 grupos) de la meta programada de 2,221 grupos en operación, con un total de 44,326 adolescentes.

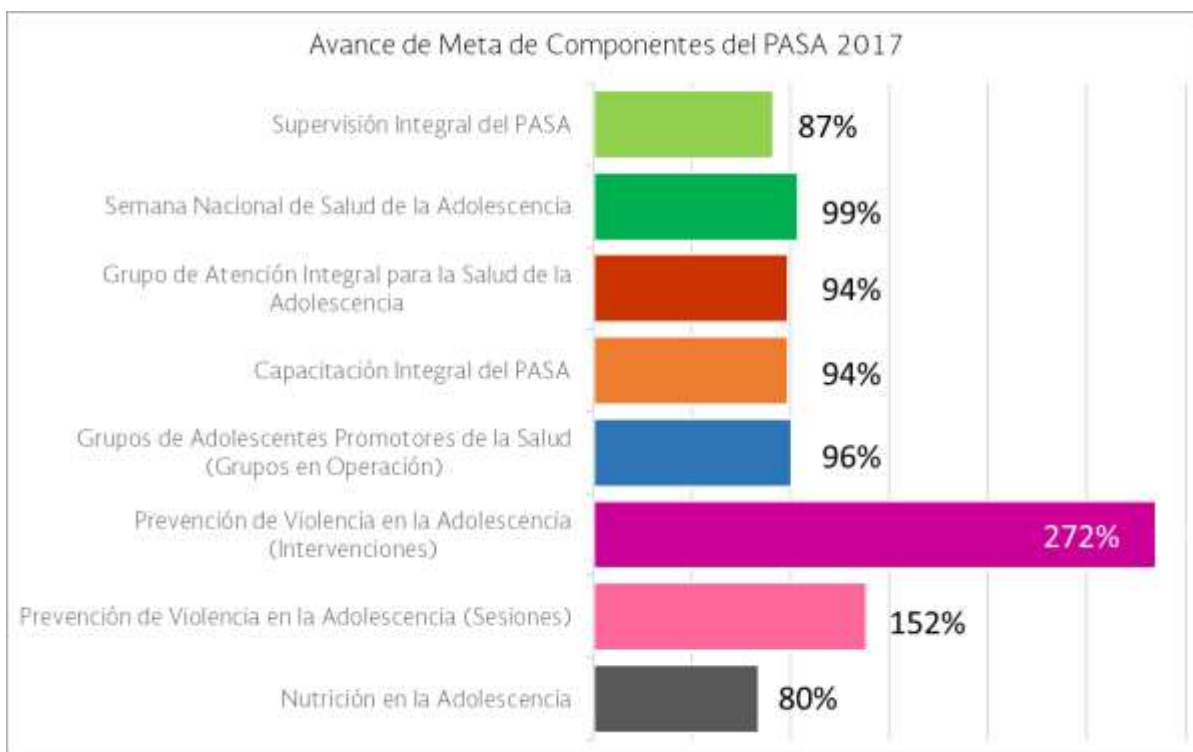
En Capacitación Integral del PASA, se alcanzó el 94% (2,346) de la meta programada de 2,493 personal de salud capacitado en programa.

En el componente GAIA, se obtuvo el 94% (167 reuniones) de la meta programada de 177 reuniones realizadas.

En cuanto a la realización de la SNSA, se alcanzó el 99% (241 jurisdicciones con Plan de Trabajo e Informe de Meta-Logro), del total de la meta programada que fue de 243 jurisdicciones sanitarias participantes.

Por último, en Supervisión se alcanzó el 87% (1,173) del total de la meta que fue de 1,349 supervisiones al Programa.

Gráfica 12. Componentes del PASA: acciones y resultados en el año 2017.



Acciones y Resultados en el año 2018

Como se puede observar en la gráfica 13, en Nutrición se alcanzó el 36% (1,744,485) de la meta programada que fue 4,853,495 de registros de adolescentes con detección de obesidad, sobrepeso, normalidad y bajo peso.

En Prevención de Violencia en la Adolescencia, se alcanzó el 38% (1,748 sesiones informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a Adolescentes, Madres, Padres y/o Tutores) de la meta programada de 4,628 sesiones, con un total de 34,960 asistentes. Por otra parte, se obtuvo el 19% (167) de avance en la meta de Intervenciones de Prevención de Violencia de un total de 864 programadas.

En cuanto a los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud se alcanzó el 86% (2,076 grupos) de la meta programada de 2,406 grupos en operación, con un total de 43,150 adolescentes.

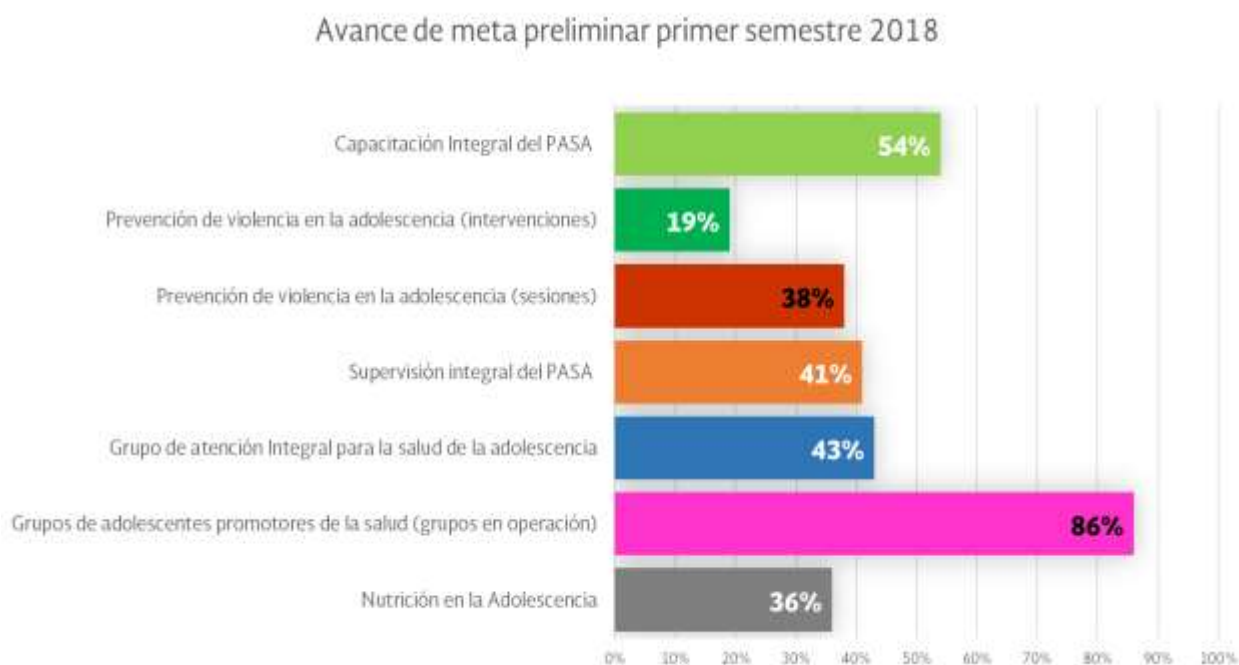
En Capacitación Integral del PASA, se alcanzó el 54% (1,672) de la meta programada de 3,097 personal de salud capacitado en programa.

En el componente GAIA, se obtuvo el 43% (72 reuniones) de la meta programada de 167 reuniones realizadas.

En cuanto a la Supervisión se alcanzó el 41% (481) del total de la meta que fue de 1,171 supervisiones al Programa.

Por último, la realización de la SNSA se lleva a cabo en el mes de septiembre, razón por la cual hasta el momento no se cuenta con el avance de este componente; sin embargo, se busca cubrir la meta programada de 243 jurisdicciones sanitarias en su totalidad.

Gráfica 13. Componentes del PASA: acciones y resultados en el año 2018.



NOTA – La información presentada es con corte al 30 de junio y estimada en base al histórico de avance del año previo anterior; así como a la información subida por los Responsables Estatales a la plataforma del SIAFFASPE.

Acciones de actualización del PASA y Resultados por Componente

Nutrición en la Adolescencia (NA)

El Componente de Nutrición en la Adolescencia está enfocado a la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y a fomentar que la población adolescente adquiera mejores hábitos alimenticios. Este componente forma parte de la atención integral del grupo etario de 10 a 19 años, por lo que la sensibilización, capacitación y supervisión al personal de salud es de suma importancia para realizar acciones de prevención a través de una detección oportuna mediante el cálculo de IMC a fin de determinar el sobrepeso, obesidad, normalidad o bajo peso y contribuir en la prevención de enfermedades crónicas degenerativas y sus complicaciones.

Objetivos:

- Definir los criterios y procedimientos para la operación del Componente de Nutrición en la Adolescencia en las entidades federativas.
- Brindar las herramientas teórico-metodológicas para la operación de los procesos que integran el componente de Nutrición tales como; Indicadores, Metas, Formatos y rutas operativas.
- Identificar la prevalencia que existe de Bajo Peso, Sobrepeso y Obesidad en las y los Adolescentes a través del cálculo del IMC.

En **2014** se implementaron acciones de vigilancia nutricional e indicadores de evaluación, las cuales se gestionaron ante la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Para el **2015** se inhabilitaron en el SIS las variables CAR debido a que no se podía dar seguimiento a las mismas. Así mismo se modificaron las variables de Bajo peso (BP), Sobre peso (SP), Obesidad (OB) y Normalidad (N). Se elaboraron los Lineamientos del Componente.

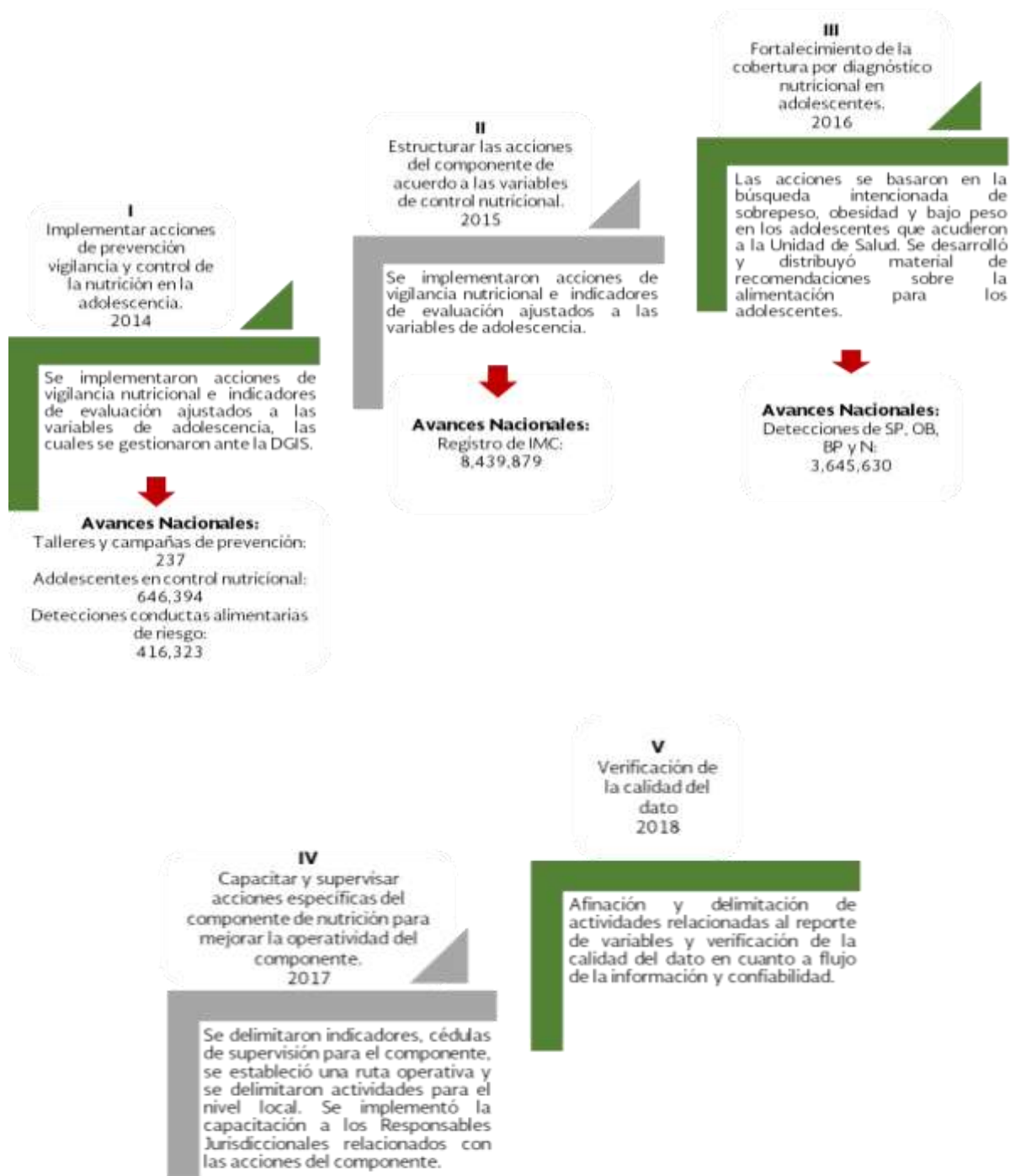
En el **2016** se retiraron las Tarjetas de Control Nutricional en las Unidades de Salud. Se distribuyeron en las 32 entidades federativas las Tarjetas de Orientación Alimentaria con información de recomendaciones sobre alimentación correcta. Se generó la Ruta Operativa para la Atención en las Unidades de Salud. Se realizó búsqueda intencionada de sobrepeso, obesidad y bajo peso en adolescentes.

