



Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas
Armadas Mexicanas

Manual Operacional del Programa de
Atención Médica Integral de las
Fuerzas Armadas Mexicanas
ISSFAM -SEDENA-SEMAR-CARE

Edición 2021



Manual Operacional del Programa de Atención Médica Integral de las Fuerzas Armadas Mexicanas ISSFAM -SEDENA-SEMAR-CARE

Índice

	Página
Introducción.....	ii
Capítulo I	
Antecedentes.....	1
Primera Sección	
Descripción del Modelo.....	1
Capítulo II	
Justificación.....	7
Capítulo III	
Normatividad.....	9
Capítulo IV	
Objetivo General.....	14
Capítulo V	
Objetivos Específicos.....	14
Capítulo VI	
Estructura de Recursos Humanos.....	17
Capítulo VII	
Sistemas de Información en Salud.....	19
Capítulo VIII	
Indicadores del Modelo.....	2
Capítulo IX	
Calendario de Implementación.....	24
Capítulo X	
Estructura de Recursos Materiales.....	25
Capítulo XI	
Área de Aplicación.....	26

Capítulo XII	
Descripción de los macroprocesos del programa.....	27
Glosario de Términos.....	111
Anexos.....	115
Referencias bibliográficas.....	151

Introducción

Uno de los pilares esenciales en cualquier Sistema de Seguridad Social es la atención médica. La salud constituye un derecho humano fundamental que el Gobierno de México debe de garantizar y proteger.

El ISSFAM, mediante un convenio de subrogación con las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina, cumple cabalmente su objetivo de proporcionar un Servicio Médico Integral a su derechohabencia (derechohabientes de militares en activo, militares en situación de retiro y sus derechohabientes, así como los pensionistas) de acuerdo al artículo 142 de su LISSFAM que señala lo siguiente: “La atención médica quirúrgica es el sistema por el cual se trata de conservar y preservar la salud de las personas, entendiéndose por este concepto no sólo el bienestar físico y mental, sino también la ausencia de enfermedad...”.

Los recursos económicos con los que se garantiza la prestación del Servicio Médico Integral a las y los derechohabientes son proporcionados en forma mensual por el Gobierno Federal mediante conciliación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en virtud que en el Artículo 154 de la LISSFAM, faculta al Instituto, para celebrar convenios de subrogación.

El convenio de subrogación para la prestación del Servicio Médico Integral es un instrumento a través del cual el ISSFAM, transfiere el cumplimiento de la obligación a la SEDENA y SEMAR para otorgar con su personal e instalaciones de salud este servicio. Este Convenio se coordina, se revisa anualmente y establecen acciones para mejora, a fin de que se otorgue un servicio con mayor eficiencia y equidad.

Para atender esta necesidad, el Instituto en forma conjunta las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina, desarrollo un Manual Operacional para establecer las formas y mecanismos mediante un Programa de Atención Médica Integral, que incluya acciones desde los niveles de promoción, prevención, atención curativa y rehabilitación.

Con lo anterior, se dará cumplimiento al Programa Institucional.2020-2024 en su Objetivo Prioritario 2: “Asegurar que se lleven a cabo las acciones para el eficiente otorgamiento del servicio médico integral en beneficio de la población objetivo, contribuyendo a su bienestar”. Incluidos en el

Reflejando el compromiso que mantienen las Fuerzas Armadas para dar cumplimiento a lo ordenado por el Presidente de México en Materia de Salud.

Capítulo I

Antecedentes

Basado en el informe mundial de las OMS 2008 donde se delinear los cinco principales fallos comunes en la prestación de atención de salud, enfocados en los puntos tercero y quinto que se especifican a continuación:

A. Atención fragmentada y en proceso de fragmentación: la excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la excesiva focalización (programas) impiden que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias atendidas y que se comprenda la necesidad de la continuidad asistencial. Los servicios que prestan atención sanitaria a los pobres y los grupos marginados casi siempre sufren falta de recursos.

B. Orientación inadecuada de la atención: asignación de recursos se concentra en servicios curativos.

La recomendación actual de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) es la integración a un esquema de atención basado en la Atención Primaria de Salud (APS) que marcan tres modelos:

- A. La centralidad en las personas, familia y comunidades
- B. La integralidad de la atención
- C. La continuidad del cuidado

Dicho modelo se establece en el año 2003 en la resolución CD44.R6, siendo revisada en el año 2005 en la Declaración Regional sobre APS.

Primera Sección

Descripción del modelo

Es un modelo integrado, flexible y adaptable de atención para la salud con enfoque preventivo, con una construcción con base en la corresponsabilidad de proveedor de salud y usuario de dicho servicio, basado en cuatro principios esenciales de intervención:

- A. **Cuidado**
- B. **Atención**
- C. **Revisión/rehabilitación**
- D. **Educación**

Se entenderá como medidas de **Cuidado** a toda acción que realice el paciente para el mantenimiento y fomento de la salud en todos sus niveles biopsicosocial. Con respecto a medidas de **Atención** serán todas las proporcionadas por el personal de sanidad y servicios correlacionados. Las medidas de **Revisión/Rehabilitación** se entenderán como toda acción que se ejecuta para restablecer el estado de salud y prevenir directamente las complicaciones y/o secuelas propias de la enfermedad y las medidas de **Educación** serán todas las acciones que otorguen herramientas e información a los usuarios para el respectivo cuidado de la salud.

Para la valoración de las acciones que correspondan a efectuarse durante el proceso de intervención se utilizará un sistema de semaforización de riesgo al paciente descrito en el cuadro 1.

Riesgo	Probable daño	Daño(s)
Salud		Enfermedad
Promoción	Diagnóstico y tratamiento oportuno	Atención médica

Cuadro No.1

Esquema de semaforización de riesgo/intervención
Fuente: Grupo Interinstitucional ISSFAM-SED-SEM

Estas medidas se aplicarán en líneas de acción horizontal en programas (cuadro 2) basados en los programas de salud a nivel nacional e intervención vertical por grupos etarios (cuadro 3) de vulnerabilidad y aplicabilidad. Con la intención de impactar de manera directa en problemáticas de salud específica y correlacionar las acciones preventivas para facilitar la aplicabilidad a nivel operacional.

Para la detección oportuna y prevenir el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas que le ven a complicaciones que generen secuelas o incapacidad, se atenderán por grupos etarios.

PROGRAMAS DE ACCIÓN
1. Vacunación
2. Higiene personal/Ambiente limpio
3. Nutrición/Sobrepeso y Obesidad
4. Salud Mental
5. Salud Bucal
6. Salud Materno Infantil
7. Salud Sexual y Reproductiva
8. Enfermedades no Transmisibles
9. Enfermedades Transmisibles
10. Patologías Neoplásicas
11. Salud ocupacional
12. Vigilancia epidemiológica y Sanidad Internacional
13. Educación, promoción y hábitos saludables
14. Calidad en la atención médica
15. Discapacidad y rehabilitación

Cuadro 2.

Módulos de acción

Fuente: Grupo Interinstitucional ISSFAM-SED-SEM

Grupos Etarios	Edades
Recién Nacido	(0-28 días)
Infantes	(1 mes-5 años)
Niños	(6-9 años)
Adolescentes	(10-19 años)
Mujeres	(20-59 años)
Hombre	(20-59 años)
Adulto Mayor	(60 años y más)

Cuadro 3.

Grupos Etarios de intervención.

Fuente: Grupo Interinstitucional ISSFAM-SED-SEM.

Con el objetivo de incorporar las directivas internacionales de salud pública establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), plasmados en los objetivos del milenio (Cuadro 5), y Organización de las Naciones Unidas (ONU) expresados en las metas de los objetivos de desarrollo sostenible. La selección de los programas de acción y los objetivos específicos de cada programa aplicables a cada grupo etario, fueron considerados de manera conjunta y progresiva.

El mecanismo de aplicación se ejecutará en la intervención lineal por paciente según su grupo etario, con un enfoque progresivo hasta completar las acciones preventivas que constituyan todos los módulos correspondientes a la línea de acción, para asegurar un enfoque holístico a las acciones preventivas que se realizarán por paciente.

Se ejecutará mediante la implementación progresiva de módulos de acción (Cuadro 4) de manera calendarizada para asegurar la adopción en las diferentes unidades del servicio de sanidad, con priorización por los módulos de mayor impacto en la salud general de la población de acuerdo con la situación epidemiológica existente dentro de las unidades médicas de las Fuerzas Armadas.

Personal de módulo básico	Servicios de referencia
Medicina General	Ginecología y Obstetricia
Enfermería general	Urología
Personal de módulo avanzado	Medicina Interna
Nutriología	Medicina Familiar
Odontología	Psiquiatría
Psicología	Epidemiología, Salud Pública y Medicina Preventiva
Trabajador Social	Medicina del Deporte, Medicina del trabajo
Salud Pública	Pediatría
	Traumatología y Ortopedia

Cuadro 4.
Equipo de trabajo ISSFAM-SED-SEM-CARE.
Fuente: Grupo Interinstitucional ISSFAM-SED-SEM.

Es conveniente mencionar que, debido a la logística y condiciones en las que se implementará el programa, se pretende iniciar con los recursos mínimos indispensables. La meta de este modelo consiste en impulsar la progresión del sistema de salud, de un enfoque asistencial hacia uno preventivo e impactar las tasas de morbimortalidad y calidad de vida del paciente derechohabiente, pensionado, militar en situación de retiro, así como activo de las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina.

No	Objetivo	Programa de Acción	Mecanismo de aplicabilidad
1	Lograr la enseñanza primaria universal	Niños (0-9 años)	Fomentar la vigilancia y actividades de estimulación de desarrollo locomotriz y vigilancia de factores que contribuyan al ausentismo escolar.
2	Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer	Salud Mental (Niños (0-9 años) y Mujeres (20-59 años)	Implementación de campañas de sensibilización sobre la igualdad de género, desarrollo psicosexual del individuo y prevención directa de la violencia de género
3	Reducir la mortalidad infantil	Nutrición/ infectocontagioso / salud materno infantil / vacunación/ prevención de neoplasias	Implementación de conjunto de acciones dirigidas a combatir de manera específica las principales causas de morbi-mortalidad infantil.
4	Mejorar la salud materna	Nutrición/ infectocontagioso/ salud materno infantil/ salud sexual y reproductiva	Aplicación de medidas coordinadas para permitir el desarrollo de una gestación saludable, segura y programada.
5	Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	Salud sexual y reproductiva/ infectocontagioso/ higiene personal y ambiente sano	Fomentar acciones dirigidas a la disminución y/o erradicación de factores de riesgo para infección y/o transmisión del VIH/SIDA, y medidas de prevención e higiene ambiental que disminuyan posibilidad de transmisión de enfermedades Transmisibles.
6	Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	Nutrición / higiene personal y salud ambiental	Fomentar una cultura anti-consumismo innecesaria con moderación y prevención como base para el cuidado de la salud y extender la visión de cuidado no solo al individuo si no al ambiente que nos incluye.
7	Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	Modelo CARE aspecto estructural / salud ambiental	El diseño interconectado entre los programas permite ejemplificar en el paciente la importancia de evitar una visión reductivista con respecto a medidas de mejora personal / El programa de salud ambiental impulsará en extender la cosmovisión del usuario sobre la implicación del cuidado de la salud más allá del individuo.

Cuadro 5
Objetivos del milenio y programas de ISSFAM-SED-SEM-CARE de aplicación.
Fuente: Informe ODM 2015

Las acciones establecidas en el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo que fueron establecidas en el ODM 2015, continúan estando vigentes en los requerimientos de salud que tienen que ser atendidas en las poblaciones. Así mismo, como los Objetivos de Desarrollo Sustentable (Cuadro 6).

No.	Metas del objetivo “Salud y Bienestar”	Programa de Acción
3.1	Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos	Salud Materno-Infantil
3.2	Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.	Salud Materno-Infantil
3.3	Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	Salud Sexual y Reproductivo
3.4	Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.	Enfermedades No Transmisibles
3.5	Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.	Salud mental (adicciones)
3.6	Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.	Salud mental (adicciones, estrés, ansiedad y depresión)
3.7	Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales	Salud Sexual y Reproductiva
3.8	Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios básicos de salud de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.	Vacunación
3.9	Reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo.	Salud Ambiental

Cuadro 6

Objetivos de Desarrollo Sustentable de la Organización de Naciones Unidas Fuente: ODS 2030 (Cumbre de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible en New York, 25 de septiembre de 2015)

Capítulo II

Justificación

La expectativa de vida global del 2000 al 2016 ha registrado un incremento de aproximadamente 5.5 años en ambos sexos, con la expectativa de vida en promedio mayor en la población femenina, y un incremento de la expectativa de vida saludable (HALE) de 4.8 años.

Esto se encuentra asociado a un decremento de la expectativa de vida saludable presentando un promedio de 9.5 en varones con respecto a 7.8 años en mujeres. La relación entre masculinos y femenino disminuye progresivamente por la vida con un decremento según envejece la población; con un decremento importante posterior a los 60-64 años.

Las 8 primeras causas de defunción a nivel mundial son de naturaleza crónica y detectable en etapas tempranas o reducible el riesgo a través de las medidas preventivas. Y de estas, tres están directamente asociadas al sexo femenino (cáncer de mama, complicaciones maternas y cáncer cérvico uterino), por lo que una intervención pronta y organizada permitirá desempeñar acciones que reduzcan la incidencia de estas enfermedades.

Existe asociación directa entre nivel socioeconómico y el HALE. Las enfermedades Transmisibles y las complicaciones materno-infantiles constituyen el impacto para la salud más importante en grupos socioeconómicos más bajos, normalmente asociado a la inaccesibilidad a servicios de salud o desconocimiento, mientras que, en la población con ingresos mayores, las patologías crónico-degenerativas y neoplásicas son las causas más predominantes. En niveles socioeconómicos superiores las muertes prematuras están asociadas a estilos de vida no saludables.

Las diferencias entre el desenlace de salud de los diferentes grupos etarios, la respuesta para la disminución de la disparidad en mitigar la exposición a factores de riesgo e incrementar la accesibilidad a los servicios de salud de manera oportuna, para mínimas las repercusiones a la salud general y optimizar la expectativa de vida saludable del individuo.

Se estima que el costo de la atención de enfermedades crónico-degenerativas en países desarrollados, como Estados Unidos, es de 30.72 trillones de pesos mexicanos, ligado a enfermedades como diabetes, cardiopatías y neoplasias. Estas enfermedades están directamente relacionadas a hábitos no saludables. Con un impacto en la economía general de una nación debido a que el incremento de la obesidad en la población general representa un costo estimado de 704,679 millones de pesos mexicanos de manera anual a los sistemas de salud.

En México las enfermedades crónico-degenerativas representan un costo de aproximadamente 16,246 millones de pesos mexicanos dólares de manera anual. Lo que

representa un costo estimado por persona de aproximadamente 14,482 pesos mexicanos al año, aproximadamente 10.6 millones de personas padecen alguna enfermedad crónica en nuestro país y se han registrado 87,000 muertes anualmente por esta causa; lo anterior implica la reducción de la expectativa de vida entre 5 y 10 años por individuo. Esto solo es un ejemplo del impacto económico que representan dichas enfermedades por su prevalencia y cronicidad en los estados y sistemas de salud.

Es imperativo subrayar la importancia de la migración de un modelo de salud curativo a uno de naturaleza preventiva que permita mitigar el impacto biológico, psicológico, social, económico y laboral que dichas enfermedades representan a largo plazo.

Dentro de las recomendaciones establecidas en el reporte estadístico de salud 2019 de la Organización Mundial de la Salud se establecen recomendaciones para disminuir el impacto de las disparidades que se presentan en salud global, dentro de ellas:

- A. Lograr cobertura de salud universal, que permitirá impactar en las poblaciones y usuarios de menores recursos y accesos a los mismos y conocer las medidas apropiadas para sus cuidados.
- B. Promover poblaciones saludables, establecer medidas que permitan modificar los hábitos de la población hacia reducir factores de riesgo para patologías.
- C. Sistemas de salud que respondan a las demandas de sexo y género, capaces de adaptarse a las diferentes necesidades de hombres y mujeres, que incluya los factores de riesgo y barreras de acceso y desenlaces de salud.
- D. Invertir en sistemas de información para la salud, que incluyan información desagregada. Que permita remediar el registro de información de manera desactualizada y relacionada a diversos indicadores de salud. La posibilidad de recolectar información de manera rápida y fácil para la modificación y adaptación de las acciones de manera oportuna.

Todo lo anterior nos demuestra que la salud pública representa un reto importante que requiere de un ajuste de esquemas estructurales de la atención de los pacientes que esté enfocado a reducir el impacto de dichas enfermedades en la población.

Capítulo III

Normatividad

A. General

- a. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4°, párrafo 3.
- b. Ley General de Salud, Secretaría de Salud, México, 1993.
- c. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- d. La Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, D.O.F., 27-01-2015.
- e. Ley Orgánica del Ejercito y la Fuerza Aérea Mexicanos.
- f. Ley Orgánica de la Armada de México.
- g. Código de Conducta del Servidor Público del Instituto Mexicano del Seguro Social, 15 de junio de 2011.
- h. Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas 2000-002-001. (21 de febrero de 2012).
- i. Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud “Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”, Organización Panamericana de la Salud. 2008.
- j. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
- k. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años.
- l. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia Social, Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

B. Vacunación

- a. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012 Prevención y control de enfermedades. Aplicación de Vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
- b. Lineamientos Generales 2021, Programa de Vacunación Universal y Jornadas Nacionales de Salud Pública.
- c. Programa de Vacunación Universal
- d. Manual de operación del Programa de Vacunación Universal en las Entidades Federativas.

C. Nutrición / sobrepeso y obesidad

- a. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005. Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación.
- b. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
- c. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica
- d. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad.
- e. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. 1/a. Edición. SSA, México 2013.
- f. Programa de Acción Específico 2012-2018. Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular. SSA, México.

D. Higiene personal y ambiental

- a. Norma que establece las disposiciones para el desarrollo de acciones de seguridad e higiene en el trabajo 2000-001-002. (06 de diciembre del 2011).
- b. Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011 Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.
- c. Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológicos-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

E. Salud mental

- a. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátricas.
- b. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- c. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, criterios para la prevención y atención.

- d. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (Manual de Operación) México 2010. Capítulo 4, Detección de Casos de Violencia.
 - e. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (Manual de Operación) México 2010. Capítulo 7, Evaluación del riesgo, plan de seguridad e información legal.
 - f. NORMA Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención.
 - g. Guía para el Diagnostico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil. Guía para la Capacitación del Personal Operativo de Salud.
 - h. Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia Lineamientos y Protocolos.
 - i. Programa de Reeducción para víctimas y agresores de violencia de pareja.
 - j. Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones.
 - k. Programa de acción específico. Salud mental 2013-2018.
- F. Salud Bucal
- a. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales.
 - b. Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA1-1993 (Modificación de los numerales 2,3,6,8,9 y 11) Productos y servicios. Sal yodada y sal yodada fluorada. Especificaciones sanitarias.
 - c. CONAMED, Recomendaciones para mejorar la práctica Odontológica.
- G. Salud sexual y reproductiva
- a. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.
 - b. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
 - c. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años.
- H. Enfermedades transmisibles
- a. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013. Para la prevención y control de la tuberculosis.

- b. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
 - c. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011 Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos
 - d. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.
 - e. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria de salud.
 - f. Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.
 - g. Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.
 - h. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012 Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
- I. Enfermedades no transmisibles
- a. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria.
 - b. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
 - c. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
 - d. Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.
- J. Salud materno infantil
- a. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 “Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio.
 - b. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002 “Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento”.
 - c. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 “Para la atención a la Salud del niño”

- d. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993 “Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente”

K. Detección oportuna de neoplasias

- a. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
- b. Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y prevención de la salud sobre el cáncer de próstata.
- c. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

L. Vigilancia epidemiológica y sanidad internacional

- a. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos D.O.F. 05-II-1917 Ultima Reforma D.O.F. 08-V-2020.
- b. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal D.O.F. 29-XII-1976 Ultima Reforma D.O.F. 09-VIII-2019
- c. Ley General de Salud D.O.F. 07-II-1984 Ultima Reforma D.O.F. 24-I-2020
- d. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia Epidemiológica.
- e. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
- f. Norma Oficial Mexicana NOM-009-SEGOB-2015, Medidas de previsión, prevención y mitigación de riesgos en centros de atención infantil en la modalidad pública, privada y mixta.
- g. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- h. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015. Personas con discapacidad. - Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre.

Capítulo IV

Objetivo general

Dirigir, coordinar, controlar y gestionar las acciones enfocadas hacia un modelo integrado de atención de la salud tomando como base las recomendaciones internacionales y la normatividad nacional vigente.

Capítulo V

Objetivos específicos

- A. Verificar las condiciones del otorgamiento del Servicio Médico Integral Subrogado en el marco de los convenios de subrogación con la SEDENA y la SEMAR.
 - a. Analizar la información de salud que remitan las Secretarías.
 - b. Aplicar encuestas a los derechohabientes sobre la percepción de la atención médica.
 - c. Coordinar acciones de mejora con las Secretarías a través de reuniones de trabajo.
 - d. Monitorear y dar seguimiento al desarrollo, implementación y maduración de los Sistemas de Información de Salud.
- B. Diagnosticar el funcionamiento de la estrategia de atención médica integral en las unidades de salud de las Fuerzas Armadas.
 - a. Planificación, desarrollo y control del cumplimiento de los programas alineados a la normativa nacional vigente.
 - b. Reorganizar los servicios para la provisión de la atención integral a la salud que incluya las acciones puntuales de promoción, prevención, curación, control, educación y rehabilitación.
 - c. Incorporar acciones conjuntas que contribuyan al apego y cumplimiento de las metas del ODS.

- d. Gestión de necesidades de los componentes sustantivos de los programas médico preventivos.
 - e. Elaborar, implementar y evaluar el sistema de reporte de estrategia de atención médica integral en las unidades de salud de las Fuerzas Armadas, a fin de que sirva para la toma de decisiones basadas en la evidencia.
- C. Verificar el cumplimiento de las estrategias de atención médica integral en las unidades de salud de las Fuerzas Armadas, basado en las recomendaciones internacionales y la normatividad nacional vigente.
- a. Contribuir a incrementar los factores de protección y habilidades para la vida en la población derechohabiente.
 - b. Intervenir de manera específica a grupo blanco y patologías objetivo.
 - c. Canalización de sospechosos para atención inmediata para diagnóstico y tratamiento oportuno, previo acuerdo de ambas partes.
 - d. Monitoreo y evaluación de la salud de la población usuaria.
- D. Identificar las barreras y facilitadores de la gestión y operación de los Servicios de Atención Médica Integral de Salud de las Fuerzas Armadas.
- a. Mejorar el modelo de atención preventiva de la salud.
 - b. Implementar corresponsabilidad en la atención integral entre proveedor de servicios de salud y el usuario.
 - c. Ampliar la cobertura de los Programas Preventivos.
 - d. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población.
 - e. Consolidar y correlacionar las acciones de prevención de enfermedades y sus secuelas.
 - f. Favorecer el desarrollo de hábitos, así como de estilos de vida activos y saludables.
- E. Proponer recomendaciones para fortalecer los procesos de los Servicios de Atención Médica Integral de Salud de las Fuerzas Armadas.

- a. Garantizar que en las unidades de atención médica se otorgue atención integral con enfoque preventivo a población usuaria.
- F. Coordinar y establecer los mecanismos digitales mediante los cuales se remitirán los registros que sustenten los resultados de información estadística en salud.

Capítulo VI

Estructura de recursos humanos

El programa ISSFAM-CARE se estructura de manera flexible para la adaptación a los diferentes niveles hospitalarios, con niveles de ejecución.

Módulo básico que se enfoca principalmente en acciones preventivas de primer contacto, y canalización a servicios correspondientes para ejecutar medidas específicas y/o avanzadas. Este modelo tendrá aplicabilidad en unidades de primer contacto. Con enfoque en mantener consistencia de la atención, continuidad del programa y su aplicabilidad que permita la integración al nuevo modelo de atención integrada y preventiva, y la reeducación del paciente al mismo.

Perfil de personal de módulo básico:

- A. Compromiso a la implementación de medicina preventiva
- B. Personal de área de la salud sin requerimiento de especialidad
- C. Médico de las Fuerzas Armadas o capacitador civil exclusivamente designado a la ejecución del programa
- D. Enfermera general con familiaridad con los procedimientos de pruebas de tamizaje (neonatal, auditivo, exploración de mama, etc.) y aplicación de biológicos.
- E. Familiaridad para la implementación de acciones preventivas y facilidad de comunicación y promoción de la salud.
- F. No contar con designación de cargo de programas alternos (casa de día del adulto mayor, epidemiología, medicina preventiva, etc.).

El Módulo avanzado que se enfocara en acciones específicas de diversas áreas, con el objetivo de fortalecer medidas de atención y rehabilitación en personas que ya cuenten con una valoración previa por unidad básica y cuenta con factores de riesgo que ameriten de intervención avanzada, con aplicabilidad en unidades de segundo nivel o con capacidad de personal que puedan asegurar la consistencia de la atención y apego a la normativa del programa.

El Modelo especializado se enfocará en la atención curativa y resolutive de alta complejidad, con prioridad en el uso del sistema nacional de telemedicina para facilitar el acceso y pronta resolución de casos, según marque los criterios de referencia de las guías de práctica clínicas y

normas correspondientes al área de acción. Dichos criterios quedan fuera del área de acción de esta guía.

Personal del módulo básico		
Servicio	Funciones	Programas de acción
Medicina general	Acciones preventivas de primer contacto	Todos
Enfermería	Acciones preventivas de primer contacto	Todos
Personal del módulo avanzada o multidisciplinario		
Nutriólogo	Acciones específicas del área	Nutrición/sobrepeso y obesidad Salud bucal
Odontología	Acciones específicas del área	Salud bucal
Psicología	Acciones específicas del área	Nutrición/ sobrepeso y obesidad Salud mental Enfermedades crónico-degenerativas Detección de neoplasias
Trabajo social	Acciones específicas del área / integración con servicios de apoyo social.	Salud mental (adicciones y violencia sexual) Adulto mayor de 60 años (abandonó)
Salud pública, epidemiología y medicina preventiva	Coordinación de acciones de los diferentes servicios y módulos básicos bajo su cargo.	Por área de competencia (áreas transversales y horizontales)
Servicios de referencia/ atención curativa		
Ginecología y obstetricia	Seguimiento de patologías con alto riesgo de complicaciones.	Detección oportuna de neoplasias
Urología	Seguimiento de patologías con alto riesgo de complicaciones.	Detección oportuna de neoplasias
Medicina interna	Atención de patologías de seguimiento crónico.	Enfermedades crónico-degenerativas
Medicina familiar	Atención de patologías de seguimiento crónico.	Enfermedades crónico-degenerativas Enfermedades transmisibles Adulto mayor de 60 años
Psiquiatría*	Seguimiento y tratamiento neuropsiquiátrico de patologías de acción.	Salud mental Sobrepeso y obesidad Adulto mayor >60 años
Medicina del deporte*	Intervención para la activación de estilo de vida / acciones directas en contra del sedentarismo.	Sobrepeso y obesidad Higiene personal
Traumatología y ortopedia	Atención de las secuelas de lesiones osteoarticulares	Adulto mayor >60 años
Pediatría	Atención de patologías de manejo especializado, que requieren seguimiento crónico o con alta posibilidad de secuelas y/o complicaciones.	Niños 0-9 años Adolescente 10-15 años
Rehabilitación	Mitigar las secuelas y complicaciones propias de las patologías en seguimiento.	Por área de competencia (áreas transversales y horizontales)
Epidemiología, medicina preventiva y salud pública (medicina del trabajo).	Complementación diagnóstica y reporte epidemiológico en patologías aplicables para la integración oportuna al sistema nacional de vigilancia epidemiológica.	Por área de competencia (áreas transversales y horizontales)

Cuadro 6
Módulos de acuerdo con Recursos Humanos

Capítulo VII

Sistemas de Información en Salud

La Dirección General de Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional, mediante el Sistema Digital de Sanidad, el cual fue implementado en sus Escalones Sanitarios y certificado por la Secretaría de Salud con fecha del 11 de junio de 2019, con una vigencia de 2 años, al 4 de noviembre de 2021, mediante el número de certificado DGIS/CER/P/006/2019/11, el cual opera bajo las 11 guías y formatos para el intercambio de información del expediente clínico electrónico emitidas por la DGIS, esto con base a la NOM-024-SSA3-2010, que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud. Continúa con el Desarrollo del Módulo ISSFAM dentro del sistema con la finalidad de que el personal de este Instituto pueda tener acceso para consultar la información que requiera para análisis y establecimiento de mejoras del Servicio Médico Integral.

Por lo que en cumplimiento de la Clausula XXI, del Convenio se entregará por parte de la Secretaría archivos conformados con las variables necesarias para los trabajos de este Organismo.

La Dirección General Adjunta de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, mediante el Sistema Control Hospitalario (SICOHOSP), el cual fue implementado en sus Establecimientos Médicos Navales y certificado por la Secretaría de Salud con fecha del 14 de octubre de 2019, con una vigencia de 2 años, al 15 de octubre de 2021, mediante el número de certificado DGIS/CER/P/005/2019/10, el cual opera bajo las 10 guías y formatos para el intercambio de información del expediente clínico electrónico emitidas por la DGIS, esto con base a la NOM-024-SSA3-2010, que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.

En igual forma, la Secretaría desarrollara un módulo para este Instituto, a fin de poder permitir un acceso a la información del Expediente Clínico

Asimismo, este Organismo a través de una VPN que puso a disposición de la Secretaría se espera establecer un mecanismo más eficiente y rápido, quedando pendiente su activación cuando esa Secretaría de Estado determine el protocolo de medidas de seguridad, en virtud de la Protección de Datos Personales.

Este Instituto en coordinación con la Secretaría de la Defensa Nacional y de la Secretaría de Marina actualmente reciben la información de salud de la población derechohabiente del ISSFAM y como resultado de la Subrogación de la Prestación del Servicio Médico Integral, a través de archivos digitales.

Lo que permitirá al ISSFAM dar el seguimiento a las metas y objetivos del Servicio Médico Integral Subrogado y por ende una retroalimentación objetiva entre este Organismo y ambas Secretarías, generando así la implementación de acciones de mejora con base a las políticas nacionales e institucionales en materia de salud.

Capítulo VIII

Indicadores del Modelo

Indicadores de Modelo ISSFAM-SED-SEM-CARE
(Incluidos en el Convenio de Subrogación con la Secretarías en el Anexo I).
Vacunación
No. 129 del anexo I del Convenio del SMIS. Nombre: cobertura de vacunación contra difteria, tosferina y tétanos en población de 4 años
No. 130 del anexo I del Convenio del SMIS Nombre: cobertura de vacunación contra sarampión, rubeola y parotiditis en población de 6 años
Higiene Personal y Ambiente Saludable
Nuevo. Nombre: Tasa de valoración de actividades de la vida diaria en módulo de ISSFAM-SED-SEM-CARE Definición: Número de consultas con valoración de actividades de la vida diaria. Descripción: Muestra el porcentaje de consultas otorgadas con valoración de hábitos higiénicos personales. Formula: $\text{Número de valoraciones de actividades de la vida diaria} / \text{Total de consultas otorgadas en el Módulo ISSFAM-SED-SEM-CARE} * 100$
Nutrición / Sobrepeso Y Obesidad
Nuevos Se encuentran incluidos en Programa de Nutrición/Sobrepeso y Obesidad
Salud Mental
Nuevo. Nombre: Tasa de valoración de factores de riesgo para patologías mentales Definición: Número de consultas con valoración de factores de riesgo para patología mental Descripción: Muestra el porcentaje de consultas otorgadas con valoración de factores de riesgo para patologías mentales Fórmula: $\text{Número de valoraciones de factores de riesgo para patología mental} / \text{Total de consultas otorgadas en el Módulo ISSFAM-SED-SEM-CARE} * 100$.
Salud bucal
Nombre: Tasa de valoración de factores de riesgo para patologías bucales Definición: Número de consultas con valoración de factores de riesgo para patología bucal Descripción: Muestra el porcentaje de consultas otorgadas con valoración de factores de riesgo para patología bucal.

Fórmula: Número de valoraciones de factores de riesgo para patología bucal/Total de consultas otorgadas en el Módulo ISSFAM-SED-SEM-CARE *100.
Indicadores de Modelo ISSFAM-SED-SEM-CARE
Detección Oportuna De Neoplasias
Cáncer Cérvico Uterino
No. 17 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Cobertura De Detección De Cáncer Cérvico Uterino
No. 18 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Oportunidad En El Diagnóstico De Cáncer Cérvico Uterino
No. 25 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Cobertura De Detección Por Exploración Clínica De Cáncer De Mama
No. 26 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Cobertura De Detección De Cáncer De Mama Con Mastografía META ISSFAM: 21.6
No. 27 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Cobertura De Detección De Cáncer De Mama En Población Femenina Derechohabiente De 45 A 64 Años META ISSFAM: 20
No. 29 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Mastografía Adecuadas
No. 30 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Índice De Anormalidad
No. 31 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Índice De Imágenes Adicionales
Enfermedades No Transmisibles
No. 21 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Porcentaje De Detección De Diabetes Mellitus
No. 22 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Cobertura De Detección De Diabetes Mellitus
No. 23 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Detección Oportuna De Diabetes Mellitus
No. 33 del Anexo I Del Convenio Del SMIS.

Nombre: Porcentaje De Detección De Prediabetes
Salud Materno Infantil
No. 128 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Porcentaje De Detecciones De VIH En Embarazadas
Indicadores de Modelo ISSFAM-SEDENA-SEMAR-CARE
Salud Sexual Y Reproductiva
No. 177 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Cobertura De Detección Primaria Con Prueba De VPH
Enfermedades Infectocontagioso
No. 124 del Anexo I Del Convenio Del SMIS. Nombre: Prevalencia De VIH/SIDA

Capítulo IX

Calendario de elaboración e implementación

Comprenderá 4 etapas de elaboración, actualización e implementación divididas en programas prioritarios y capacidad en la práctica actual.

Desarrollo de programas de acción ISSFAM-SEDENA-SEMAR-CARE		
Etapa	Programa	Período
Etapa 1	Vacunación	4 meses (octubre 2021- enero 2022).
	Nutrición / sobrepeso y obesidad	
	Detección oportuna de enfermedades no transmisibles	
	Vigilancia epidemiológica y sanidad internacional	
Etapa 2	Salud materno infantil	3 meses (febrero -abril 2022).
	Salud sexual y reproductiva	
	Enfermedades Transmisibles	
Etapa 3	Salud mental	3 meses (mayo-julio 2022).
	Prevención de neoplasias	
Etapa 4	Salud bucal	2 meses (agosto- septiembre 2022).
	Higiene personal y ambiental	

Con la finalidad de dar continuidad a los trabajos de implementación de Programas de Acción del Módulo, se realizarán en forma quincenal Reuniones de Trabajo con las áreas competentes de cada módulo de las Direcciones de Sanidad de ambas Secretarías con este Instituto, a fin de actualizar y/o generar los programas individuales que deberán ser incluidos dentro de los Módulos de acción.

Capítulo X

Estructura de Recursos Materiales

El programa contempla la elaboración y distribución de un Kit Básico de Acción (KiBA) el cual se distribuirá y complementará en las unidades con el objetivo de asegurarse que se cuente con el material e insumos necesarios para la ejecución de las diversas medidas de acción; y de esta manera salvaguardar la integridad de la implementación y mantener la disponibilidad de medidas a los militares, derechohabientes y/o pensionados.

Kit Básico de Acción (Modulo básico)	
General	
Equipo electrónico (con Windows y office, con acceso a SDS o SICOHOSP) y equipo de impresión	
Copia Electrónica de manual ISSFAMCARE	
Archivo de material promocional del programa ISSFAM CARE	
Tabla de apoyo para material infográfico (rotafolio)	
Guantes de exploración	
Electrolitos orales en sobre.	
Programa nutrición/ Sobrepeso y obesidad	Vacunación
Bascula de piso, alta resistencia, peso de hasta 140-160 kg. (1)	Termo de 9 lts. Para vacunas, con anticongelantes
Bascula para pediátricos (1)	Recipiente rígido para RPBI
Estadímetro de pared	Alcohol gel de 250 ml.
Cinta métrica para perímetro abdominal	Salud sexual y reproductiva
Enfermedades crónico degenerativos	Muestrario de métodos de PPF (anticonceptivos orales, parches intradérmicos, DIU, preservativos masculinos y femeninos, imágenes de métodos definitivos)
Estetoscopio	Dildo masculino y femenino
Esfigmomanómetro	Pruebas rápidas de detección de VIH (3era. Generación).
Glucómetro	Examen de Reagina Plasmática Rápida para Sífilis.
Colesterómetro o analizador multifuncional para glucosa, colesterol y ácido úrico.	Prueba rápida para detección de Hepatitis C
Labstix para detección de proteinuria	Salud bucal
Baterías AA o AAA, para Colesterómetro o Glucómetro	Abate de lenguas
Deteccion de neoplasias	Lampara de exploración
Mujeres (20-59 años)	Gel de fluoruro de sodio al 2%
Espejo para exploración vaginal	Modelo de dentadura
Espátula de Ayre	Salud materno infantil
Citobrush	Equipo portátil para tamiz auditivo a través de emisiones
Laminillas de microscopio	Oto acústicas o Equipos de Potenciales Evocados Auditivos Automatizados.
Modelo anatómico para exploración de mama	
Hombres (40 y mas)	
Pruebas rápidas de antígeno prostático	
Adulto mayor de 60 años	
Carta de Snellen enmarcada o plastificada	
Oclusor de ojos	

Capítulo XI

Área de aplicación

El área de aplicación será en todas las unidades militares y navales que cuenten con atención de primer nivel, considerándose un universo con la siguiente distribución:

Secretaría	1er. Nivel	2do. Nivel	3er. Nivel
SEDENA	10 Unidades médicas de consulta externa	4 Hospitales de Especialidades	7
		14 Hospitales Militares Regionales	
		18 Hospitales Militares de Zona	
SEMAR	12 Clínicas	6 Hospitales Regionales	2 (1 Centro Médico Naval, 1 Naval de Especialidades)
		7 Hospitales Generales	
		11 Establecimientos Navales de Sanidad (Hospitales Navales)	

Capítulo XII

Descripción de los macroprocesos del programa

A. Vacunación

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

b. Justificación: El Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP) es un marco que ha sido aprobado en mayo de 2012 por la Asamblea Mundial de la Salud para alcanzar los objetivos de la visión del Decenio de las Vacunas de hacer accesible la inmunización universal. La misión indicada en el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP) es sencilla: Mejorar la salud mediante la ampliación más allá de 2020 de todos los beneficios de la inmunización a todas las personas, independientemente de su lugar de nacimiento, quiénes son o dónde viven.