En **2017** se fortalecieron las acciones de Identificación y atención de las y los adolescentes con problemas de sobrepeso y obesidad, así mismo se incrementaron las actividades de capacitación y supervisión dirigidas al personal operativo en las entidades federativas. Se delimitaron indicadores y cédulas de supervisión.

En **2018** se afinaron y delimitaron las actividades relacionadas a variables y verificación de la calidad del dato.

Histórico de acciones y resultados de Nutrición

Nutrición en la Adolescencia (NA)



Prevención de Violencia en la Adolescencia (PVA).

El componente de Prevención de Violencia en la Adolescencia consiste en acciones específicas que posibilitan la intervención directa y la difusión de herramientas aplicables al individuo, la familia y la comunidad. Contiene una propuesta para intervenir directamente con población adolescente, madres y padres de familia, basada en la implementación de Sesiones Informativas que brindan información y sensibilización para prevenir y disminuir la violencia y sus efectos en las relaciones interpersonales, ofreciendo alternativas basadas en el aprendizaje significativo, la reflexión, el buen trato y la crianza positiva para favorecer relaciones sin violencia. Asimismo, propone intervenciones en la familia y la comunidad que contribuyan a la construcción de nuevos esquemas de interacción familiar para generar relaciones más positivas rompiendo el círculo de la violencia al interior de estas, mientras que en la comunidad se busca la generación de redes de apoyo que brinden protección y ayuda a las y los adolescentes en riesgo de vivir violencia.

Objetivos:

- Identificar las distintas formas que asume la violencia en la familia, la escuela y la comunidad y sensibilizar a las y los adolescentes, así como a madres y padres de familia sobre la importancia de actuar para romper el círculo de reproducción generacional de la misma.
- Generar conocimientos, habilidades y herramientas que coadyuven en la reducción de la violencia como forma de relación social entre las y los adolescentes y en sus entornos inmediatos.
- Promover la generación de redes sociales de apoyo en la comunidad para prevenir y combatir la violencia.

En **2013** se lanza el Plan Nacional para la Prevención de la Violencia y el Maltrato a Niñas, Niños y Adolescentes. Así mismo se evalúa el componente y se reestructura, capacitando a personal operativo en el componente.

En **2014** Implementación Nacional de Sesiones Informativas dirigidas a Adolescentes y a Madres, Padres y Tutores en la temática de maltrato, violencia y sus consecuencias.

En **2015** se ajustan las variables de registro del SIS y se construyó el Modelo para la prevención de la Violencia en la Adolescencia. Se implementaron las sesiones informativas a nivel nacional y se elaboró el Compendio de Prevención de Violencia en la Adolescencia.

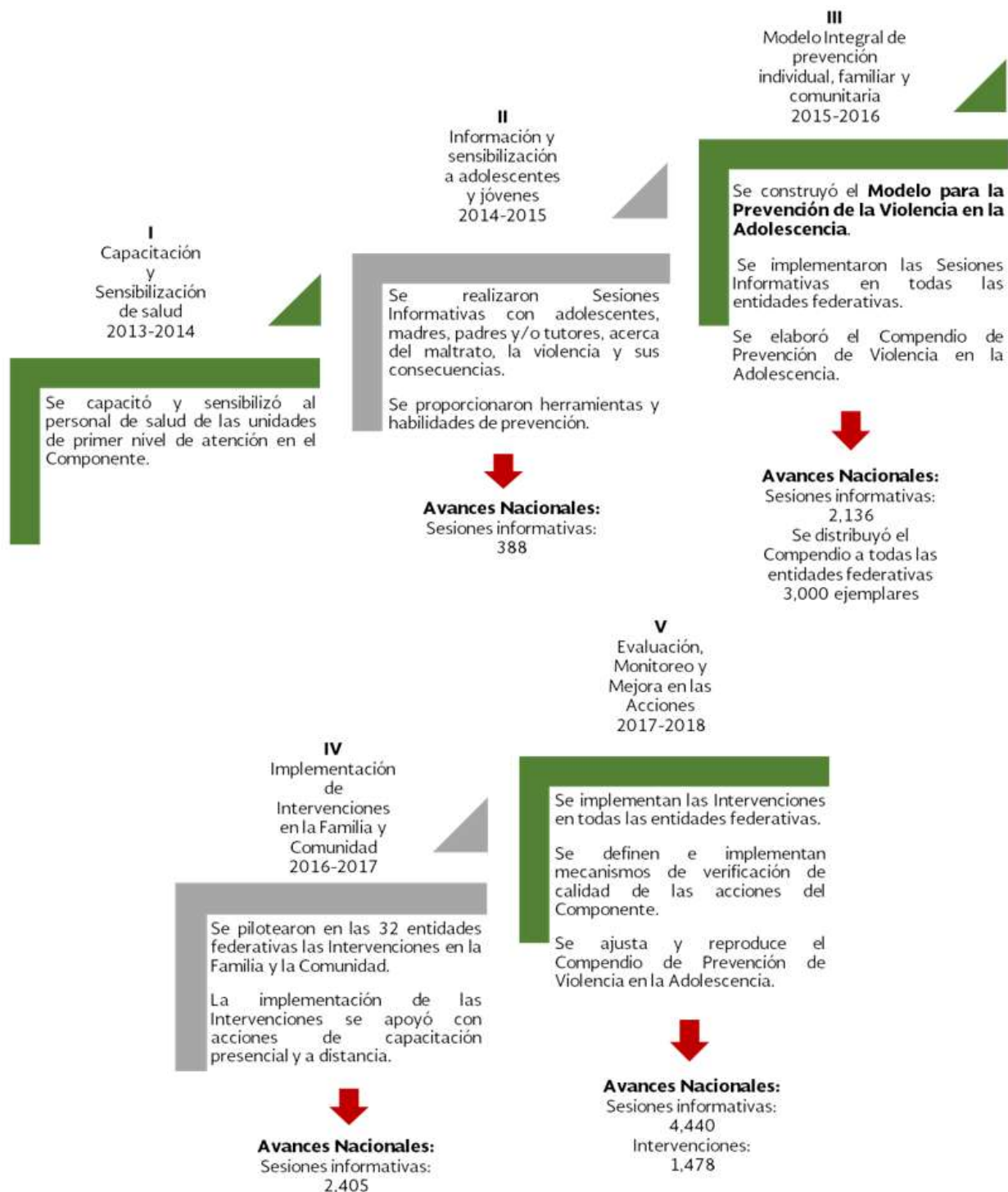
En **2016** se desarrollaron las Intervenciones a Madres, Padres y Tutores y a Comunidad y se capacitó de manera presencial y a distancia en el componente.

En **2017** se implementan las Intervenciones en la Familia y la Comunidad en todas las entidades federativas. Se ajustó y reprodujo el Compendio de Prevención de Violencia en la Adolescencia.

En **2018** se supervisó la implementación de las Intervenciones a familia y comunidad y se definieron e implementaron mecanismos de verificación de calidad de las acciones del componente.

Histórico de acciones y resultados de Prevención de Violencia

Prevención de Violencia en la Adolescencia (PVA)



Grupos de Adolescentes Promotores de Salud (GAPS).

Los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS), constituyen 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.

Objetivos:

- Brindar servicios de orientación y sensibilización en materia de salud integral al grupo de 10 a 19 años, que permitan la adquisición de conocimientos y habilidades para el desarrollo de hábitos y estilos de vida activa y saludable.
- Promover la participación de las y los adolescentes como actores centrales en los procesos de construcción del conocimiento y adquisición de habilidades a través de la metodología de educación entre pares.
- Fortalecer la coordinación intra e interinstitucional como mecanismo para incrementar la cantidad y calidad de los servicios brindados a la población adolescente del país.

En **2013** Se llevó a cabo el diagnóstico documental del componente y se inició el trabajo de la nueva propuesta de este.

En **2014** se inició la reestructuración del componente y se promovió la coordinación con el STCONAPRA, CENSIDA, DGETI, PROSPERA e INMUJERES. Se llevó a cabo la capacitación a los responsables estatales para mostrar el nuevo modelo.

Para **2015** se inició la transición hacia el nuevo esquema de operación del componente, donde el objetivo principal fue operar los grupos de manera permanente por línea de vida de 10 a 19 años, se implementó una metodología basada en contenidos diferenciados por segmento de edad (10-14 y 15-19) desde un enfoque integral, de determinantes de la salud y con perspectiva de Derechos, Equidad e Inclusión. En ese mismo año se modificaron las variables e indicadores del componente para garantizar la calidad del dato y simplificar la utilidad de la información obtenida. Se ajustaron y alinearon los indicadores en SIS. Se creó el Padrón de Atención para obtener datos confiables que permitieron el seguimiento posterior de los indicadores.

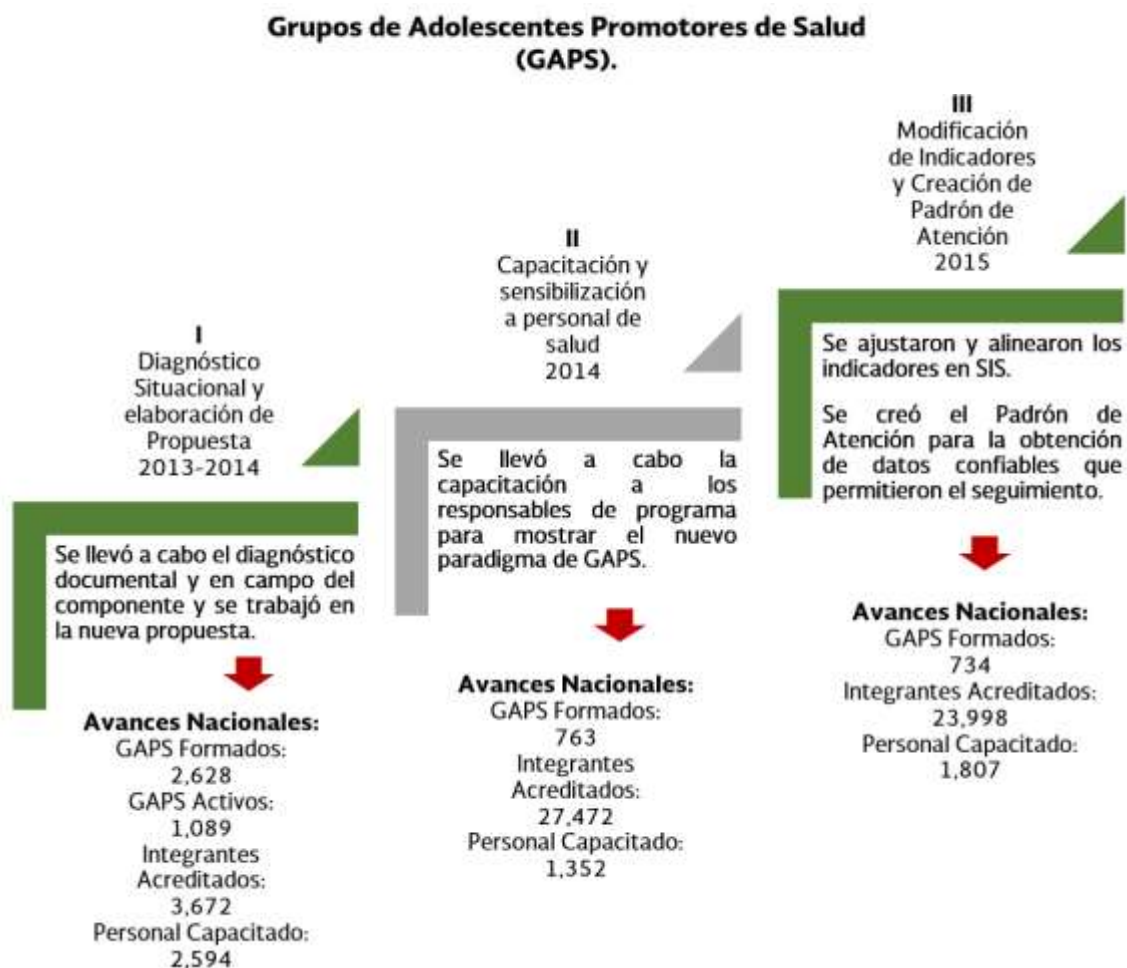
En **2016** se concluyó la transición de los grupos pendientes de acreditación por grupos permanentes, lo que impactó directamente en las coberturas de atención, pero incrementó la validez y calidad de la información obtenida a través de los Padrones de Atención implementados.

En **2017** se continuó con la transición hasta la consolidación, se definieron los grupos con operación permanente en cada entidad y los integrantes ingresarán para su seguimiento al padrón de atención. Se concluyó el Manual de Operación de GAPS en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), basado en contenidos de atención integral establecidos en la Cartilla Nacional de Salud y de la NOM-047, y se inició el proceso de certificación de coordinadores

adolescentes para GAPS. Por último, fortalecerá la coordinación institucional y se contará con un mapa nacional de los GAPS en operación.

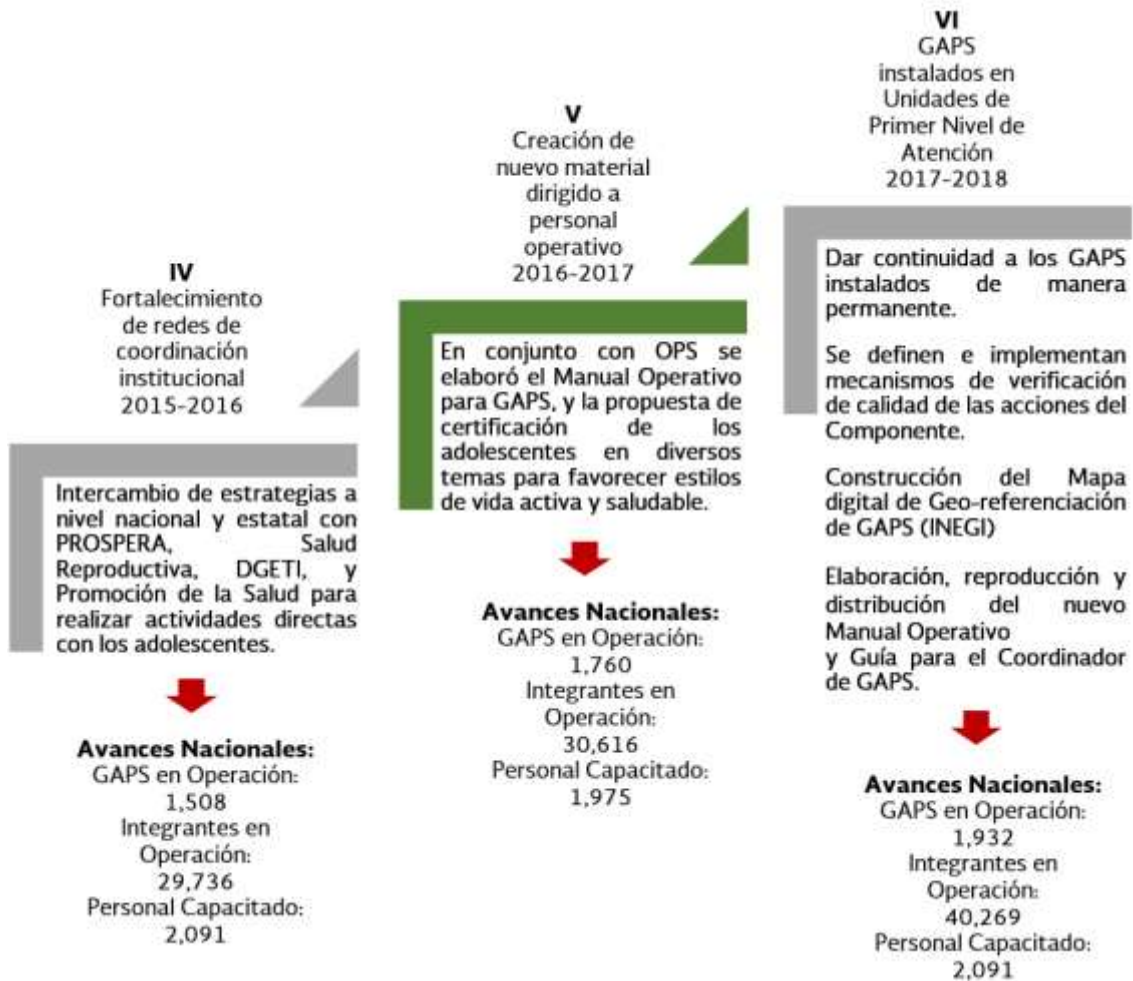
En **2018** se dio continuidad a los GAPS instalados de forma permanente. Se definieron e implementaron los mecanismos de verificación de calidad de las acciones del componente. Se inició la construcción del Mapa Digital de Geo-referenciación de INEGI para ubicar la localización e información concerniente a todos los GAPS instalados a nivel nacional. Se reprodujeron y distribuyeron los ejemplares del Manual Operativo y Guía para el Coordinador de GAPS.

Histórico de acciones y resultados de los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud



Continúa...

Continuación...



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

El Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA), tiene como propósito central, 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.

Objetivos:

- Identificar a través de un diagnóstico, las principales problemáticas a atender de manera coordinada en la entidad a través del GAIA, e incluirlas en el Plan de Trabajo.
- Generar sinergias institucionales dentro y fuera del sector que permitan la atención integral de las problemáticas que afectan a la población adolescente.
- Elaborar un reporte o informe anual con las principales acciones y logros trabajados al interior del Grupo.

En **2013** el GAIA estaba integrado por miembros de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), Centro Nacional para la Prevención y Control de la Adicciones (CENADIC), Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA), Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) y Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) con el objetivo de planeación y participación en la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia.

En **2014** se integran al GAIA los representantes del Sector Salud: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), IMSS PROSPERA, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Se revisó, actualizó y concluyó el proceso de redacción de la NOM-047-SSA2-2015.

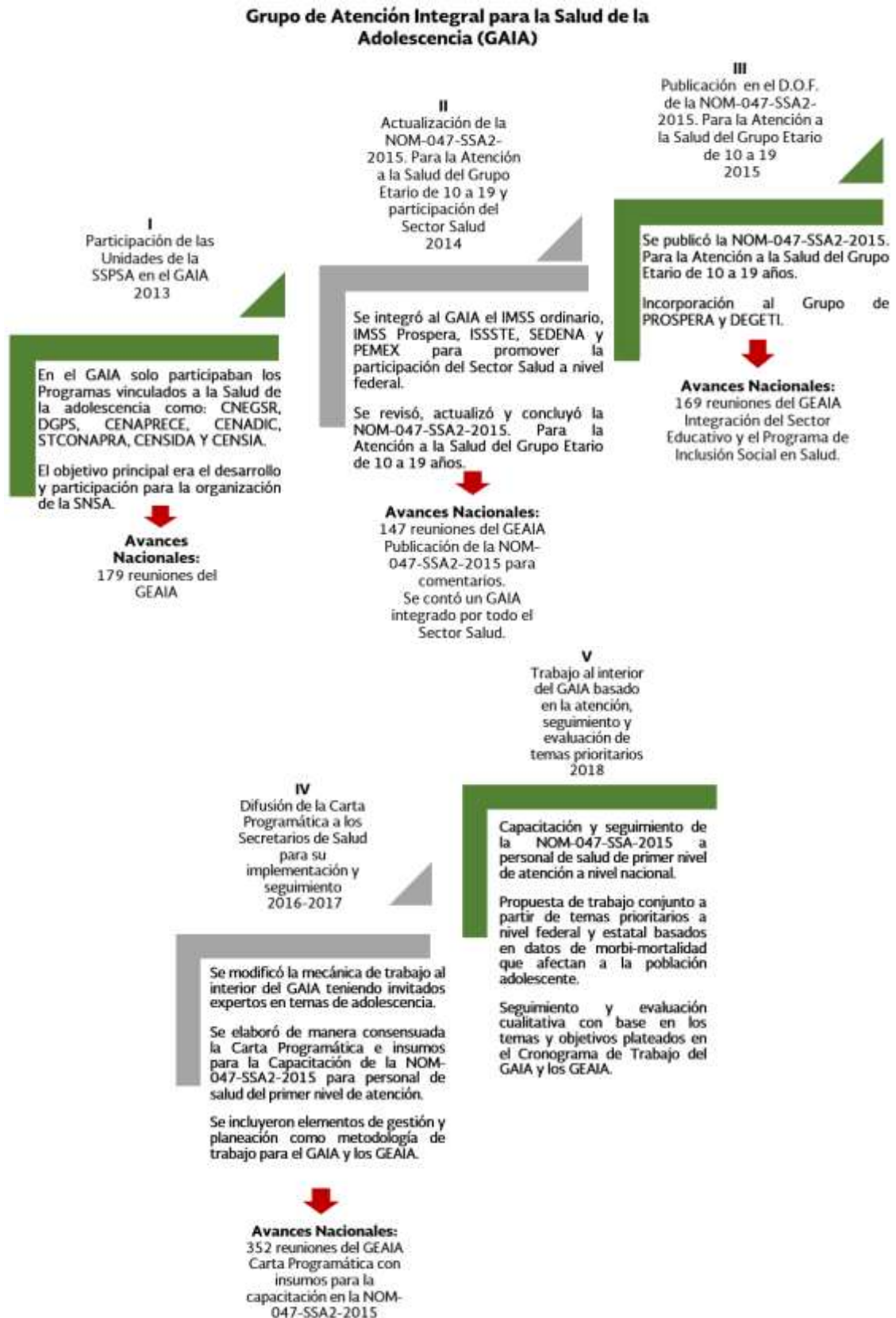
Para **2015** se publicó la NOM-047-SSA2-2015 para la Atención del Grupo Etario 10 a 19 años y se incorporó al grupo PROSPERA y la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DGTI).

En **2016** se incorpora a las sesiones un invitado experto en temas relacionados a la adolescencia y se inicia la integración de la Carta programática de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

En **2017** se incorporan herramientas de gerencia y planeación para los Responsables Estatales del Programa con el fin de fortalecer las acciones de coordinación intra e interinstitucional de los GEAIA y obtener resultados que beneficien a la población adolescente.

En **2018** se realizó la capacitación y seguimiento de la NOM-047-SSA2-2015 a personal de salud de primer nivel de atención a nivel nacional. Se realizó una propuesta de trabajo conjunto a partir de temas prioritarios a nivel federal y estatal con base en datos de morbi-mortalidad que afectan a la población adolescente. Se realizó seguimiento y evaluación cualitativa con base en los cronogramas de trabajo del GAIA y los GEAIA.

Histórico de acciones y resultados del Grupo de Atención Integral para la Adolescencia



Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (SNSA)

La Semana Nacional de Salud de la Adolescencia es un componente 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.

Objetivos:

- Realizar la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia en las 32 entidades federativas, así como en el 100% de las Jurisdicciones Sanitarias del país.
- Llevar a cabo durante la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia actividades en los 3 ámbitos establecidos en los Lineamientos vigentes: actividades deportivas que promuevan el desarrollo físico y emocional; actividades recreativo-culturales que promuevan el desarrollo intelectual y social, y la oferta de servicios que promuevan el acceso de las y los adolescentes a los esquemas de atención integral a la salud.

En **2013** se llevó a cabo la SNSA de forma temática, en ese año fue Prevención de VIH y SIDA. Las dinámicas y actividades se basaban en intervenciones generales de Nutrición y Prevención de Violencia.

En **2014**, en la SNSA se contó con la participación de los adolescentes 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 temáticos.