Hay evidencia contundente que demuestra los beneficios de la inmunización como una de las intervenciones sanitarias más exitosas y rentables conocidas. A lo largo de los últimos decenios, la inmunización ha logrado muchas cosas, incluyendo la erradicación de la viruela, un logro que ha sido llamado uno de los mayores logros de la humanidad.

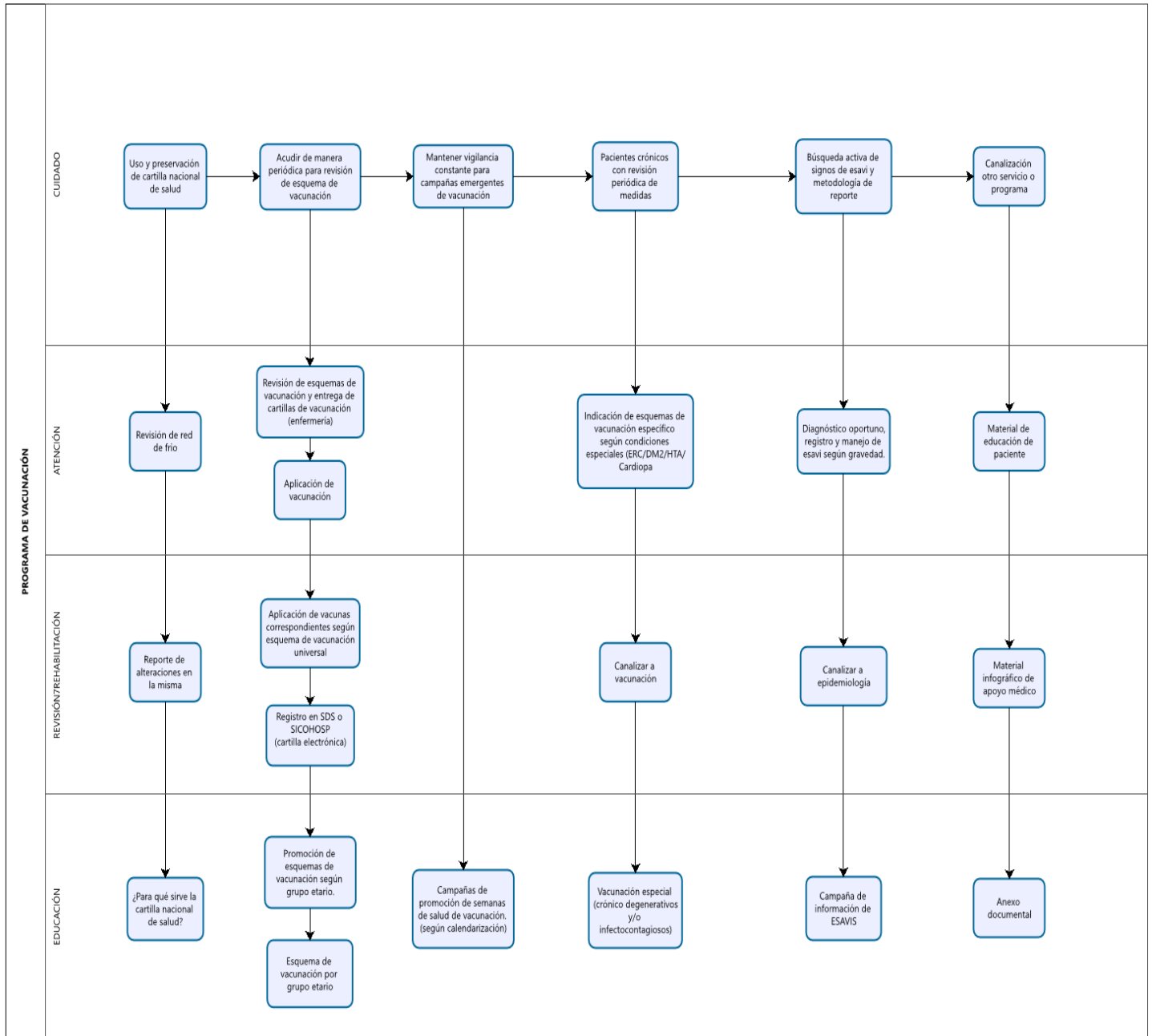
La inmunización previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación, tales como el cáncer cervical, la difteria, la hepatitis B, el sarampión, la paroditis, la tos ferina, la neumonía, la poliomielitis, las enfermedades diarreicas por rotavirus, la rubéola y el tétanos.

Es indiscutible que no hay intervención sanitaria preventiva más costo efectiva que la inmunización, que evita entre 2 y 3 millones de muertes anuales por difteria, tétanos, tos ferina y sarampión. Sin embargo, si se mejorara la cobertura vacunal mundial se podrían evitar otros 1,5 millones.

Por lo anterior la importancia de reforzar medidas e incorporación del personal de las Fuerzas Armadas y derechohabiente de la Secretaría de la Defensa Nacional y de Marina al esquema universal de vacunación.

c. Objetivos

- i. Disminuir enfermedades prevenibles por vacunación, así como Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación o Inmunización y por consiguiente elevando la calidad de vida de la población de las Fuerzas Armadas y derechohabiente del ISSFAM.
- ii. Alcanzar y mantener el 90% de cobertura de vacunación con el Esquema Básico de Vacunación.
- iii. Alcanzar y mantener el 95% de cobertura de vacunación para cada uno de los biológicos del esquema.
- iv. Mantener la erradicación de la poliomielitis por el polio virus silvestre.
- v. Asegurar la detección, notificación, estudio y seguimientos oportunos de los Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación o Inmunización (ESAVI).



Cuadro 7
Diagrama del Programa de Vacunación

B. Higiene personal y ambiental

a. Antecedentes: El comienzo de 2016 marcó el inicio de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS): 17 estándares que proporcionan un marco amplio para el desarrollo económico, social y medioambiental. Los ODS enfatizan que la salud se vincula estrechamente a factores como la pobreza, la desigualdad, el cambio climático y la contaminación; es nuestro deber superar las deficiencias estructurales del pasado abordando dichos factores.

Se delinea dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles las líneas de acción a ejecutarse con respecto a los aspectos ambientales que repercuten en la calidad de vida del individuo, dentro de esto se especifica en el Sexto, Doceavo y Décimo Séptimo que debe:

- i. Priorizar el aseguramiento de recursos hídricos y minimizar la emisión de productos químicos y materiales peligrosos.
- ii. Aumentando considerablemente la cooperación y apoyo para la creación de actividades y programas relativos al agua y saneamiento.
- iii. Fomentar las acciones de reciclaje y reutilización de recursos.
- iv. Apoyar y fortalecer la participación de las comunidades locales en la mejora de la gestión del agua y saneamiento.

Mientras que en el décimo séptimo objetivo se delimita la prioridad de mejorar la educación, la sensibilización y la capacidad humana respecto de la mitigación del cambio climático, la adaptación a él, la reducción de sus efectos. De igual manera, el objetivo número 12 indica trabajar en fomentar la gestión sostenible y el uso eficiente de los recursos naturales. Reducir considerablemente la generación de desechos mediante actividades de prevención, reducción, reciclado y reutilización.

El panorama de la salud en la actualidad es muy distinto al de hace una década, y es necesario incrementar la inversión en los determinantes medioambientales interrelacionados a la salud para proteger a la población de daños que puedan prevenirse.

b. Justificación Las personas se encuentran expuestas a ambientes distintos que tienen profunda influencia en su desarrollo y estado de salud. Las exposiciones medio ambientales, tanto nocivas como beneficiosas para la salud, no funcionan por separado, sino que interactúan con determinantes sociales y nutricionales de la salud para influir en el bienestar. Los recursos naturales y el nivel de desarrollo

económico, debe salvaguardarse en la sostenibilidad las poblaciones. Únicamente en los ambientes saludables las personas pueden alcanzar una mejor expectativa de vida saludable.

Gran parte de los casos de enfermedades por el medio ambiente pueden prevenirse en su totalidad; por ejemplo, reduciendo ambientes obesogénicos, mejorando el acceso al agua potable y al saneamiento, limitando la contaminación y eliminando de forma segura los residuos químicos.

Los problemas se dividen en “tradicionales” que han afectado a la población durante mucho tiempo, especialmente en las regiones en desarrollo, como los “nuevos” problemas de creciente interés, y que son producto en gran medida del mundo industrializado. Entre los peligros tradicionales se incluye la contaminación del aire, la falta de acceso al agua y al saneamiento, y las enfermedades transmitidas por vectores.

Cada año, la contaminación del aire en interiores provoca 531,000 muertes en niños menores de 5 años, así como infecciones respiratorias crónicas, enfermedades pulmonares, cáncer y otros efectos en la salud. En el 2012, 361,000 muertes de niños debido a enfermedades diarreicas podrían haberse prevenido con un mejor acceso a agua potable, saneamiento e higiene referido en el Atlas sobre la salud infantil y medio ambiente de la Organización Mundial de la Salud del año 2018. Las enfermedades transmitidas por vectores constituyen la principal causa de muertes de los niños menores de cinco años.

No se comprende bien la toxicidad de tantas sustancias químicas de uso común. Los requisitos normativos para las sustancias químicas, como son los plaguicidas, plásticos y otros productos manufacturados, así como la contaminación ambiental, encuentran con el tiempo una forma de entrar en la cadena alimenticia. Entre ellas se incluye el arsénico, el fluoruro, el plomo, el mercurio, los polibromodifenil éteres, los policlorobifenilos y los contaminantes orgánicos persistentes, entre otros.

Los residuos electrónicos son otra preocupación creciente, dado que aquellos residuos desechados de forma poco segura y que son manipulados de manera indiscriminada, exponen a la población a sustancias químicas y tóxicas, muchas de las cuales se asocian con una reducción en el nivel de inteligencia, daño pulmonar y cáncer.

La higiene personal es el concepto del aseo, la limpieza y el cuidado de nuestro cuerpo, para mejorar el estado de salud, conservarlo y prevenir enfermedades. El conocimiento de las medidas correctas de higiene corporal representa la base importante en la educación de los pacientes.

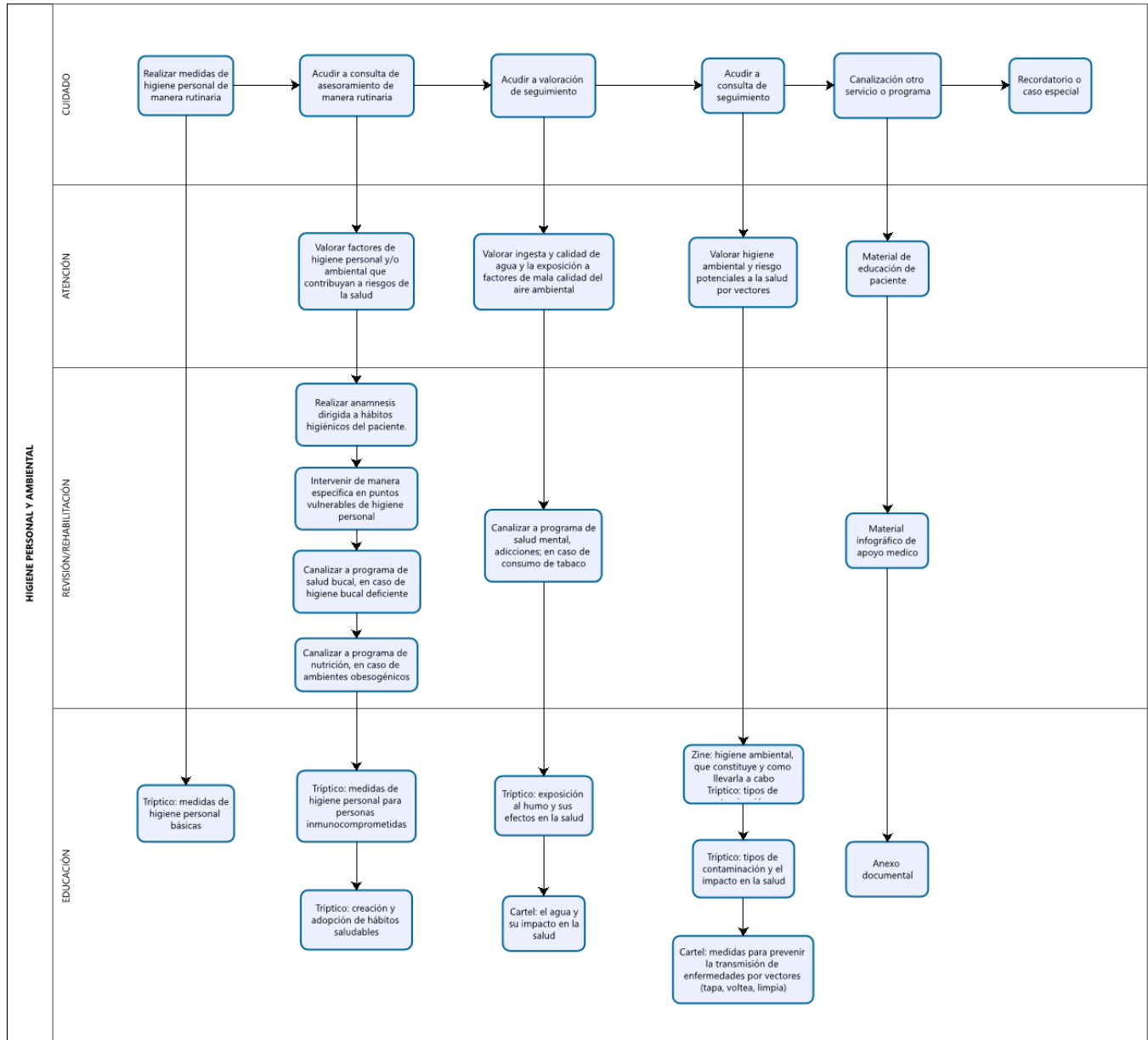
c. Objetivo general: Implementar un programa de promoción de la salud y prevención con base a estrategias educativas que contribuyan al desarrollo de hábitos saludables en forma individual y comunitaria a los usuarios de los servicios médicos.

d. Objetivos específicos

i. Empoderar a los usuarios con conocimientos de lo que puede hacer de forma individual y en defensa de la salud ambiental.

ii. Definir en la población, los factores de riesgo ambiental que inducen a patologías.

iii. Definir en la población, las medidas de cuidado personal que contribuyen a disminuir factores de riesgo para la salud.



Cuadro 8
 Diagrama del programa Higiene personal y ambiental

C. Nutrición/ sobrepeso y obesidad

a. Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera actualmente a la obesidad como una epidemia global, no exclusiva de los países de altos ingresos y que impacta en todos los grupos de edad. Se estima que 1.7 billones de personas en el mundo padecen algún grado de obesidad y que cada año mueren 2.6 millones de personas a causas de la obesidad y sobrepeso (OMS, 2010).

En 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso, mientras que para el año 2015, se estima que habrá aproximadamente 1,500 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad (OMS, 2006).

El exceso de grasa corporal (sobrepeso y obesidad) es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de Salud Pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece, debido a que aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles e incrementa el riesgo de muerte prematura y discapacidad.

b. Justificación: México tiene un problema con el peso de su población que se encuentra directamente ligado al desarrollo de enfermedades crónicas. Encontrándose que 73% de los adultos y 35% de los niños y adolescentes se encuentra en condiciones de obesidad en el país según un estudio realizado por el Instituto Mexicano para la Competitividad. Que representa una población de 60.6 millones de personas.

En México, 8 de 10 muertes son ocasionadas por Enfermedades Crónicas No Transmisibles relacionadas con obesidad y sobrepeso según reporte de la Organización Panamericana de la Salud. De conformidad con un estudio reciente de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) de julio 2013, México ocupa la tasa más alta de obesidad en adultos de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En consecuencia, del año 2006 al 2012, cerca de 500 mil personas murieron a causa de la diabetes.

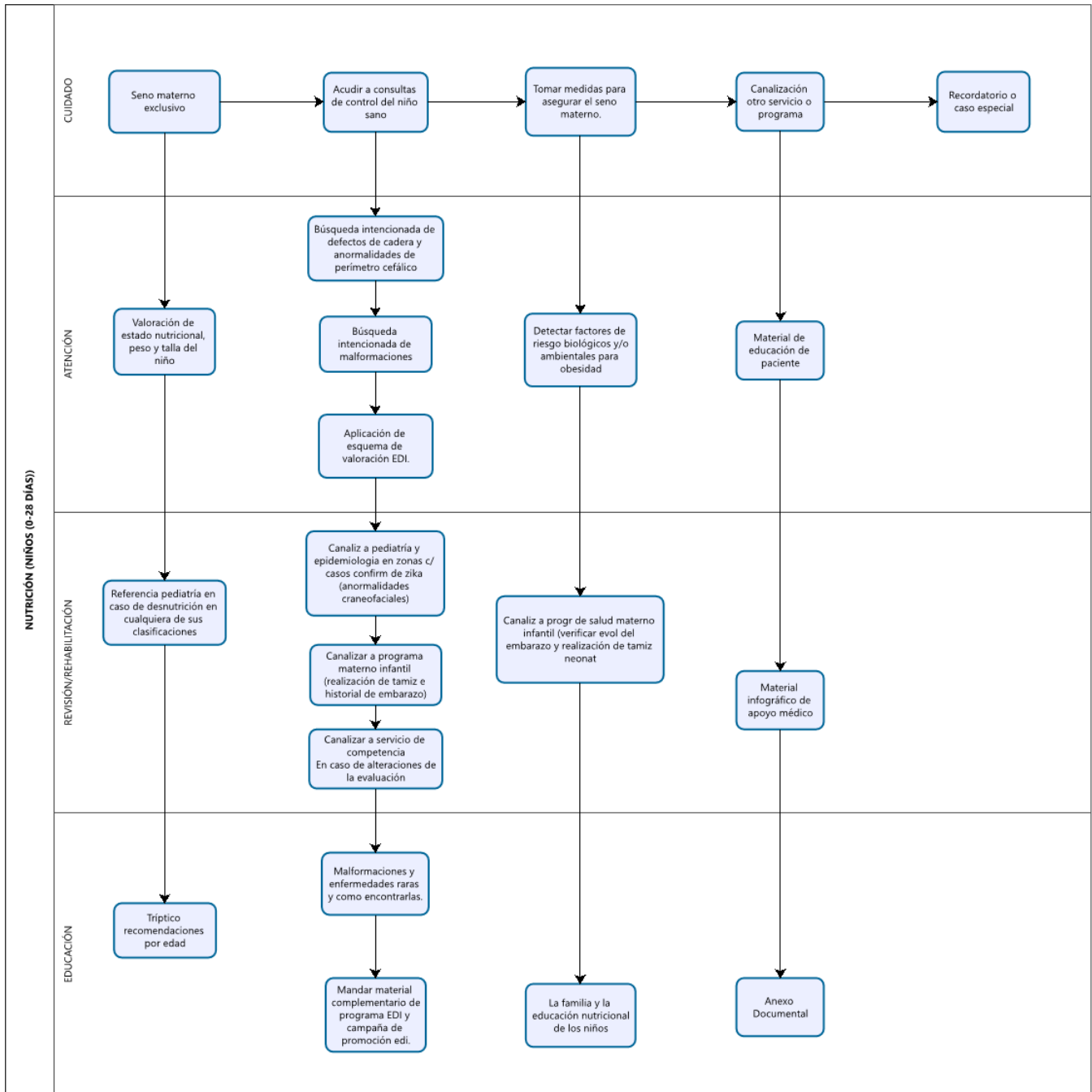
El problema del sobrepeso y la obesidad en México es complejo, sin embargo; la alimentación y la nutrición son factores clave para enfrentarlos. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2010 el gasto de las familias mexicanas en bebidas no alcohólicas (incluyendo refresco) represento el 7% del gasto en alimentos. Los hogares mexicanos destinaron la misma cantidad de dinero en refresco que en carne. Esto sirve como un claro ejemplo de la

problemática en cuestión de la educación nutricional que enfrenta la población mexicana.

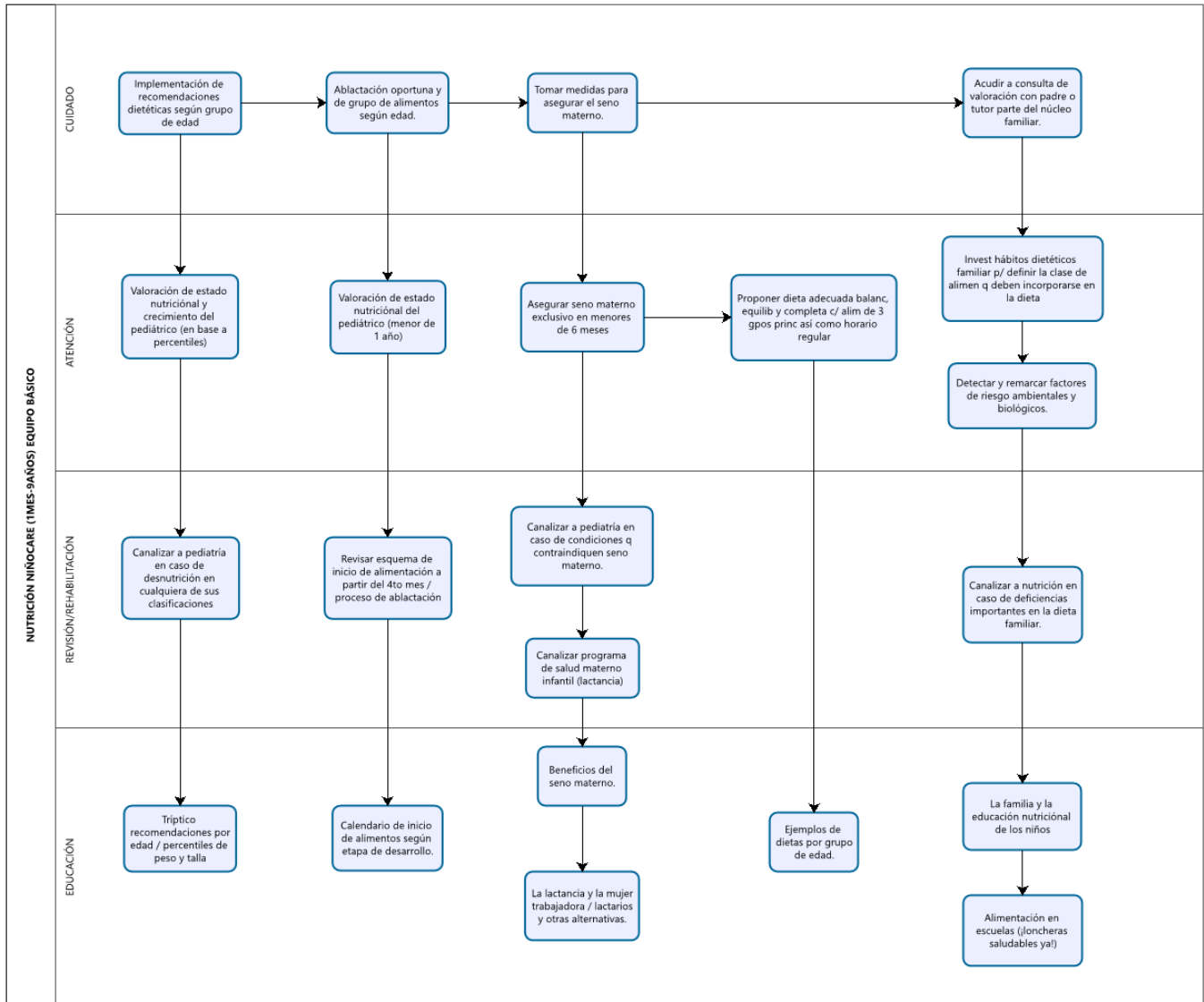
La modificación de los hábitos dietéticos representa una prioridad de los sistemas de salud actuales para combatir la creciente epidemia de obesidad que presenta nuestro país. Lo anterior, en virtud de que los costos se duplicaron entre 2000 y 2008, pasando cerca de 35,500 millones de pesos a por lo menos 67,000 millones de pesos según cifras presentadas en la asamblea de la Organización Panamericana de la Salud en la reunión para la lucha contra la obesidad en México.

c. Objetivos

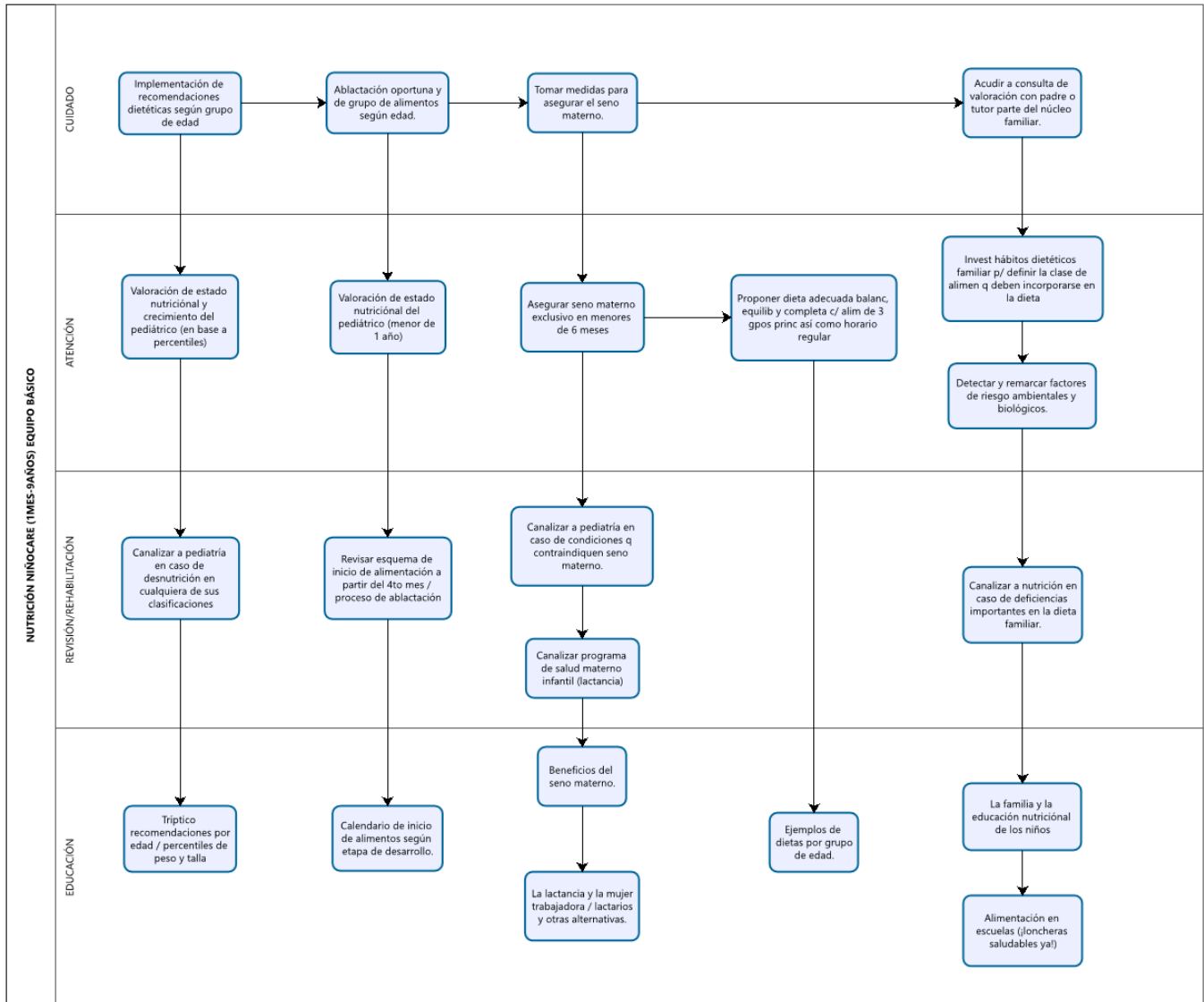
- i. Explicar a la población los factores que inducen el desarrollo de sobrepeso y obesidad exógena.
- ii. Aplicar medidas de promoción para fomentar estilos de vida saludable y reducir riesgo de desarrollo de obesidad.
- iii. Establecer alternativas nutricionales para la población que reduzcan el riesgo de desarrollar obesidad.
- iv. Dirigir medidas correctivas para personas que se encuentran en condición de sobrepeso y obesidad



Cuadro 9
Diagrama del programa de Nutrición de los niños 0-28 días



Cuadro 10
 Diagrama del programa de Nutrición de los niños de 1mes a 9 años



Cuadro 11
Diagrama del programa de Nutrición de los niños de 20 a 59 años

D. Salud mental

a. Antecedentes: El Programa de Acción Específico Salud Mental (PAE) 2013-2018 está sustentado en el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, y sirve de punto de partida para formular, ejecutar y en su caso consolidar la aplicación de dicho modelo en el país, como Plan Nacional de Salud Mental.

Dicho programa, pone énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales como una estrategia efectiva para reducir la carga de estos trastornos, ya que una detección y atención temprana mejora la calidad de vida de las personas y reduce los costos de la atención.

Al sistematizar la atención de Salud Mental a través del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, se empoderará la inclusión de la salud mental dentro de las políticas nacionales de salud. El PAE Salud Mental, se realizó de acuerdo con las metas del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, todo esto dentro del marco jurídico nacional.

b. Justificación: La salud mental implica un aspecto esencial del modelo de salud integral que requiere un abordaje holístico en las acciones preventivas para disminuir la incidencia y prevalencia de las principales patologías mentales en la población en mexicana. La Organización Mundial de la Salud estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan un total del 28% del global de enfermedades.

La vigilancia del desarrollo psicomotriz es considerada una labor de suma importancia en la supervisión de salud del lactante y preescolar. El médico de primer contacto juega un rol fundamental en la identificación de alteraciones del desarrollo debido a su contacto durante las etapas tempranas de la vida. La detección oportuna de trastornos del desarrollo psicomotriz ofrece la posibilidad de intervenir de forma temprana, lo que permite corregir la mayoría de las alteraciones y atenuar otras, ofreciendo beneficios al niño, la familia y la sociedad.

Los trastornos de conducta alimentaria han llegado a ser una preocupación de salud pública en nuestro país, sobre todo en áreas urbanas, en las cuales los jóvenes aspiran a un modelo físico que implica un peso corporal bajo comparado con la talla del individuo. Este comportamiento se ha hecho particularmente evidente entre las mujeres. La estimación de la evidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria varía dependiente del tamaño y edad de la muestra y de los métodos de evaluación. La incidencia de anorexia nerviosa reportada en el 2003 fue de 8.3 por 100 000 habitantes, y de bulimia nerviosa, de 11.5 a 13 por 100 000 habitantes. En el año 2007, la prevalencia a lo largo de la vida fue de 0.6% para anorexia nerviosa y de 1% para bulimia.

La prevalencia calculada de trastorno depresivo mayor o distimia a lo largo de toda la vida es del 4.2-17% (media ponderada: 12.1%) en base al programa de acción para mejorar la brecha de la salud mental de la OMS. En México según la encuesta epidemiológica de salud mental en adultos 2003 (revisada en 2010), refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia. En el país, el porcentaje en mujeres que refiere una sintomatología compatible con depresión es de 5.8%. La cifra correspondiente a los hombres es de 2.5%. Complementario con la anterior, en la Encuesta Nacional de Comorbilidad 2005 se reporta una prevalencia general de 7.2%.

La depresión es uno de los padecimientos psico-geriátricos más frecuentes a nivel mundial y se estima que en el año 2020 será la primera causa de pérdida de años de vida saludable en países desarrollados y la segunda causa a escala internacional. Epidemiológicamente la Organización Mundial de la Salud, refiere que la depresión afecta en el mundo a 121 millones de personas y menos del 25% tiene acceso a tratamiento. El envejecimiento acelerado de la población representa un reto importante para el sector de salud, ya que concomitante a este fenómeno aumentaran también de forma acelerada la demanda de atención de salud.

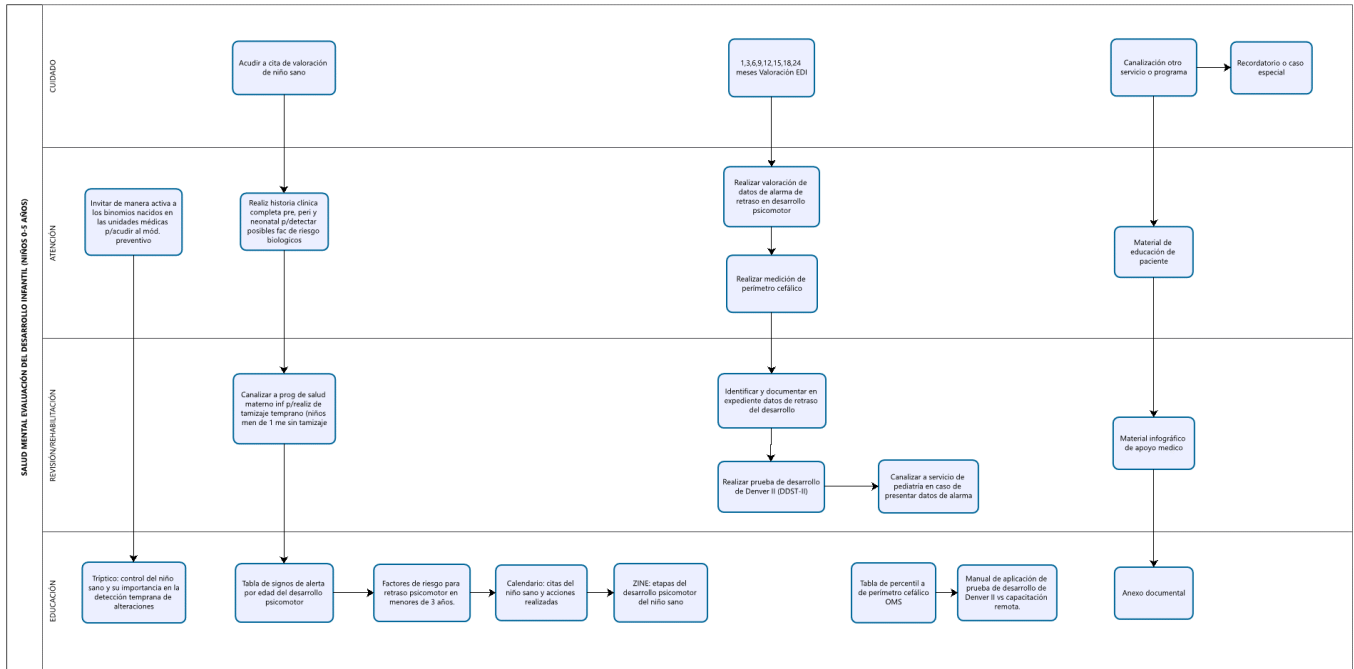
Relacionado al deterioro de salud mental del adulto mayor se correlaciona la demencia, que presenta una importancia debido al fenómeno de “envejecimiento global”, epidemiológicamente se encuentra un incremento de prevalencia con la edad, del 1% de los 60 a 65 años, con aumento importante de 13% a partir de los 80 años, que incrementa progresivamente con la edad. Asimismo, la alta prevalencia del deterioro cognoscitivo en la población mexicana se relaciona de manera importante con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez, lo que señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones en la población de adultos mayores.

En los registros del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, se observa una franca elevación en las tasas de incidencia de casos de suicidio desde el año 1994 con incremento progresivo. Esto sirve como una medición del impacto que representa la salud mental en la población y la respuesta al modelo actual para el diagnóstico y tratamiento de patologías mentales.