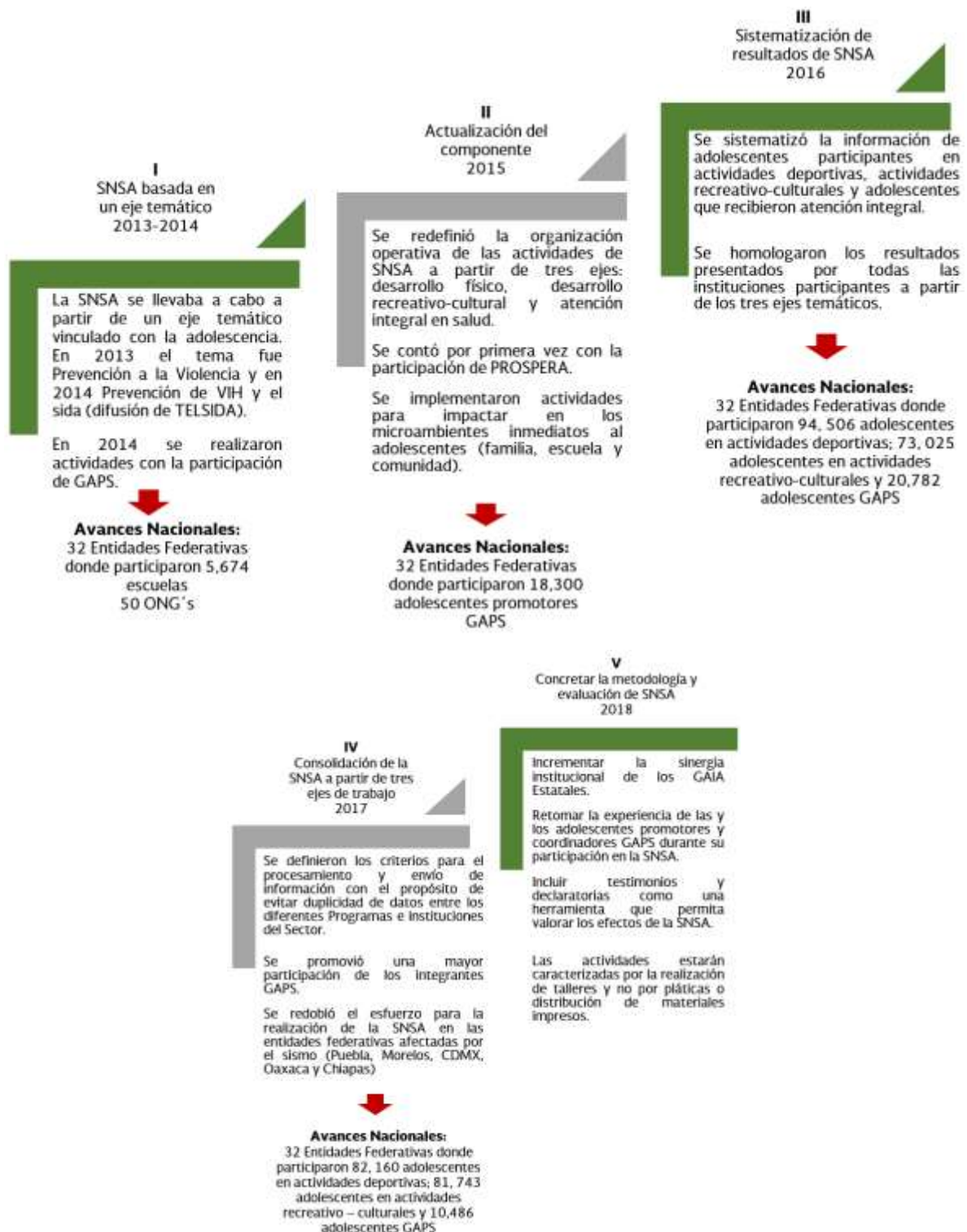
Para el año **2017** se inició con el proceso de recopilación y procesamiento de la información de la cobertura, y a través del GAIA se busca evitar duplicar información de las diferentes Instituciones. Se promovió una mayor participación de los adolescentes GAPS. Se redobló el esfuerzo para la realización de la SNSA en las entidades afectadas por el terremoto (Puebla, Morelos, CDMX, Oaxaca y Chiapas).

En el **2018** se incrementó la sinergia institucional de los GAIA Estatales. Se retomó la experiencia de los adolescentes y coordinadores GAPS durante su participación en la SNSA. Se incorporaron testimonios y declaratorias como una herramienta que permita evaluar los efectos de la SNSA. Las

actividades cambiaron su formato de pláticas y distribución de materiales impresos por talleres prácticos.

Histórico de acciones y resultados de la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia

Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (SNSA)



Capacitación Integral (CI)

El componente de capacitación constituye una pieza clave dentro del Programa de Atención a la salud de la 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 de este componente contempla además 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.

Objetivos:

- Capacitar de manera integral a los 243 Responsables Jurisdiccionales (PASIA y/o PASA y/o Nutrición) que intervienen en la operación del PASA a nivel nacional.
- Capacitar y/o actualizar a 1,773 Coordinadores GAPS en todo el país.
- Capacitar en la NOM-047 a personal de las Jurisdicciones Sanitarias de las Entidades Federativas.

En **2014** se elaboró en coordinación del CEC la Carta programática para la impartición de cursos regionales en temas de adolescencia.

En el año **2015** se realizó el diagnóstico del componente de capacitación, ya que anteriormente sólo se brindaba capacitación al componente de GAPS, y de manera independiente cada componente capacitaba de acuerdo con las necesidades. Se realizó una detección de necesidades de capacitación en función de la actualización del programa. En este año se definieron las líneas para reestructurar el componente.

En el año **2016** se elaboró el diagnóstico de necesidades de capacitación. Posteriormente se elaboró el Modelo Integral Multinivel; presencial, a distancia y tutorial. De esta forma se elaboraron las cartas programáticas del Curso de Inducción General y por componente. Se aplicaron encuestas de opinión a los participantes, con la finalidad de conocer la calidad de los cursos. En este año se llevaron a cabo tres Reuniones Nacionales y se dio inicio a la Carta Programática de la NOM-047-SSA2-2015.

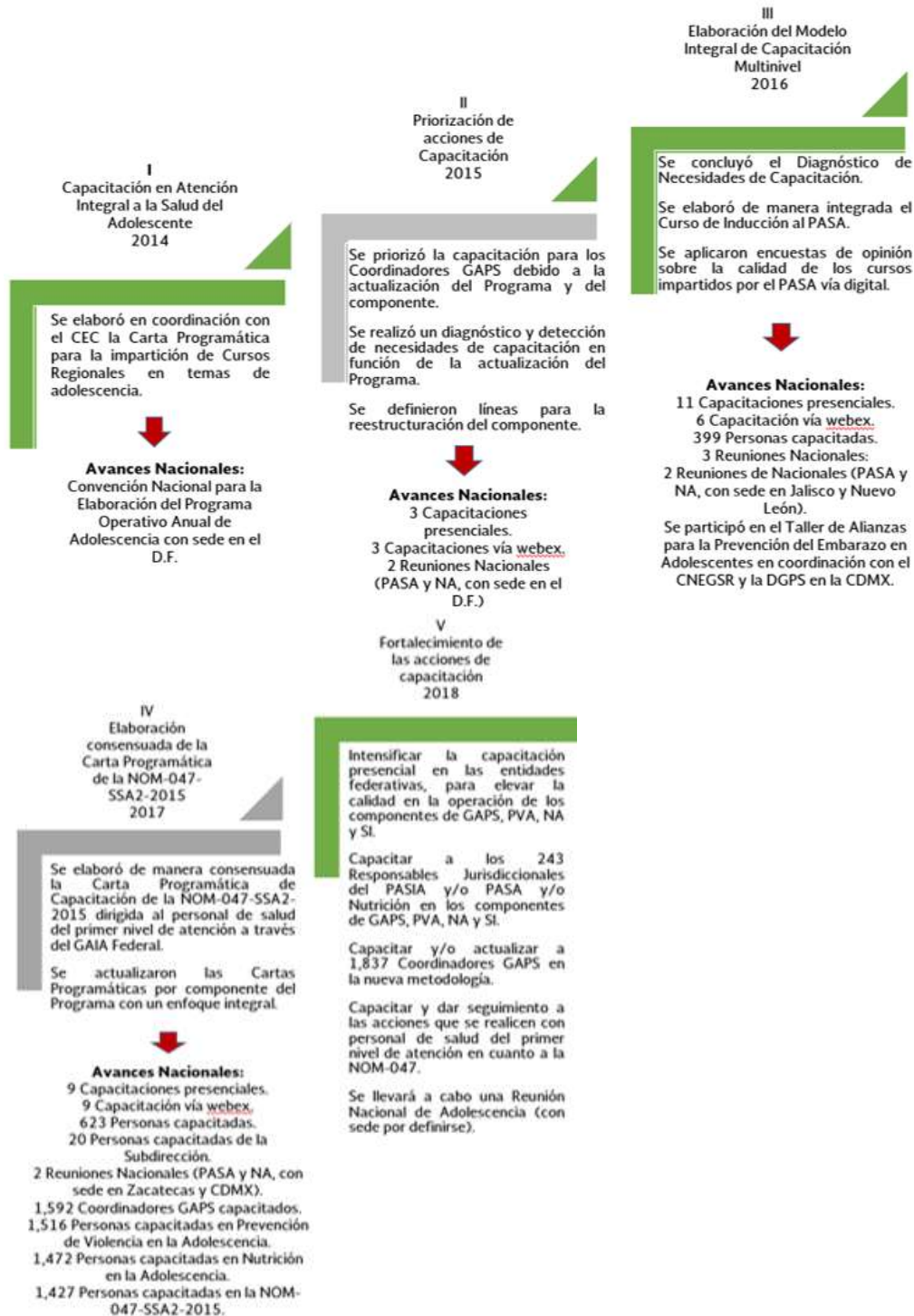
En el año **2017** se concluyó y consensó la Carta programática de la NOM-047-SSA2-2015 por todos los miembros del GAIA, así mismo se intensificó la capacitación a distancia para reforzar cada uno de los componentes del programa. Se actualizaron las cartas programáticas por componente con un enfoque integral.

En **2018** se intensificó la capacitación presencial en las entidades federativas, para elevar la calidad en la operación de los componentes de GAPS, PVA, NA y SI. Se capacitó a los Coordinadores GAPS

en la nueva metodología. Se capacitó y dio seguimiento a las acciones con personal de salud del primer nivel de atención en cuanto a la NOM-047-SSA2-2015.

Histórico de acciones y resultados de Capacitación Integral

Capacitación Integral (CI)





Supervisión Integral del PASA (SIP)

La supervisión integral del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA) 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 que conforman el Programa.

Objetivos

- Llevar a cabo visitas de supervisión a las jurisdicciones sanitarias con el propósito de evaluar la ejecución y resultados de cada uno de los componentes del Programa.
- Visitar unidades de salud con el propósito de verificar la calidad de las acciones que se realizan en los componentes de Nutrición, GAPS y Prevención de Violencia en la Adolescencia.
- Retroalimentar al personal de las jurisdicciones sanitarias con el propósito de mejorar la calidad de los servicios en beneficio de la población adolescente.

En el **2013** se aplicaron Cédulas de supervisión con prioridad en el componente de GAPS, de las cuales no existen evidencias de seguimiento.

En **2014** y **2015** el proceso de supervisión se reformuló para ajustarse y alinearse a la actualización de cada uno de los componentes del programa, así como para generar mecanismos que permitieran identificar los principales avances y obstáculos en la operación del programa a nivel Estatal, Jurisdiccional y de Unidades de Salud. A partir de los hallazgos o resultados obtenidos en las visitas a nivel federal, se brindó capacitación o acompañamiento tutorial al personal operativo de las entidades (responsables del PASA Estatal y personal Jurisdiccional) para fortalecer la operación del Programa.

Durante **2016** las acciones de supervisión por parte de los responsables del PASA en las entidades federativas fueron dirigidas a brindar monitoreo, acompañamiento y asesoría permanente a los Responsables Jurisdiccionales del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia, a partir de los resultados obtenidos durante las visitas de supervisión. Se realizó un segundo ajuste a las cédulas de supervisión en los niveles Estatal, Jurisdiccional y Unidad de Salud, así mismo se incorporó un Informe Ejecutivo el cual sirve como base para dar seguimiento a los hallazgos de la supervisión.

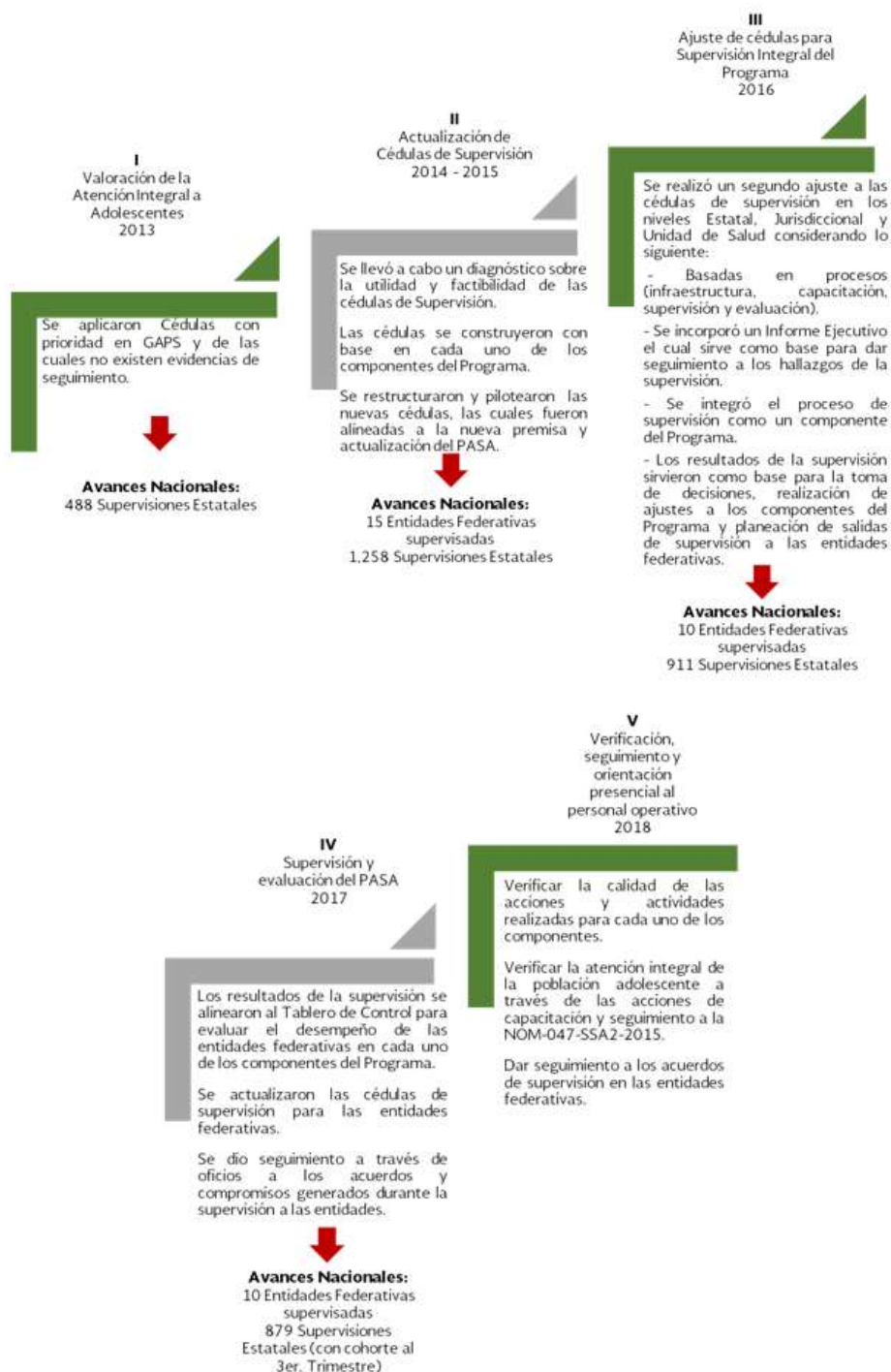
Para **2017** la supervisión está enfocada a la verificación y asesoría de la implementación de los ajustes derivados de la actualización de los componentes del Programa de acuerdo con los Lineamientos vigentes, así como al fortalecimiento del papel de gestor de los Responsables Estatales y del propio Programa en cada entidad federativa. Los resultados de la supervisión se alinearon al Tablero de Control para evaluar el desempeño de las entidades federativas en cada uno de los componentes del Programa. Se dio seguimiento a través de oficios a los acuerdos y compromisos generados durante la supervisión a las entidades.

En **2018** Se actualizaron y reajustaron las cédulas de supervisión para las entidades federativas. Se verificó la calidad de las acciones y actividades realizadas para cada uno de los componentes y

la atención integral de la población adolescente a través de las acciones de capacitación y seguimiento a la NOM-047-SSA2-2015.

Historico de acciones y resultados de Supervisión Integral

Supervisión Integral del PASA (SI)



Otras acciones realizadas:

De manera paralela a las acciones inherentes al PASA, a través del GAIA se mantiene coordinación con las siguientes instituciones:

- a) Al interior de la SPPS; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Comisión Nacional contra las Adicciones, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, Dirección General de Promoción de la Salud y Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.
- b) Al exterior de la SPPS; Comisión Nacional de Protección en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaría de la Defensa Nacional, Petróleos Mexicanos y la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial de la SEP.

Por otra parte, la Subdirección de Componentes Estratégicos de la Adolescencia es la instancia encargada de la integración y envío de los Indicadores Caminando a la Excelencia.

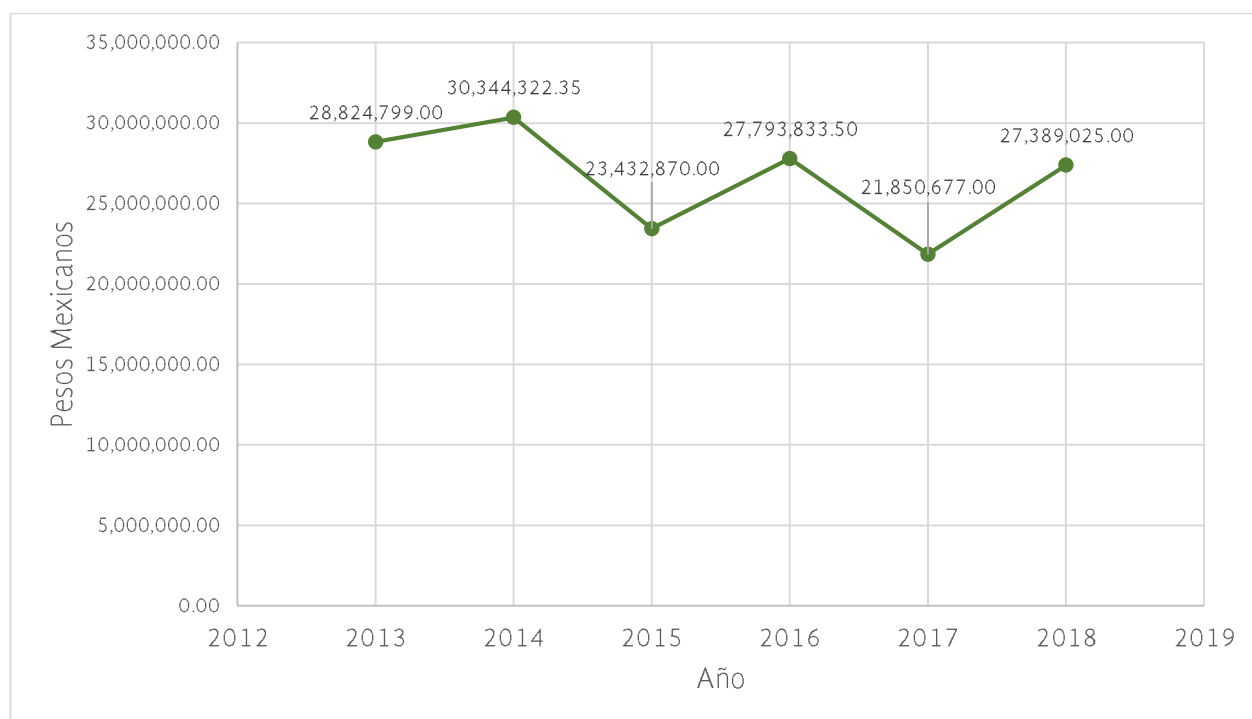
Por último, la subdirectora de la misma área es el enlace en materia de Equidad de Género, lo que conlleva a establecer vinculación con la Unidad de Género de la Secretaría de Salud, adscrita al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el Órgano Interno de Control de la SS y el INMUJERES.

Aplicación de recursos humanos, financieros y presupuestarios

El Programa de Atención a la Salud de la Infancia transfiere recursos a las entidades federativas a través de Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones en Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE) para la realización de las acciones y actividades correspondientes al programa, en coordinación directa con los Responsables Estatales del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia (PASIA).

En lo que va de la administración se han asignado recursos necesarios para el mantenimiento de las acciones del programa a través de la partida Ramo 12 (Gráfica 14).

Gráfica 14. Presupuesto de ramo 12, salud de la infancia y la adolescencia 2013-2018.

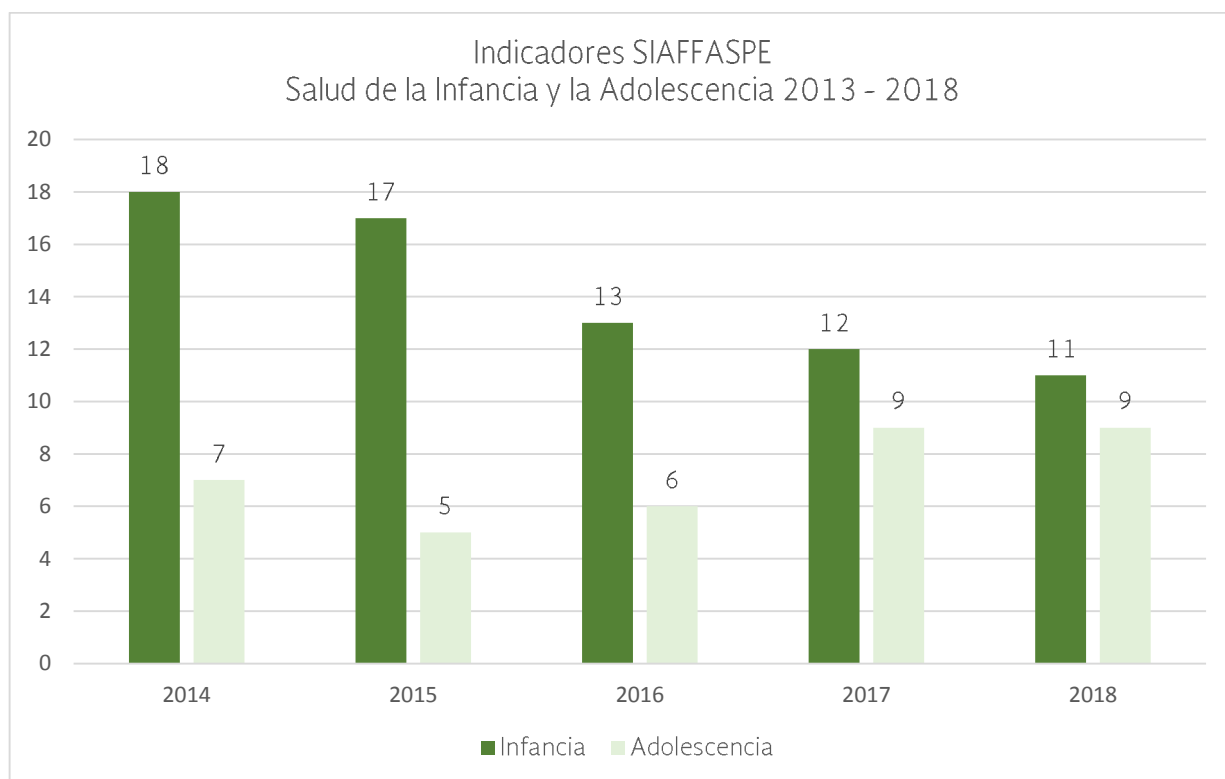


Como se puede observar en la gráfica anterior, a pesar de las dificultades económicas que atraviesa nuestro país, se ha buscado mantener el apoyo económico para las entidades federativas a través de la partida Ramo 12; sin embargo, gradualmente ha disminuido el recurso asignado al programa. A pesar de lo anterior, no se han dejado de realizar todas las acciones del programa en las entidades federativas.

Asimismo, el Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia realiza el seguimiento de las acciones y actividades realizadas con el recurso asignado por Ramo 12 para el programa, a través de la medición de indicadores desarrollados para la plataforma SIAFFASPE. Estos indicadores

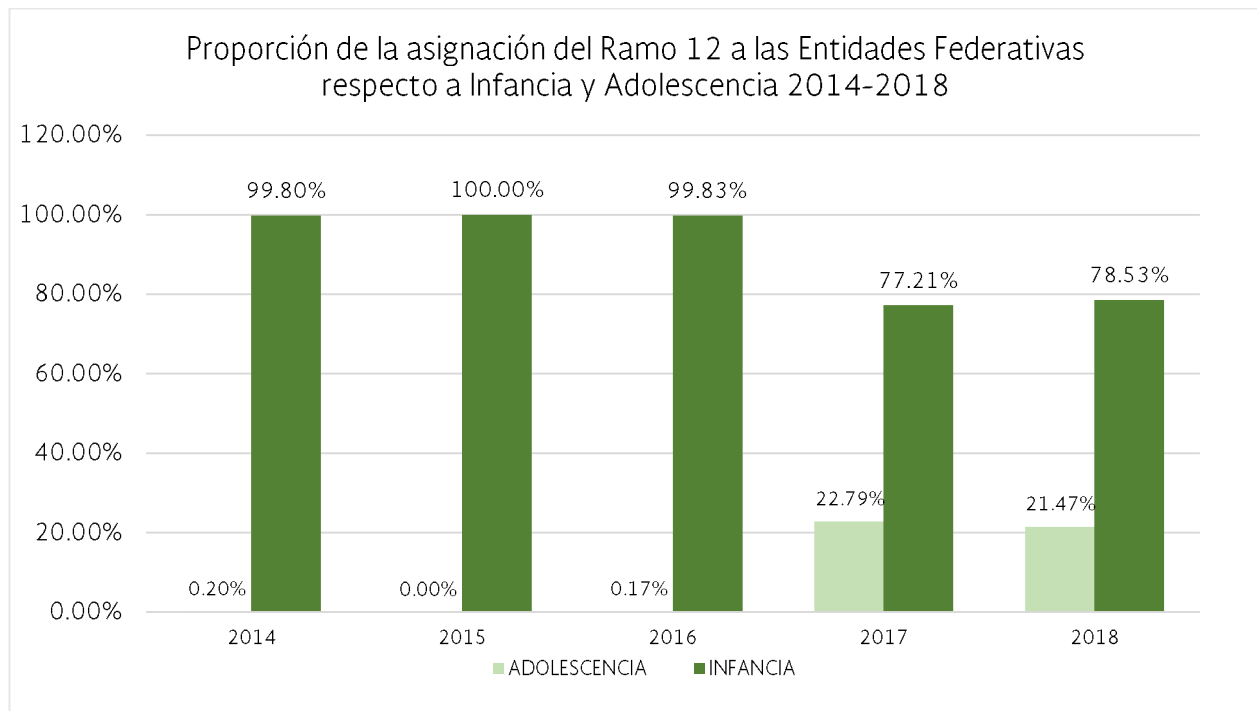
se actualizan cada año, con el objetivo de evaluar específicamente las acciones más importantes del programa (Gráfica 15). En la gráfica también se observa la disminución en el número de indicadores al integrar las acciones y actividades a un solo indicador, para evitar la pérdida de información y realizar una evaluación integral de los resultados de la asignación de los recursos por Ramo 12 a las entidades federativas.