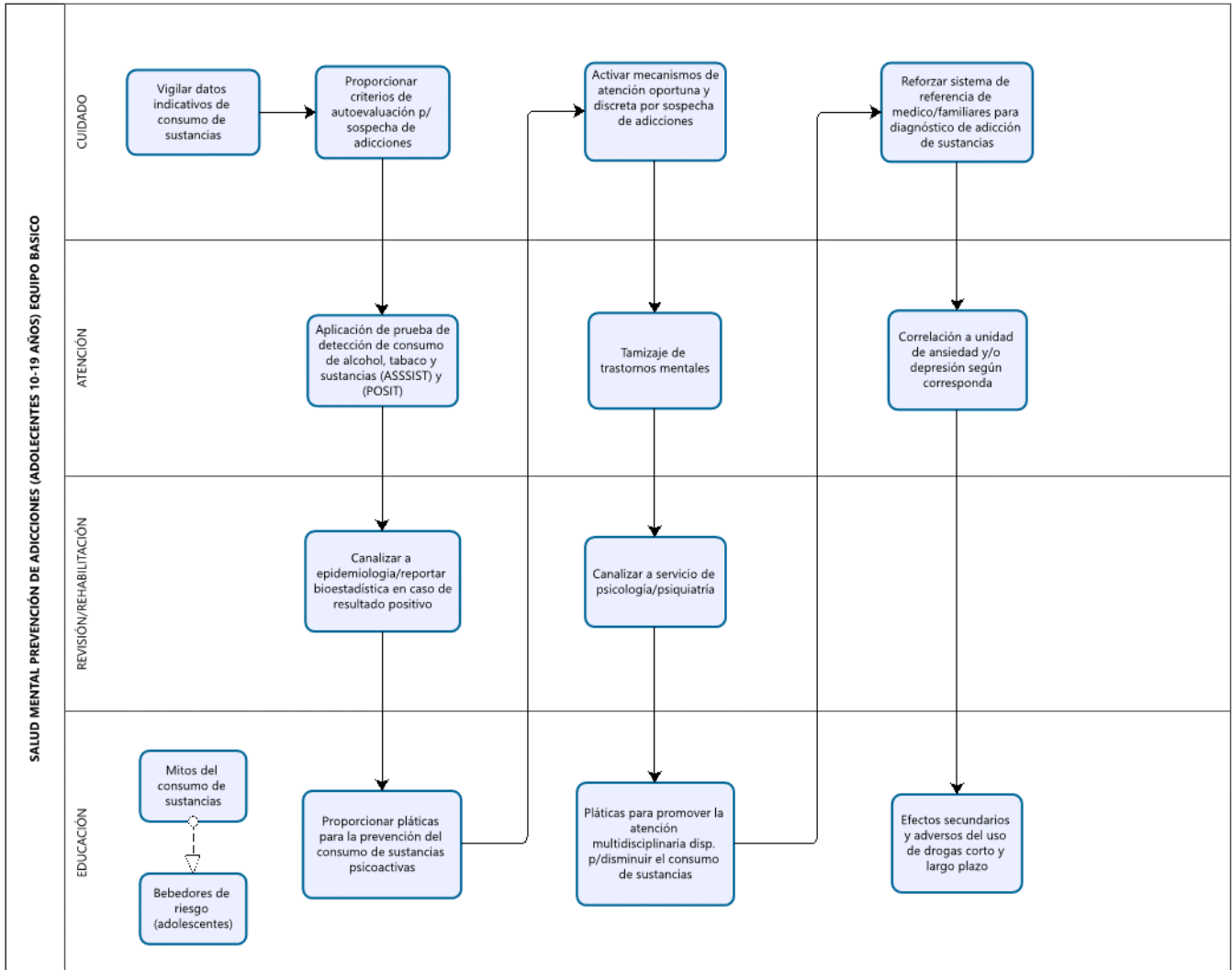
Con base a todo lo anterior podemos entender la suma importancia de la apropiada intervención del personal de sanidad para salvaguardar la salud mental de los usuarios, y la detección oportuna de datos de alarma y patologías mentales para asegurar una intervención temprana y mejorar el posible pronóstico y desenlace del paciente.

c. Objetivos

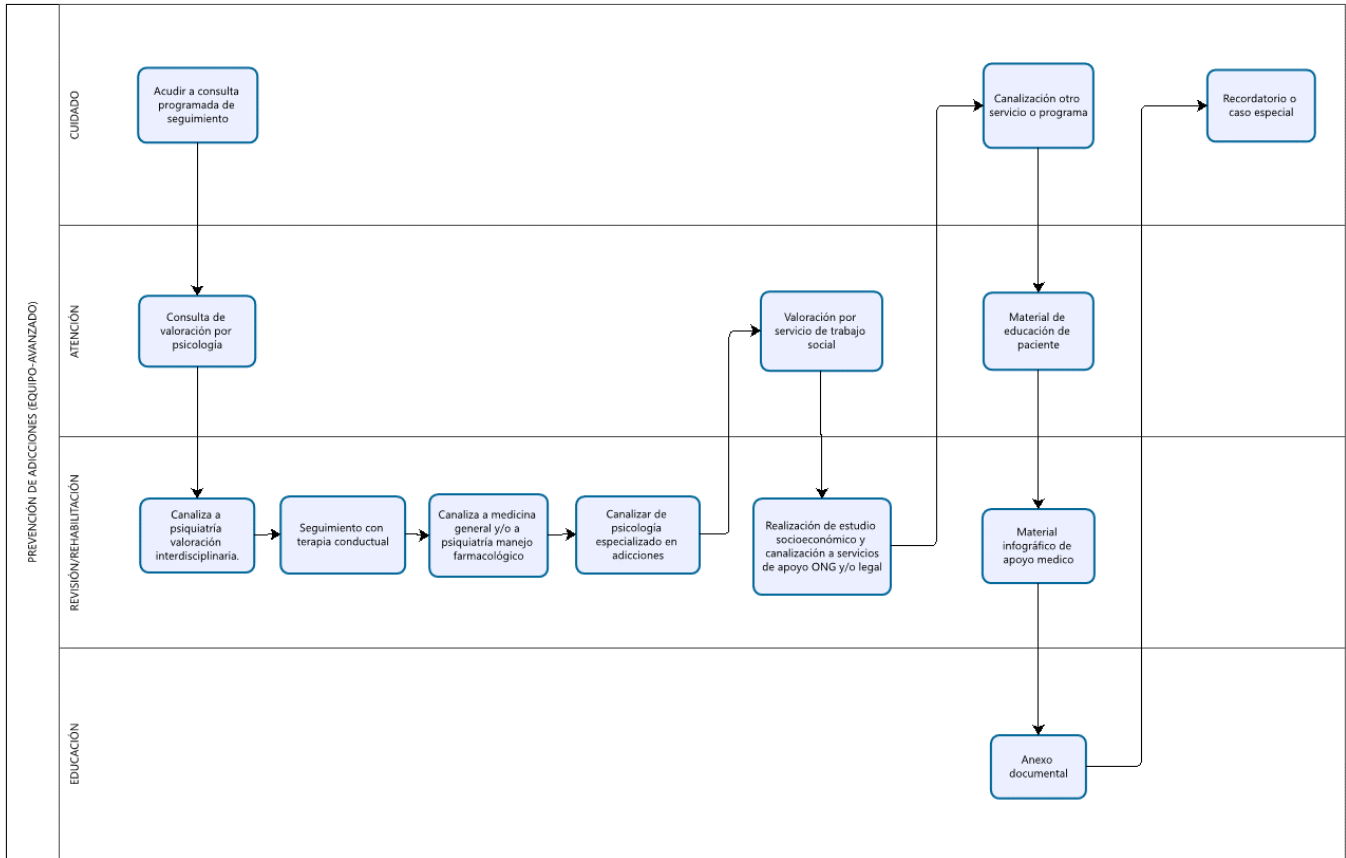
- i. Informar a la población, sobre la importancia de la atención mental oportuna.
- ii. Explicar a la población, los signos y síntomas de las principales patologías mentales en nuestro medio.
- iii. Implementar mecanismos de canalización oportuna para la atención temprana de patologías mentales.
- iv. Ejecutar medidas de promoción, para sensibilizar a la población derechohabiente sobre los datos de alarma.
- v. Realizar promoción específica y acciones dirigidas a grupo etario específico y patologías más comunes del mismo.
- vi. Ejecutar acciones correctivas de manera temprana al realizar diagnóstico de patologías mentales



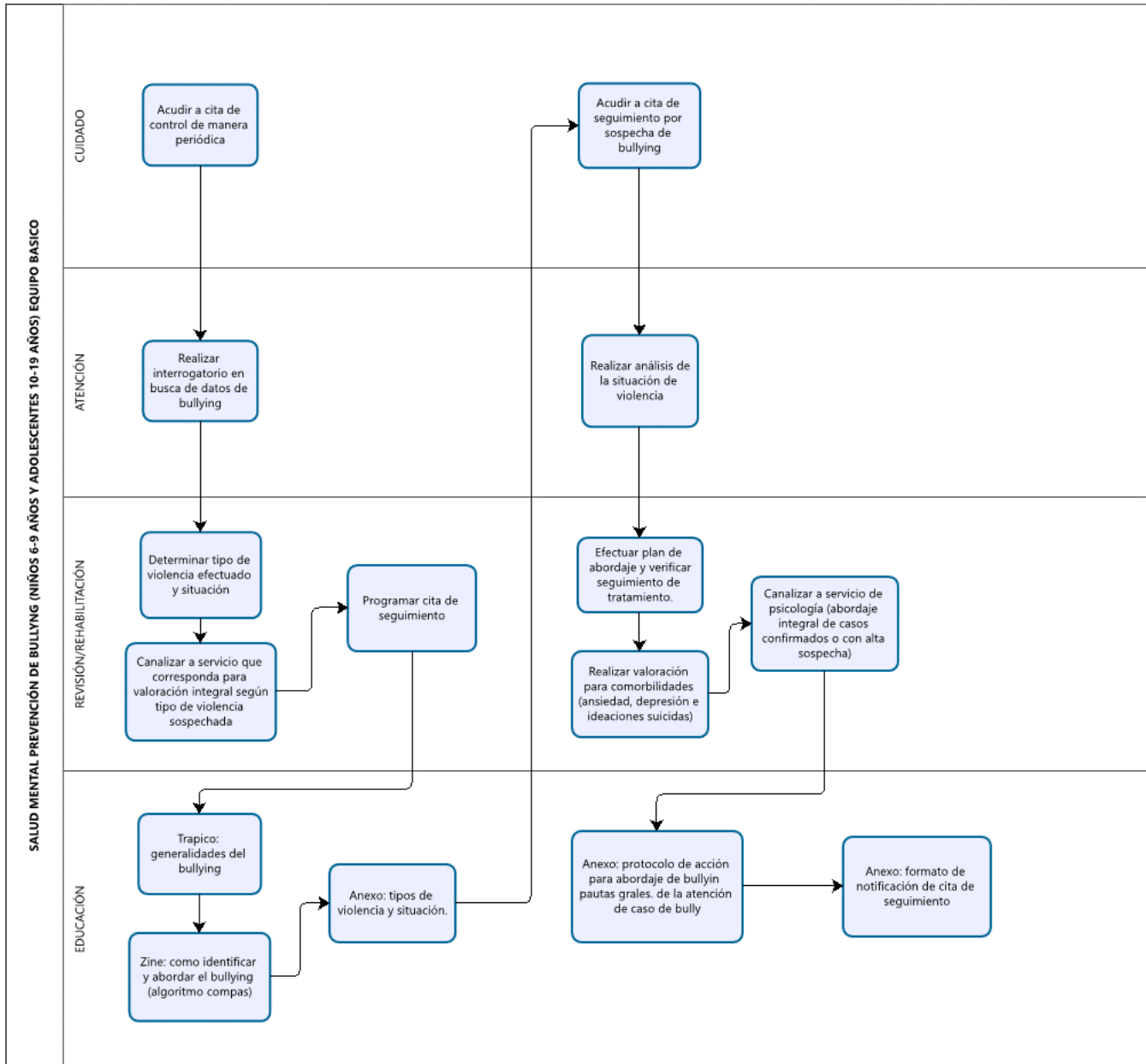
Cuadro 12
Diagrama del programa de Salud Mental infantil de 0 a 5 años



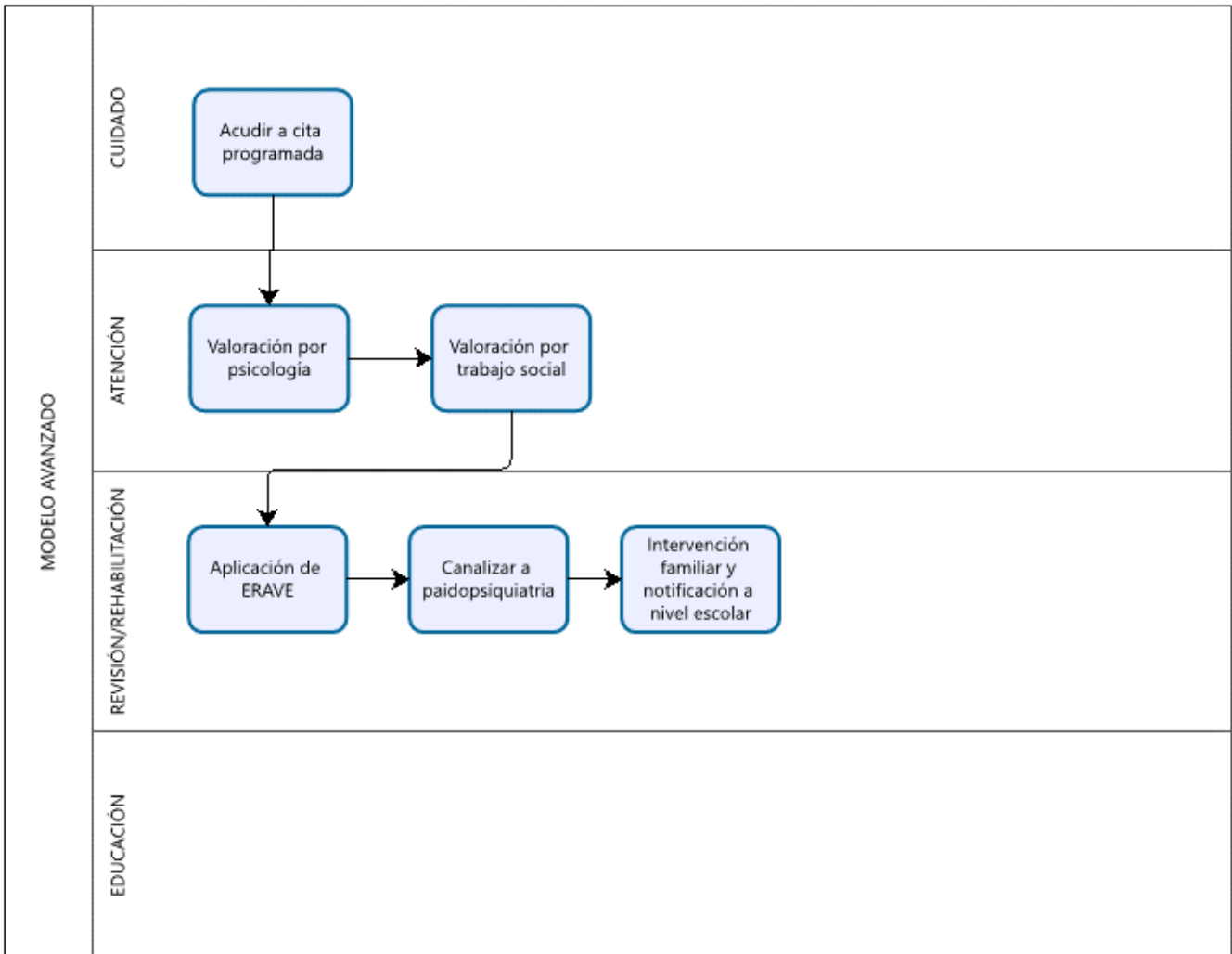
Cuadro 13
Diagrama del programa de Salud Mental en adolescentes de 10 a 19 años
(Equipo básico)



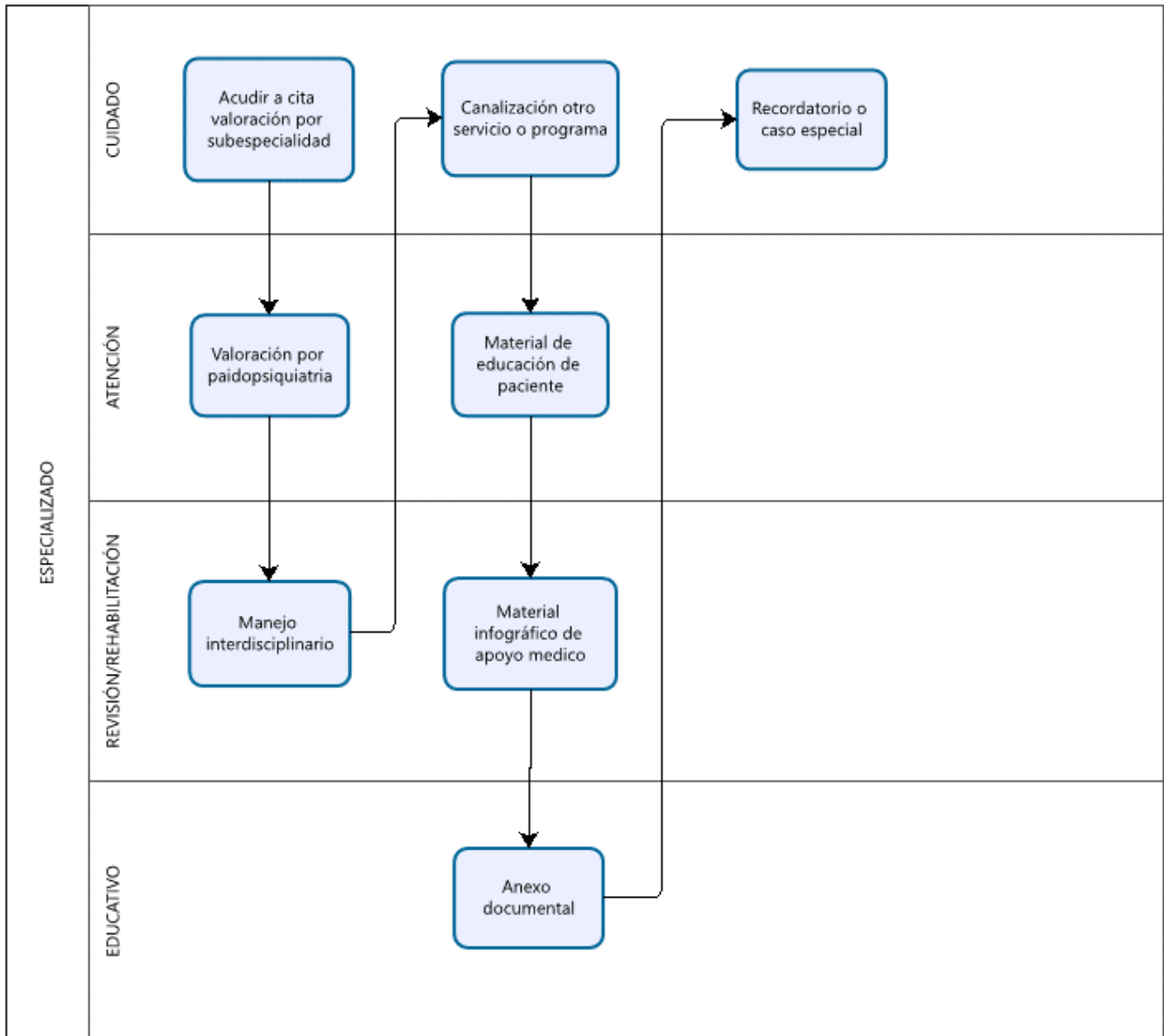
Cuadro 14
 Diagrama del programa de Salud Mental en adolescentes de 10 a 19 años
 (Equipo avanzado)



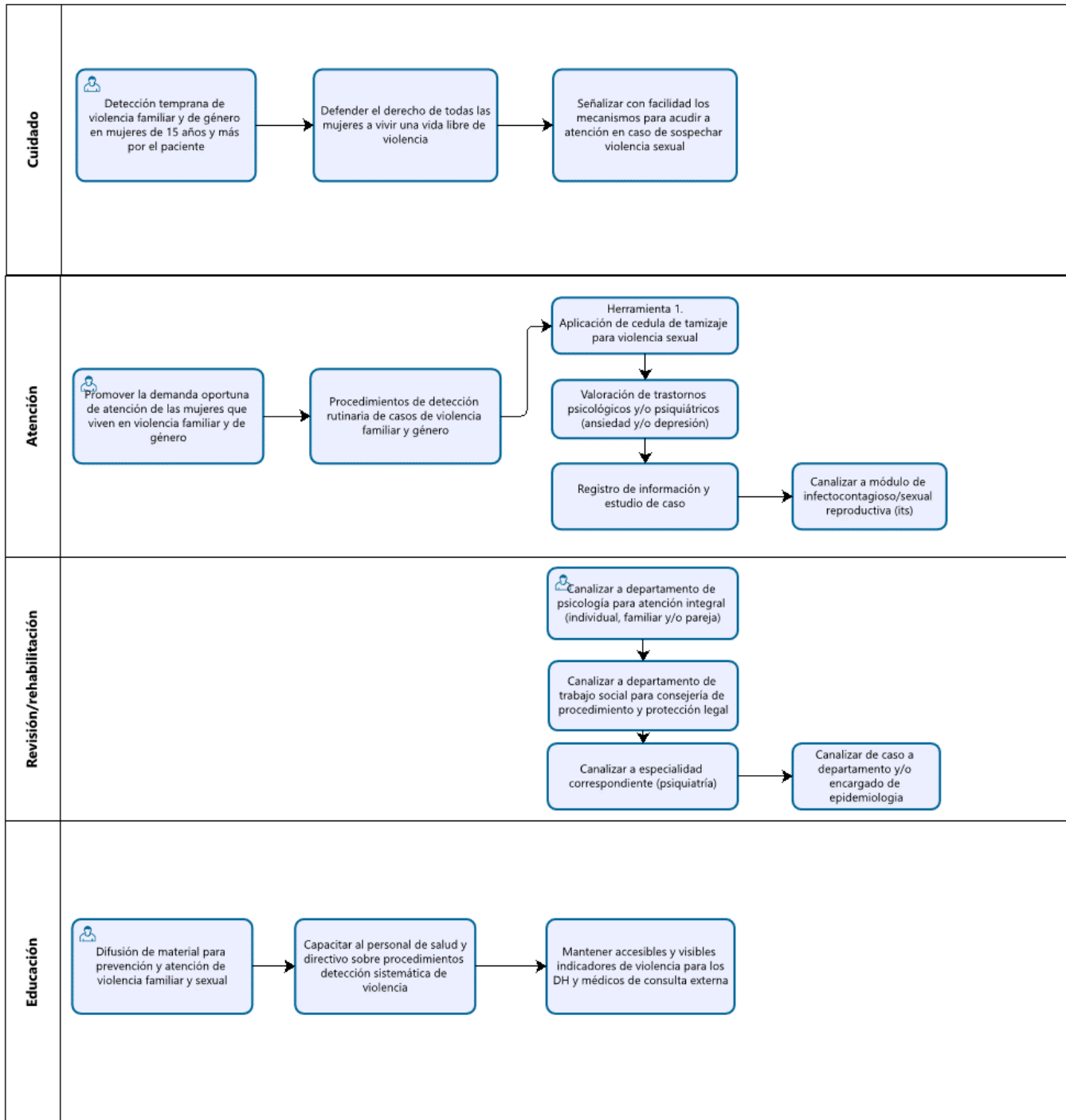
Cuadro 15
Diagrama de Prevención del Bullying de niños de 6 a 9 y adolescentes de 10 a 19 años
(Equipo básico)



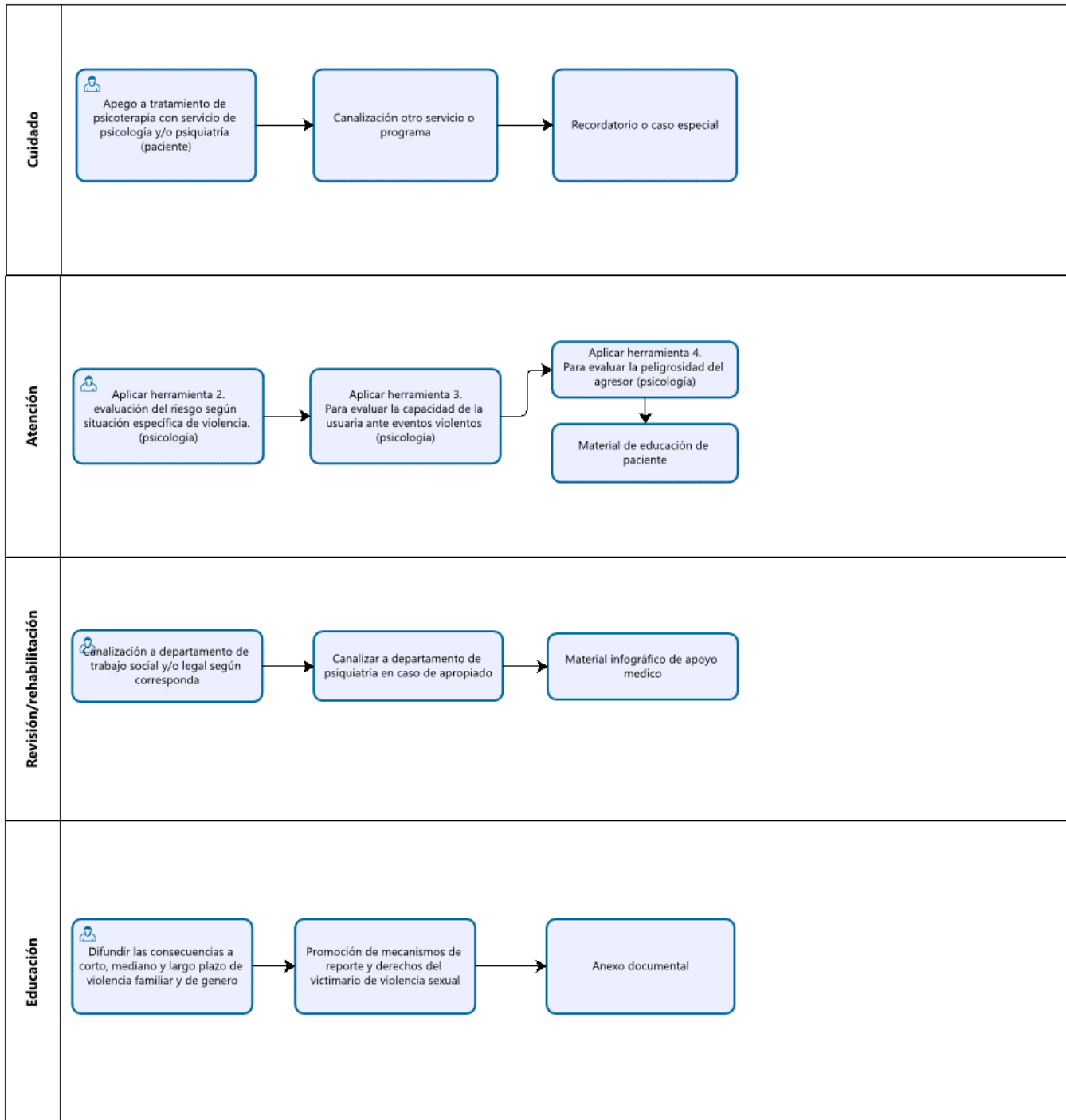
Cuadro 16
Diagrama de Prevención del Bullying de niños de 6 a 9 y adolescentes de 10 a 19 años
(Equipo avanzado)



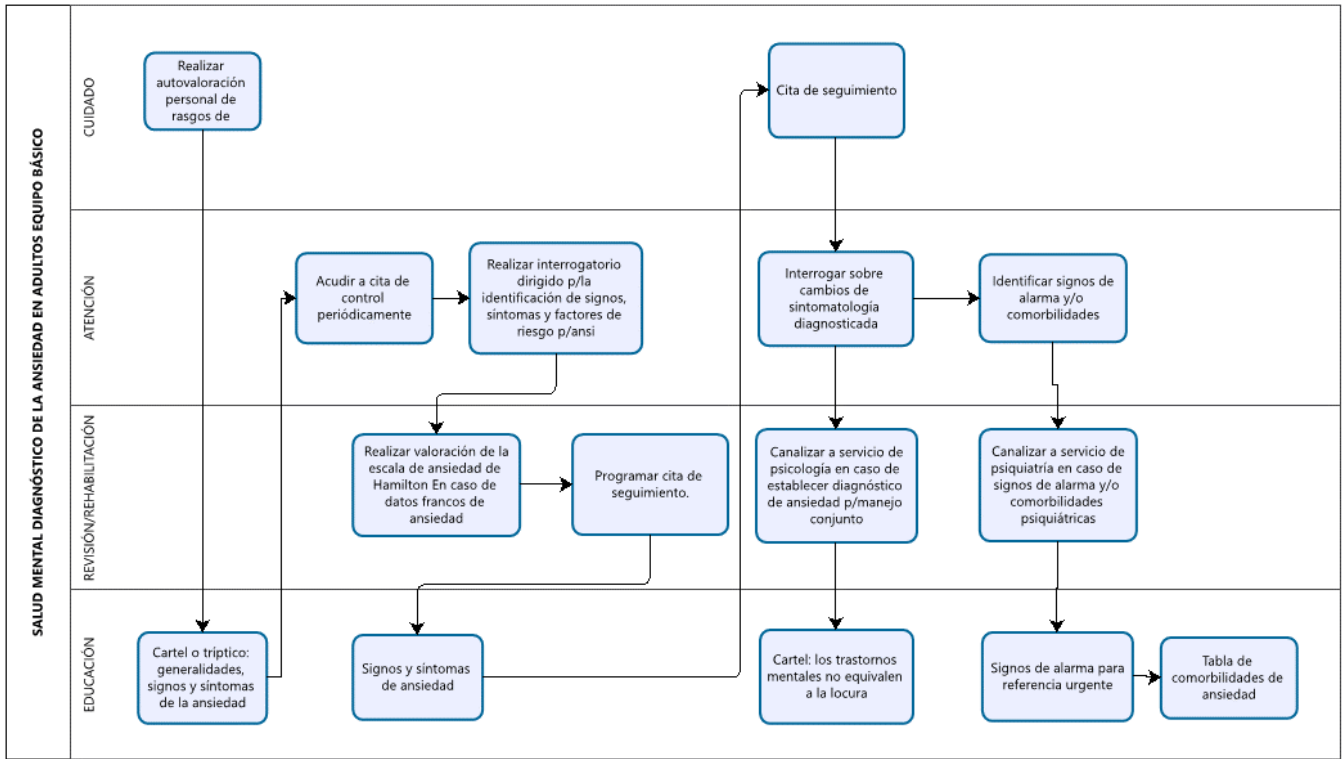
Cuadro 17
 Diagrama de Prevención del Bullying de niños de 6 a 9 y adolescentes de 10 a 19 años
 (Equipo Especializado)



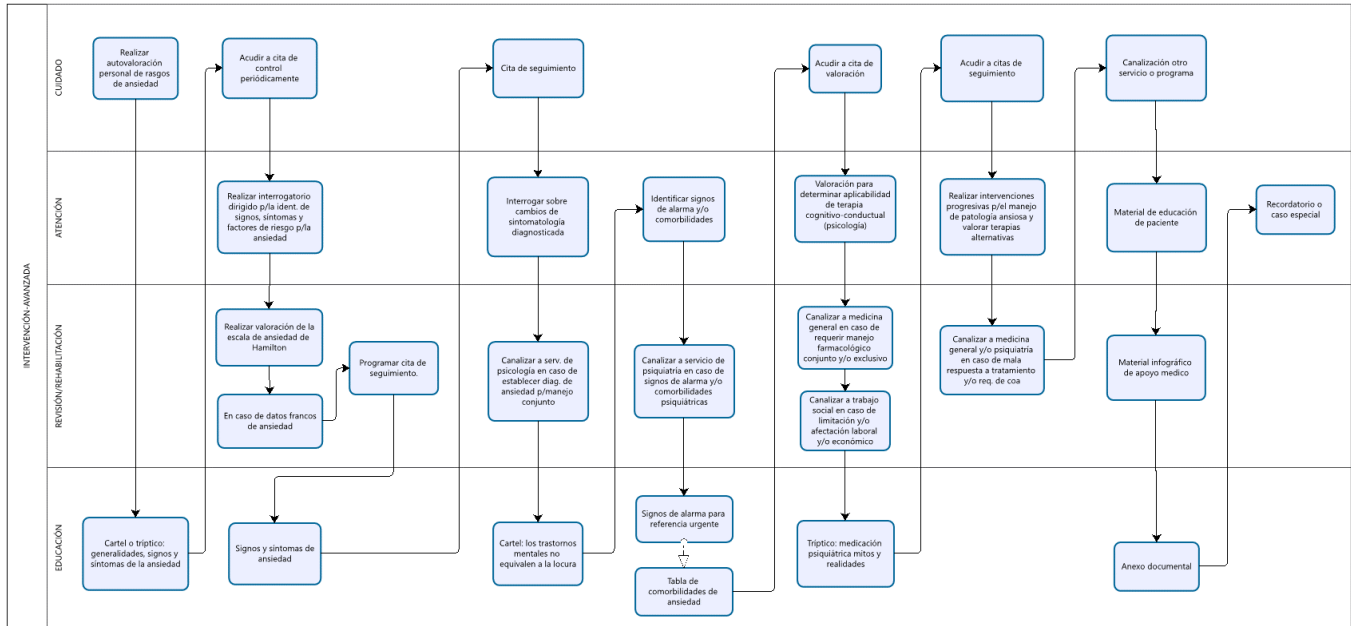
Cuadro 18
Diagrama de prevención y atención oportuna de violencia intrafamiliar y de género
(Equipo básico)



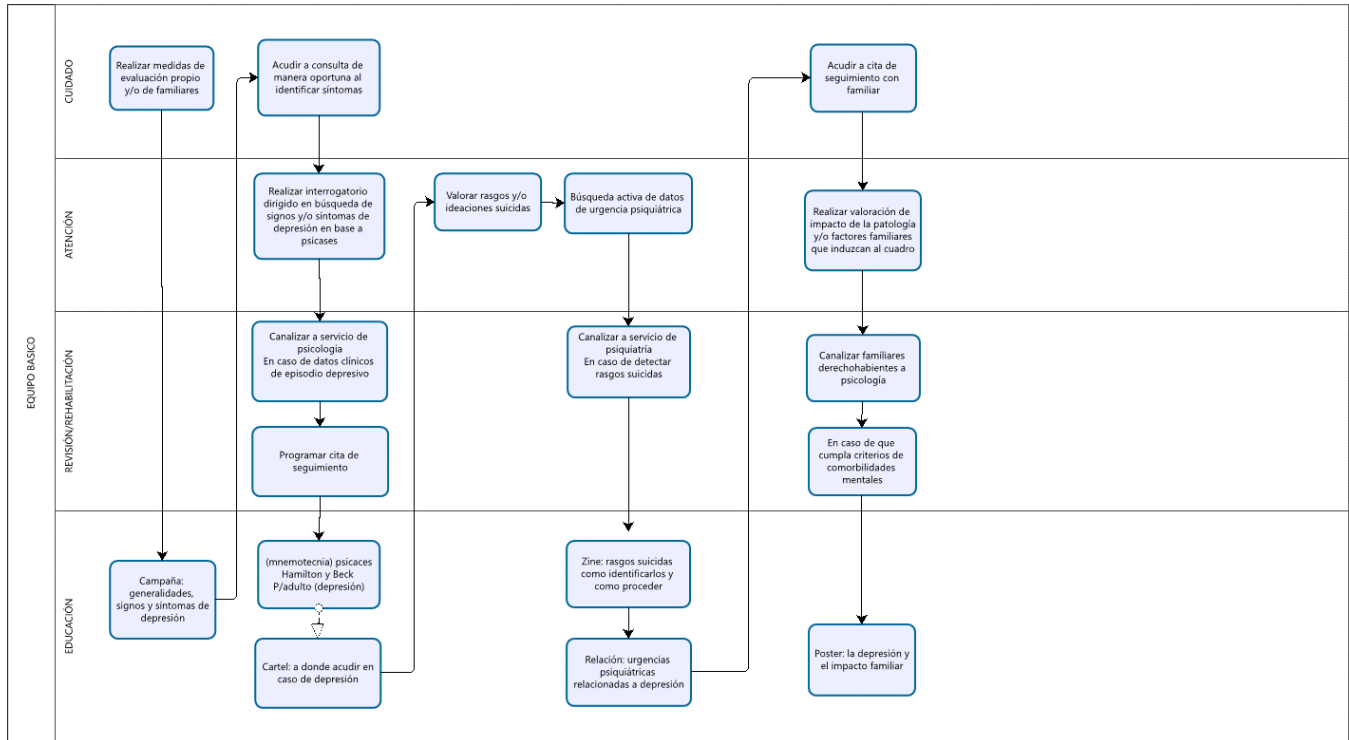
Cuadro 19
Diagrama de prevención y atención oportuna de violencia intrafamiliar y de género
(Equipo avanzado)



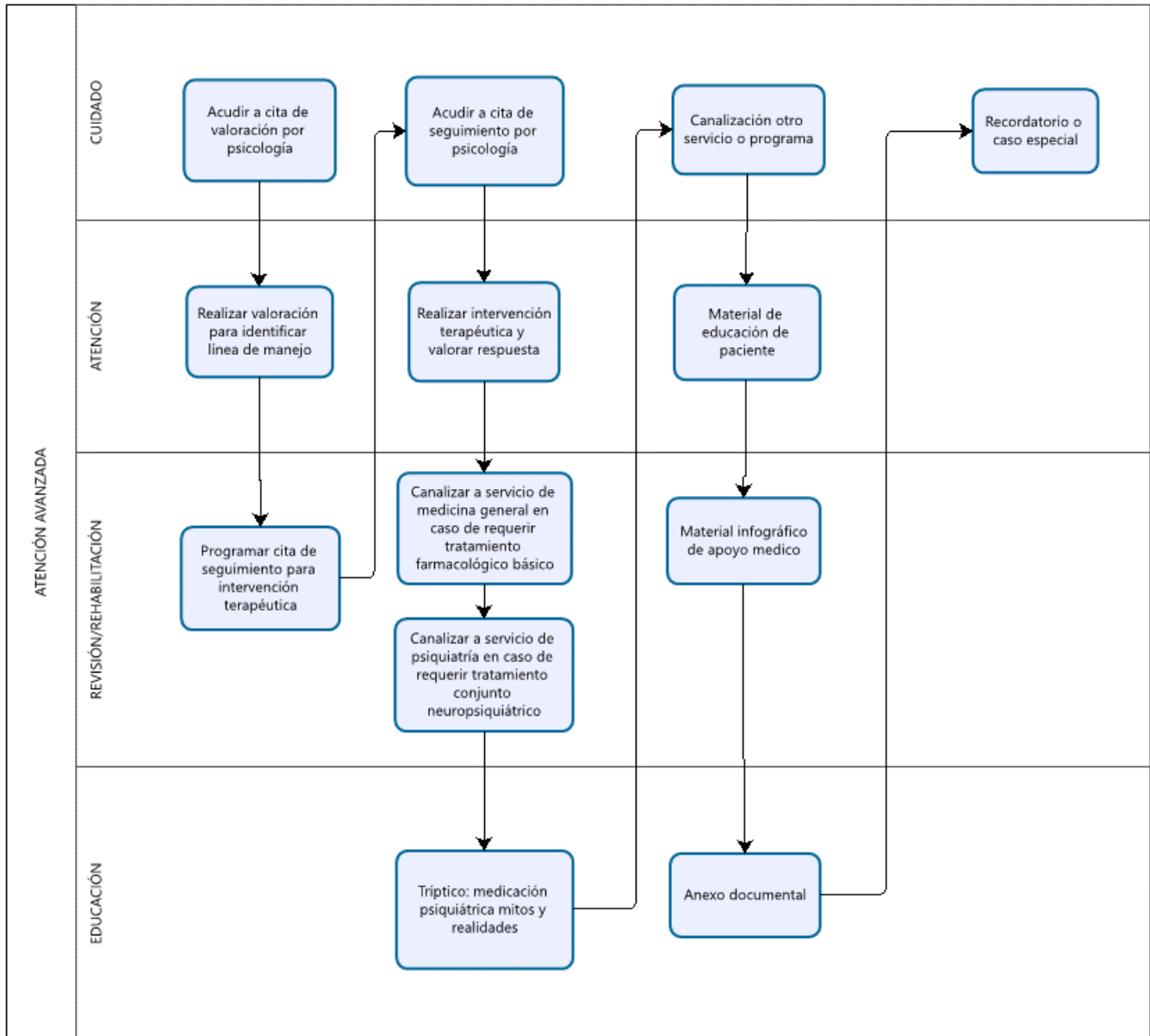
Cuadro 20
Diagrama del Programa de Diagnóstico de la ansiedad en adultos
Equipo básico



Cuadro 21
 Diagrama del Programa de Diagnóstico de la ansiedad en adultos
 Equipo avanzado



Cuadro 22
Diagrama del Programa de Diagnóstico de la depresión en adultos
(Equipo básico)



Cuadro 23
 Diagrama del Programa de Diagnóstico de la depresión en adultos
 (Equipo avanzado)

E. Salud bucal

a. Antecedentes: A partir del año 1977 se organizan ciertas acciones educativas y preventivas en algunas escuelas, utilizando fluoruro de sodio en bajas concentraciones con la técnica de Bojanini, para auto aplicaciones.