Gráfica 15. Indicadores en la plataforma SIAFFASPE Salud de la Infancia y de la Adolescencia 2013-2018

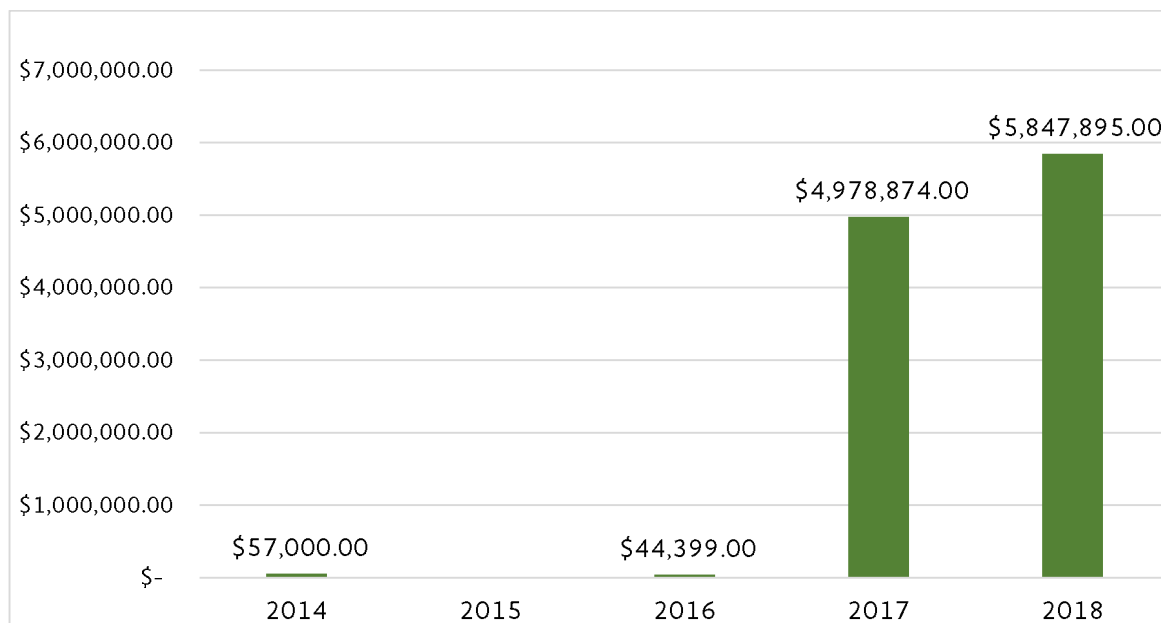


El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia se encuentra ligado tanto en presupuesto como en objetivos, metas e indicadores al Programa de Atención a la Salud de la Infancia, de hecho, se constituyen como un solo Programa adscrito al Pp-018. Esta situación ha influido en el posicionamiento y rectoría del Programa, debido a que el apoyo que se brinda a los estados vía Ramo 12 ha sido limitado. A continuación, se presentan dos gráficas (16 y 17) con los comparativos de asignación del recurso para Infancia y Adolescencia.

Gráfica 16. Proporción de la asignatura del ramo 12 a las entidades federativas respecto a infancia y adolescencia 2014-2018.



Gráfica 17. Presupuesto asignado a las entidades federativas del ramo 12 para fortalecer la operación del PASA.



En la gráfica 17 se puede observar un incremento en la asignación de recursos (plazas) del Ramo 12 para adolescencia, sin embargo, el incremento se debe a que los salarios se incrementaron en 2017 y 2018, así como a la decisión de fragmentar las plazas asignadas, es decir, las de médico se dividieron en dos o tres plazas de Trabajadores Sociales o Promotores para cubrir con este recurso a 28 personas de las cuales 8 son responsables del programa en su entidad federativa y no cuentan con plaza en sus entidades, ya que de lo contrario no habría responsable para operar el PASA. En total se tiene 20 estados cubiertos y 12 sin ningún tipo de apoyo.

En términos generales, el ejercicio del recurso asignado al Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia ha tenido el siguiente comportamiento (Cuadro 8).

Cuadro 8. Ejercicio Presupuestal Ramo 12. Periodo 2013-2018

Distribución del ramo 12 por entidad federativa, en el periodo del 2013 a 2018 en infancia y adolescencia

Entidad Federativa	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Agascalientes		317,500.00	674,520.00	1,071,889.00	647,398.00	856,798.00
Baja California		876,333.32	743,232.00	754,308.00	644,108.00	657,670.00
Baja California Sur		167,500.00	987,492.00	1,006,800.00	542,291.00	657,670.00
Campeche		344,157.40	663,780.00	1,301,373.00	983,660.00	1,129,998.00
Coahuila		331,887.47	894,276.00	1,079,273.00	921,236.00	743,310.00
Colima		1,551,000.00	939,108.00	1,463,489.00	581,022.00	769,410.00
Chiapas		3,351,073.00	337,260.00	369,627.00	974,613.00	1,110,700.00
Chihuahua		1,701,500.00	1,064,124.00	1,378,008.00	871,295.00	601,000.00
Ciudad de México		187,500.00	521,328.00	571,328.00	614,736.00	796,410.00
Durango	290,000.00	547,500.00	521,328.00	1,572,763.00	631,022.00	786,251.00
Guanajuato	150,000.00	382,752.00	1,203,696.00	1,391,250.00	918,752.00	1,109,998.00
Guerrero		2,203,957.96	1,364,400.00	1,551,478.00	1,018,427.00	1,201,226.00
Hidalgo		187,500.00	337,260.00	363,212.50	495,266.00	601,000.00
Hidalgo		3,759,564.00	337,260.00	369,627.00	495,266.00	2,703,982.00
Estado de México		290,000.00	337,260.00	544,043.00	854,141.00	1,138,900.00
Michoacán	240,000.00	491,833.33	337,260.00	369,627.00	707,009.00	559,700.00
Morelos		295,500.00	821,604.00	828,877.00	764,870.00	1,108,892.00
Nayarit		343,000.00	674,520.00	689,232.00	642,398.00	867,618.00
Nuevo León	156,799.00	695,500.00	674,520.00	889,232.00	764,870.00	1,051,710.00
Oaxaca		2,153,288.00	858,588.00	863,648.00	642,398.00	769,410.00
Puebla		255,000.00	601,848.00	620,636.00	531,347.00	601,000.00
Querétaro	255,000.00	167,500.00	337,260.00	369,627.00	319,604.00	358,620.00
Quintana Roo		657,500.00	946,596.00	947,017.00	509,612.00	843,750.00
San Luis Potosí	150,000.00	3,759,564.00	939,108.00	897,473.00	495,266.00	601,000.00
Sinaloa	240,000.00	427,500.00	647,520.00	689,232.00	495,266.00	601,000.00
Sonora	290,000.00	1,255,000.00	1,158,864.00	1,148,482.00	976,613.00	940,482.00
Tabasco		1,236,794.02	1,035,396.00	931,486.00	774,102.00	925,310.00
Tamaulipas		305,500.00	939,108.00	1,365,666.00	707,009.00	843,380.00
TLaxcala		187,500.00	674,520.00	897,473.00	589,208.00	358,620.00
Veracruz	255,000.00	1,528,617.85	337,260.00	369,627.00	495,266.00	601,000.00
Yucatán		187,500.00	337,260.00	369,627.00	495,266.00	601,000.00
Zacatecas	240,000.00	347,500.00	1,158,314.00	1,158,403.00	784,340.00	769,410.00
Total	\$ 2,266,799.00	\$ 30,344,322.35	\$ 23,432,870.00	\$ 27,793,833.50	\$ 21,850,677.00	\$ 27,239,025.00

Nota: En la plataforma de acuerdo al nivel de acceso con el que se cuenta en el momento de la consulta, no se encuentra la información relacionada al ejercicio 2013, probablemente el presupuesto se encuentra dentro de vacación, para los ejercicios 2014 a 2016, el presupuesto no se encuentra etiquetado para diferenciar de infancia y Adolescencia en la mayoría de las situaciones.

En cuanto a la generación de reportes de avance en metas en función del presupuesto, se ha observado una mejoría a partir del seguimiento de las acciones en la Plataforma SIFFASPE (Gráfica 18), lo anterior obedece a que en 2015 se incorporó la persona responsable del seguimiento al PASA a nivel federal.

Gráfica 18. Avance de Indicadores por reporte generado. Periodo 2014-2017.



Problemática o situación crítica, que pudo afectar

Salud en la infancia

- La disparidad socioeconómica al interior del país favorece que algunas entidades presenten altas tasas de mortalidad, al no contar con las medidas de saneamiento básico como drenaje, agua potable, piso firme, etc.; lo cual las pone en desventaja ante aquellas en las que el poder adquisitivo es mayor.
- La ausencia de sistemas de información estables en este momento, secundario a la migración del SIS a SINBA, dificulta el registro oportuno de la información, con un retraso en el análisis de esta.
- Los recursos humanos, materiales y económicos limitados generan restricciones en la ejecución de las acciones del Programa.
- Las condiciones sociales de las diversas regiones del país, incluidos los grupos étnicos, usos y costumbres, estilos de vida y sistemas de creencias entre otros, hacen complejo el intercambio de información, sensibilización, concienciación, y modificaciones cognitivo-conductuales de las madres, padres o cuidadores.

Salud en la adolescencia

- Funcionar como un solo programa (Infancia y Adolescencia) cuando se trata de programas diferentes.
- Dificultades para ejercer la rectoría del programa sin recursos asignados de manera propia.
- Insuficiente voluntad política para posicionar el programa dentro de la Secretaría y en las Entidades Federativas.
- Implementación del SINBA ya que, cuando la DGIS solicitó la revisión de las variables a cada Centro Nacional, no se contempló en la construcción al Programa de Adolescencia.
- Dificultades de coordinación entre los Centros Nacionales de la SPPS.

Cumplimiento de objetivos y metas, en su caso, señalar variaciones negativas

Salud en la infancia^{5/}

EDAS e IRAS

- En 2017, se otorgaron 308,148 consultas de primera vez por enfermedades diarreicas agudas a niñas y niños menores de cinco años, de las cuales, 97.6% ameritaron Plan A de tratamiento.
- En 2017, se dio capacitación a 2,253,885 madres responsables de niñas y niños menores de cinco años sobre el manejo de enfermedades diarreicas agudas en el hogar, deshidratación y medidas preventivas.
- Se han distribuido entre la población 6,685,498 sobres de Vida Suero Oral, en el marco de las Semanas Nacionales de Salud.
- Asimismo, se brindaron 1,914,837 consultas de infecciones respiratorias de primera vez a niñas y niños menores de cinco años, de los cuales el 58% recibió tratamiento sintomático.
- Con respecto a las infecciones respiratorias agudas, se capacitó a 2,553,222 madres de niñas y niños menores de cinco años sobre medidas de prevención y signos de alarma en el hogar.

Mortalidad en la Infancia

- Con respecto al desempeño de los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia, durante 2017, se logró la activación de los 32 Comités Estatales y se realizaron el 100% de las sesiones programadas, con participación interinstitucional.

Vigilancia del desarrollo en la primera infancia

- De 2013 a 2014 se aplicó la prueba EDI tamizando a 468,436 niñas y niños con signos de alarma en el desarrollo psicomotor.
- En 2015 se realizaron 828,560 evaluaciones del desarrollo infantil (prueba EDI) a niñas y niños menores de 5 años.
- Para el año 2016 - 2017; 1,174,119 niñas y niños fueron evaluados en el desarrollo con la prueba EDI.

^{5/} Cifras actualizadas al 30 de junio de 2018, con información de SINBA SIS. Consulta realizada el día 10 de julio de 2018.

- Asimismo, de 2015 a 2018; 2,626,834 niñas y niños menores de cinco años de edad recibieron acciones de estimulación temprana y 4,657,192 madres, padres o cuidadores fueron capacitados en estimulación temprana.

Prevención de violencia y maltrato infantil

- Durante 2016 a 2018 se han realizado 45,448 sesiones informativas sobre la prevención del maltrato infantil.
- De 2016 a 2018 se han tenido 687,936 asistentes a sesiones informativas sobre prevención del maltrato infantil.