El Programa Nacional de Salud (1989-1994), impulsa con carácter prioritario la educación y fomento de la salud, propiciando la responsabilidad ciudadana de proteger la salud individual y familiar, a través de la salud pública y social, para ofrecer a la población acceso a los servicios de salud. En 1989 se firma convenio SSA-SEP para el desarrollo del Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud de los Preescolares y Escolares del Sistema Educativo Nacional incluyendo la ejecución de acciones que mantengan la salud bucodental.

Una más de las estrategias incorporadas al programa desde la década de los 80s es la Atención Incremental que posteriormente se le llamo Atención Gradual, cuyo objetivo es otorgar promoción de la salud, atención preventiva y curativa personalizada con el propósito de incrementar gradualmente el número de niños sanos, así como el número de niños con rehabilitación bucal para contribuir en la disminución del índice de necesidades de tratamiento sofisticados y costosos. Esto con la finalidad de que los usuarios adquieran conductas que propicien mantenerse sanos.

b. Justificación: Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población sin distinción de edad o nivel socioeconómico, se manifiestan desde los primeros años de vida, sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de la vida de los individuos afectados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades bucales de mayor prevalencia son las caries dentales y la enfermedad periodontal que afectan a más de 90% de la población mexicana.

A la Salud Bucal no se le ha considerado como parte integral del modelo de medicina preventiva, sin embargo, esta situación se ha venido modificando ya que en la actualidad la evidencia científica demuestra la importancia de la salud bucal para conservar, recuperar y/o controlar otras enfermedades del organismo.

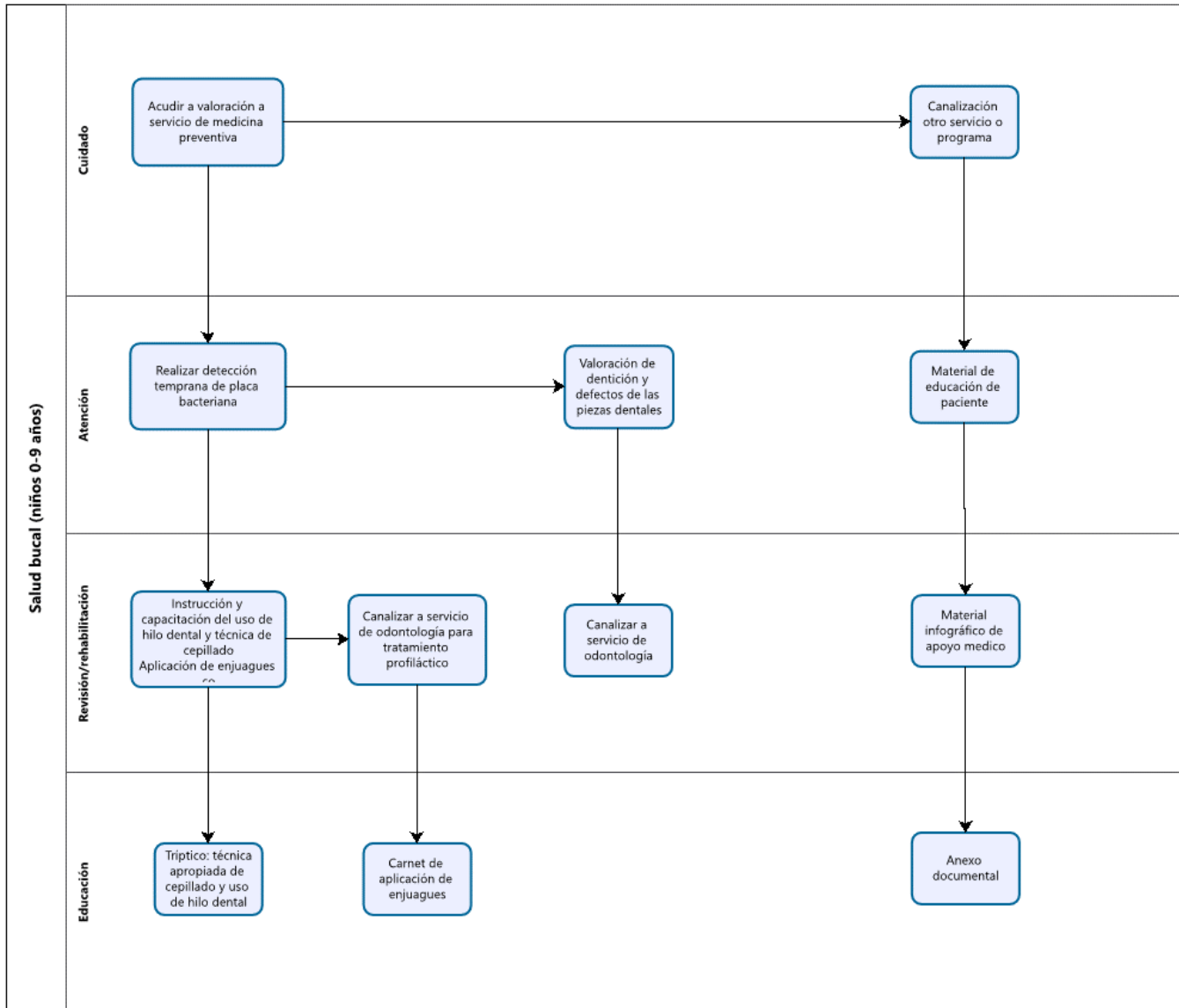
Una recomendación de la Organización Mundial de la Salud es que se debe modifica el enfoque profesional centrado en la enfermedad (mutilatorio y curativo como sea en gran medida en la actualidad), por un enfoque de prevención fundado en la salud, educación sanitaria y el autocuidado. De hecho, una visión, una visión salutogénico donde se aborden los aspectos que generan salud en

oposición a la patogénesis; enfocados en que la enfermedad y la salud no son dos opuestos irreconciliables, sino más bien estados distintos dentro de un proceso en permanente transformación. Esto hace necesario la instrumentación y un programa de promoción, educación y prevención, en todos los grupos etarios, conformado por acciones que se organizan y sistematizan a través de las estrategias de concentración y coordinación, comunicación social y se complementa con material didáctico y de promoción para facilitar la ejecución de las acciones.

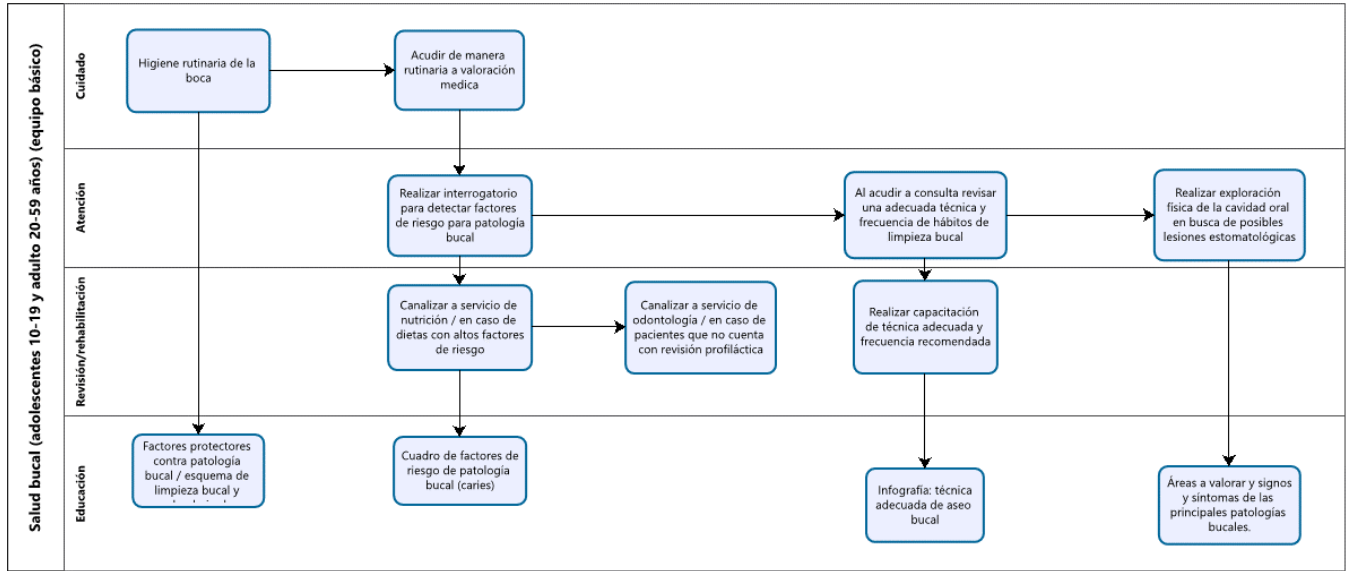
c. Objetivo general: Mantener la salud bucal, creando una cultura en que se fortalezca el autocuidado, se prevengan las enfermedades bucales de mayor prevalencia e incidencia en los preescolares y escolares a través de promoción y educación para la salud, así como medidas de prevención y protección específica, cuyas medidas sean de tal impacto que se mantengan y apliquen por el resto de la vida de los usuarios.

d. Objetivos específicos

- i. Otorgar medidas de prevención individualizada y dirigida para la prevención de patologías bucales.
- ii. Concientizar a la población preescolar, escolar y senecta sobre la importancia de la salud bucal como parte integral de la salud general.
- iii. Fomentar el autocuidado en la población general para conservar la salud bucal durante la vida del individuo.
- iv. Realizar detección temprana de factores de riesgo y datos de patología bucal y referencia oportuna.

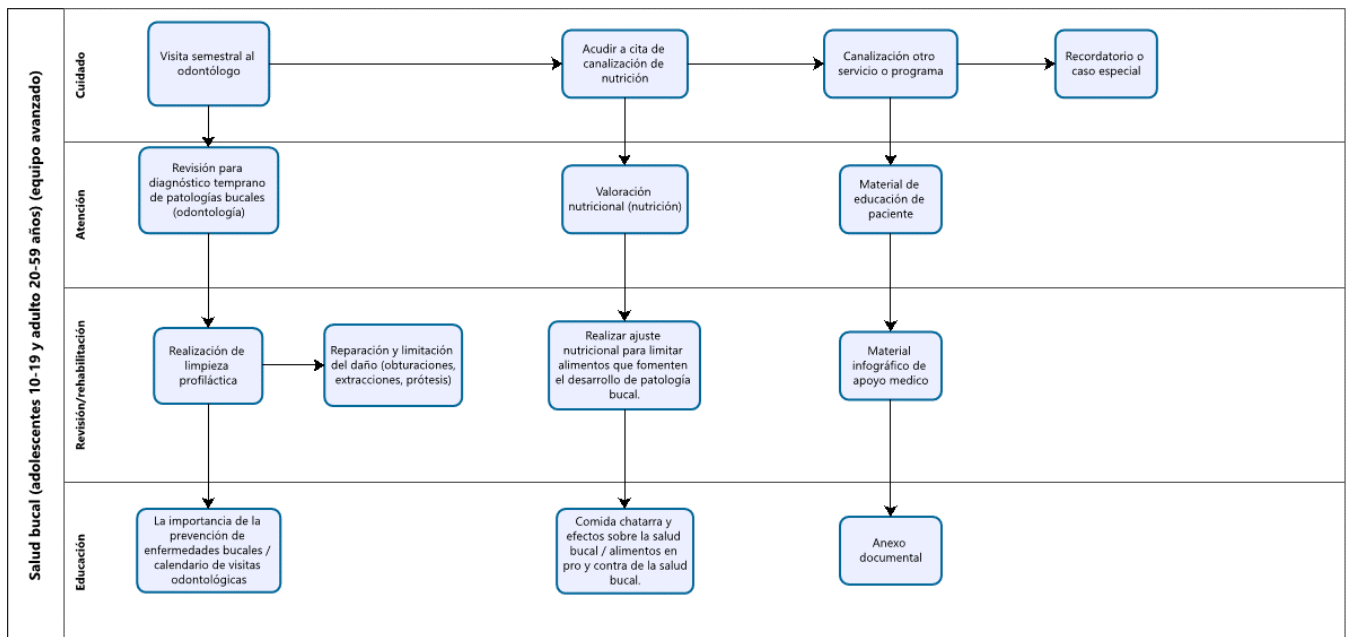


Cuadro 24
Diagrama del Programa de salud bucal de niños de 0 a 9 años



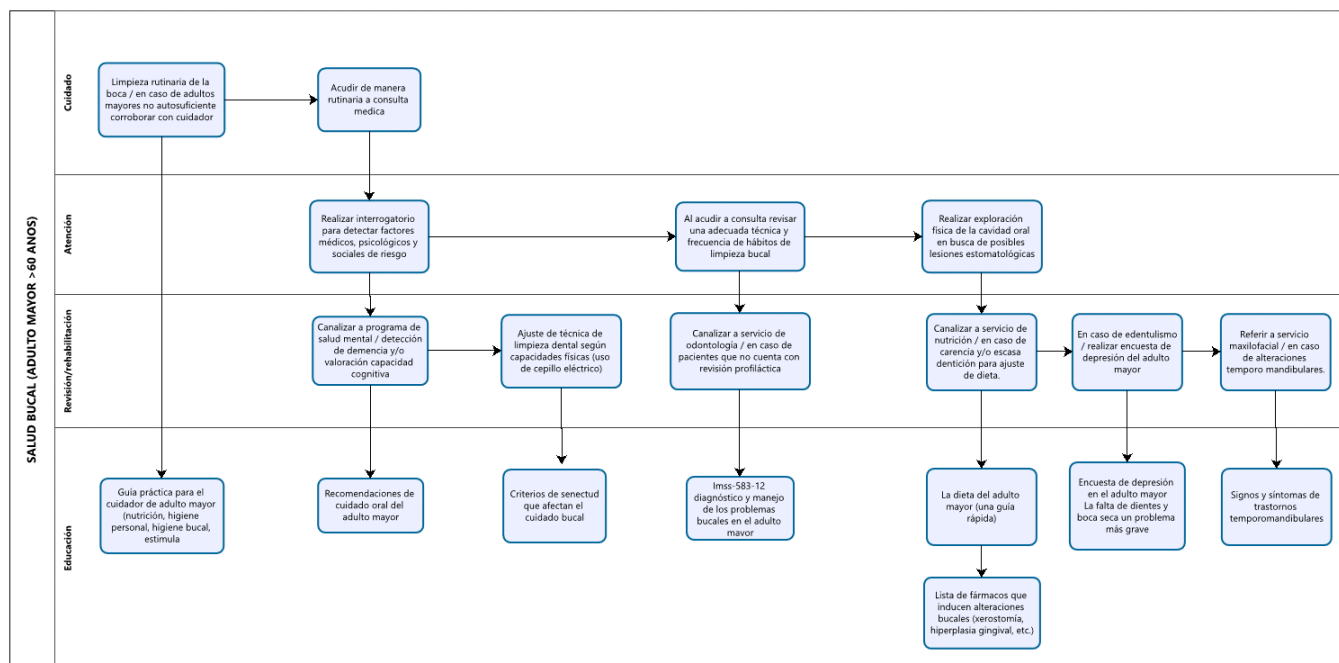
Cuadro 25

Diagrama del Programa de salud bucal de adolescentes de 10 a 19 años y adultos de 20 a 59 años (Equipo básico)



Cuadro 26

Diagrama del Programa de salud bucal de adolescentes de 10 a 19 años y adultos de 20 a 59 años (Equipo avanzado)



Cuadro 27
Diagrama del Programa de salud bucal del adulto mayor

F. Salud materno infantil

a. Antecedentes: El tamiz neonatal es una herramienta muy valiosa de la medicina preventiva, mediante el análisis de diversas sustancias en gotas de sangre recolectadas en papel filtro específico, se pueden detectar oportunamente desde una enfermedad, como fenilcetonuria o hipotiroidismo congénito hasta cerca de medio centenar de enfermedades como hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, galactosemia, enfermedad de orina de jarabe de "maple" (Arce), defectos del ciclo de la urea, tirosinemia, acidemias orgánicas congénitas, defectos de oxidación de los ácidos grasos, talasemias, distrofia muscular de Duchenne, enfermedades infecciosas como la toxoplasmosis y el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).

En México, el tamiz neonatal para la detección de hipotiroidismo congénito es obligatoria por ley para todos los centros de atención materno infantil y se debe realizar a todos/as los/as niños/as que nazcan en territorio mexicano.

Del total de recién nacidos (RN) con hipoacusia, el 30 % no tiene factores de riesgo pre o perinatales ni antecedentes familiares, a pesar de lo cual su sordera es genética. Debido a ello y otras razones, todos lo RN deben ser sometidos al Tamiz Auditivo Neonatal (TAN). Además, la hipoacusia podría ser solo una manifestación

entre otros problemas médicos. Al conocer la causa genética en este caso se puede interactuar de manera oportuna para observar la salud general del niño sordo o con hipoacusia.

En 1972, la 27 Asamblea Mundial advierte el descenso de la lactancia materna entre otros factores por la fácil adquisición de alimentos infantiles. En 1981, la OMS/UNICEF presentan la 67 Reunión del consejo consultivo de la OMS una propuesta de Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en la 34 Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo se acepta y se recomienda a los países su adopción.

La lactancia materna favorece la salud de la población y el desarrollo del capital humano. La lactancia materna salva vidas, mejora la salud en el corto y largo plazos en los niños que la reciben, además de potencializar su desarrollo cognoscitivo. En las madres previene enfermedades como hipertensión, obesidad, diabetes, cáncer de mama y ovario y depresión. La leche humana tiene propiedades inmunológicas, hormonales y nutricionales únicas; Constituye un sistema para proteger la salud y estimular el desarrollo óptimo del niño.

Según un metaanálisis publicado por la OMS de datos de países de medianos y bajos ingresos, los niños que no son amamantados tienen seis veces más riesgo de morir por enfermedades infecciosas durante los primeros 2 meses de vida que aquellos que son amamantados. El efecto protector de la lactancia no solo está confinado a una menor morbilidad y mortalidad a corto plazo, pues este se extiende a etapas posteriores y hay clara evidencia para enfermedades crónicas como dermatitis, asma, exceso de peso, diabetes tipos 1 y 2 y leucemia.

b. Justificación: Las malformaciones congénitas (MC) constituyen un grupo de enfermedades de tratamiento y rehabilitación no siempre exitosos, muchas de ellas son de evolución crónica y dejan secuelas que representan una desventaja social, con un alto costo al individuo, la familia y la comunidad, son de difícil prevención y de alta mortalidad, por lo que su conocimiento ha constituido un hecho de interés durante años.

El término de defecto congénito es una categoría amplia que incluye las malformaciones congénitas, entre las cuales figuran: defectos morfológicos y estructurales que tienen lugar durante la morfogénesis y están presentes en el momento del nacimiento y las enfermedades genéticas que pueden afectar, además de la estructura, la función o el metabolismo, lo cual trae consigo daño físico o mental, disminución del promedio de vida o mayor letalidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha referido que entre 4 y 6 % de los recién nacidos presentan alguna afección de causa total o parcialmente genética.

Las enfermedades congénitas se encuentran entre las 3 primeras causas de muerte y que existen consecuencias socioeconómicas complejas para aquellos que sobreviven el primer año de vida, donde estas malformaciones, unidas al sistema nervioso central (SNC) son las más frecuentes en el mundo.

Con base a las estadísticas del año 2019 se encuentra que las patologías de malformaciones congénitas y defectos metabólicos congénitos constituyen el 1.6% del total de defunciones registradas en la población usuaria del Servicio de Sanidad Naval, aunque estas solo representan el 0.05% de los diagnósticos patológicos registrados se nota la alta tasa de mortalidad secundaria a este tipo de patologías, por eso la importancia de la detección temprana y la implementación de medidas preventivas para disminuir la incidencia de las mismas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que al rededor del 60% de las pérdidas de audición en la niñez se podrían evitar con medidas de prevención. Un niño con pérdida auditiva posee impedimentos para el desarrollo de lenguaje oral y esto impactara directamente la capacidad de comunicarse. El lenguaje que se haya adquirido por un niño con impedimento auditivo a los cuatro a cinco años determinara de manera importante su capacidad de comunicarse en el resto de su vida. Lo cual puede ser mitigado con las medidas preventivas y de rehabilitación temprana para disminuir el impacto en la calidad de vida del pediátrico.

La recomendación actual de la Organización Mundial de la Salud es que el bebé sea alimentado de forma exclusiva con leche materna desde la primera hora de su nacimiento hasta los 6 meses de vida, momento en el cual se inicia la alimentación complementaria con otros líquidos y alimentos densos en micro nutrientes adecuados para la edad y culturalmente aceptables, continuando con la lactancia hasta los 24 meses de edad, o más tiempo si ambos, la madre y el niño, así lo desean.

En México, la evidencia indica que ha habido un deterioro alarmante en las prácticas de lactancia materna, con las tasas de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses más bajas en América Continental. Estudios nacionales señalan que las barreras para la lactancia materna incluyen desde aquellas de índole individual hasta las relacionadas con el ambiente sociocultural y políticas en el país.

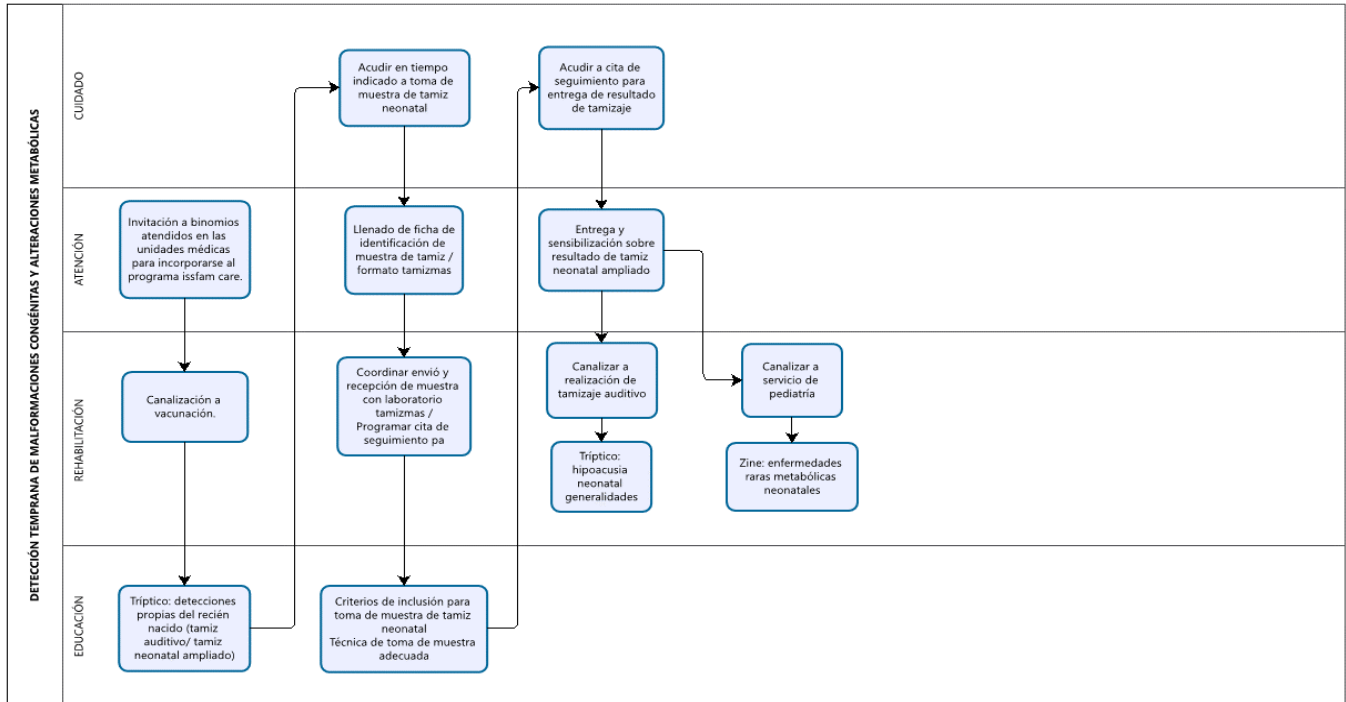
La reciente reforma a la *Ley general de salud* da paso al surgimiento de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM), en la cual se concretan en documento acciones y metas a alcanzar en términos de incrementar la duración y el apego a la práctica de la lactancia materna en la población mexicana.

Se reporta que en México en el año 2018 la razón de mortalidad materna calculada fue de 35.4 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, siendo las principales causas de defunción: enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (40%), hemorragia obstétrica (20%) y Aborto (20%). Las entidades más afectadas por estas patologías son: Aguascalientes, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Michoacán, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa y Tamaulipas.

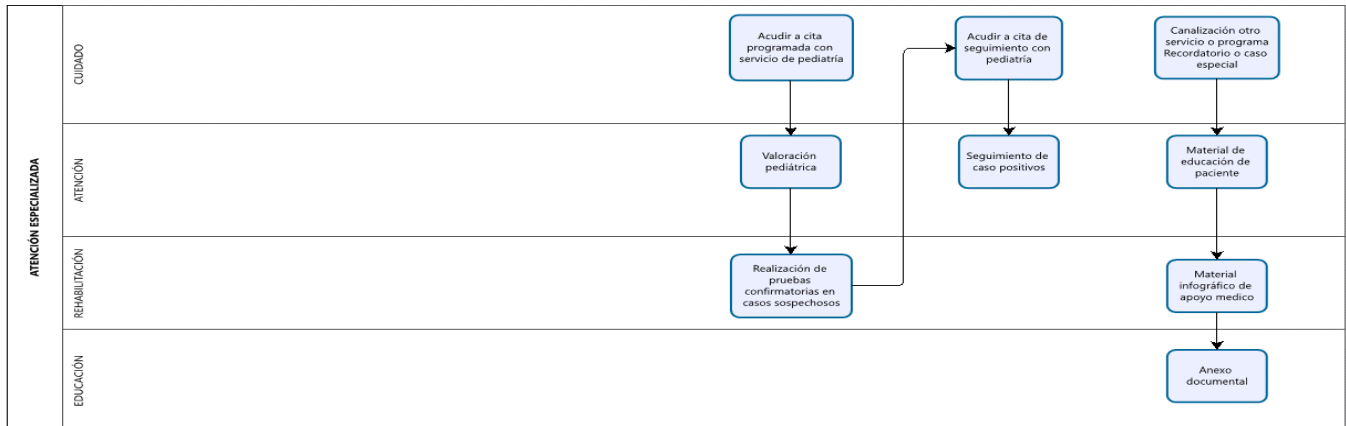
Se estima que el 70% de las causas de muerte materno infantil son prevenibles, por lo cual la gran importancia de la detección e intervención temprana para la prevención de complicaciones de estas patologías.

c. Objetivos

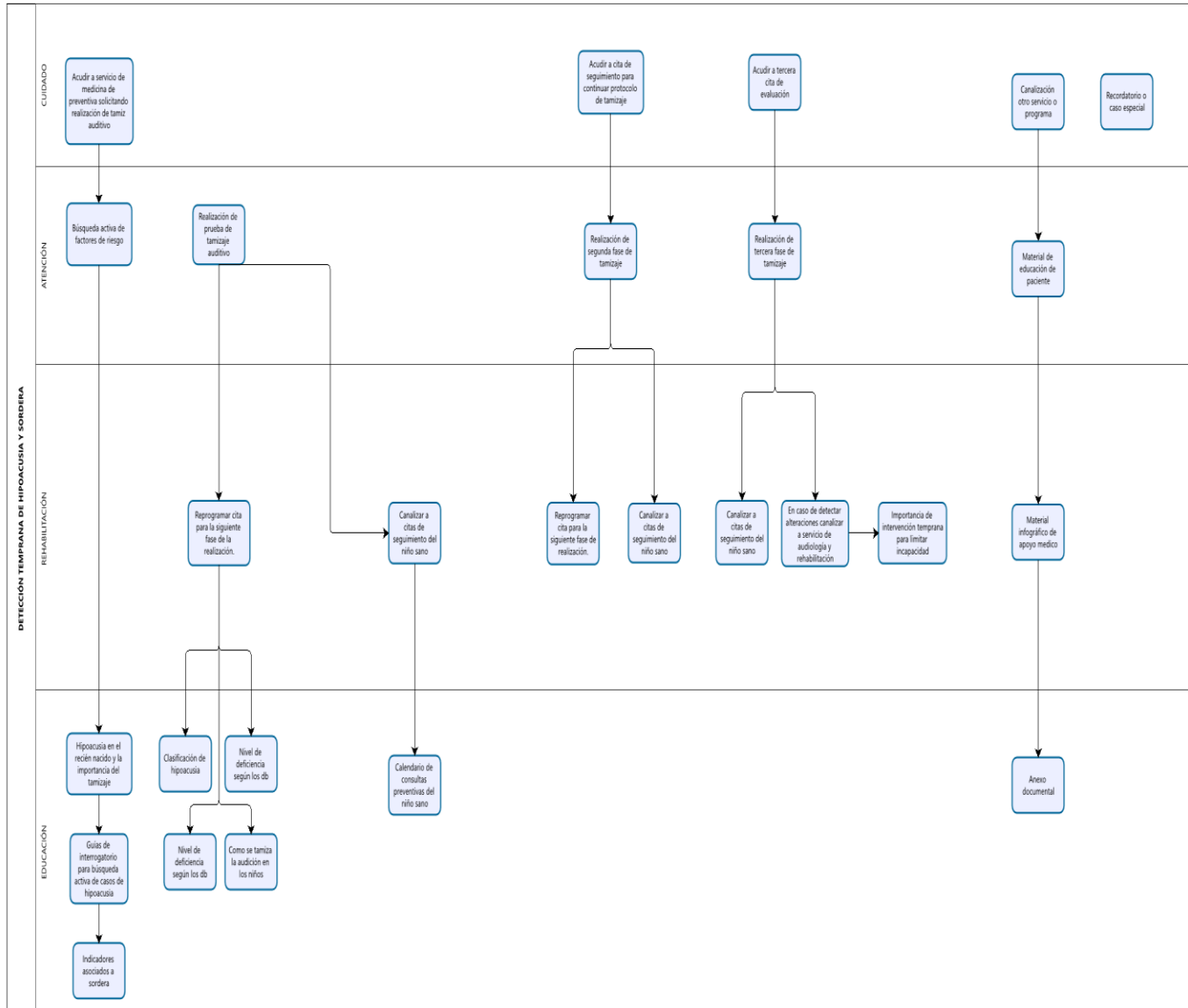
- i. Incorporar a todos los derechohabientes nacidos en el programa de atención integral preventiva.
- ii. Aplicar de manera generalizada pruebas de tamizaje metabólico ampliado neonatal a la población derechohabiente.
- iii. Emplear medidas de promoción dirigidas a la población general para la realización del tamiz auditivo como atención esencial del niño sano.
- iv. Reconocer los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
- v. Definir en la población, los beneficios de la lactancia materna para madre e hijo.



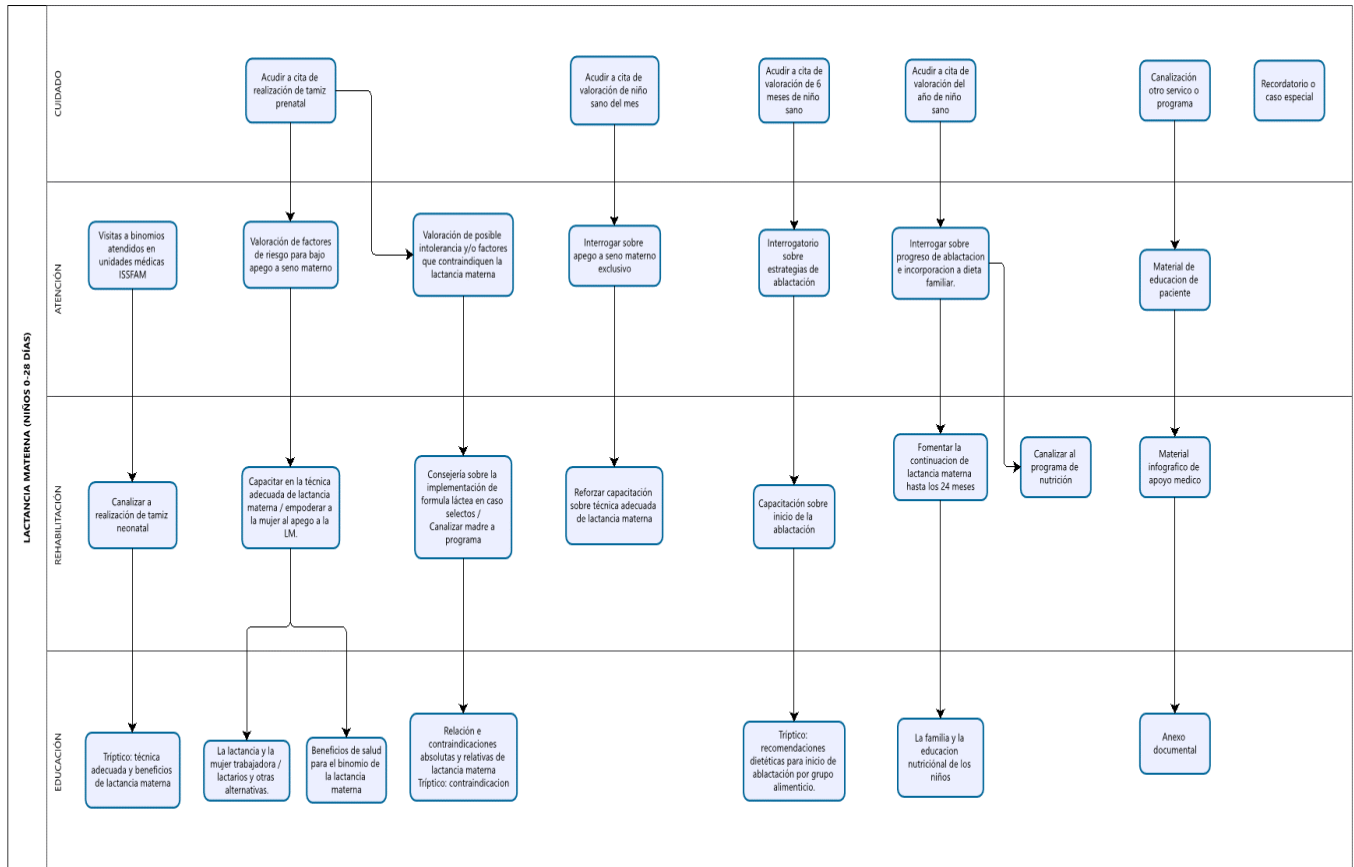
Cuadro 28
Diagrama del Programa de Salud Materno-Infantil de 0 a 28 días
Detección temprana de malformaciones congénitas y alteraciones metabólicas



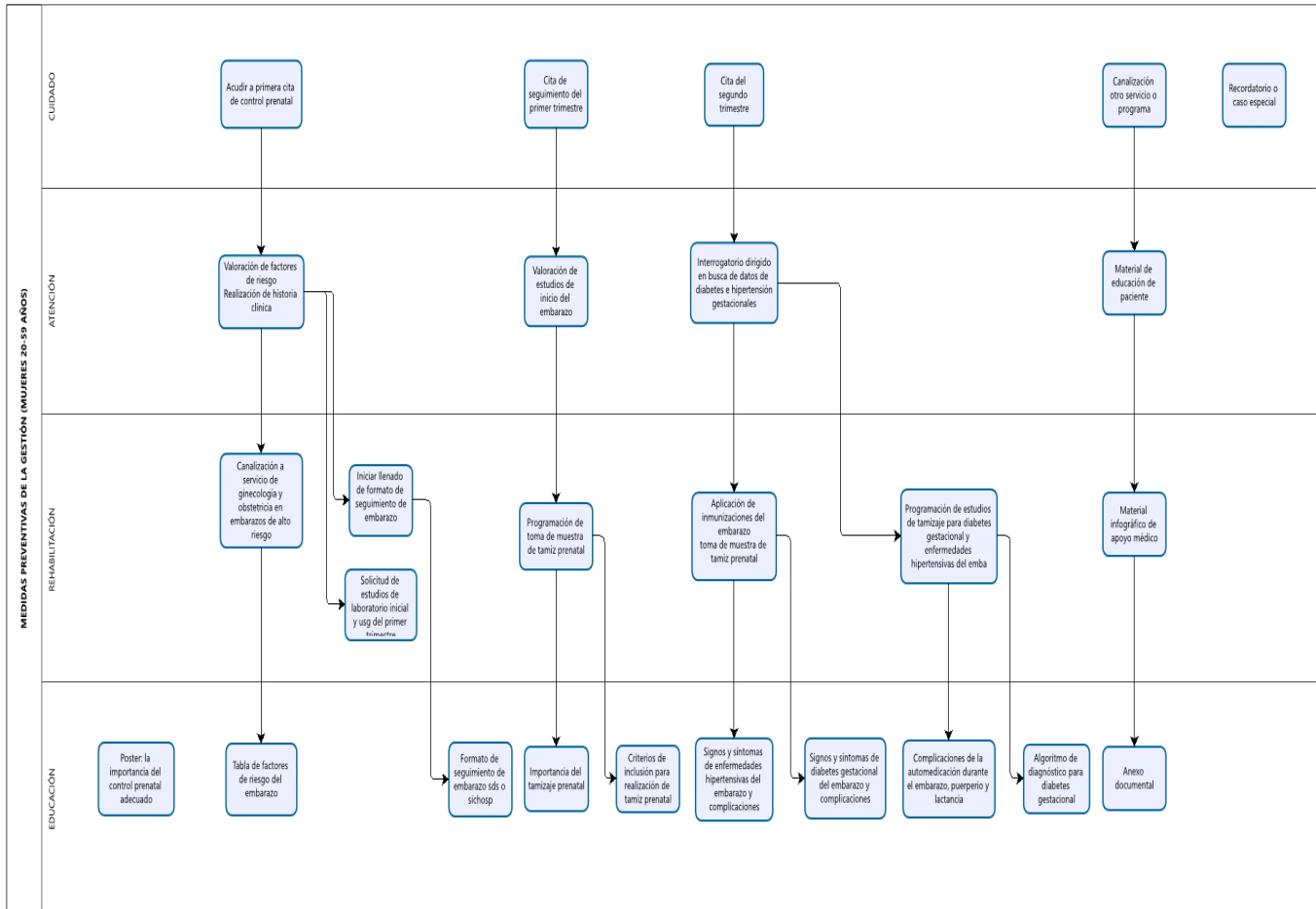
Cuadro 29
Diagrama del Programa de Salud Materno-Infantil de 0 a 28 días
Atención especializada



Cuadro 30
Diagrama del Programa de Salud Materno-Infantil de 0 a 28 días
Detección temprana de hipoacusia y sordera



Cuadro 31
Diagrama del Programa de Salud Materno-Infantil de 0 a 28 días
Lactancia materna



Cuadro 32
Diagrama medidas preventivas durante la gestación

G. Salud sexual y reproductiva

a. Antecedentes: Las enfermedades de transmisión sexual que producen úlceras genitales: herpes, sífilis, cancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 2006 se reportó que este grupo de enfermedades representaron 5428 consultas en medicina familiar (0.010% del total del servicio), 361 (0.003%) en servicio de urgencias y 1193 (0.009%) en la consulta de especialidad. Esto nos permite ilustrar la importancia de la intervención temprana preventiva para reducir la incidencia de dichas enfermedades en la población y el impacto de salud que produce en la población general, con especial enfoque en los adolescentes ya que en algunos casos carecen de adecuada educación sexual y de accesos a métodos de protección tanto para embarazo como para contagiarse. Por otro lado, en México los adolescentes conforman una gran proporción de la pirámide poblacional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera población adolescente a la que se encuentre entre 10 y 19 años y destaca que ellos representan un porcentaje importante de la población en todas las regiones del mundo. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó en 2010 que 18% de la población mundial se encontraba en esta edad, 88% vivían en países en desarrollo y 19% de las adolescentes en países en desarrollo han tenido un embarazo antes de 18 años, dos millones son de menores de 15 años. Según la OMS, alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz anualmente, bajo nivel de ingreso inician la maternidad en edades tempranas.

En México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que una de cada cinco personas tiene entre 10 y 19 años. Esto significa que en el país viven 22.4 millones de adolescentes. Prácticamente la mitad (11.3 millones) tienen de 10 a 14 años y 11.1 millones tienen entre 15 y 19 años. El peso relativo de este grupo casi se ha duplicado desde 1970.

Al terminar la Revolución Mexicana las condiciones de salud en México eran dramáticas, ya que la prevalencia de mortalidad general asociada básicamente a efectos de la lucha armada de 1910, así como a factores nutricionales y de salud pública deficientes, lo que redujo la población del país drásticamente en los años veinte. Ante este escenario, los gobiernos posrevolucionarios promovieron leyes de corte pro-natalista (Leyes Generales de Población de 1936 y 1947), que incentivaron al incremento de la población. El rápido crecimiento de la población que prevaleció posterior a estas medidas fue motivo de gran preocupación, la Naciones Unidas señalaron la planificación familiar como un elemento clave para la reducción del crecimiento demográfico y para elevar el nivel de vida de la población.

En 1977 se aprueba el primer Plan Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud, en el cual se definieron metas de cobertura por institución y se estableció, además, la meta demográfica de reducir la tasa de crecimiento de población a 2.5% en 1982. A partir de entonces, los servicios de planificación familiar se fueron extendiendo al largo del país. En la década de los ochenta, el Programa de Planificación Familiar incorporó el enfoque de riesgo y se iniciaron programas de anticoncepción post-evento obstétrico, dando prioridad a grupos específicos de la población identificados como vulnerables. En los años noventa se impulsaron acciones para promover la participación del hombre en la planificación familiar y se crearon los primeros servicios de vasectomía sin bisturí en el país. Asimismo, se publicó en mayo de 1994 la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, que incorporó los avances científicos en el contexto nacional e internacional en materia de tecnología anticonceptiva, así como los procesos de orientación-consejería.

b. Justificación: Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son un problema de salud pública en países en vías de desarrollo debido que 85% de su población es sexualmente activa, por lo que el riesgo de contraer esas infecciones se incrementa. Los mecanismos de transmisión son complejos y ligados a grupos con prácticas de riesgo; el problema es mayor debido a que las personas infectadas perpetúan el ciclo de transmisión por la falta de implementación de medidas de prevención.

En México, las ETS se sitúan entre los cinco primeros motivos de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años (NOM, 1999). Las fallas en la prevención, diagnósticos y tratamiento de las ETS en estadios tempranos pueden ocasionar enfermedad aguda y crónica, graves complicaciones y secuelas, infertilidad, pérdida fetal, embarazo ectópico, cáncer anogenital y muerte prematura. Como consecuencia de los tratamientos, las complicaciones y secuelas resultantes, los costos de atención son elevados.

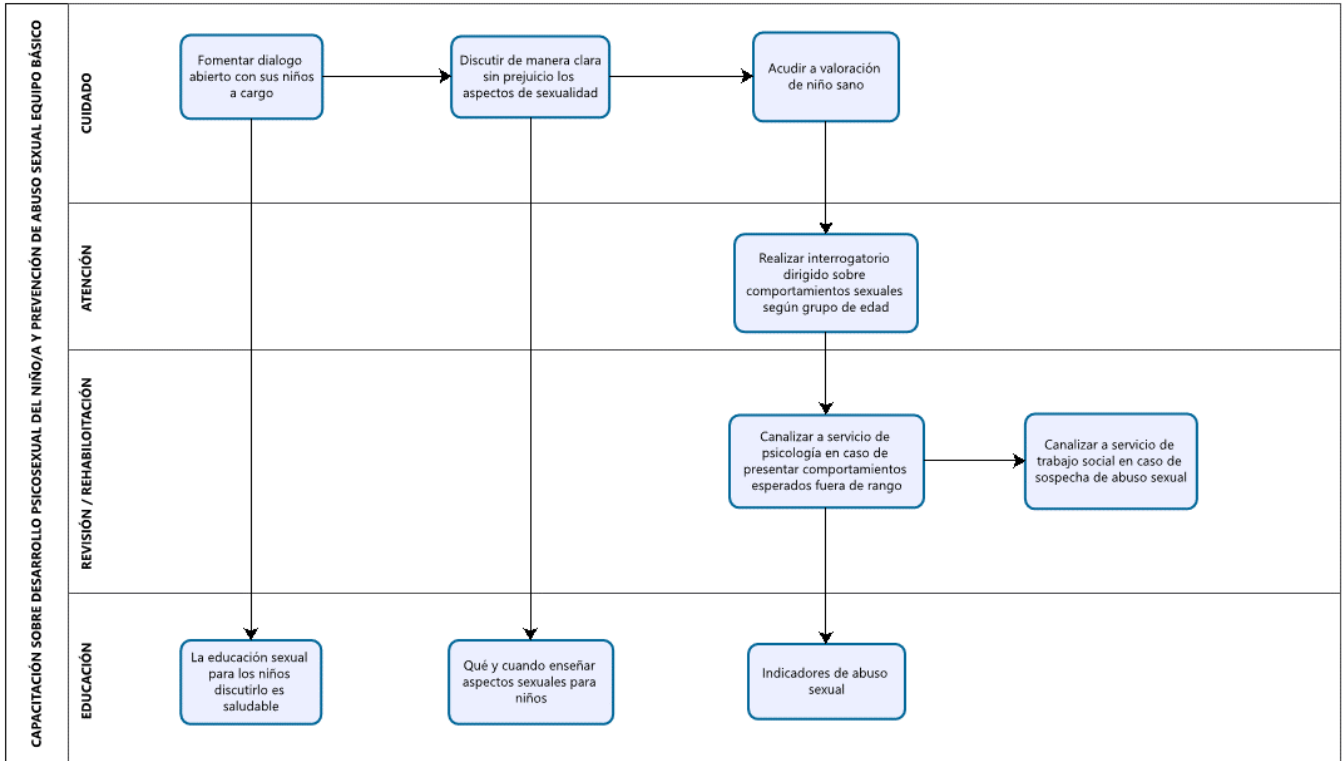
El embarazo en adolescentes está asociado a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres de mayor edad, y a una alta prevalencia de aborto en condiciones inseguras. Entre 2012 y 2013, el número de muertes maternas disminuyó de 960 a 861, lo que se tradujo en una reducción de la razón de muerte materna de 42.3 a 38.2 por cada 100 mil nacimientos. Este indicador entre las mujeres de 10 a 14 años es variable de un año a otro y el riesgo de complicaciones maternas y perinatales es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años. Con relación al aborto, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009) señala que 9.2% de ellos embarazos en

mujeres de 15 a 19 años ocurridos entre 2004 y 2009 termino en aborto. Otros estudios estimas tasas de aborto de alrededor de 44 por cada mil mujeres de 15 a 19 años a nivel nacional y de 51 por cada mil en los estados fronterizos del norte. La tasa anual de hospitalizaciones por aborto en adolescentes de 15 a 19 años se ha incrementado en el país de 6.1 por cada mil en el año 2000 a 9.5 en el 2010.

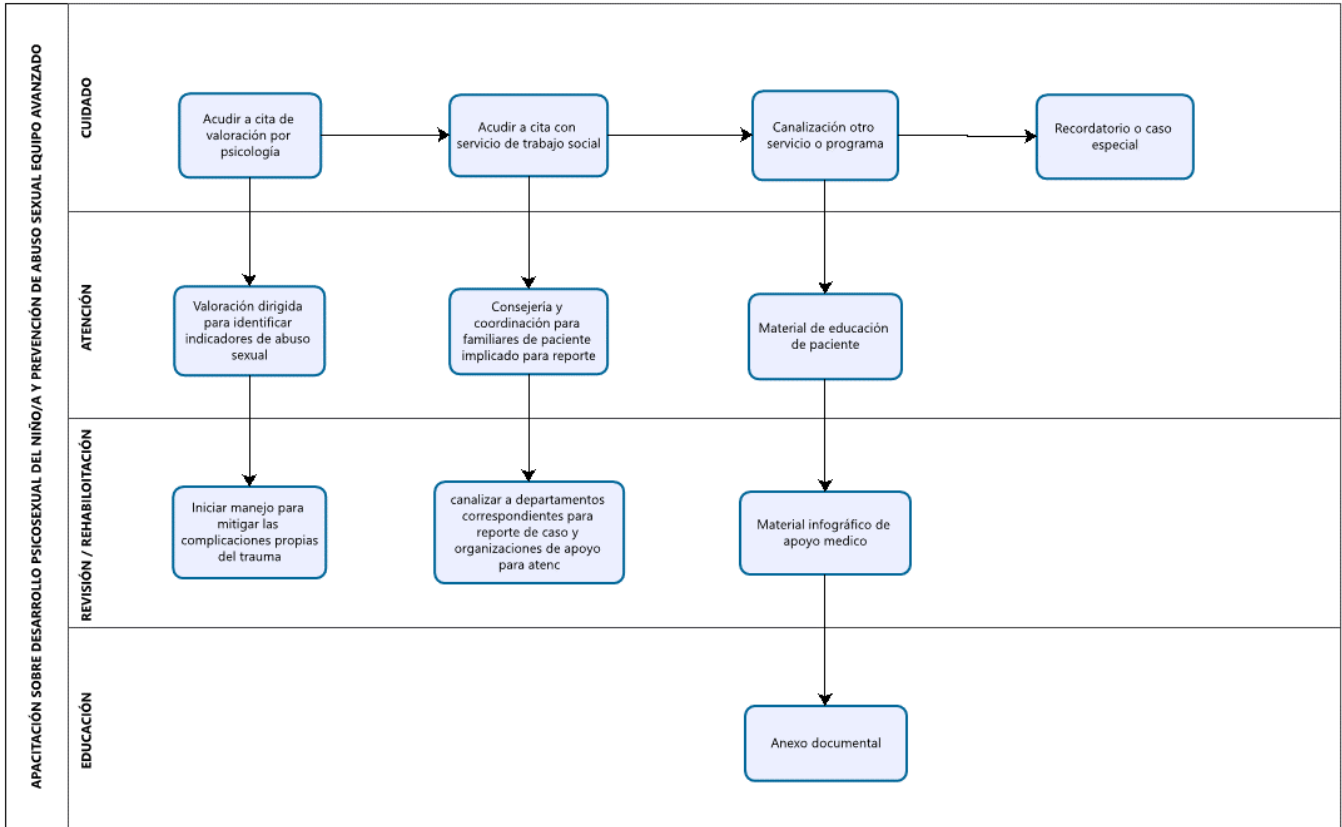
En los primeros años de existencia de los programas públicos de planificación familiar se orientaron a reducir las tasas de fecundidad y a disminuir el crecimiento de la población. Posteriormente las acciones se orientaron a mejorar la salud materna e infantil, y a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto en 1994, el objetivo principal ha sido asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, con perspectiva de género y enfoque intercultural.

c. Objetivos

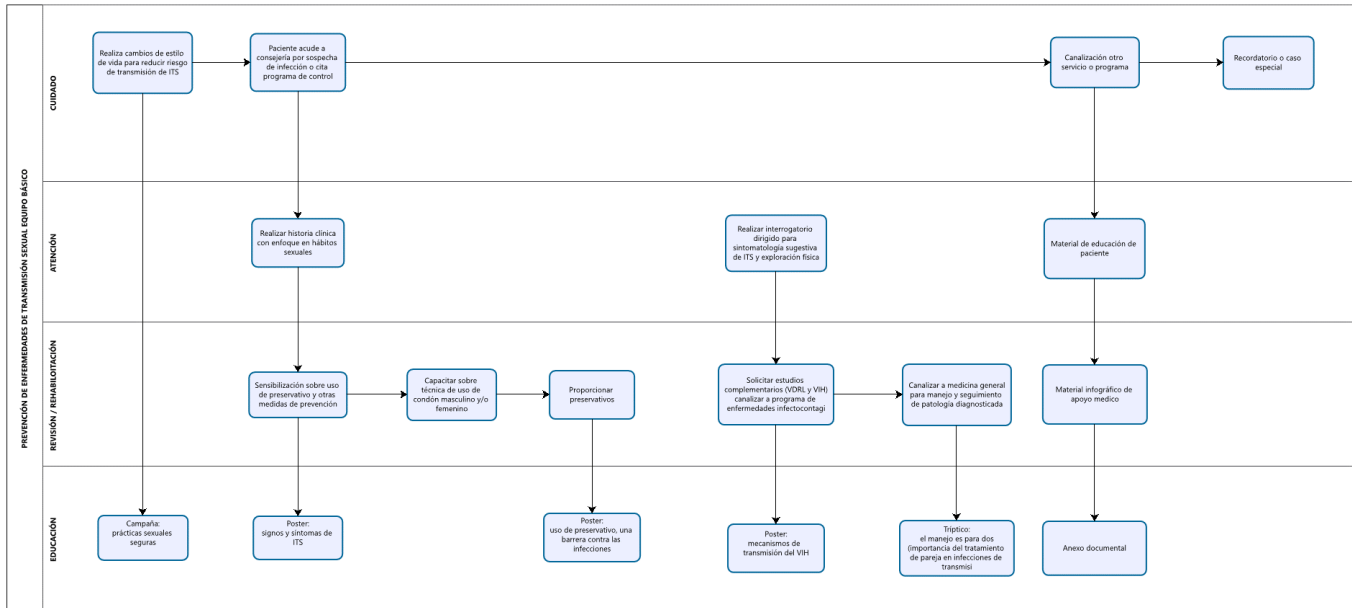
- i. Definir en la población las etapas de desarrollo psicosexual normales en el niño
- ii. Ilustrar las señales de alarma de alteraciones y/o violencia sexual a los pediátricos
- iii. Definir en la población, las principales enfermedades de transmisión sexual
- iv. Describir las medidas preventivas para la reducción del riesgo de contraer ETS
- v. Ilustrar a la población, la importancia de hábitos sexuales saludables
- vi. Identificar y describir a la población, las prácticas sexuales de riesgo
- vii. Establecer mecanismos claros de orientación-consejería sobre la planificación familiar para adolescentes y adultos en edad reproductiva.
- viii. Explicar a la población tutora y pediátrica derechohabiente, los conceptos de género, reconocimiento de la sexualidad infantil
- ix. Identificar para la población, los indicadores de abuso sexual en pediátricos y los mecanismos de reporte y atención



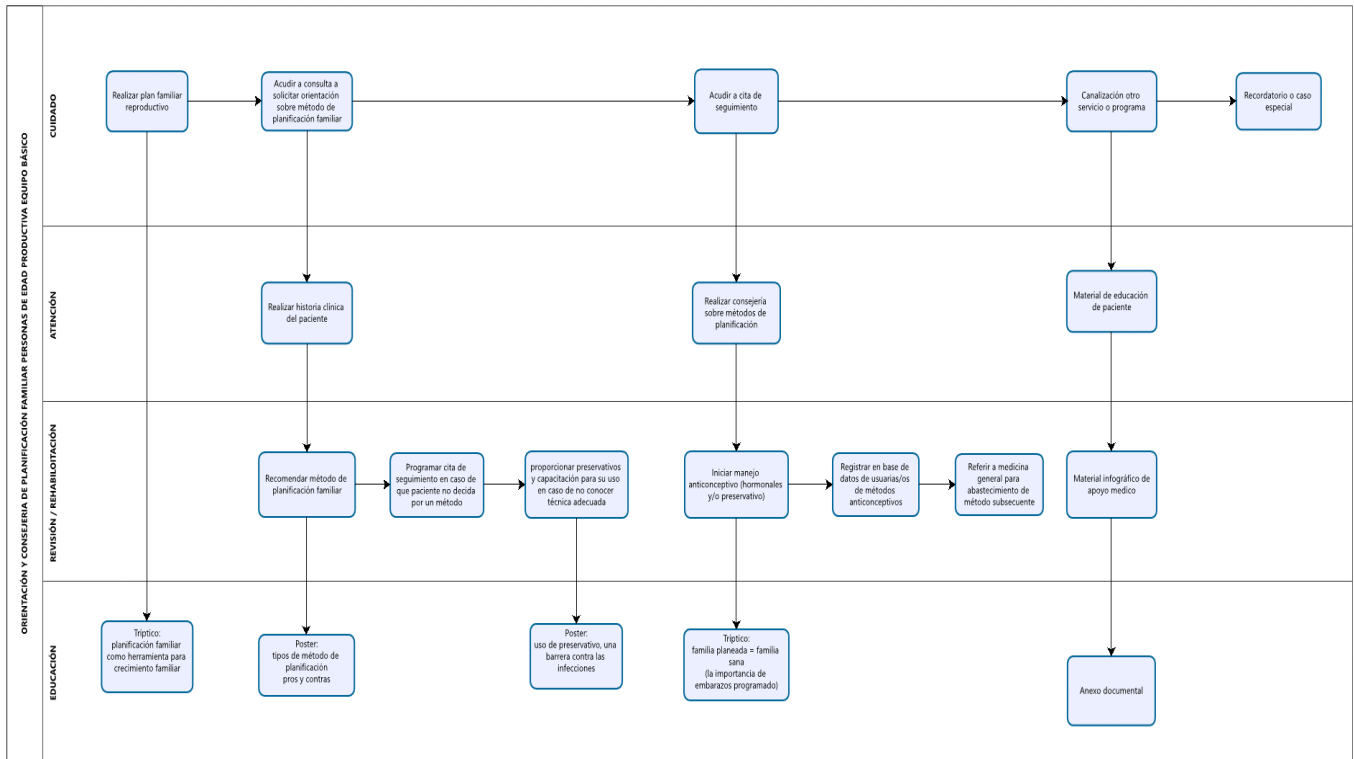
Cuadro 33
Capacitación psicosexual del niño/a y prevención del abuso sexual
Equipo básico



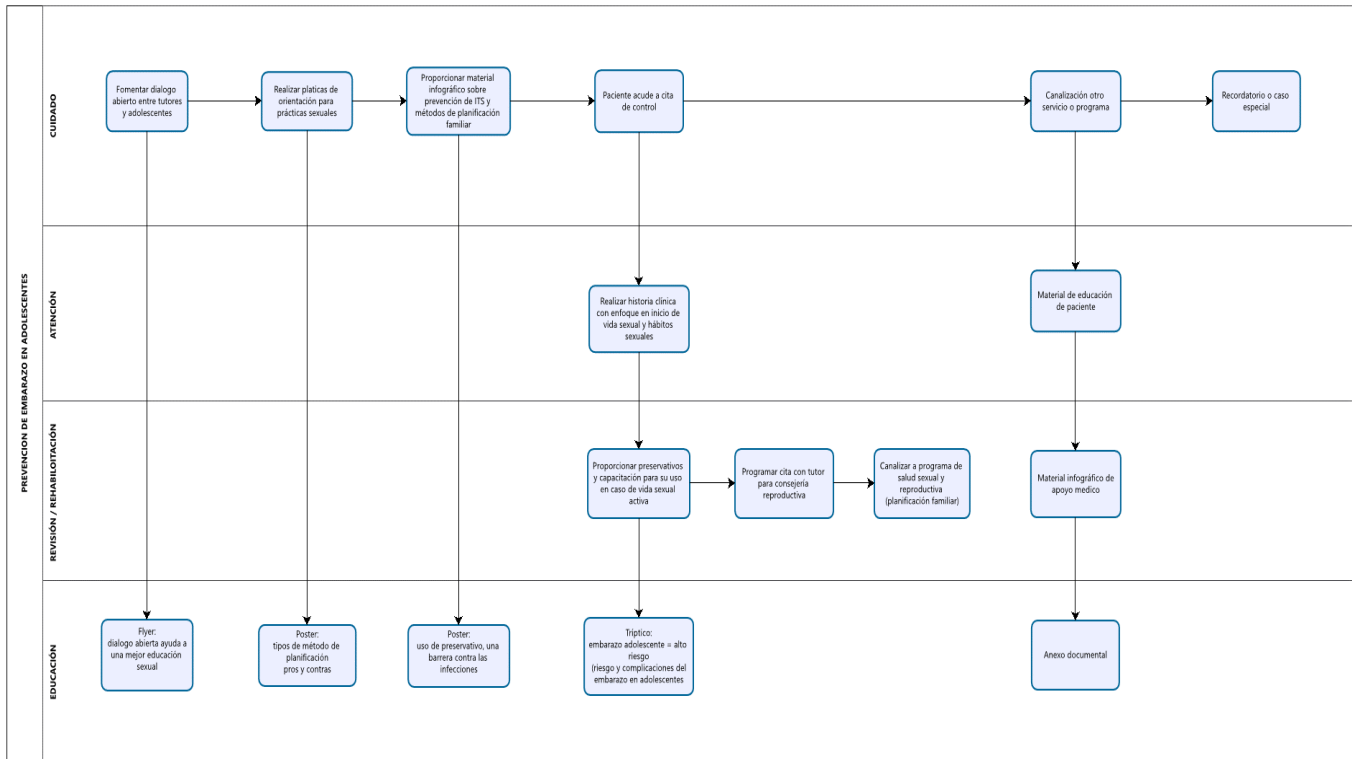
Cuadro 34
 Capacitación psicosexual del niño/a y prevención del abuso sexual
 Equipo avanzado



Cuadro 35
Prevenición de enfermedades de transmisión sexual
(Equipo básico)



Cuadro 36
Orientación y consejería de planificación familiar para personas en edad reproductiva



Cuadro 37
Prevención de embarazo en adolescentes
Equipo básico

H. Detección oportuna de enfermedades no transmisibles

a. Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud en el año 2013 publica el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020. En el año 2013 se publica por la Organización Panamericana de la Salud, el Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019; este documento está alineado con el marco de vigilancia del plan mundial. Donde se delinean las estrategias sugeridas por dicha organización para la prevención y control de enfermedades no transmisibles (ENT). Este documento que aplica a los Estados Miembros de la OMS para la generación y adopción de iniciativas.

La estrategia para la prevención y control de enfermedades no transmisibles tiene cuatro líneas estratégicas: políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT, factores de riesgo y factores protectores de las ENT, respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo, y vigilancia e investigación de las ENT. Este plan propone acciones a nivel regional y nacional que aprovechan los logros y las capacidades existentes en la Región en relación con estas líneas estratégicas. En todas las actividades se hace hincapié en iniciativas y mecanismos multisectoriales para fomentar y coordinar la participación de los interesados directos en la acción de toda la sociedad y de todo el gobierno.

b. Justificación: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente la diabetes, cardiovasculares y las enfermedades respiratorias crónicas, constituyen la principal causa de muerte en el mundo; son además la causa de la mayor parte de los costos evitables de la atención en salud. En el desarrollo de las ECNT, ejercen influencia los determinantes sociales de la salud como son los ingresos, la educación, el empleo, las condiciones de trabajo, el grupo étnico y el género.

La epidemia de las ECNT está impulsada por la globalización, la urbanización, la situación económica y demográfica y los cambios del modo de vida, estas enfermedades están causadas principalmente por un conjunto de factores de riesgo comunes como un régimen alimentario poco saludable, la inactividad física, la obesidad, el consumo nocivo de alcohol y el tabaquismo entre otros. Las ECNT constituyen un complejo problema de salud pública en reto para el desarrollo económico, requieren intervenciones de los Sistemas de Salud, la sociedad civil y el sector privado.

La diabetes se ha convertido en una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial, expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que la carga

de estas enfermedades crecerá sustancialmente en las próximas dos décadas. En la región de las Américas la prevalencia de diabetes en adultos.

La prevalencia actual de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) en México es 31.5%, y es más alta en adultos con obesidad (42.3%) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%) y en adultos con diabetes (65.5%) que sin enfermedades (27.6%). El 47.3% de los pacientes desconocen que padecía de HAS. Por grupos de mayor y menor edad, la distribución de la prevalencia de HAS fue 4.6 veces más baja que en el grupo de 20 a 29 años que en el grupo de 70 a 79 años. De los adultos con HAS diagnosticada por un médico, solo 73.6% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control; Con base a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; ENSANUT, 2012.

La enfermedad cardiovascular (enfermedad arterial coronaria, cerebrovascular y arterial periférica) es la principal causa de muerte a nivel mundial, en 2012 causo 17.5 millones de muertes, 7.4 millones fueron por infarto del miocardio y 6.7 millones debido a enfermedad cerebrovascular, además causa el 46% de muertes secundarias a enfermedades no transmisibles y un 37% de muertes prematuras en menores de 70 años, siendo la mayoría prevenibles, con bases a reporte estadísticos de la Organización Mundial de la Salud del 2014.

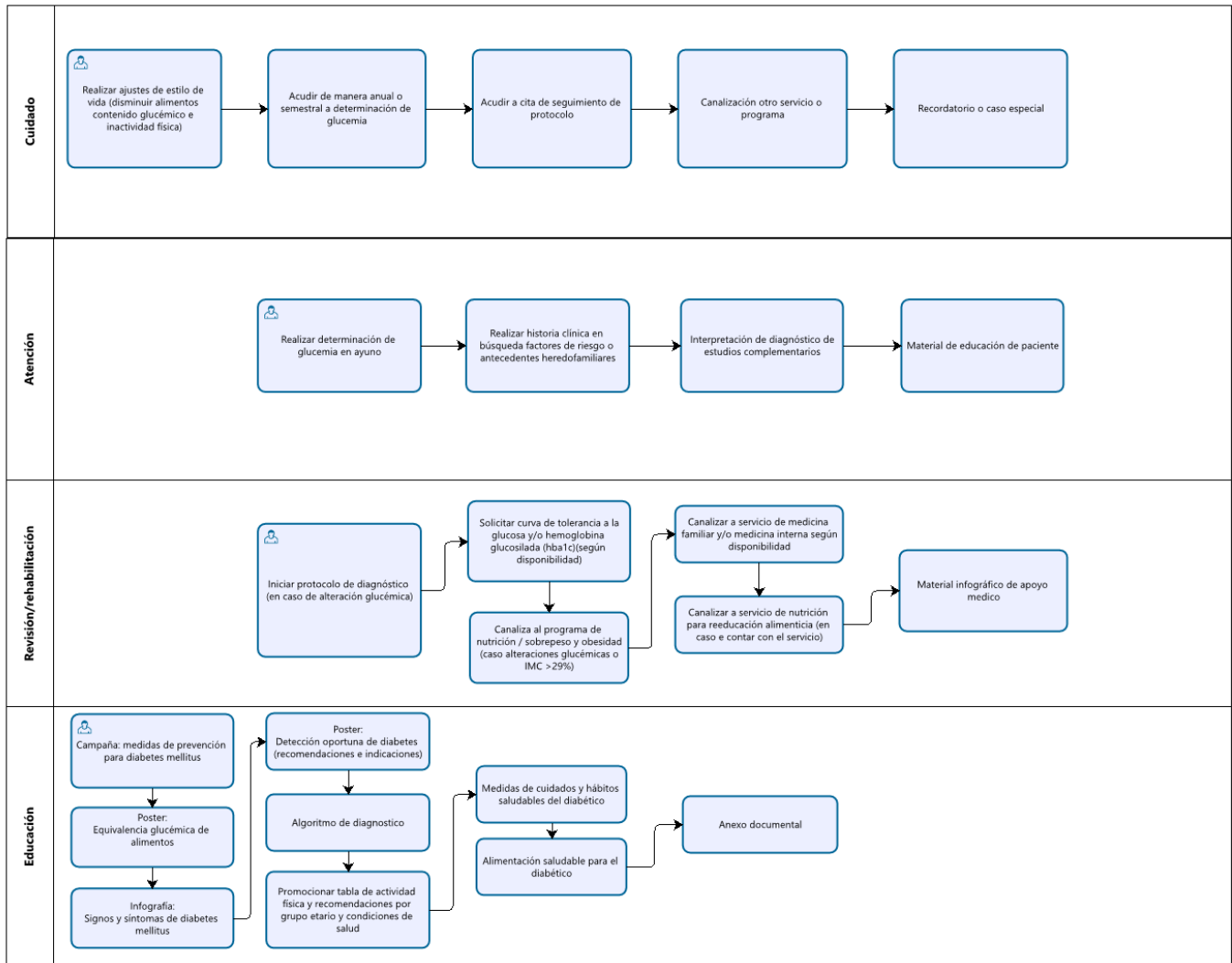
En este sentido, el control de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares es la principal estrategia para disminuir la morbimortalidad por estas causas. Existen los modificables como tabaquismo, hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemia y obesidad. Es por ello por lo que el control de la dislipidemia, sobre todo la elevación del colesterol-LDL (C-LDL), toma tal relevancia para disminuir la presentación de enfermedades cardiovasculares.

En México, según la ENSANUT 2006, la prevalencia de hipercolesterolemia (colesterol total mayor a 200 mg/dl) es del 43.6% en mayores de 20 años, de manera similar, el estudio CARMELA reporto una prevalencia de 50.5% esta prevalencia se incrementa con la edad y es mayor en hombres, a excepción del grupo de 55 a 64 años, donde fue mayor en mujeres.

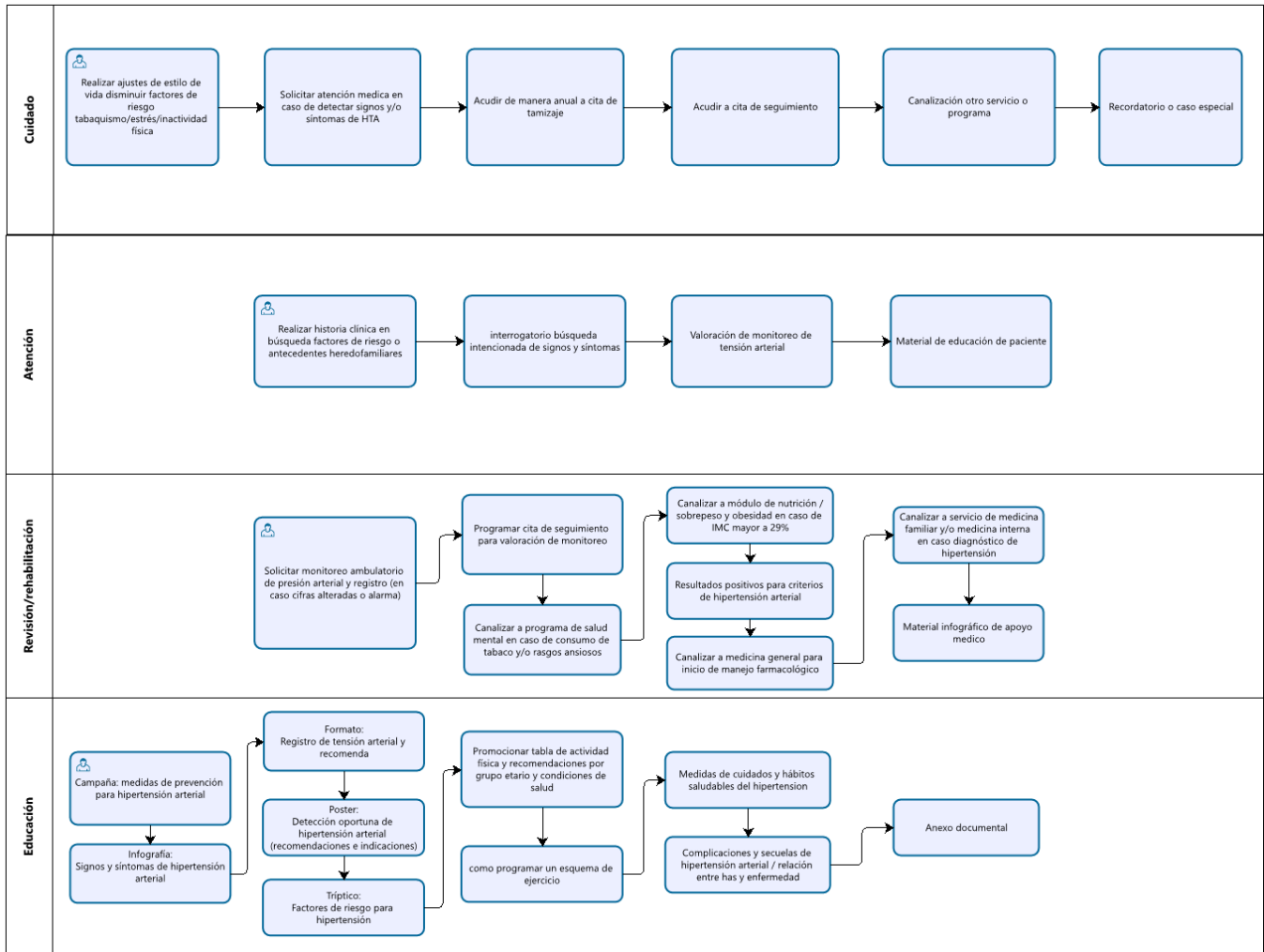
Se decide realiza un programa de acción, para la implementación de medidas preventivas y de diagnóstico temprano con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad relacionado a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el personal de la Fuerzas Armadas y sus derechohabientes.

c. Objetivos

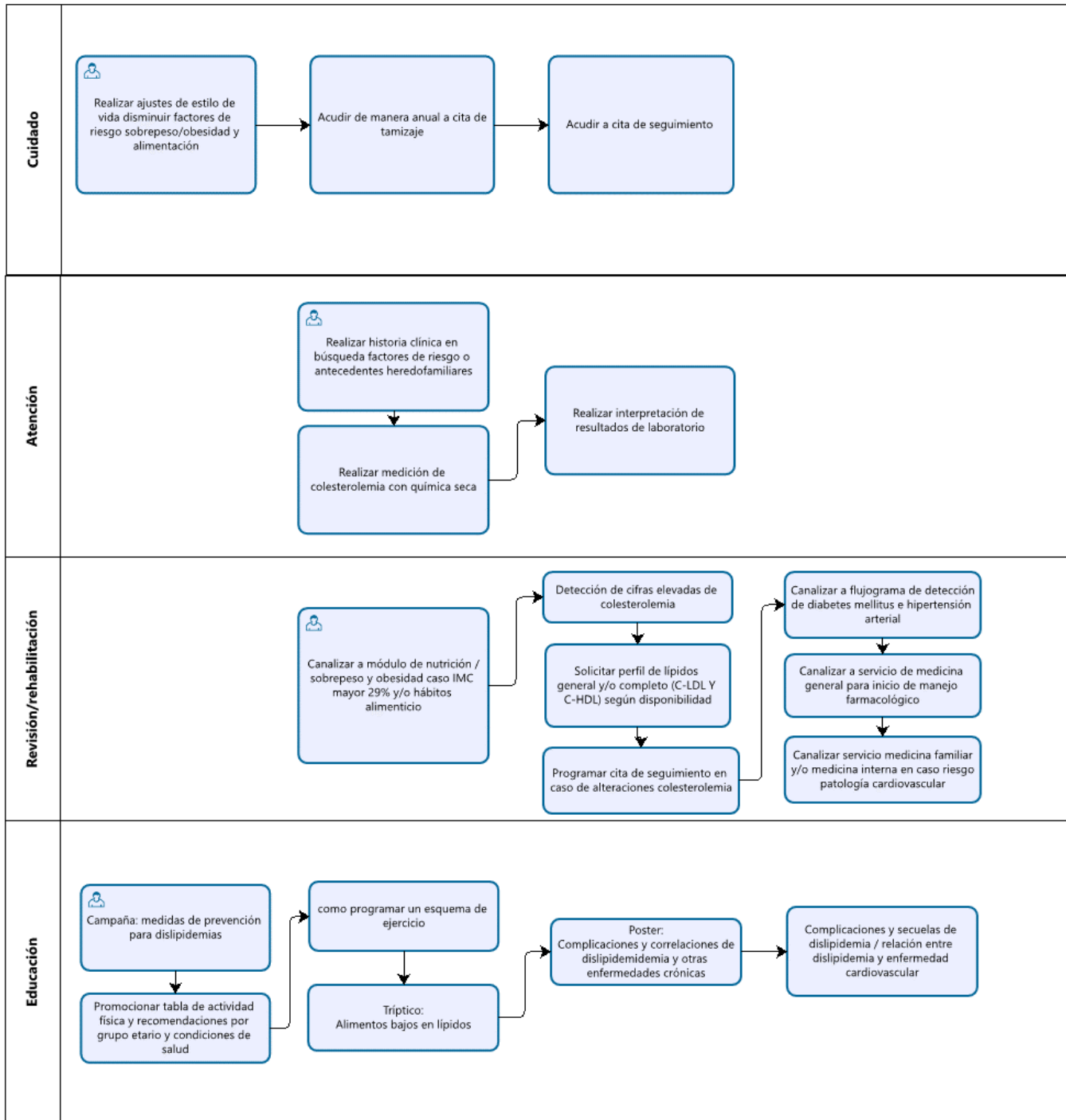
- i. Definir en la población, los factores de riesgo y sintomatología sugestiva de Diabetes Mellitus tipo 2.
- ii. Informar a la población, sobre las medidas preventivas para la reducción de riesgo para el desarrollo de Diabetes Mellitus tipo 2
- iii. Definir en la población, los factores de riesgo y sintomatología sugestiva de Hipercolesterolemia
- iv. Informar a la población, las medidas preventivas para la reducción de riesgo para el desarrollo de Hipercolesterolemia
- v. Definir en la población, los factores de riesgo y sintomatología sugestiva de Hipertensión Arterial Sistémica
- vi. Informar a la población, las medidas preventivas para la reducción de riesgo para el desarrollo de Hipertensión Arterial Sistémica
- vii. Dirigir a la población en la adopción de hábitos de estilo de vida saludable que reduzcan el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles.