Atención integrada al menor de un año

- De 2014 a 2018 se han otorgado 1,845,491 consultas a niño sano de primera vez menor de un año.

Salud en la adolescencia

Nutrición en la Adolescencia

- En 2013 Nutrición en la Adolescencia (NA), se rebasó en un 153% (399,300 detecciones) la meta programada de 261,222 detecciones de conductas alimentarias de riesgo, sin embargo, al analizar la información, se identificó que no existían evidencias de referencia al segundo nivel de atención de las y los adolescentes a estas problemáticas, lo que hacía prácticamente imposible el seguimiento y control de los casos.
- En 2014 se alcanzó el 65% (647,107) de la meta programada que fue 998,201 de adolescentes en control nutricional. Así mismo se realizaron 241 talleres y campañas en prevención de bajo peso, sobrepeso y obesidad en adolescentes y 415,316 detecciones de conductas alimentarias de riesgo.
- En 2015 se alcanzó el 57% (8,439,879) de la meta programada que fue 14,905,672 de registros de índice de masa corporal en adolescentes. Cabe señalar que la baja en la meta se debió por una parte a que los responsables del componente de Nutrición en las entidades federativas, se encuentran en un área distinta a la del PASA, obstaculizando el flujo de información. Por parte, hubo cambios y ajustes en el indicador ya que se identificó que no existían evidencias de referencia para la atención al segundo nivel de las y los adolescentes con conductas alimentarias de riesgo, lo que hacía prácticamente imposible el seguimiento y control de los casos. Por lo anterior, se tomó la decisión de enfocar el indicador a la medición de IMC para identificar bajo peso, sobrepeso y obesidad en adolescentes y brindar acciones preventivas a través de recomendaciones alimentarias.
- En 2016 en NA se alcanzó solo el 69% (3,645,630) de la meta programada que fue 5,286,275 de registros de índice de masa corporal en adolescentes.

- En 2017 en Nutrición se alcanzó el 80% (4,008,260) de la meta programada que fue 4,992,332 de registros de adolescentes con detección de obesidad, sobrepeso, normalidad y bajo peso.
- En 2018 se alcanzó, con corte al 30 de junio, el 36% (1,744,485) de la meta programada que fue de 4,853,495 de registros de índice de masa corporal en adolescentes.

Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud

- En 2013 en los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS), se alcanzó el 85% (640 grupos) de la meta programada de 755 grupos formados, debido a que se hizo una depuración en los estados de aquellos grupos que se habían conformado pero que no se encontraban sesionando una vez al mes o llevaban más de tres meses sin sesionar, asimismo, se acreditaron 19,712 integrantes y se capacitaron a 2,127 Coordinadores.
- En 2014 en los GAPS, se alcanzó el 80% (763 grupos) de la meta programada de 958 grupos formados, así mismo se acreditaron 27,488 adolescentes. En Capacitación a coordinadores de GAPS, se alcanzó el 81% (1,352) de la meta programada de 1,679 personas capacitadas en el componente.
- En 2015 en GAPS se alcanzó el 65% (734 grupos) de la meta programada de 1,131 grupos formados, así mismo se acreditaron 23,998 adolescentes y se capacitó a 1,807 coordinadores. En capacitación a GAPS se alcanzó el 108% (1,807) de la meta programada de 1,668 personal de salud capacitado en el componente de GAPS.
- En 2016 en GAPS se alcanzó el 85% (1,508 grupos) de la meta programada de 1,764 grupos formados. En capacitación se alcanzó el 97% (2,091) de la meta programada de 2,165 personal de salud capacitado en el componente de GAPS. Cabe señalar que, con el propósito de fortalecer al personal operativo encargado de la atención de las y los adolescentes, en este año se implementó la Capacitación Integral del PASA para lo cual se diseñó e implementó un Modelo multinivel.
- En 2017 en GAPS se alcanzó el 96% (2,130 grupos) de la meta programada de 2,221 grupos en operación, con un total de 44,326 adolescentes. En Capacitación Integral del PASA, se alcanzó el 94% (2,346) de la meta programada de 2,493 personal de salud capacitado en programa.
- En 2018 se alcanzó, con corte al 30 de junio, el 86% (2,076 grupos) de la meta programada de 2,406 grupos en operación, con un total de 43,150 adolescentes. En Capacitación Integral del PASA, se alcanzó el 54% (1,672) de la meta programada de 3,097 personal de salud capacitado en el programa.

Prevención de Violencia en la Adolescencia

- En 2014 en PVA, se rebasó la meta en 164% (388 sesiones informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a Adolescentes, Madres, Padres y/o Tutores), de un

total de 237 sesiones informativas programadas. Cabe destacar que se rebasó la meta porque los Programas de Violencia, Salud Mental y Promoción a la Salud de otras unidades administrativas de la SPPS registraron sus acciones en las variables del CENSIA.

- En 2015 en PVA, se rebasó la meta en 129% (2,136 sesiones informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a Adolescentes, Madres, Padres y/o Tutores), de un total de 1,650 sesiones informativas programadas.
- En 2016 se avanzó el 16% (2,405 sesiones informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a Adolescentes, Madres, Padres y/o Tutores), de un total de 15,115 sesiones informativas programadas.
- En 2017 en Prevención de Violencia en la Adolescencia, se rebasó la meta en 152% (2,530 sesiones informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a Adolescentes, de un total de 1,667 sesiones informativas programadas. Así mismo se realizaron 1,850 Sesiones Informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a Madres, Padres y/o Tutores. Por otra parte, se rebasó la meta de Intervenciones de Prevención de Violencia en un 272% (2,200) de un total de 808 intervenciones programadas.
- En 2018 en PVA se alcanzó, con corte al 30 de junio, el 38% (1,748 sesiones informativas de Prevención de Violencia en la Adolescencia dirigidas a adolescentes, madres, padres o tutores), de un total de 4,628 sesiones informativas programadas. Por otra parte, se obtuvo el 19% (167) de avance en la meta de Intervenciones de Prevención de Violencia de un total de 864 programadas.

Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia

- En 2013 en el Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA) se alcanzó el 91% (182 reuniones) de la meta programada de 199 reuniones debido a que dos entidades federativas no contaban con un Responsable Estatal (Baja California y Oaxaca) que se hiciera cargo de la coordinación del GAIA, así como a cambios de autoridades en todos los niveles de gobierno imposibilitando el seguimiento y ejecución de estas.
- En 2014 en el GAIA, se obtuvo el 78% (150 reuniones) de la meta programada de 192 reuniones realizadas. Cabe señalar que, con el fin de realizar acciones integrales de manera transversal, en este año el GAIA federal incorporó a los integrantes del Sector Salud al Grupo (IMSS régimen ordinario y PROSPERA, PEMEX, ISSSTE, SEDENA y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud).
- En 2015 en el GAIA, se obtuvo el 85% (164 reuniones) de la meta programada de 192 reuniones realizadas. Para este año, se incorpora al Grupo la DGTI.
- En 2016 en el GAIA, se obtuvo el 98% (188 reuniones) de la meta programada de 192 reuniones realizadas.

- En 2017 En el GAIA, se obtuvo el 94% (167 reuniones) de la meta programada de 177 reuniones realizadas.
- En 2018 en el GAIA se obtuvo, con corte al 30 de junio, el 43% (72 reuniones) de la meta programada de 167 reuniones realizadas.

Semana Nacional de Salud de la Adolescencia

- En 2013 en de la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia (SNSA), se alcanzó el 93% (223 jurisdicciones con Plan de Trabajo e Informe de Meta-Logro) de la meta programada que fue de 239 Jurisdicciones Sanitarias participantes, debido a que no todas las Jurisdicciones Sanitarias cuentan con alguno de los dos documentos solicitados.
- En 2014, en la SNSA, se alcanzó el 90% (215 jurisdicciones con Plan de Trabajo e Informe de Meta-Logro), del total de la meta programada que fue de 240 jurisdicciones sanitarias participantes.
- En 2015 en SNSA, se alcanzó el 96% (231 jurisdicciones con Plan de Trabajo e Informe de Meta-Logro), del total de la meta programada que fue de 240 jurisdicciones sanitarias participantes.
- En 2016 en SNSA, se alcanzó el 99% (241 jurisdicciones con Plan de Trabajo e Informe de Meta-Logro), del total de la meta programada que fue de 243 jurisdicciones sanitarias participantes.
- En 2017 en SNSA, se alcanzó el 99% (241 jurisdicciones con Plan de Trabajo e Informe de Meta-Logro), del total de la meta programada que fue de 243 jurisdicciones sanitarias participantes.

Supervisión Integral al PASA

- En 2014 en Supervisión se alcanzó el 92% (712) del total de la meta que fue de 776 supervisiones al Programa.
- En 2015 en Supervisión se alcanzó el 84% (537) del total de la meta que fue de 643 supervisiones al Programa.
- En 2016 en Supervisión se alcanzó sólo el 62% (937) del total de la meta que fue de 1,519 supervisiones al Programa.
- En 2017 en Supervisión se alcanzó el 87% (1,173) del total de la meta que fue de 1,349 supervisiones al Programa.
- En 2018 en Supervisión se alcanzó, con corte al 30 de junio, el 41% (481) del total de la meta que fue de 1,171 supervisiones al Programa.

Efectos producidos

Salud en la infancia

Durante la actual administración, la Salud de la Infancia en México ha tenido grandes avances; sin embargo, todavía persisten importantes retos que deberán seguir atendiéndose con la participación conjunta del gobierno y la sociedad.

La mortalidad infantil se ha mantenido con una tendencia a la baja, gracias a las acciones conjuntas de la Secretaría de Salud, a través del CENSIA, y la coordinación con todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud. Esto ha sido posible gracias al reforzamiento del tratamiento para la deshidratación por diarrea y al énfasis en el tratamiento sintomático de las infecciones respiratorias agudas no complicadas en niñas y niños menores de cinco años, al ser estos dos padecimientos causas importantes de mortalidad infantil. Asimismo, se ha logrado consolidar a nivel nacional los Comités de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad en la Infancia en las 32 entidades federativas. Los COERMI fomentan la prevención de la mortalidad infantil mediante el estudio de sus causas.

Se sabe que durante los primeros años de vida del ser humano se establecen las bases para la salud, crecimiento y desarrollo en el futuro, por ello, durante esta administración se estableció la aplicación de la prueba de evaluación del desarrollo infantil a todos las niñas y niños menores de cinco años que acuden a consulta en el primer nivel de atención. La prueba ayudó a identificar alteraciones del desarrollo en etapas tempranas de la vida y a brindar la estimulación temprana necesaria que favorezca el desarrollo integral de la infancia.

Hasta la fecha y a través de la estrategia de capacitación del Programa de Atención a la Salud de la Infancia se ha logrado la capacitación al 100% del personal de salud en contacto con el paciente, que labora en el primer nivel de atención en el 90% de todas las entidades del país, con algunas entidades llegarán a la meta establecida en el transcurso de año 2018. Con esta estrategia se fortalecen las acciones a favor de la salud de la infancia, al incluir temas de todos los componentes del Programa de Atención a la Salud de la Infancia.

Salud en la adolescencia

- Insuficientes recursos humanos y financieros para operar el programa de manera más eficiente y desequilibrio en la asignación de los recursos de Ramo 12.
- Problemas de Rectoría en las entidades federativas.
- Dificultados para garantizar la calidad del dato, para alinear y verificar la información trimestral y problemas para la generación de informes basados en el SIS-SIMBA.
- Debilidad en la implementación de acciones integrales y transversales dirigidas a la población adolescente.

Relación de anexos

Anexo. 1 Abreviaturas y acrónimos

CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CONAVA	Consejo Nacional de Vacunación
PASA	Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia
NA	Nutrición en la Adolescencia
PVA	Prevención de Violencia en la Adolescencia
GAPS	Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud
SNSA	Semana Nacional de Salud de la Adolescencia
GAIA	Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia
SI	Supervisión Integral
CI	Capacitación integral
CENADIC	Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida.
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
DGETI	Dirección General de Educación Tecnológica Industrial.
DGPS	Dirección General de Promoción a la Salud.
GAPS	Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Anexo. 2 Glosario

Salud en la infancia

Alimentación complementaria. Es el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y es necesario la introducción de otros alimentos y líquidos además de la leche materna. La edad óptima para iniciar la alimentación complementaria es a los 6 meses y se prolonga hasta los 24 meses de edad.

Alimentación correcta/adecuada. A la dieta que, de acuerdo con los conocimientos reconocidos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades.

Alteraciones Sexuales Congénitas Ligadas a Cromosomas. Grupo de padecimientos ocasionados por defectos en el número total de cromosomas o en algunos de los genes, que ocasionan anormalidades ya sea en el desarrollo de los genitales internos, externos, y/o en la producción hormonal de las gónadas, que en ocasiones puede causar ambigüedad genital y falta de desarrollo de caracteres sexuales secundarios.