Cuadro 38
Detección oportuna de Diabetes Mellitus tipo 2



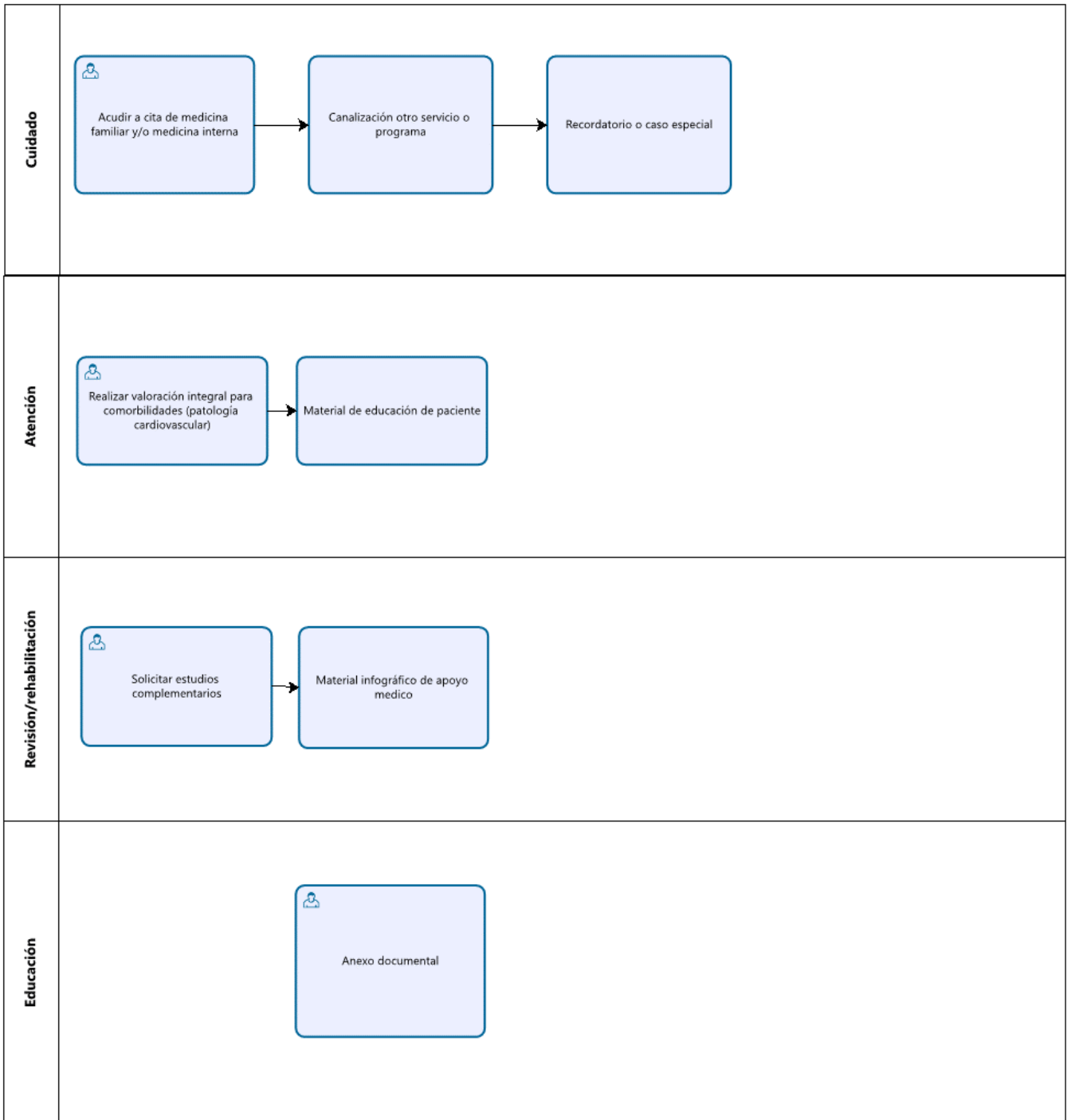
Cuadro 39
Detección oportuna de hipertensión arterial



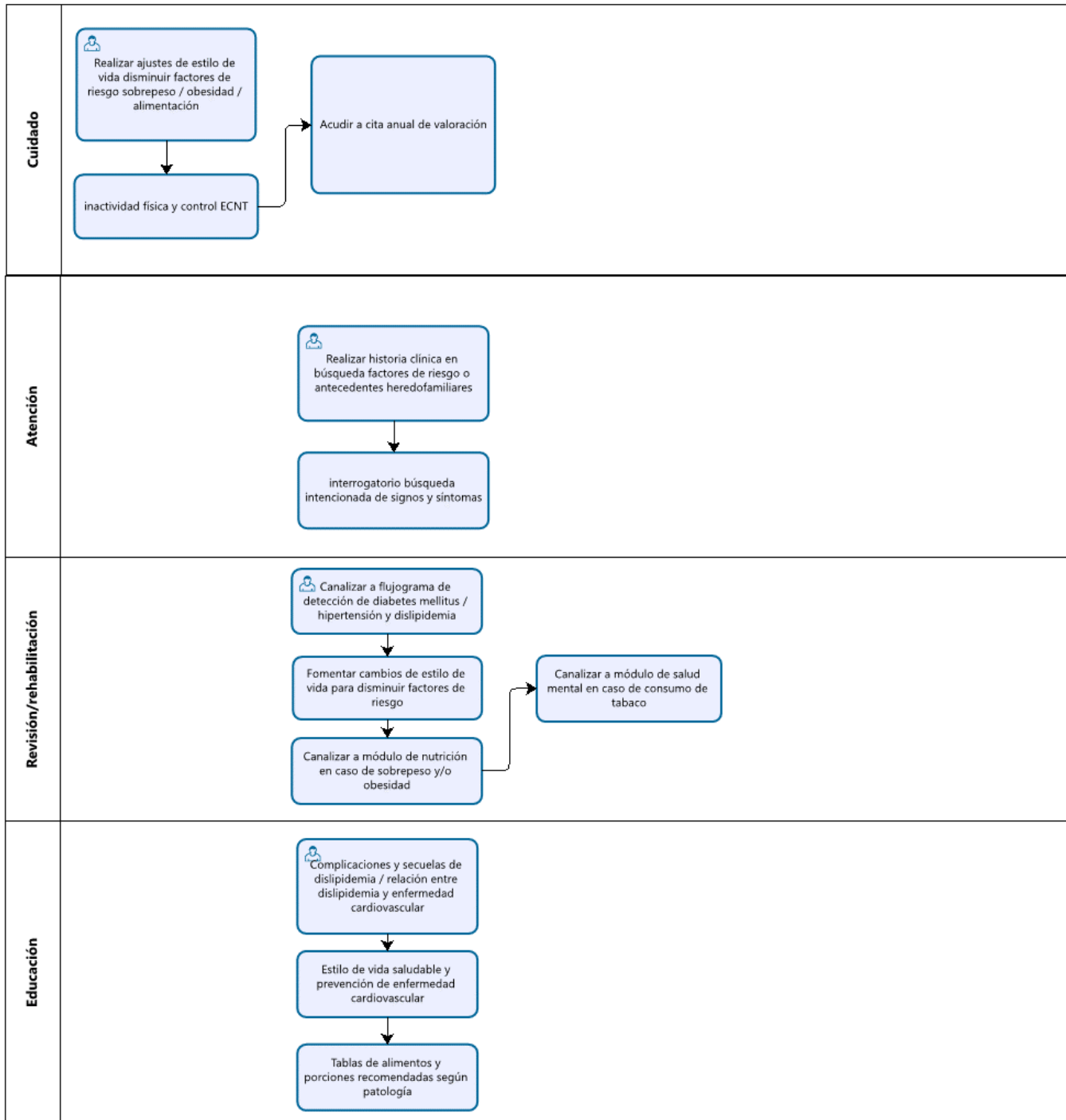
Cuadro 40
Detección oportuna de hipercolesterolemia
Equipo básico



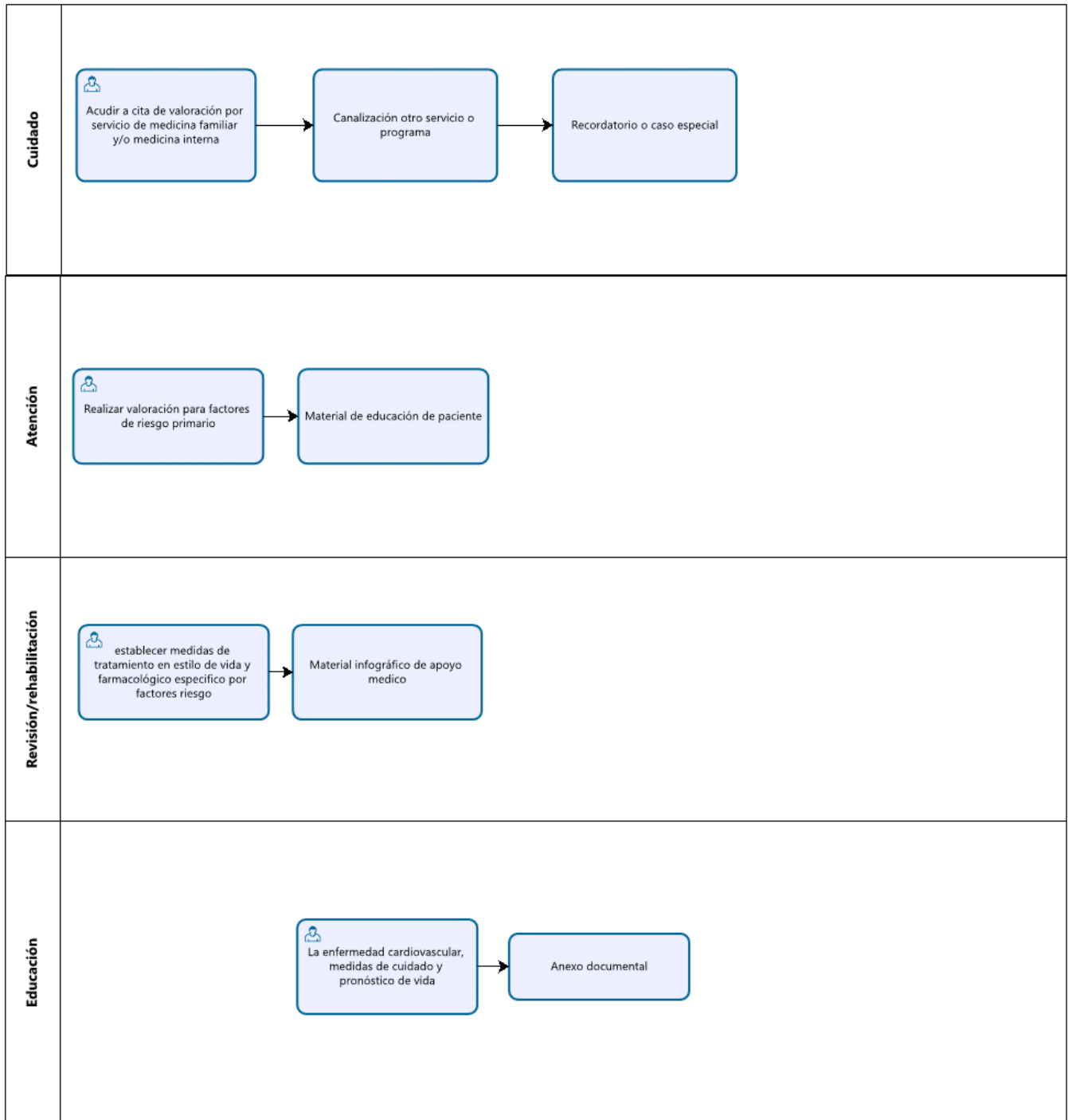
Cuadro 41
 Detección oportuna de hipercolesterolemia
 Equipo avanzado



Cuadro 42
 Detección oportuna de hipercolesterolemia
 Equipo especializado



Cuadro 43
Detección y estadificación de riesgo cardiovascular
Equipo básico



Cuadro 44
 Detección y estadificación de riesgo cardiovascular
 Equipo especializado

I. Detección y prevención de enfermedades infectocontagiosas

a. Antecedentes: Las Enfermedades que afectan el sistema respiratorio, por un lado, están las infecciones respiratorias agudas, que son afecciones del tracto respiratorio superior e inferior, que pueden producir un espectro de enfermedades que van desde infecciones asintomáticas o leves hasta enfermedades graves y fatales, dependiendo del patógeno causante, de factores ambientales y del huésped.

La Hepatitis C es una infección viral del hígado ocasionado por el virus de la hepatitis C (VHC), denominado virus hepatitis no A no B, previo al año de 1989. El VHC es un virus RNA, miembro de la familia flaviridae, genero hepacivirus, Existen 6 genotipos y más de 50 subtipos, la amplia heterogeneidad genética del VHC tiene importantes implicaciones diagnósticas y clínicas, dificulta el desarrollo de vacunas y se relaciona con el tipo de respuesta a tratamiento. El genotipo 1, es responsable de 70 a 75 por ciento de todas las infecciones por VHC en Estados Unidos de Norteamérica y México y se ha asociado con una menor tasa de respuesta al tratamiento (Scott J, 2007; Vera de León L,2005)

El VIH y Sida son un grave problema de salud pública del mundo, especialmente en países de ingresos bajos o medios. Estimaciones recientes realizadas por el ONUSIDA y CENSIDA, señalan tendencias alentadoras para México, ya que se muestra un comportamiento prácticamente estable de la prevalencia de VIH. El comportamiento de las curvas de morbilidad por Sida en el país, se puede dividir en tres etapas: desde 1983 hasta 1985 presento un crecimiento lento en la etapa inicial. En 1986, se inició un crecimiento rápido hasta 1990, a partir de 1991 se observó un fenómeno de desaceleración de crecimiento amortiguado.

En México, la epidemia continúa concentrada dentro de las poblaciones de Hombres que tienen sexo con Hombres, Personal trabajador sexual, personas transexuales, cuestión que refleja que se ha podido contener con éxito una generalización de la epidemia. No obstante, el estigma y la discriminación relacionada con el VIH persisten como grandes obstáculos para una respuesta eficaz al VIH en todas partes del mundo.

b. Justificación: Actualmente en México la población se encuentra en una transición demográfica y epidemiológica con una adopción cada vez mayor de estilos de vida no saludables, que a su vez ocasionan daños a la salud permanentes. A este panorama se debe agregar los retos que siguen representando las enfermedades transmisibles para los servicios de salud del país.

Estos padecimientos tienen como factores de riesgo para desarrollarse al tabaquismo, la contaminación del aire, alergenos y exposición a polvos y productos

químicos. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) transmisibles, que son afecciones del tracto respiratorio superior e inferior, generalmente de etiología infecciosa, pueden producir un espectro de enfermedades que van desde infecciones asintomáticas o leves hasta enfermedades graves y fatales, dependiendo del patógeno causante, de factores ambientales y del huésped.

El mundo las enfermedades diarreicas agudas (EDA) continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, principalmente entre las poblaciones con menor índice de desarrollo humano, en este sentido, México no es la excepción a pesar de los avances que se han obtenido en últimos años en el control de estas enfermedades, puesto que estas continúan siendo la segunda causa de morbilidad, están dentro de las 20 principales causas de mortalidad general, y se encuentra entre las primeras cinco causas de decesos entre los menores de cinco años.

De igual manera, los adultos mayores se encuentran en situación de vulnerabilidad para el desarrollo de infecciones gastrointestinales y respiratorias por efecto de la inmunosenescencia que contribuye a la tendencia de los mismos al desarrollo y complicaciones de infecciones a estos niveles; la incidencia elevada de enfermedades crónico-degenerativas también constituye un factor de importancia para la susceptibilidad a dichas infecciones.

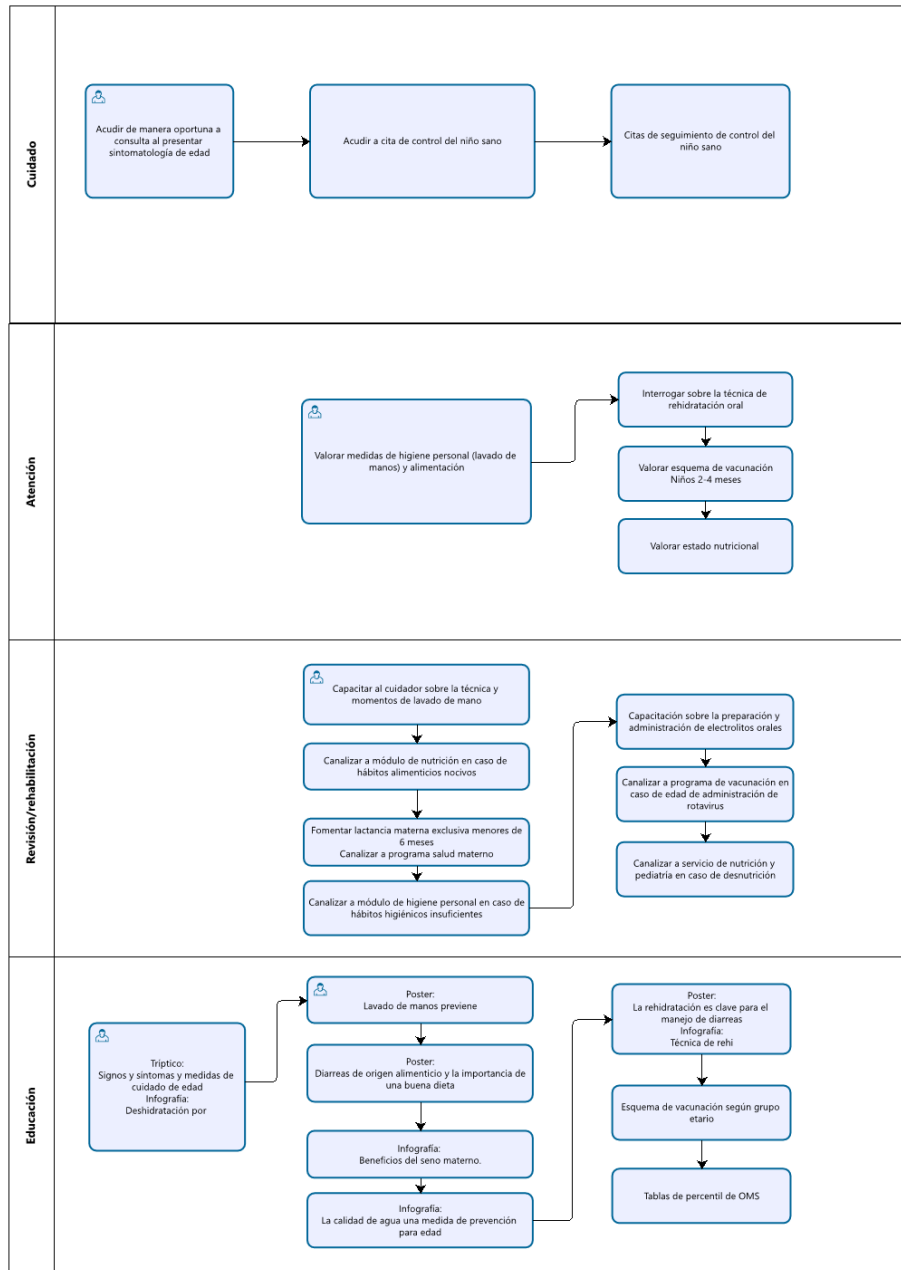
La hepatitis C constituye un grave problema de salud pública que requiere atención prioritaria en el ámbito nacional e internacional. La enfermedad crónica producida por el VHC en la mayoría de los casos cursa de forma silenciosa. Se estima que existen alrededor de 170 millones de personas infectadas en el mundo. La prevalencia global estimada de la infección por VHC es el 1 a 1.9% en nuestro país. Con base en un escenario conservador, podría estimarse que en nuestro país existen alrededor de 1.2 millones de personas infectadas por VHC. (Uribe EM, 2002). La evolución clínica de la infección por VHC es variable, aproximadamente 55 a 85% tienen un curso crónico, de ellos, entre 5 a 25% desarrollan cirrosis hepática en un lapso de 20 a 25 años y con un riesgo aproximadamente de 1 a 2% por año de aparición de carcinoma hepatocelular.

A nivel mundial, en el 2012, se estimaron 35.3 millones de personas viviendo con el VIH, cifra que ha aumentado considerando que ahora más personas tienen acceso a terapia antirretroviral y, por ende, sobreviven más tiempo. El número de nuevas infecciones por VIH se estiman en 2.3 millones cifra inferior en 33% a lo estimado en 2001. En el mismo sentido, ha disminuido el número de muertes por SIDA con 1.6 millones de muertes en 2012. México se clasifica como un país con una epidemia estable y concentrada, es decir, la prevalencia de infección por el VIH se ha mantenido en un subgrupo de la población, como son mujeres y hombres transgénero con una prevalencia del VIH de 20%, hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) de 17.0%, hombres trabajadores sexuales de 18.2% y

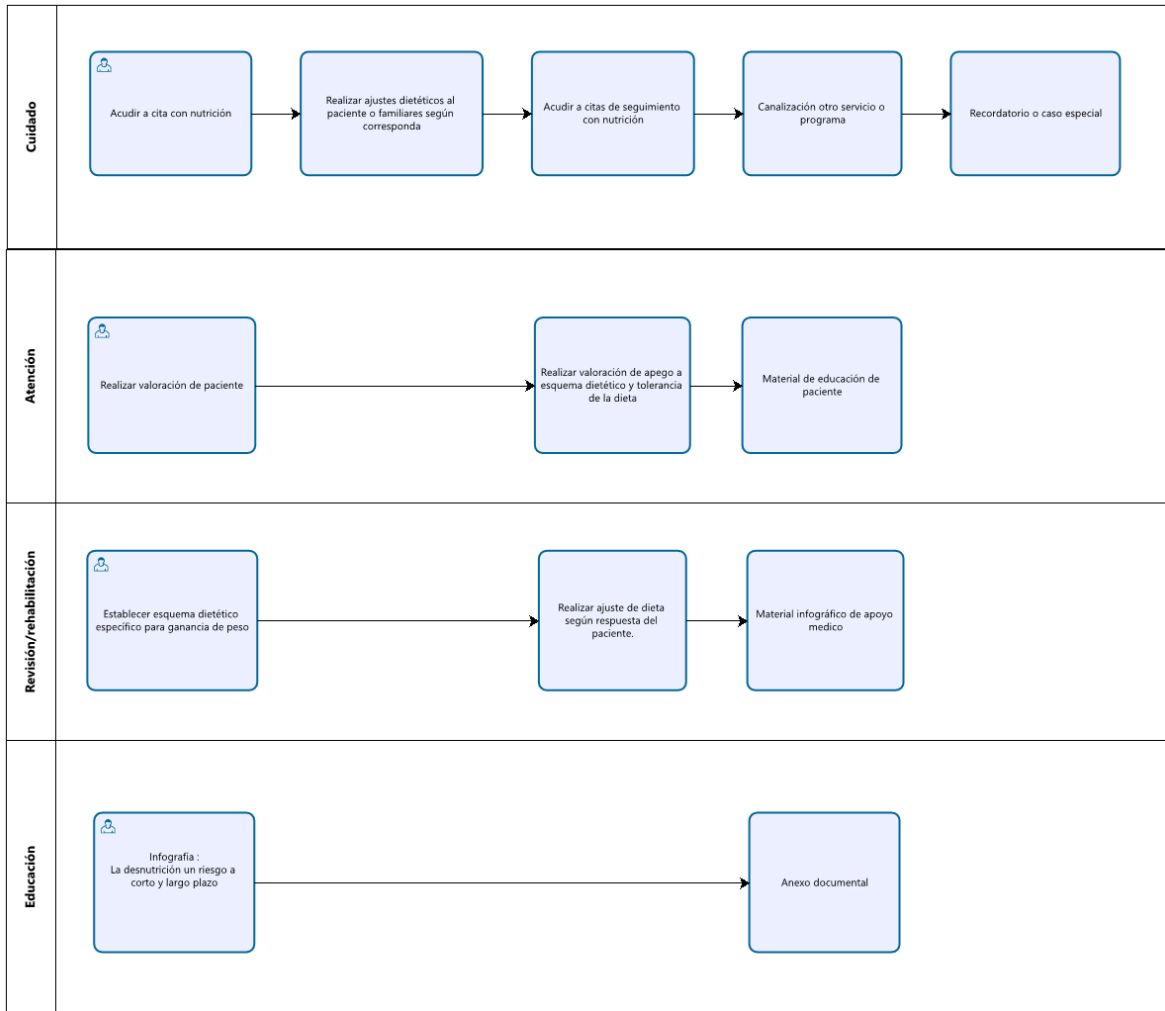
personas usuarias de drogas inyectables con 5.8%, y entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es menor al 1.0%. En el 2013, la prevalencia estimada de VIH en población de 15 a 49 años es de 0.23%. Se estiman 180 mil personas viviendo con este virus en todas las edades (140-230 mil) y una tasa de mortalidad de 4.2 por cada 100 mil habitantes (2012).

c. Objetivos

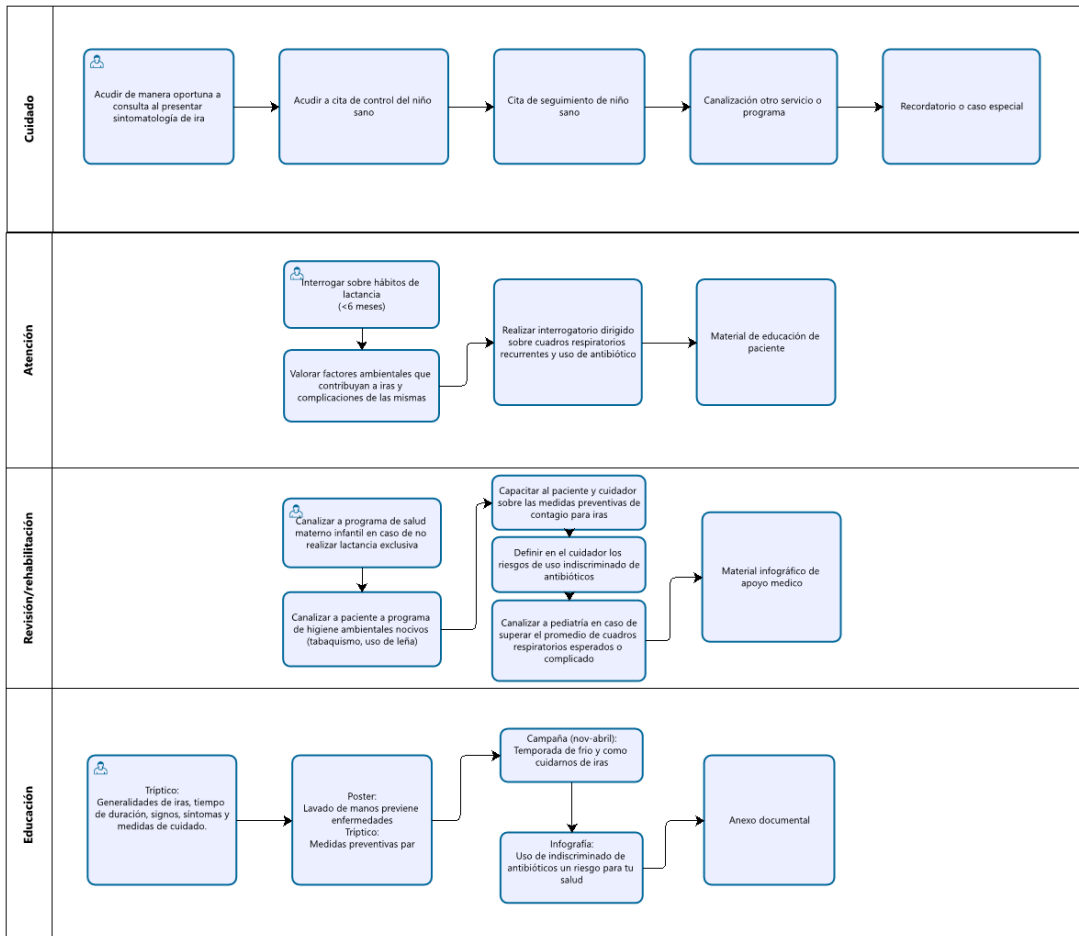
- i. Definir en la población, las principales enfermedades infectocontagiosas por incidencia en México.
- ii. Definir en la población, los mecanismos de transmisión del VIH y VHC.
- iii. Identificar comportamientos de riesgo para infección de VIH y VHC.
- iv. Ilustrar en la población, las medidas de prevención para enfermedades infectocontagiosas.
- v. Emplear medidas de capacitación para la adecuada técnica de preparación de electrolitos orales y lavado de manos.
- vi. Clarificar a la población, las medidas preventivas para Infecciones de Vías Respiratorias Superiores en poblaciones vulnerables (niños y adultos mayores).
- vii. Explicar a la población, las medidas especiales de prevención para infecciones respiratorias y diarreicas en población adulto mayor.



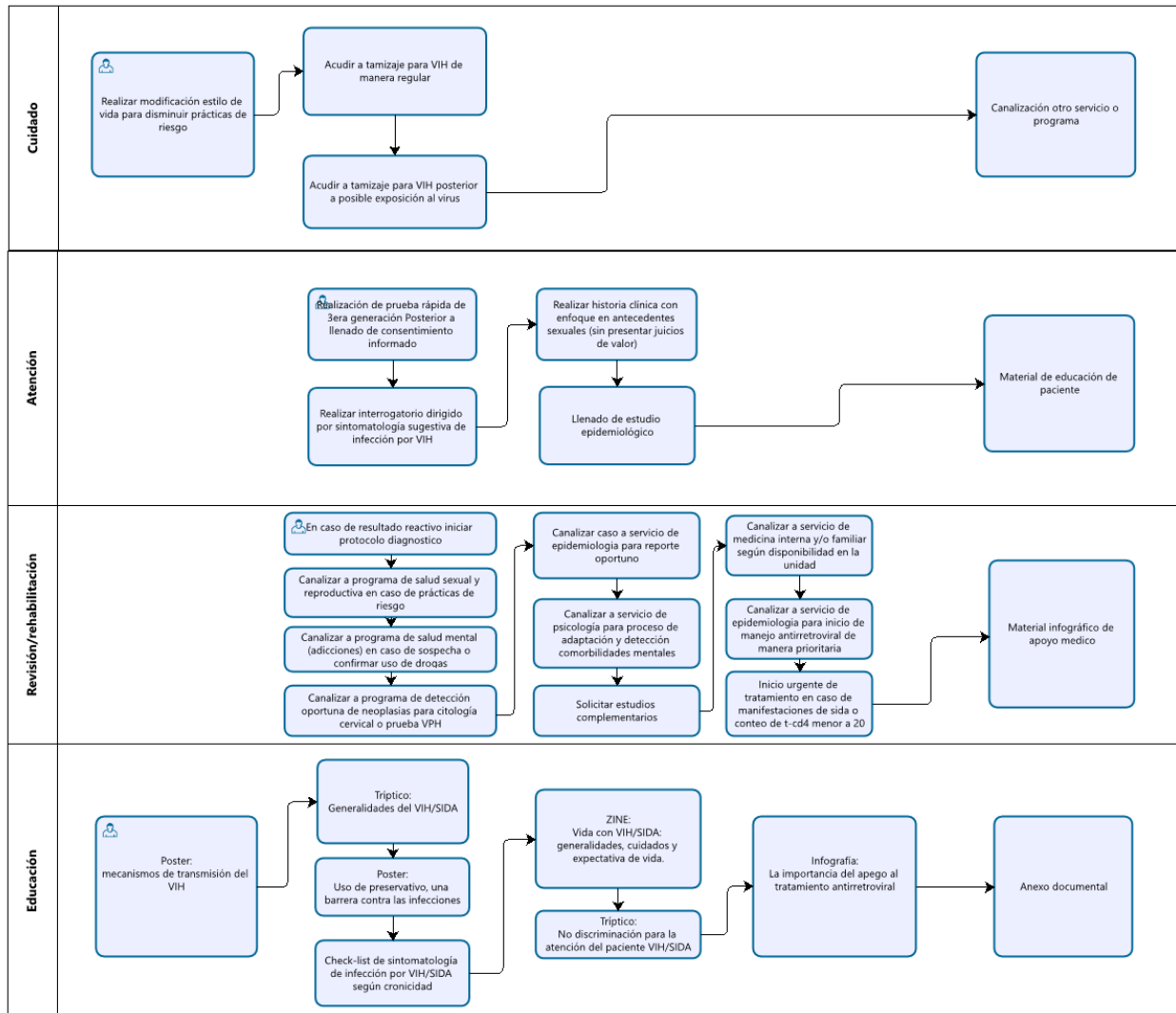
Cuadro 45
Detección y prevención de enfermedades diarreicas agudas
(Equipo básico)



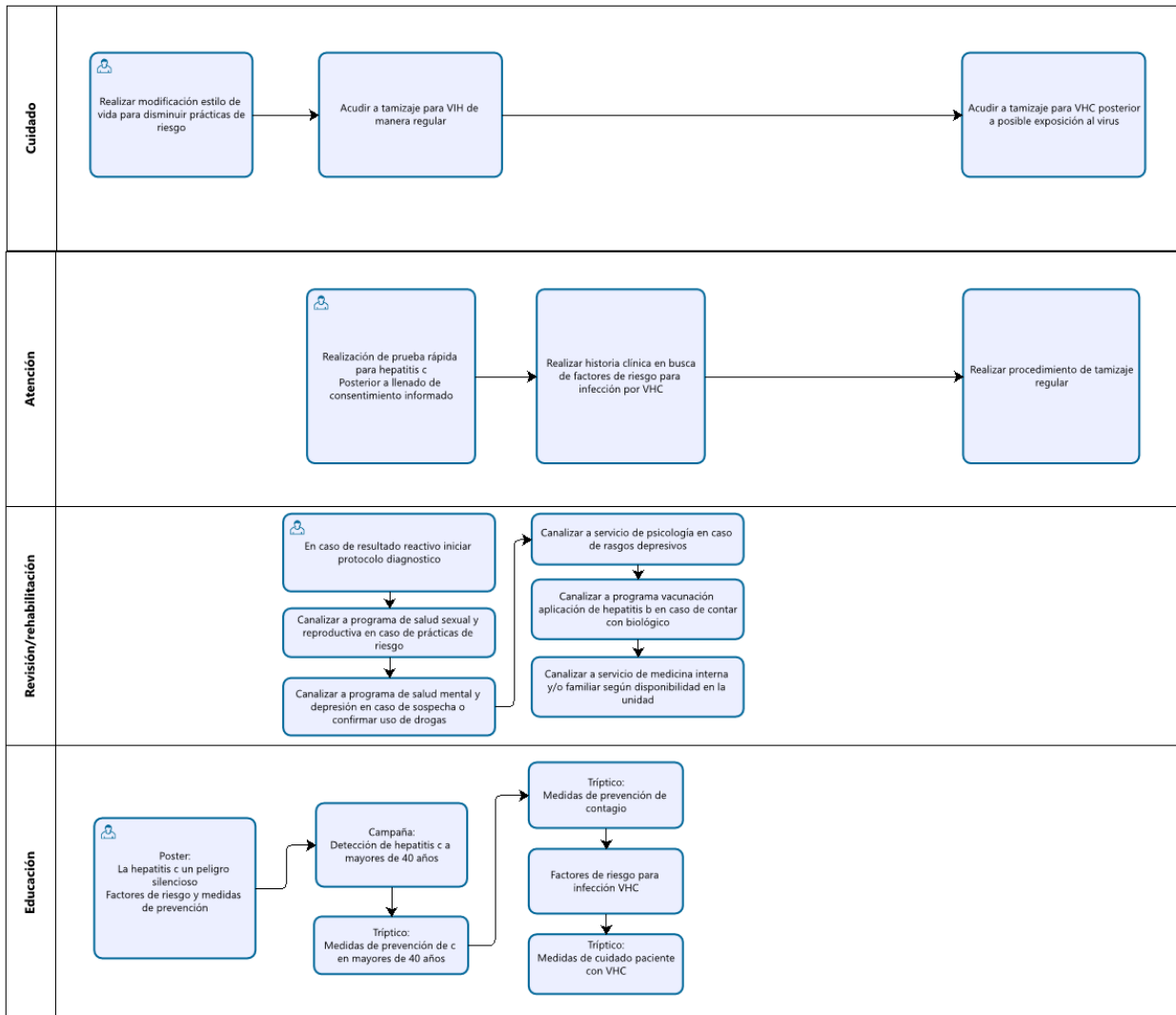
Cuadro 46
Detección y prevención de enfermedades diarreicas agudas
(Equipo avanzado)



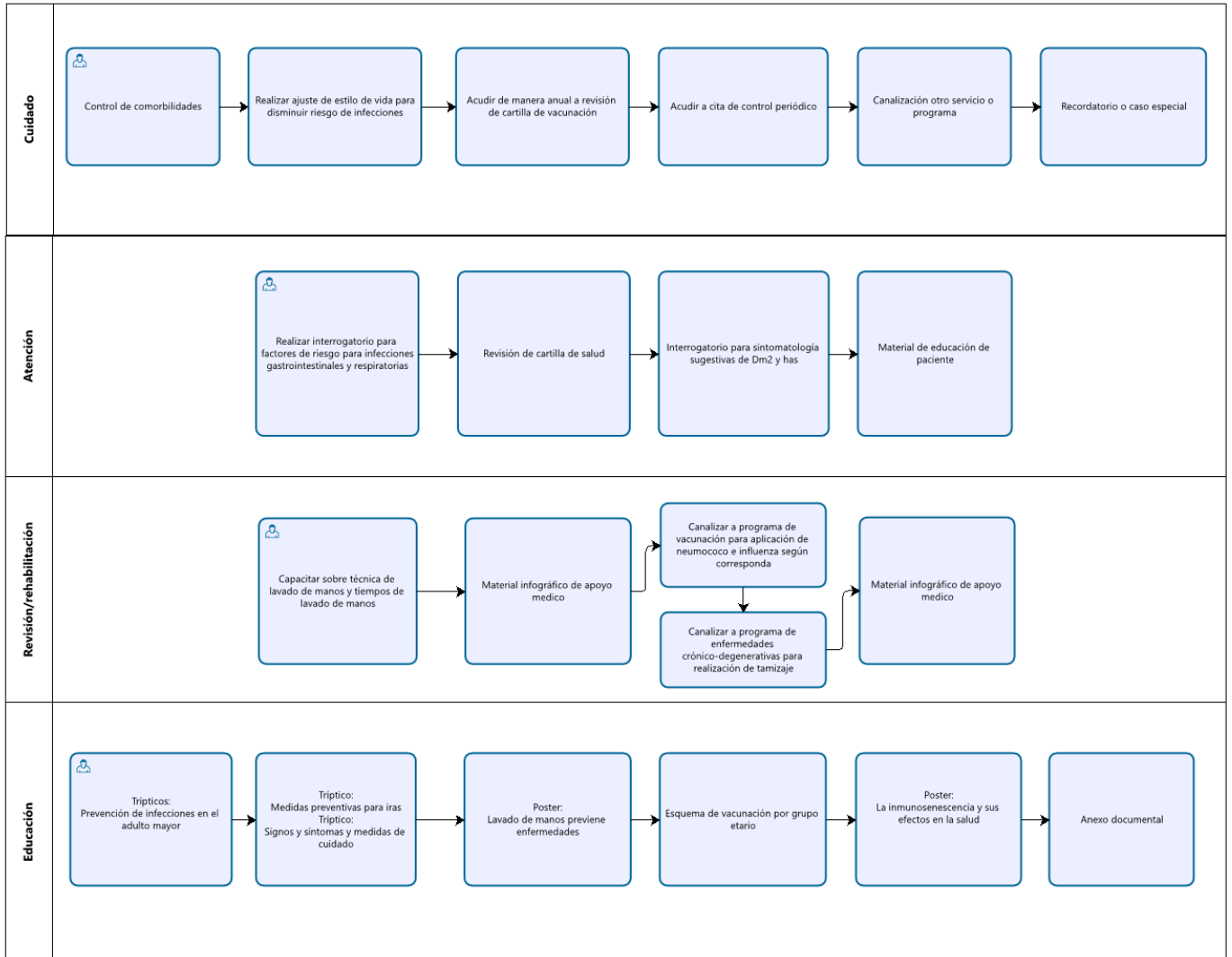
Cuadro 47
Detección y prevención de enfermedades respiratorias agudas
(Equipo básico)



Cuadro 48
Detección y prevención de VIH/SIDA
Equipo avanzado



Cuadro 49
Detección y prevención de hepatitis C
Equipo básico



Cuadro 50
Prevenición de enfermedades gastrointestinales y respiratorias en el adulto mayor

J. Detección temprana de neoplasias

a. Antecedentes: El término cáncer se usa de manera genérica para más de 100 enfermedades diferentes que incluyen tumores malignos en diferentes sitios (como los tumores de mama, de cuello uterino, próstata, estómago, colon y recto, pulmón y boca; la leucemia, el sarcoma óseo, la enfermedad de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin). Una característica común a todas las formas de la enfermedad es la falla de los mecanismos que regulan el crecimiento normal de las células, su proliferación y muerte.

De los 10 millones de casos nuevos de cáncer que suceden cada año, 4.7 millones se presentan en los países más desarrollados y casi 5.5 millones corresponden a los países menos desarrollados. El cáncer es actualmente la causa de 12% del total de defunción en todo el mundo; actualmente hay aproximadamente 20 millones de personas vivas que sufren algún tipo de cáncer según estadísticas reportadas en las políticas y pautas para la gestión de planes de salud de la Organización Mundial de la Salud.

La prevención implica eliminar o reducir al mínimo la exposición a las causas de cáncer e incluye la disminución de la sensibilidad individual frente a los efectos de tales causas. Este enfoque ofrece el mayor potencial para la salud pública y el control del cáncer más económico a largo plazo.

La detección temprana comprende el diagnóstico temprano en las poblaciones sintomáticas y el tamizaje en las poblaciones asintomáticas, pero en riesgo. El mayor conocimiento de los signos y síntomas del cáncer favorece la detección de la enfermedad en los estadios menos avanzados. Cuando se cuenta con pruebas para detectar tumores en sitios específicos y son apropiadas las instalaciones, el tamizaje de individuos aparentemente sanos puede revelar la presencia de estadios iniciales o precursores del cáncer, frente a los cuales el tratamiento tal vez se amase eficaz. La detección temprana es provechosa solo cuando se vincula con un tratamiento oportuno.

b. Justificación: Las Políticas y pautas para la gestión de programas nacionales de control de cáncer La Organización Mundial de la Salud ha designado a las enfermedades no transmisibles, incluido el cáncer, como área prioritaria. Además, Los Estados Miembros de la OMS, en su labor orientada a alcanzar la salud para todos, aplicando estrategias nacionales de salud, entre las cuales deben encontrarse fundamentalmente los planes para el control del cáncer.

Los tumores malignos son una de las principales causas de enfermedad en México, pero hasta 40% de ellos son de causas evitables al eliminar factores que contribuyen a su desarrollo como el consumo de tabaco. Por esto es fundamental

atender cualquier alteración que se detecte, debido a que 70% de los tumores malignos se diagnostican en etapas avanzadas; con base a los reportes del Director General Adjunto Medico del Instituto Nacional de Cancerología de la Secretaria de Salud.

La detección temprana de múltiples lesiones se puede realizar con pruebas sencillas de tamizaje, como es la citología exfoliativa para la detección de cáncer cérvico uterino, mastografía para detección de cáncer de mama, determinación de antígeno prostático y el tacto rectal digital para cáncer de próstata, y exploración dermatológica para cáncer de piel, determinación de sangre en heces fecales para el cáncer de colon.

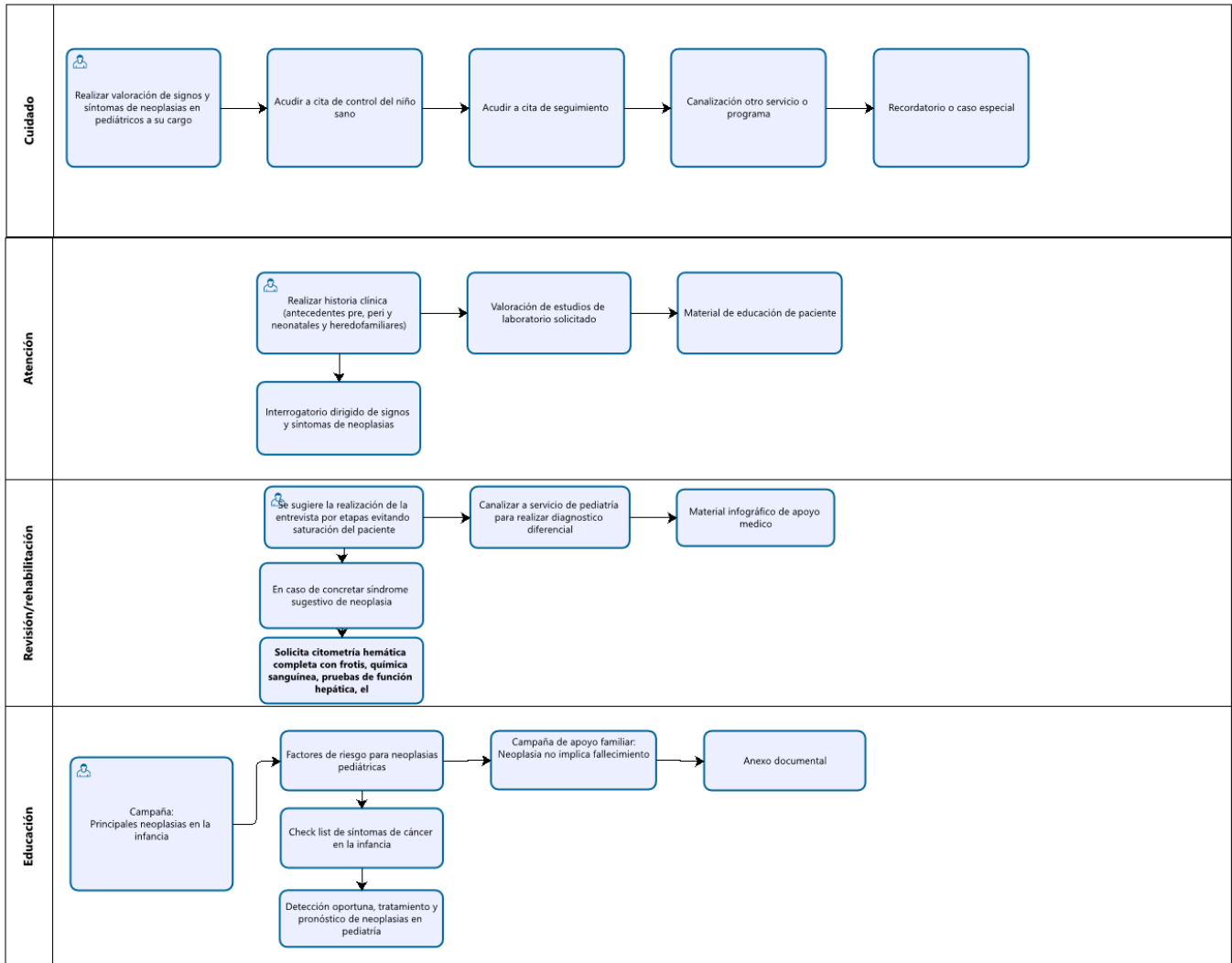
El cáncer infantil representa el 0.5 al 5.7% del total de neoplasias de la población general, los tumores del sistema nerviosos central representan del 15 al 20% de todas las neoplasias de la infancia y de la adolescencia, en México la incidencia es de 2.5 casos por cada 100 mil niños por año. La máxima frecuencia se encuentra en el primer decenio de la vida. La leucemia linfoblástica aguda de acuerdo con el Registro Epidemiológico de las Neoplasias Hematológicas realizado en el 2002, se registraron alrededor de 10,400 casos nuevos, correspondiendo las LLA al 9.6% del total de canceres diagnosticados en ese año (Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México 2002).

La prevención y el diagnóstico temprano y oportuno son los pilares para abatir la mortalidad por cáncer, sobre todo en la actualidad por que México atraviesa por una transición epidemiológica relacionada con la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento en la frecuencia de las enfermedades crónico-degenerativas.

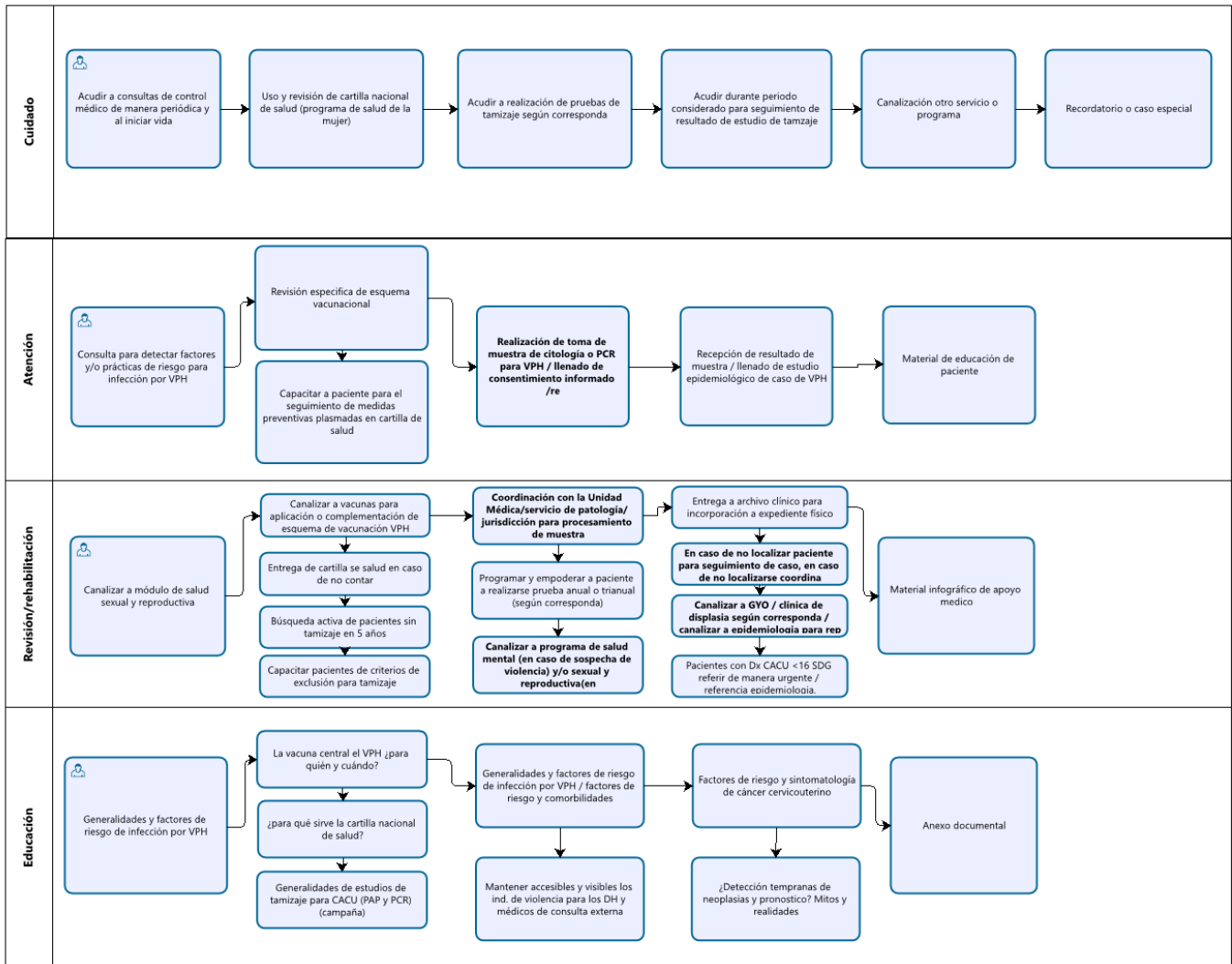
c. Objetivo

- i. Definir en la población, los principales factores de riesgo para patologías neoplásicas con mayor incidencia.
- ii. Identificar a la población, las medidas de tamizaje para la detección temprana de patologías neoplásicas.
- iii. Explicar a la población, la periodicidad indicada para realización de pruebas de tamizaje para patologías neoplásicas de mayor incidencia en su grupo etario.
- iv. Ubicar de manera temprana casos sospechosos para patologías neoplásicas para canalización para diagnóstico oportuno.
- v. Describir a la población, las medidas de autocuidado para la prevención de factores de riesgo para patologías neoplásicas.

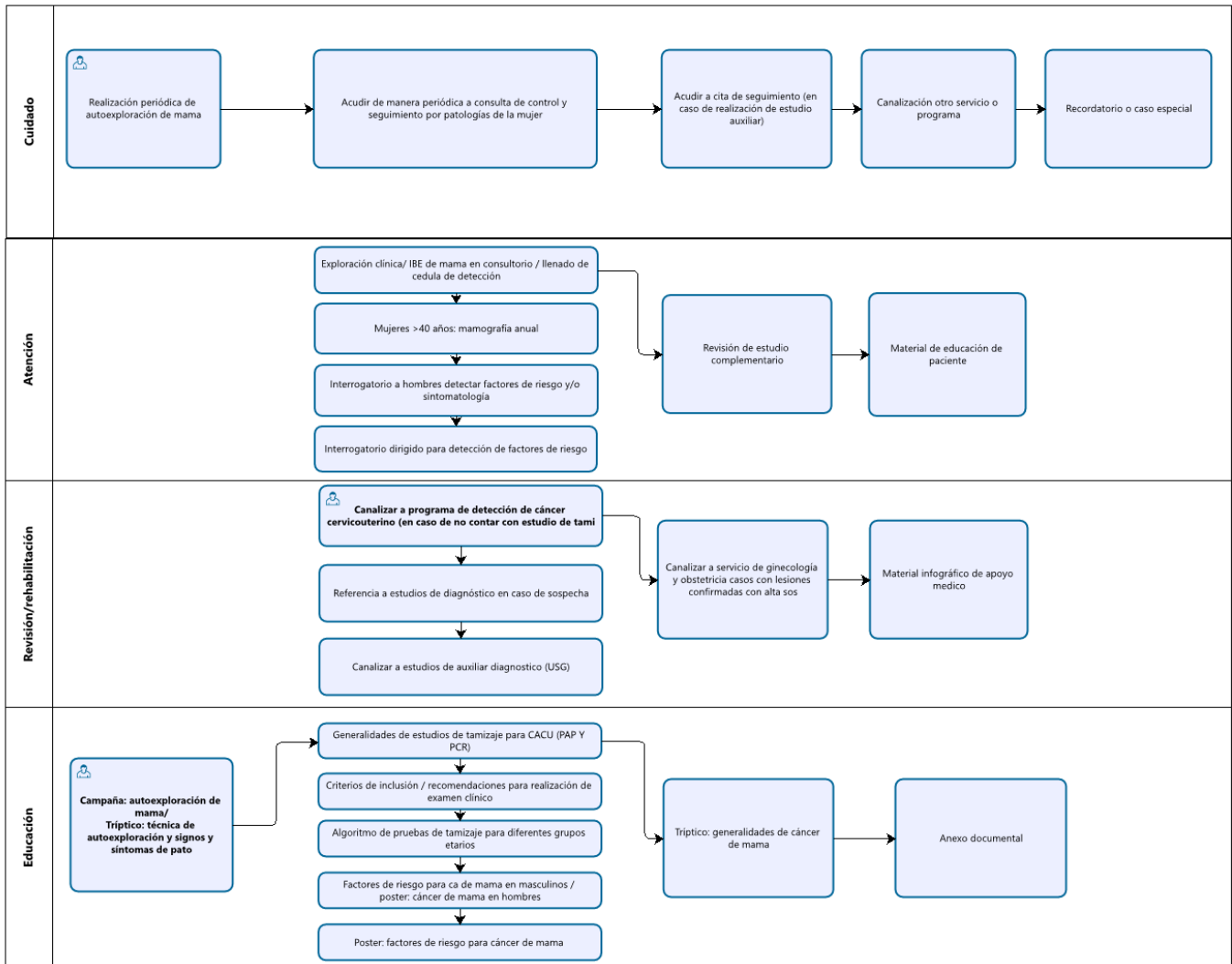
- vi. Explicar a la población, los signos y síntomas de las principales patologías neoplásicas en la infancia y la tercera edad.



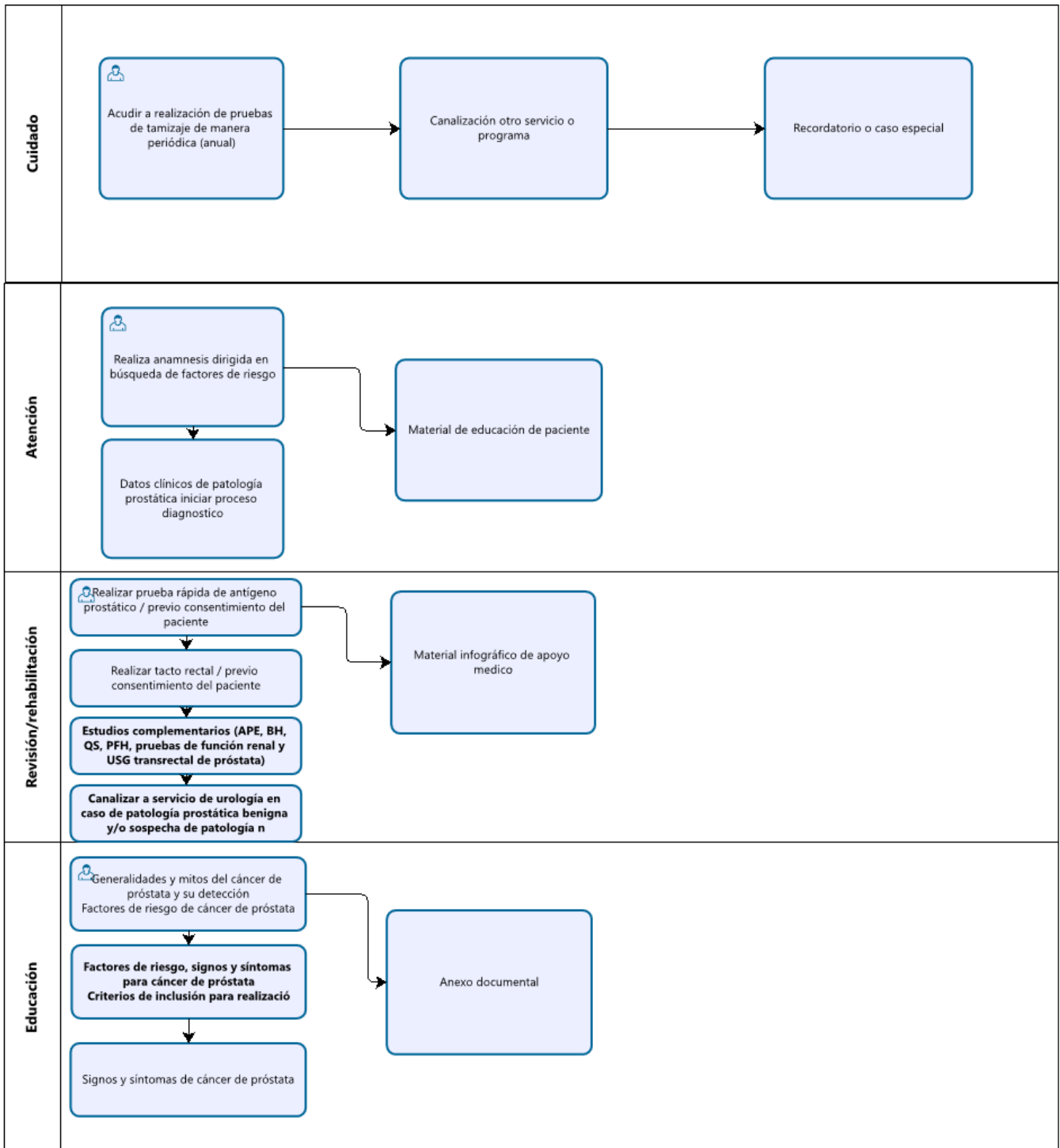
Cuadro 51
Prevención de neoplasias pediátrica (leucemia linfoblástica aguda/Linfoma no Hodgkin/neuroblastoma)



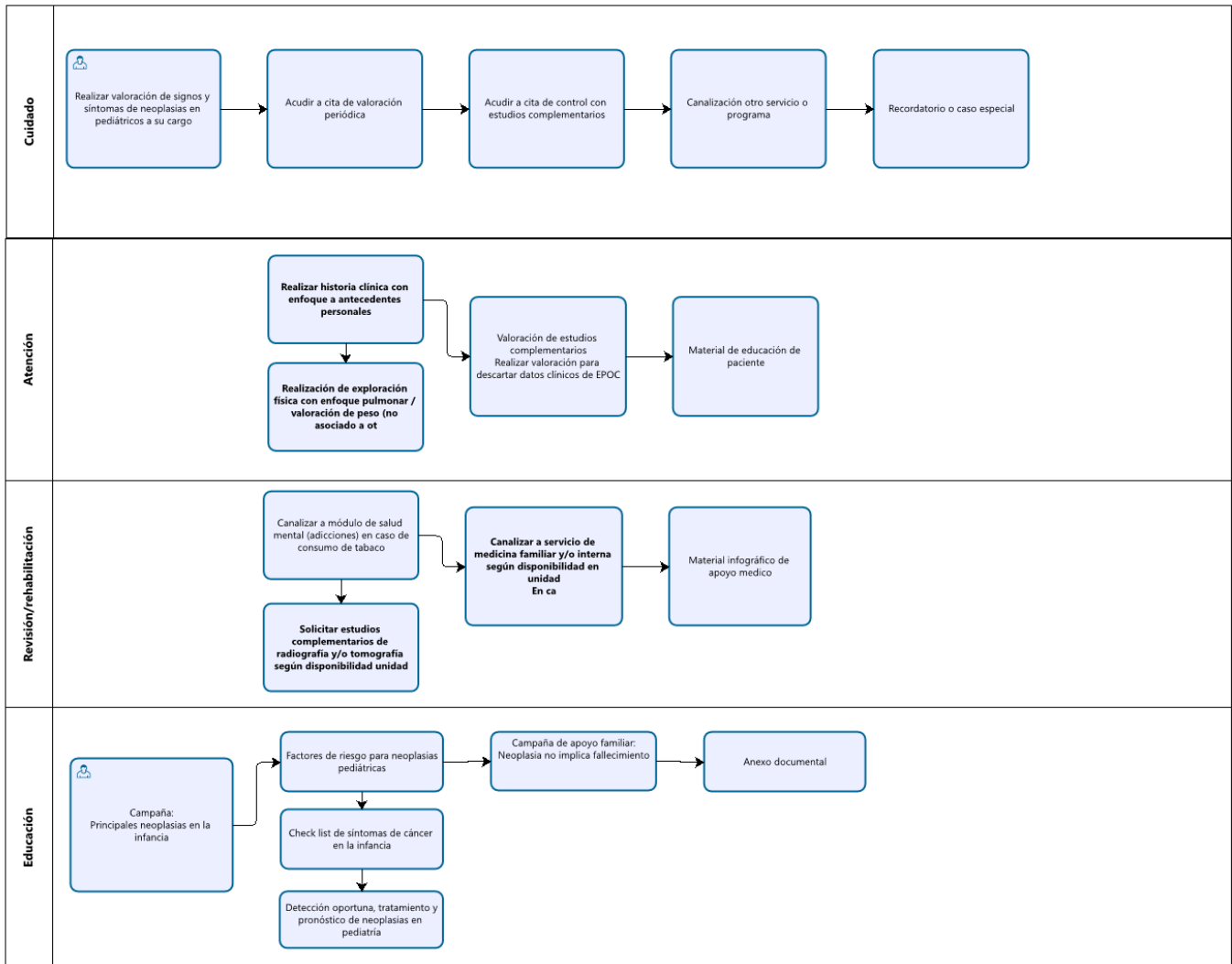
Cuadro 52
Prevenición de cáncer cervicouterino (mujeres 20-59 años)



Cuadro 53
 Detección oportuna de cáncer de mama



Cuadro 54
Detección oportuna de cáncer de próstata



Cuadro 55

Detección oportuna de factores de riesgo para neoplasias en la tercera edad (carcinoma pulmonar de células no pequeñas)

K. Vigilancia epidemiológica y sanidad internacional

a. Antecedentes: Con la globalización y la industrialización se han abierto y expandido los intercambios y el comercio a nivel mundial. En los últimos años la salud global se ha enfrentado a varias decenas de microorganismos, algunos de ellos causantes de enfermedades que se han propagado rápidamente.

La globalización es una parte importante de la salud pública, vista como un determinante que tiene un papel considerable en la propagación de enfermedades a nivel internacional. Para contrarrestar la amenaza de la propagación mundial de enfermedades a través de los puntos de entrada (PdE); es decir, puertos, aeropuertos y pasos fronterizos terrestres entre los países, en 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró en conjunto con todos los Estados Miembros, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), del cual fueron signatarios.

El RSI (2005), actualmente en su tercera edición, es un instrumento normativo internacional de carácter vinculante para 196 países, entre ellos todos los Estados Miembros de la OMS. Tiene por objeto ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo. Entró en vigor el 15 de junio de 2007 y obliga a los países a comunicar a la OMS los brotes de ciertas enfermedades y determinados eventos de salud pública.

Establece, además, una serie de normas encaminadas a apuntalar el sistema mundial de alerta y respuesta ante brotes epidémicos y a exigir a los países que mejoren los mecanismos internacionales de vigilancia y notificación de eventos de salud pública y refuercen su capacidad nacional de vigilancia y respuesta. Asimismo, impulsa a los Estados miembros a desarrollar las capacidades de sus sistemas de monitoreo para detectar, evaluar, notificar, y responder a todos los eventos agudos de salud o riesgos para la salud que puedan constituir una amenaza para la salud humana. Dichas disposiciones están dirigidas a proteger a la comunidad mundial de los riesgos y emergencias en salud pública que traspasen las fronteras internacionales, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

b. Justificación: Es necesario establecer los criterios, especificaciones y directrices de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, para la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes.

Mediante la vigilancia epidemiológica se realiza la recolección sistemática, continúa, oportuna y confiable de información necesaria sobre las condiciones de

salud de la población y sus determinantes, su análisis e interpretación para la toma de decisiones y su difusión.

Con la adopción del RSI por la ASM en mayo de 2005, los Estados Parte acordaron desarrollar, reforzar y mantener capacidades sanitarias básicas relacionadas con la vigilancia y respuesta en los PdE (PdE) designados. Asimismo, acordaron establecer y mantener en los PdE planes de contingencia para ESPII a fin de prevenir la propagación internacional de enfermedades que afecten la salud poblacional sin olvidar o minimizar las afectaciones secundarias en otros sectores como el económico, turístico, educativo, de administración, entre otros.

México es uno de los Estados Parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), siendo su punto de contacto la Oficina Regional para las Américas, donde se apoyan las acciones de coordinación y gobernanza para la implementación y mantenimiento de las capacidades básicas establecidas mediante el RSI. Todo esto tiene que ver con la coordinación que debe existir entre las instituciones de los diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales para el mantenimiento de las capacidades básicas de los PdE ante el RSI. Las funciones por niveles operativos se tenían en el Manual de Vigilancia Epidemiológica Internacional y actualmente detalladas en el Manual para la Operación de los Servicios de Sanidad Internacional. Pese a lo anterior, hay carencia de evaluaciones en la operatividad para que se pueda delimitar la incumbencia de las diferentes autoridades portuarias y la responsabilidad de estas ante los eventos que entrañen un riesgo para la salud pública.

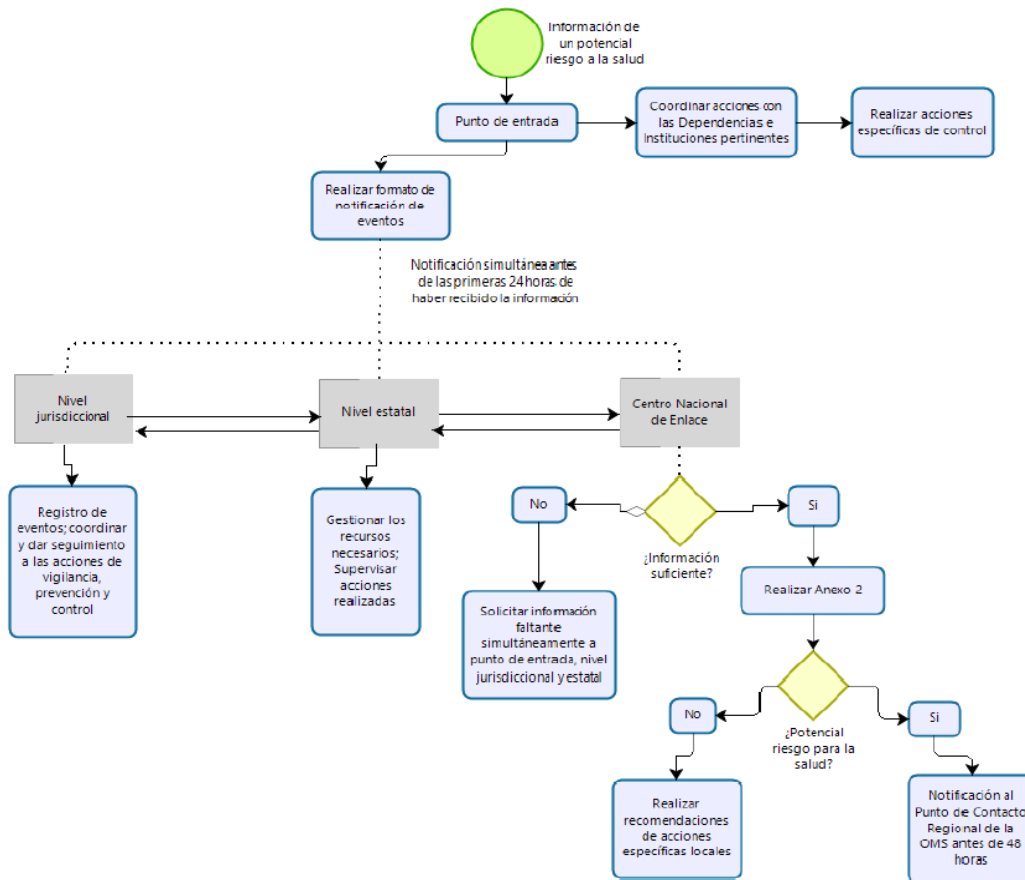
Al realizar un análisis sistemático por medio de un cuestionario y una entrevista semiestructurada a actores clave de la operación de la Vigilancia Epidemiológica Internacional es posible conocer las características de los procesos, examinar sus ventajas y especificar las problemáticas que enfrenta. Por lo anterior, este trabajo contempla el análisis desde los distintos ámbitos de operación, para conocer las características de sus procesos, examinar sus ventajas y especificar las problemáticas que enfrenta, permitiendo así definir la medida en la que los procesos son eficaces, oportunos, suficientes y pertinentes para el logro de sus objetivos.

c. Objetivo general: Establecer los lineamientos para la organización, funcionamiento y actividades de Vigilancia Epidemiológica y de Sanidad Internacional en los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas ante eventos que puedan constituir una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional tomando en cuenta la normativa nacional e internacional vigente.

d. Objetivos específicos

- i. Coordinar y vincular a los servicios estatales de Sanidad Internacional en el país.
- ii. Establecer procedimientos y los criterios de operación de los Servicios de Vigilancia Epidemiológica convencional e internacional en los establecimientos de sanidad de las Fuerzas Armadas.
- iii. Definir las funciones y responsabilidades que le corresponden en materia sanitaria a los Establecimientos de Salud a nivel nacional.
- iv. Unificar procedimientos para la vigilancia epidemiológica convencional e internacional.