Antropometría/somatometría. A la técnica estandarizada que se ocupa de medir las dimensiones físicas del cuerpo humano en diferentes edades y estados fisiológicos.

Atención integrada. Al conjunto de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento que se le proporcionan, de manera simultánea, a las niñas y los niños menores de 10 años en la unidad de salud, independientemente del motivo de la consulta.

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

Circunferencia de cintura. Al perímetro abdominal que se mide en el punto medio entre el borde costal inferior y la cresta iliaca.

Consulta de la niña y el niño sano. A la consulta médica realizada en las unidades de primer nivel que engloba distintas acciones de prevención, vigilancia, seguimiento y detección en favor de la salud y desarrollo de la niña y el niño.

Crecimiento. Al proceso fisiológico por el cual se incrementa el número y tamaño de las células, por lo que incluye órganos y sistemas, en el caso de niños se mide a través de indicadores como el peso y longitud/talla.

Cromosomas. Estructuras que se encuentran en el núcleo de cada una de las células que forman nuestro organismo y dentro de estos se encuentra todo el material genético que determinará las características tanto externas como internas del individuo.

Desnutrición. Al estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos o por una alteración en su utilización por las células del organismo. Se acompaña de varias manifestaciones clínicas, reviste diversos grados de intensidad y se clasifica en aguda y crónica. Se evalúa por medio del indicador peso para la talla (P/T) de acuerdo a los patrones de referencia establecidos en los Lineamientos del CENSIA.

Dictamen. Para fines del Programa de Infancia, se refiere al análisis de las autopsias verbales que permite identificar las fallas en el proceso de atención que originaron la muerte del menor.

Estimulación temprana. Es un conjunto de actividades que tiene como propósito promover el desarrollo de cuatro áreas, principalmente: motor grueso (representa a los movimientos grandes del cuerpo, piernas y brazos), motor fino (son los movimientos finos y precisos de las manos y dedos), lenguaje (es la capacidad de comunicarse y hablar) y socio-afectivo (es la capacidad de relacionarse con los demás y expresar sentimientos y emociones). El término temprano, ubica al desarrollo en el tiempo y se refiere al periodo del embarazo hasta que se complete la infancia.

Factores de mal pronóstico. A las variables biológicas y sociales que permiten orientar el plan de tratamiento, porque aumentan la probabilidad de que el niño muera si no se le da un seguimiento especial.

Factor de riesgo. A aquellos eventos biológicos y psicosociales que aumentan la probabilidad de un resultado adverso en la salud y el desarrollo de la infancia.

Factor protector. A aquellas condiciones individuales, familiares y de la comunidad capaces de favorecer la salud y el desarrollo, y reducir los efectos negativos de los factores de riesgo.

Índice de masa corporal. Al indicador del estado de nutrición. Razón que se establece al dividir el peso corporal expresado en kilogramos (kg) entre la estatura o talla expresada en metros (m), elevada al cuadrado (kg/m²).

Lactancia materna. A la proporcionada al recién nacido, con leche humana.

Lactancia materna exclusiva. Se refiere la alimentación óptima que la niña y el niño reciben a libre demanda, solamente con leche humana durante los primeros 6 meses de vida, sin adición de otros líquidos o alimentos, a excepción de Vida Suero Oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) si así lo requiere.

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

Obesidad. A la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, como la define la norma en la materia. En niñas y niños menores de cinco años de edad, se determina cuando el indicador de peso para la talla se encuentra a partir de +3 DE de acuerdo a los patrones de referencia establecidos. A partir de los cinco años se determina cuando el indicador de IMC se encuentra a partir de +2 DE de acuerdo a los patrones de referencia establecidos.

Orientación alimentaria. Al conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, destinada a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos (adquisición, conservación, manejo, preparación y consumo) y la

alimentación, con la finalidad de favorecer la adopción de una dieta adecuada a nivel individual, familiar o colectivo, considerando las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales.

Peso para la talla. Al índice resultante de comparar el peso de una niña o niño, con la talla que presenta, con respecto a una población de referencia. El normal corresponde a la mediana de una población de referencia.

Prácticas de crianza. Representan el conjunto de acciones de atención para las niñas y niños durante la infancia y se extienden hasta el término de la adolescencia. Este conjunto de acciones se basa en los conocimientos, las creencias, los patrones, normas subjetivas y prácticas de las madres, padres o cuidadores; y, están orientados a los cuidados de la alimentación, la nutrición, el desarrollo, el cuidado de la salud y la educación.

Primera Infancia. Es la etapa que comprende a partir de los 29 días hasta menos de 5 años de vida, donde se llevan a cabo acciones que promueven el desarrollo infantil, el cual es un proceso de cambio en el que la niña o el niño aprende a dominar niveles siempre más complejos de movimiento, pensamiento, sentimientos y relación con los demás, se produce cuando la niña o el niño interactúa con las personas, los objetos, otros estímulos en su ambiente biofísico y social, y aprende de ellos; así como en las áreas motriz, comunicación, cognitiva, personal-social y adaptativa.

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

Signos de alarma. A las manifestaciones clínicas obtenidas por el examinador que expresan la presencia de un riesgo a la salud del paciente.

Síndrome de Turner. Alteración originada por la ausencia parcial o total de un cromosoma sexual, sólo afecta a mujeres, las cuales presentan una gran variabilidad fenotípica que puede ir desde una simple reducción en la talla final y falla ovárica prematura hasta un cuadro grave donde se pueden presentar la mayoría de las manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas que caracterizan al síndrome.

Sobrepeso. Al estado pre-mórbido definido por la norma en la materia. Es considerado un factor predisponente de la obesidad y de otras enfermedades crónicas no transmisibles. En las niñas y niños menores de cinco años de edad, se considera sobrepeso a los valores que se encuentran entre +2 y +2.99 DE del indicador peso para la talla de acuerdo a los patrones de referencia establecidos. A partir de 5 años de edad, se determina cuando el indicador de IMC se encuentra a partir de +1 a +1.99 DE, de acuerdo a los valores de referencia establecidos.

Tasa de mortalidad en menores de cinco años. Es el número de defunciones de niñas y niños menores de cinco años de edad por cada mil nacidos vivos en el año de referencia.

Tasa de mortalidad infantil. Número de muertes en niñas y niños menores de un año por cada mil nacidos vivos durante un periodo de tiempo determinado.

Salud en la adolescencia

Acta Constitutiva del Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud. Documento que da legalidad al Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) quedando adscrito a la Unidad de Salud independientemente del lugar donde sesione.

Alimentación. Conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena.

Alimentación correcta. Hábitos alimentarios que, de acuerdo con los conocimientos aceptados en la materia, cumplen con las necesidades específicas en las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades.

Atención integral. Conjunto de servicios con enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad y acciones que las instituciones de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud brindan a las personas, sin discriminación, con el fin de promover y proteger su salud.

Bajo peso. Estado de nutrición identificado por ser menor a -2 Desviación Estándar, de acuerdo a los valores de referencia, previstos en la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención del Grupo Etario de 10 a 19 años.

Capacitación integral. Proceso educativo que se apoya en recursos didácticos para favorecer el desarrollo de conocimientos, habilidades y aptitudes que mejoren el desempeño del personal en cada uno de los componentes que integran el PASA.

Capacitación externa. Se refiere a la capacitación que se brinda a las entidades federativas, tomando como base las necesidades operativas.

Capacitación presencial. Se refiere a la capacitación que realiza directamente el facilitador a un grupo de participantes que deben estar presentes durante el desarrollo de la actividad.

Capacitación vía WEBEX. Se refiere a la capacitación a distancia brindada a través de la plataforma Cisco Webex.

Diagnóstico de necesidades de capacitación. Estudio que orienta la estructuración y el desarrollo de planes y programas para el establecimiento y fortalecimiento de conocimientos, habilidades o actitudes en los participantes de una organización.

Formato primario. Documento de nivel operativo donde se registran las actividades del o de los grupos que están adscritos a una unidad de salud. Dicho informe se realiza de manera mensual.

Grupos en Operación. Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) que se encuentran haciendo actividades en las unidades de salud.

Índice de Masa Corporal (IMC). Indicador del estado de nutrición. Razón que se establece al dividir el peso corporal expresado en kilogramos entre la estatura o talla expresada en metros, elevada al cuadrado, representada por la siguiente fórmula: $IMC = \text{Peso} / \text{Talla}^2$ (Kg/m²)

Intervenciones. Las intervenciones son acciones educativas programadas que conducen a la reflexión y al logro de la adquisición de conductas relacionales basadas en el buen trato y la resolución pacífica de conflictos, sustentadas en el modelo ecológico y la parentalidad con perspectiva de género y derechos humanos.

Modelo de capacitación multinivel. Metodología y estrategias didácticas que permiten dar respuesta a la heterogeneidad de las necesidades de capacitación de los participantes en términos de conocimientos previos y experiencia operativa.

Obesidad. Para el Grupo Etario (10 a 19 años) se determinará cuando el indicador de IMC se encuentra a partir de +2 Desviación Estándar, de acuerdo a los valores de referencia, previstos en la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención del Grupo Etario de 10 a 19 años.

Padrón de atención. Formato donde se refleja de manera dinámica la actividad de cada uno de los integrantes de los GAPS.

Sesión informativa. Se entiende por Sesión Informativa a la actividad reflexiva y estructurada que se realiza a través de técnicas didácticas con el objetivo de prevenir la violencia y cuyo propósito fundamental es la difusión de información, la generación de educación y promoción de la reflexión para un aprendizaje significativo como bases de la prevención primaria. La duración aproximada de cada una de las sesiones informativas es de 30 minutos. Para llevar a cabo las sesiones, se deberá contar con un máximo de 40 participantes en cada una, respetando las características de cada población a la que va dirigida, por lo tanto, debe limitarse a adolescentes de 10 a 19 años o madres, padres y/o tutores de adolescentes.

SIAFFASPE. Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas.

Sobrepeso. Para el Grupo Etario (10 a 19 años) se determinará cuando el indicador IMC se encuentre a partir de +1 Desviación Estándar, de acuerdo a los valores de referencia previstos en la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención del Grupo Etario de 10 a 19 años.

Taller. Modalidad de enseñanza-aprendizaje caracterizada por la interrelación entre la teoría y la práctica, en donde el instructor expone los fundamentos teóricos y procedimentales, que sirven de base para que los participantes realicen un conjunto de actividades diseñadas previamente y que los conducen a desarrollar su comprensión de los temas.

Tipo de población. Grupos GAPS con población Indígena, Rural o Urbano atendidos. En caso de que el GAPS esté en más de una categoría, dar prioridad a la población indígena.

Anexo 3. Índice de Ilustraciones

<i>Figura 1 Esquema operativo del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA)</i>	6
<i>Figura 2 Ejemplo de materiales sobre orientación alimentaria</i>	23
<i>Figura 3 Ejemplo de materiales sobre orientación alimentaria</i>	24
<i>Gráfica 1. Tasa de mortalidad en menores de cinco años 2013-2016</i>	17
<i>Gráfica 2. Tasa de mortalidad en menores de un año 2013-2016</i>	18
<i>Gráfica 3. Tasa de mortalidad por EDA en niñas y niños menores de cinco años, 2013-2016</i>	19
<i>Gráfica 4. Tasa de mortalidad por IRA en niñas y niños menores de cinco años, 2013-2016</i>	19
<i>Gráfica 5. Comportamiento de apego a planes de tratamiento para EDA en menores de cinco años, 2012-2017</i>	21
<i>Gráfica 6. Comportamiento de apego a planes de tratamiento para IRA en menores de cinco años, 2012-2017</i>	22
<i>Gráfica 7. Lesiones accidentales ocurridas en el hogar en niñas y niños menores de 10 años</i>	31
<i>Gráfica 8. Componentes del PASA: acciones y resultados en el año 2013</i>	39
<i>Gráfica 9. Componentes del PASA: acciones y resultados en el año 2014</i>	40
<i>Gráfica 10. Componentes del PASA: acciones y resultados en el año 2015</i>	41
<i>Gráfica 11. Componentes del PASA: acciones y resultados en el año 2016</i>	42
<i>Gráfica 12. Componentes del PASA: acciones y resultados en el año 2017</i>	43
<i>Gráfica 13. Componentes del PASA: acciones y resultados en el año 2018</i>	44
<i>Gráfica 14. Presupuesto de ramo 12, salud de la infancia y la adolescencia 2013-2018</i>	62
<i>Gráfica 15. Indicadores en la plataforma SIAFFASPE Salud de la Infancia y de la Adolescencia 2013-2018</i>	63
<i>Gráfica 16. Proporción de la asignatura del ramo 12 a las entidades federativas respecto a infancia y adolescencia 2014-2018</i>	64
<i>Gráfica 17. Presupuesto asignado a las entidades federativas del ramo 12 para fortalecer la operación del PASA</i>	64
<i>Gráfica 18. Avance de Indicadores por reporte generado. Periodo 2014-2017</i>	67