Esquema de trabajo para funcionamiento de los procesos de Sanidad Internacional en México



e. Indicadores: El contar con información oportuna, válida y confiable nos permite el análisis y evaluación objetiva de los objetivos planteados en el presente manual y la toma de decisiones basadas en la evidencia. Para poder medir y vigilar los procesos y sus resultados, es necesaria la estandarización de indicadores que nos permitan evaluar de forma sistemática la calidad, eficiencia y oportunidad de los datos proporcionados por los puntos de entrada. Además de estos indicadores, cada unidad de forma local debe determinar aquellos indicadores que implementará dadas sus necesidades particulares. en el cuadro 56, se describe el indicador al que se dará seguimiento desde el nivel federal, por lo que respecta a sanidad internacional:

INDICADOR CONSTRUCCION	
Informes mensuales	$\frac{\text{Número de informes estatales enviados}}{12} \times 100$
Pruebas de comunicación	1 al año = 100%
Ejercicios de simulación	2 al año = 100%
Oportunidad de reporte	$\frac{\text{Número de eventos de importancia internacional relacionados con la Salud Pública notificados por la entidad en menos de 24 hr}}{\text{Número de eventos de importancia internacional relacionados con la Salud Pública de la entidad identificados}} \times 100$

Valor del indicador	
Sobresaliente:	90-100%
Satisfactorio:	80-89%
Mínimo:	60-79%
No aceptable:	<60%

Cuadro 56
Indicador federal de sanidad internacional

L. Promoción de la salud

a. Antecedentes: La Promoción de la Salud es un eje fundamental de la Salud Pública, ya que constituye un componente esencial en la atención de la salud en México, esta busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud que la generar y fortalecer determinantes positivos.

Su importancia radica en la necesidad de identificar los aspectos biológicos y sociales que inciden en el proceso salud enfermedad, una vez identificado los componentes que trastocan la salud humana, nos permite establecer un esquema

de acciones educativas que neutralicen la enfermedad a través de la sensibilización y concientización mediante temas bio-psico-sociales.

La finalidad de este Programa es fomentar la emancipación en el personal de los Servicios Médicos del ISSFAM, a través de la sensibilización para fomentar el autocuidado de su salud y la concientización del cuidado de su entorno, mediante el empoderamiento de la información acerca del concepto salud, no solo como la ausencia de enfermedad, sino como el proceso de habilidades y capacidades que tienen cada una de las personas con el objetivo de mejorar su estado de salud, adoptando estilos de vida saludables.

Así mismo; obtener información que sirva de apoyo en la toma de decisiones y normatividad en relación con el concepto de salud que se va a utilizar en las Fuerzas Armadas y por ende informar a la Secretaría de Salud Federal, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.

b. Justificación: Al ser la Promoción de la Salud, un eje fundamental que contribuye a mejores prácticas para la salud en la población y con la finalidad de alinearse a las acciones en Salud Pública, con un enfoque integral a partir de la prevención y sensibilización de los riesgos para la Salud, es relevante contar con un Programa de esta área en donde se integren indicadores que den cuenta de que se cumpla con la Promoción y Prevención en Salud, derivado del impacto de las enfermedades crónicas degenerativas.

Es importante intensificar las acciones de Promoción de la Salud y de esta manera repercutir en la disminución de gasto en la atención hospitalaria y promover una colaboración interinstitucional bajo el ámbito de sus respectivas competencias que permita implementar la estrategia nacional de Promoción y Prevención para una mejor vida saludable.

El ISSFAM en coordinaciones con las Direcciones de Sanidad, impulsa acciones educativas (pláticas interpersonales, pasillo de la salud, entre otras) y acciones de Promoción de la Salud (campañas, talleres, asesorías, entre otras) en la población de las Fuerzas Armadas y Derechohabiente que permitan desarrollar los conocimientos y habilidades humanas necesarias para preservar la salud y prevenir la enfermedad, considerando también nuevas estrategias alineadas con la Nueva Normatividad (uso de tecnología y redes sociales).

Este Programa de Promoción de la Salud para Servicios Médicos del ISSFAM se fundamenta en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; que establece el derecho de toda persona a la protección de la salud; así como a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar.

Ley General de Salud en sus Artículo 1ro., reglamenta el derecho a la protección a la salud que tiene toda persona en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

c. Objetivo general: Generar las condiciones de salud óptimas para la población de las Fuerzas Armadas y derechohabiente a través del empoderamiento de la salud en la prevención de enfermedades mediante la educación para la salud, nutrición, control de los efectos nocivos del ambiente, salud ocupacional y fomento sanitario para mejora la calidad de vida individual y colectiva.

d. Objetivos específicos

- i. Promover la creación de grupos de trabajo y redes de apoyo en el personal de las Fuerzas Armadas y Derechohabiente para fomentar el desarrollo de sus capacidades humanas con respecto a su salud.
- ii. Coadyuvar con áreas médicas para la canalización pronta y oportuna del personal de las Fuerzas Armadas y Derechohabiente.
- iii. Incidir en la disminución de los problemas de salud de la población de las Fuerzas Armadas y Derechohabiente., mediante el empoderamiento de información y concientización de la misma.
- iv. Sensibilizar y concientizar a la población acerca del cuidado de su cuerpo, sexualidad, enfermedades y problemas de salud que puedan dañar su entorno, a través de la emancipación y empoderamiento de estilos de vida saludables.
- v. Reforzar y retroalimentar la comunicación con los Establecimientos de atención Médica al unificar esfuerzos y actividades.

M. Acciones de promoción de la salud.

Se manejarán 3 tipos de acciones en Promoción de la Salud para la sensibilización, concientización, emancipación y adopción de estilos de vida saludables.

- a. Campaña de difusión: Acciones de promoción de la salud a realizar a través de diversos medios (carteles, trípticos, conferencias, talleres) según los temas autorizados en los calendarios de días mundiales y nacionales de salud.
- b. Campaña permanente: Acciones de promoción de la salud de alta prioridad que por su complejidad abarcaran el tiempo de un año, con una segmentación mensual, a través de diversos medios.

- c. Campaña de salud Integral: Acciones de promoción de la salud combinadas con acciones de medicina preventiva y vigilancia epidemiológica, desde un enfoque integral de salud pública.

N. Programa de Calidad de la Atención en las Fuerzas Armadas Mexicanas

- a. Antecedentes: Se ha descrito que la falta de seguridad en el proceso de atención médica produce daño a los pacientes y que en ocasiones pueden condicionar secuelas leves, graves e incluso la muerte; con el costo que esto condiciona.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que a nivel mundial decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren a consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Se estima que casi 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención médica.

En nuestro país se estima que el 8% de los pacientes sufre algún tipo de daño por la misma situación y el 2% muere, afectándose la población económicamente activa.

Desde el año 2000 la Secretaría de Salud, ha trabajado en acciones que benefician a los pacientes en el rubro de prevención de eventos adversos. Así en 2002, la Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (antes de Innovación y Calidad) y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), ha impulsado la adopción de iniciativas dirigidas a fortalecer la seguridad del paciente, en este sentido se difundieron "Las 10 Acciones en Seguridad del paciente". En 2004 se crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente para coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad.

- b. Justificación: La seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

En el actual Programa Sectorial de Salud 2020-2024, se establecieron objetivos dirigidos a: "Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad", "Asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud" y "Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de

Salud". Para lo cual se debe contar con información de calidad que favorezca la toma de decisiones en todos los niveles.

Simultáneamente mediante el modelo de atención integral establecido por la Secretaría de Salud, se tiene como objetivo contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, mediante el impulso a la consolidación de la calidad en los establecimientos del Sector Salud, a través de la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en salud en los establecimientos y organizaciones de salud de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Alineado a que en el programa sectorial de salud se debe sistematizar el monitoreo y certificación de los servicios que permitan establecer los modelos de calidad y certificación que han demostrado que dan como resultado: Salud en la Población, Acceso Efectivo, Organizaciones Confiables y Seguras, Experiencia Satisfactoria y costos razonables.

El ISSFAM como órganos administrativo encargados de organizar, coordinar y dirigir los servicios integrales de salud, para sus derechohabientes considera indispensable integrar dentro de los Programas de acción actividades de calidad en beneficio de a quien atienden.

c. Objetivos del programa

- i. Implementar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente
- ii. Implementación de Guías de Práctica Clínica mediante Algoritmos de Atención Clínica
- iii. Sistema de Encuestas de Satisfacción Trato Adecuado y Digno
- iv. Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y comités hospitalarios
- v. Cuidados Paliativos como parte de la Atención Integral en Salud
- vi. Derechos del paciente y su familia
- vii. Gestión y Seguridad de las Instalaciones
- viii. Medición de ganancia en salud de la atención médica
- ix. Proceso de Acceso y Continuidad de la Atención
- x. Educación del paciente
- xi. Garantizar los derechos del Personal de Salud.

O. Discapacidad y rehabilitación

a. Antecedentes: Según la Organización Mundial de la Salud al 2020, viven en todo el mundo con algún tipo de discapacidad aproximadamente el 15% de la población mundial, estando relacionadas al fruncimiento por lo que requieren servicios d asistencia. Se ha observado un aumento del número de personas con discapacidad derivado del envejecimiento poblacional y al incremento de enfermedades crónicas.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, en México hay 6,179,89 personas con alguna discapacidad, lo que representa un 4.9% de la población del país, siendo un 53% de mujeres y 47% de hombres., (INEGI, 2021), de acuerdo a lo identificado en el censo, sin embargo puede considerarse la existencia de 13 millones 934 mil 448 (11.1%) más que corresponde a las personas que presentan limitaciones para realizar actividades de la vida diaria (caminar, ver, oír, autocuidado, etc.)

Se entiende por discapacidad de acuerdo con lo definido en el artículo 173 de la Ley General de Salud Federal, a la o las deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal que, por razón congénita o adquirida, presenta un personal, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena o efectiva, en igualdad de condiciones con los demás. (DOF, 2019)

La prevención de la discapacidad se lleva a cabo mediante medidas de salud pública para prevenir la enfermedad, medidas curativas aplicadas para tratarla y medidas de rehabilitación para tratar la deficiencia o la discapacidad; esos tres tipos de medidas forman un todo continuo de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Lograr que todos los niveles de los sistemas de salud existentes sean más inclusivos y que los programas de salud pública sean accesibles a las personas con discapacidad permitirá reducir las desigualdades y las necesidades no satisfechas en la esfera de la salud.

b. Justificación: Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad alrededor del 15% de la población vive con algún tipo de discapacidad. Las mujeres tienen más probabilidades de sufrir discapacidad que los hombres y las personas mayores más que los jóvenes. Las personas con discapacidad tienen de 2 a 4 veces más probabilidades de morir en desastres y emergencias que las personas sin discapacidad.

Muchos establecimientos y servicios de salud son inaccesibles para las personas con discapacidad. Entre las barreras a las que se enfrentan las personas con

discapacidad figuran los espacios de salud inaccesibles, las barreras de comunicación, la falta de formación de los profesionales y las barreras financieras.

Las respuestas en materia de políticas deberían hacer hincapié en las intervenciones tempranas, las ventajas de la rehabilitación para promover el funcionamiento de las personas con múltiples problemas de salud y la prestación de servicios lo más cerca posible de donde vive la gente.

En el Programa Sectorial de Salud 2019-2024, se establece un diagnóstico situacional de los Sistemas de Salud, estableciendo relevante la mejora en estos para garantizar un acceso efectivo, universal y gratuito, en donde se integra considerar los grupos en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación, integrándose acciones para mejorar las condiciones de seguridad, accesibilidad para personas con discapacidad.

c. **Objetivo General:** Establecer las acciones necesarias en materia de salud, que permitan garantizar un acceso efectivo a las personas con alguna discapacidad.

e. **Objetivos Específicos**

- i. Fortalecer los servicios de rehabilitación no hospitalaria a través de Centro de Rehabilitación para atender a población con discapacidad o con riesgo potencial de presentarla.
- ii. Mejorar las condiciones de seguridad y accesibilidad especialmente para personas con discapacidad.
- iii. Implementar los mecanismos para la detección oportuna de discapacidad o rezagos en el desarrollo en niñas, niños, adolescentes y adultos procurando su oportuna referencia, tratamiento, rehabilitación.
- iv. Promover aspectos de capacitación y educación referente al binomio (cuidador-y persona con discapacidad), a fin de ayudar a la contención y manejo psicológico, para un funcionamiento integral.

Glosario de Términos

Término	Descripción
APS	Atención Primaria en Salud
Atención preventiva integrada	Consiste en realizar al derechohabiente todas las acciones preventivas en una sola atención por la misma enfermera y en el mismo módulo o consultorio de la Enfermera o Enfermero, Médico General y/o Especialista en Medicina Familiar, de acuerdo con su grupo de edad y sexo.
Bullying	es una forma de discriminación entre pares en el ambiente educativo de manera repetida y abusiva por sus características o su forma de vida: orientación sexual, identidad de género, nacionalidad, situación migratoria, etnia, sexo, condición socioeconómica, condición de salud, discapacidad, creencias religiosas, opiniones, prácticas basadas en estigmas sociales, embarazo, entre otras.
Calidad	La OMS, define: "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso
Capacitación	Proceso educativo a corto plazo, aplicado de manera sistemática y organizada, mediante el cual las personas adquieren conocimientos, actitudes y habilidades
Cartilla nacional de salud (CNS)	Documento oficial y personal que otorga SANIDAD NAVAL a toda la población derechohabiente y militares activos de acuerdo con el grupo de edad y sexo al que pertenece.
Centro activo	Espacio permanente o compartido de Educación y Promoción de la Salud, seleccionado y designado por las autoridades de la Unidad Operativa y acondicionado con material de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud.
Expectativa de vida saludable	periodo de vida proyectada por individuo o población sin condiciones patológicas asociadas
Niño-C.A.R.E.:	Cuidado, Atención, Rehabilitación, Educación), Estrategia educativa integral de Promoción de la Salud, enfocada al cuidado

Término	Descripción
Colaboración	de la salud de los niños de 3 a 6 años y sus padres o tutores, que permite reforzar factores de protección, habilidades para la vida y hábitos saludables, mediante un modelo lúdico, participativo y vivencial, para un aprendizaje significativo.
Concertación	Trabajo conjunto realizado con el fin de alcanzar efectos sinérgicos en materia de promoción de la salud, procurando el beneficio de la población de trabajadores y sus familias.
Coordinación	Proceso de negociación entre grupos sociales organizados a través del cual se concilian intereses y se busca el acuerdo que permita desarrollar acciones conjuntas para el logro de un objetivo.
Educación para la salud:	Proceso de interacción ordenada, armónica y funcional entre dos o más individuos u organizaciones de un sistema para el logro de un objetivo común.
Encuentro:	Conjunto de acciones dirigidas a que los individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades y destrezas para que modifiquen actitudes que les permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad de cuidar su salud, solicitar oportunamente atención médica y participar en forma activa y eficiente en el manejo de los daños a la salud.
Envejecimiento activo	Evento que tiene como propósito fortalecer el proceso enseñanza-aprendizaje, compartiendo intereses y objetivos a fines para que analicen los temas de salud. Abarca lo relativo a encuentros, campamentos y cruzadas
Estilo de vida activo y saludable	Estrategia educativa integral de Promoción de la Salud C.A.R.E.- (SEDENA-SEMAR), enfocada al cuidado de la salud de los adultos mayores, que propicia el envejecimiento activo, fortalece y restaura la autoestima y la conciencia de su valor social, disminuye el riesgo de síndromes geriátricos y de discapacidad, genera redes sociales y desmitifica el envejecimiento, formando promotores adultos mayores educadores de sus padres.
Evaluar	Conjunto de comportamientos o aptitudes que desarrollan las personas, para beneficio de su salud.
	Parte del proceso de control que consiste en el análisis crítico, cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos con respecto a las metas o normas establecidas, con el fin de determinar las causas de las variaciones y definir las posibles medidas correctivas

Término	Descripción
Factor de protección	Son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que el individuo inicie o continúe un proceso negativo para su salud
Factor de riesgo	Atributo, característica o exposición de un individuo, que incrementa su probabilidad de desarrollar un daño o enfermedad.
Glucosa anormal de ayuno	Se refiere al hallazgo de concentración de glucosa en ayuno, por arriba del valor normal (>100 mg/dL); pero, por debajo del valor necesario para diagnosticar la diabetes (<126 mg/dL)
Glucosa posprandial:	Presencia de la concentración de glucosa capilar 2 horas después de la ingesta de alimento, inicia desde el momento de la ingerir el primero bocado (<140 mg/dL).
Grupo de edad:	Conjunto de personas que se caracteriza por pertenecer al mismo rango de edad. El grupo se establece por diversos estándares estadísticos y su clasificación permite señalar características especiales para el mismo. También se le llama grupo etario
Grupos educativos:	Conjunto de personas que reciben actividades de promoción y educación para la salud
Indicador	Valor numérico que provee una medida para ponderar el desempeño cuantitativo y cualitativo de un sistema.
Insumo:	Los medicamentos, biológicos, reactivos, materias primas, aditivos, equipos médicos, instrumental, prótesis, ayudas funcionales, órtesis, agentes de diagnóstico, artículos de uso odontológico, material quirúrgico, de curación y productos higiénicos, así como material didáctico o cualquier otro material necesario para realizar las acciones de prevención y promoción de la salud
Intolerancia a la Glucosa	Hallazgo de concentración elevada de glucosa plasmática, 2 horas después de tomar una carga de 75 gr de glucosa en agua, por arriba del valor normal (>140 mg/dL); pero por debajo el valor necesario para diagnosticar diabetes (<200 mg/dL).
KIM (Kit Integral de la Mujer)	Grupo de medidas de prevención enfocadas al tamizaje oportuna de enfermedades propias de la mujer,
ONG:	Organizaciones no gubernamentales que cubran área de acción relativa al programa en proceso.

Término	Descripción
Pasos por la salud	Estrategia educativa integral de Promoción de la Salud, conjunta con Prestaciones Económicas y Sociales, para disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población derechohabiente de todos los grupos de edad mediante la práctica de sensibilización al cambio, alimentación correcta, consumo de agua simple potable y actividad física.
Personas informadas	Participantes que terminaron los cursos de las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud
Personas inscritas:	Participantes registrados en las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud
Personal de salud	Conjunto de personas constituido por profesionales, técnicos y auxiliares de diversas disciplinas, que interactúan o no, con el objetivo de generar acciones en el campo de la promoción, protección y recuperación de la salud.
Población blanca	Población con problemática de salud derivada por la trabajadora social a la UOPSI u OSC que está en posibilidades de ser sujeto de atención al interior de la estrategia de servicios de prestaciones sociales.
Población de responsabilidad ISSFAM	Militares en Situación de Retiro, Derechohabientes de Militar en Activo y Retirado, así como Pensionistas.
Prediabetes:	Se considera a la glucosa anormal de ayuno y la intolerancia a la glucosa, ya sea de manera aislada o combinados
Programa de salud	: Conjunto de acciones preventivas y educativas para la protección de la salud, ordenadas por grupo etario cinco grupos de edad.
Promoción de la salud:	Proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de la población en general, para participar corresponsablemente en el cuidado de la salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectiva. Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez.
Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor	es el retraso del desarrollo de la coordinación de los movimientos, que no puede explicarse por un retraso intelectual general o por un trastorno neurológico específico, congénito o adquirido. Unidad médica: Unidades operativas de los niveles de atención.

ANEXOS

PROGRAMA DE ACCION: VACUNACION

Esquema de vacunación:

CUADRO V. ESQUEMA DE INMUNIZACIONES EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Edad	Vacuna			
Nacimiento	BCG	Hepatitis B		
2 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus	Neumococo conjugada
4 meses	Pentavalente acelular		Rotavirus	Neumococo conjugada
6 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus	Influenza
7 meses	Influenza segunda dosis			
12 meses	Triple viral SRP			Neumococo conjugada
18 meses	Pentavalente acelular			
2 años	Influenza refuerzo anual			
3 años	Influenza refuerzo anual			
4 años	DPT refuerzo		Influenza refuerzo anual	
5 años	Influenza refuerzo anual (octubre-enero)		Polio oral (semanas de vacunación)	
6 años	Triple viral SRP refuerzo			

Fuente: Programa de Vacunación Universal. Lineamientos Generales, CeNSIA 2015.

Vacuna	Grupo Edad	Dosis	Tasa de aplicación
Neumococo	Mayores de 65 años	Única	
	Factores de Riesgo*	Revacunación única	
Tétanos y Difteria	Con esquema completo	Refuerzo (10 años)	
	Esquema incompleto	Primera	
		Segunda	
Influenza Estacional	Mayores de 60 años	Anual	
Otras	Herpes Zoster	Dosis única	

*Diabetes mellitus, Asma, bronquitis y otras enfermedades pulmonares. Angina de pecho o insuficiencia cardíaca, Insuficiencia renal crónica, Padecimientos que disminuyen las defensas

HIGIENE AMBIENTAL

CUESTIONARIO DE EDUCACION AMBIENTAL			
INSTRUCCIONES: Aplicar preguntas a paciente, marcar respuesta indicada en columna a o b. Se otorgará un punto por cada respuesta en la columna a y ningún punto por respuestas en la columna b. Se calificará con puntaje: 0-5 puntos= deficiente 6-10 puntos = bueno 11-15 puntos = favorable			
1.	¿Sabe en qué consiste la higiene ambiental?	Si	No
2.	¿Está usted de acuerdo con la contaminación ambiental?	Si	No
3.	¿Cree que arrojar basura al piso es bueno?	No	Si
4.	¿Haría usted alguna acción para conservar el ambiente?	Si	No
5.	¿Realiza reciclaje en su vida cotidiana?	Si	No
6.	¿Clasifica usted la basura que genera en su casa?	Si	No
7.	¿Conoce los días del servicio de recolección de basura en su cuadra?	Si	No
8.	¿Quema basura en su domicilio?	No	Si
9.	¿Conoce usted el destino final de la basura?	Si	No
10	¿Sabe usted que existe más de 1 tipo de contaminación?	Si	No
11	¿Estaría dispuesto a renunciar al uso de su vehículo por alternativas (ej.: bicicleta, caminar, transporte publico)?	Si	No
12	¿Conoce usted los problemas ambientales de su barrio?	Si	No
13	¿Realiza acciones para disminuir el problema de contaminación en su domicilio?	Si	No
14	¿Considera que la adopción de medidas en cuanto a la protección el medio ambiente, es necesaria y urgente?	Si	No
15	¿Realiza de manera habitual medidas para disminuir su impacto en el ambiente?	Si	No

NUTRICIÓN / SOBREPESO Y OBESIDAD

ALIMENTACION EN LA DIABETES MELLITUS

Tabla 1. Recomendaciones para la terapia nutricional del paciente con diabetes mellitus									
	BDA (19)	ADA (22)	EASD (21)	CDA (20)	JAPAN (24)	SUDAFRICA (25)	INDIA (23)	AHA (26)	NCEP (27)
Hidratos de carbono (%)	50-55	50-60	45-60	50-60	60	55-60	>65	45-55	50-60
Índice glucémico (Recomendado)	-	No	Sí	Sí	Sí	Sí	-	-	-
Fibra	< 30 g al día	No se especifica cantidad	Incrementar con alimentos bajos en índice glucémico	25-35 g/d	1 fruta, 400 g de vegetales	40 g al día	No se especifica cantidad	>25g/d	20-30g/d
Proteínas (%)	10-15	15-20	10-20	11	15-20	12-20	No se especifica la cantidad	15	15
Grasas (%)	30-35	25-35	≤35	≤30	20-25	<30	< 21	< 30	25-35

ADA. American Diabetes Association; AA. American Heart Association; BDA, British Diabetic Association; CDA. Canadian Diabetes Association; EASD, European Association for the study of Diabetes; GI, glycemic index; NCEP, National Cholesterol Education Program.

Ajala O, English P, Pinkney J. Systematic review and meta-analysis of different dietary approaches to the management of type 2 diabetes. Am J Clin Nutr 2013; 97: 505-516

Tabla 2. Índice glucémico y carga glucémica de alimentos consumidos en México			
GRUPOS DE ALIMENTOS			
CEREALES Y SUS DERIVADOS	Porción	Índice Glucémico (IG)	Carga Glucémica (CG)
Arroz cocido	¼ taza	64	29.8
Avena cocida	¼ taza	50	82.1
Avena cruda	1/3 taza	59	18.3
Elote amarillo cocido	1 ½ pieza	53	35
Espagueti cocido	1/3 taza	44	20.3
Hojuelas de maíz	1/3 taza	81	10.7
Hot cake	¼ pieza	67	25.1
Palomitas	2 ½ taza	55	9.6
Pan 7 granos	1 pieza	55	14.3
Pan de caja blanco	1 rebanada	70	18.9
Pan de caja integral	1 rebanada	54	13.5
Pan de hamburguesa	30 g	61	9
Papa cocida	½ pieza	54	45.9
Pasta cocida	½ taza	44	26.4
Tapioca	2 cucharadas	70	13.6
Tortilla de maíz	1 pieza	52	15.6
Tortilla de harina	½ pieza	30	4.2
LEGUMINOSAS			
ALIMENTO	Porción	IG	CG
Alubias cocidas	½ taza	28	6.3
Frijoles cocidos	½ taza	43	8.8
Garbanzo cocido	½ taza	31	7.0
Lenteja cocida	½ taza	26	5.2
Soya cocida	1/3 taza	18	1.0
VERDURAS			
ALIMENTO	Porción	IG	CG
Acelga cruda	2 tazas	64	2.7
Calabaza	80 g	75	3
Chícharo cocido	1/5 taza	48	2.4
Elote	150 g	53	17
Nabo	150 g	72	7
Nopales	100 g	7	0
Zanahoria cruda	½ taza	47	2.0
FRUTAS			
ALIMENTO	Porción	IG	CG
Cerezas	20 piezas	22	3.2
Chabacano	4 piezas	57	8.0
Ciruela	3 piezas	39	7.1
Dátil seco	2 piezas	103	12.8
Durazno amarillo	2 piezas	42	6.1
Fresa	17 pieza med	40	6.3
Kiwi	1 ½ pieza	53	8.8
Mango Picado	1 taza	51	5.4
Manzana	1 pieza	38	5.6
Melón Picado	1 taza	65	9.5
Naranja	2 piezas	42	7.6
Papaya picada	1 taza	59	8.1
Pasas	10 piezas	64	10
Pera	½ pieza	38	4.7
Plátano	½ pieza	52	6.5

Sandía picada	1 taza	72	8.7
Toronja	1 pieza	25	3.4
Uva	18 piezas	43	6.6
LACTEOS			
ALIMENTO			
Leche entera	250 ml	27	3
Leche descremada	250 ml	32	4
Yogurt natural	200 ml	36	3
Yogurt para beber, bajo en grasa	200 ml	38	11
Yogurt para beber, bajo en grasa con fruta	200 ml	27	7
Helado	50 g	61	8
IG: Índice Glucémico (con referencia a la glucosa = 100) TP: Tamaño de la porción en gramos CG: Carga Glucémica en la porción indicada = [(IG)(TP)(HC disponibles por porción)]/100 -Tabla de índice glucémico y de carga glucémica de alimentos consumidos en México. Adaptada de Foster-Power K, Holt S, Brand-Miller J. International table of glycemic index and glycemic load values. Am J Clin Nutr. 2002; 76: 5-56. -Noriega E. El índice glucémico. Cuadernos de Nutrición 2004; 27(3): 117-24. -Pérez LA, Palacios GB, Castro BA. Sistema Mexicano de alimentos equivalentes. 3ed. 2008			

Tabla 3. EJEMPLO DIETA PARA PACIENTE CON DIABETES MELLITUS					
Prescripción con sistema de equivalentes					
Dieta de 1,600 kcal, 200 g de hidratos de carbono.80 g de proteínas, 53 g de lípidos. LIPIDOS: AGS 16 g (9%), AGM 19.5 g (11%), AGP 17.8 g (10%) Fraccionada en 5 tiempos (tres comidas principales y dos colaciones).					
TABLA DE PLANEACIÓN DE EQUIVALENTES					
Hora	8:00	11:30	15:00	19:00	22:00
Verduras	-	2	3	1	2
Frutas	1	-	-	1	-
Cereales	1	1	2	1	2
Leguminosas			1		
Carnes (AOA)	-	2	2	1	1
Leche	1	-	-	-	-
Aceites y grasas	-	2	2	2	-
EQUIVALENTES Y SUGERENCIAS DE MENÚ					
HORA/TIEMPO DE ALIMENTACIÓN	EQUIVALENTES		SUGERENCIA DE MENÚ		
8:00 am DESAYUNO	1 equivalente de LECHE 1 equivalente de CEREALES 1 equivalente de FRUTA		240 ml de leche descremada 1/3 taza de avena cruda 1 pieza de manzana Té de manzanilla sin azúcar		
11:30 am COLACION 1	2 equivalente de VERDURA 1 equivalente de CEREALES 2 equivalente de CARNES 2 equivalente de GRASAS		ENSALADA DE QUESO 3 tazas de Lechuga 1/3 taza de pepinos 4 piezas de galletas Integrales 80 g de queso panela 1/3 pieza de aguacate 5 cucharadas de ajonjolí tostado Agua de limón sin azúcar		
15:00 pm COMIDA	1 equivalente de VERDURAS 2 equivalente de CARNES 2 equivalente de VERDURAS 2 equivalente de GRASAS 1 equivalente de LEGUMINOSAS 2 equivalente de CEREALES		1 taza de sopa de verduras POLLO EN SALSA VERDE C/ NOPALES 1 pieza chica de pierna de pollo 1 taza de nopal ½ taza de salsa verde 2 cucharadas de aceite para guisar 1/3 taza de frijol 2 piezas de tortilla de maíz Agua de Jamaica sin azúcar		
19:00 pm CENA	1 equivalentes de CARNES 1 equivalente de CEREALES 1 equivalente de VERDURAS 1 equivalente de GRASAS 1 equivalente de FRUTAS		QUESADILLA 40g de queso panela 1 pieza de tortilla de maíz ½ taza de chayotes salteados con 1 cucharada de aceite de olivo 1 pieza de toronja		
22:00 pm COLACION 2	2equivalente de CEREALES 1 equivalente de CARNES 2equivalente de VERDURAS 1 equivalente de GRASAS		SANDWICH DE JAMON 2 piezas de pan integral de caja 2 rebanadas de jamón bajo en grasa 1 taza de lechuga con ½ pza de jitomate ½ taza de brócoli cocido 1 cucharadita de mayonesa		

Tabla 4.- Plan de alimentación en el paciente con diabetes. Sistema de alimentos equivalentes

CEREALES Y TUBERCULOS DE ALTO ÍNDICE GLUCÉMICO

Palitos de pan	60g	2 pza.
Pan de caja Light	30g	1 pza.
Pan tostado	60g	1 pza.
Papa	85g	½ pza
Palomitas naturales	18g	2 ½ tzas

LEGUMINOSAS

Alverjón	35 g	½ taza
Alubia	87 g	½ taza
Frijol	90 g	½ taza
Garbanzo	72 g	½ taza
Haba	100 g	½ taza
Lenteja	100 g	½ taza
Soya Texturizada	70 g	½ taza

GRASAS

Aceite de linaza	5 ml	1 cdita
Aceite de cártamo	5 ml	1 cdita
Aceite de canola	5 ml	1 cdita
Aceite de oliva	5 ml	1 cdita
Aguacate chico	30 g	1/3 de pz
Ajonjolí	5 g	
Almendras	10 pzas	
Avellanas	8 pzas	
Cacahuete natural	12 pzas	
Margarina sin sal	5 ml	1 cdita
Nuez	3 pzas	

DIETA PARA DIABÉTICO

KILOCALORIAS _____
 DISTRIBUCIÓN DE NUTRIENTOS:
 HCO _____% PROT _____% LIP _____%
 PESO ACTUAL _____ PESO HABITUAL _____

GRUPO DE ALIMENTO	DESAYUNO	COMIDA	CENA	COLACIÓN
LECHE				
CARNE				
FRUTA				
VERDURA				
CEREAL Y TUBERC.				
LEGUM				
GRASAS				

LECHE Y SUSTITUTOS

Leche descremada	240 ml	1 vaso
Leche entera	240 ml	1 vaso
Leche en polvo	26g	3 cdas
Jocoque	180 g	½ vaso
Yogurt natural	240 ml	1 vaso

CARNE

Atún natural	28 g	
Claros de huevo	82 g	3pzas
Huevo entero	60 g	1 ½ pza
Carne de puerco	30 g	
Pollo	25 g	
Pescado	35 g	
Queso cottage	45 g	
Queso panela	30 g	
Requesón	23 g	
Carne de res	30 g	

EVITAR O SUSPENDER

1. Azúcares refinados como: azúcar, miel, mermeladas, ates, jaleas, frutas en almíbar, dulces, chocolates, pan y galletas dulces, pasteles, etc.
2. Consumo moderado (1 vez por mes) de: queso de puerco, chorizo, paté, carnitas, vísceras, barbacoa, hamburguesas, crema, mantequilla, mayonesa, margarina, etc.
3. Consumir moderadamente productos ligth al día (1 a 2): sustitutos de azúcar, refrescos, dulces, agua, gelatinas, etc.
4. Revisar las etiquetas de los productos enlatados o empaquetados a fin de evitar los que contengan azúcar.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Recuerde que todos los pesos están reportados en cocido.
2. Fijar horarios de comida de acuerdo a la actividad física.
3. Realizar mínimo 3 comidas al día con intervalos de 6 horas.
4. Las frutas o verduras recomendadas se pueden consumir entre comidas para evitar las bajas de glucosa o sensación de hambre.
5. El uso de colaciones se indica en base a la insulina que se administre.
6. Beber de 1.5Lt a 2 Lt de agua natural al día.

7. Realizar de 20 a 30 minutos diarios de ejercicio aeróbico (caminata, natación, balle, etc).

Modificado de:

Ntta. Dtta. Cristina L. Alpizar Valenzuela
 Ntta. Dtta. Blanca Estela Cadena Rojas
 Lic. Nut. Nidia Elizabeth Padilla Zamarripa

PLAN DE ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE CON DIABETES.

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA:

ELABORÓ:

FRUTAS DE BAJO ÍNDICE GLUCÉMICO

Capulín	91 g	2 ½ taza
Ciruela	129 g	2 ½ pzas
Durazno	153 g	2 pzas
Fresas	188 g	15 pzas
Guanábana chica	158 g	½ pza
Guayaba	118 g	2 pzas
Kiwi	99 g	1 ½ pza
Mandarina	112 g	2 pzas
Manzana	92 g	1 pza
Mango	140 g	½ pza
Naranja chica	126 g	2 pza
Pera	103 g	½ pza
Plátano	67 g	½ pza
Toronja	180 g	1 pza
Uvas	90 g	12 pzas
Tunas	90 g	2 pzas
Zapote	45 g	½ pza
Zarzamora	115 g	½ tza

FRUTAS DE MODERADO ÍNDICE GLUCÉMICO

Melón	166 g	1 taza
Papaya	152 g	1 taza
Piña	120 g	½ taza

FRUTAS DE ALTO ÍNDICE GLUCÉMICO

Sandía	200 g	1 ½ taza
Tamarindo	25 g	

VERDURAS GRUPO A

Consumir ½ taza:
 Alcachofa Betabel Quelites
 Berenjena Calabaza de castilla
 Cebolla Chicharos Espárragos
 Chile poblano Zanahoria Jícama
 Habas verdes Huitlacoche

VERDURAS GRUPO B

Consumir 1 taza:
 Flor de calabaza Hongos
 Nopales Lechuga Pepino
 Brócoli Acelga Chilacayote
 Col Coliflor Rábano
 Ejote Jitomate Espinaca
 Berros Chayote Apio
 Tomate Poro Romerito
 Verdolaga Quintoniles

CEREALES Y TUBERCULOS DE BAJO ÍNDICE GLUCÉMICO

Elote	90g	½ taza
Avena	30g	2 cdas
Pasta	56g	½ taza
Tortilla de maíz	30g	1 pza
Amaranto	18g	½ taza

CEREALES Y TUBERCULOS DE MOD ÍNDICE GLUCÉMICO

Arroz	57g	1/3 taza
Bolillo	24g	1/3 pza
Camote	70g	½ taza
Cereal de caja s/ azu.	30g	½ taza
Galletas marías	20g	5 pza
Galletas de animalitos	60 g	6 pza
Galletas habaneras	20g	3 pza
Maicena	18g	31/2 cdas
Yuca	50g	2 pzas

ALIMENTACION EN LA HIPERTENSION

CUADRO X. ESPECIFICACIONES DE LAS RACIONES EN LA DIETA, POR GRUPO DE ALIMENTOS

VERDURAS	
Alimento	Ración
Acelga cocida	1/2 taza
Brócoli cocido	1/2 taza
Champiñón cocido	1/2 taza
Espinaca cocida	1/2 taza
Jitomate	1 pieza
Lechuga	3 tazas
Nopal cocido	1 taza
Rábano	2 tazas
Verdolaga cocida	1/2 taza

GRASAS CON PROTEÍNAS	
Alimento	Ración
Almendra	10 piezas
Nuez	3 piezas
Cacahuete tostado	14 piezas
Semilla de girasol	4 cucharitas
Pistache	18 piezas

LÁCTEOS	
Alimento	Ración
Helado con leche	¼ taza
Jocoque	¼ taza
Leche descremada	1 taza
Yogurt light	1 taza

GRASAS SIN PROTEÍNA	
Alimento	Ración
Aceite comestible	1 cucharadita
Aceite de oliva	1 cucharadita
Aderezo vinagreta	2 cucharaditas
Aguacate	1/3 pieza
Crema	1 cucharadita
Mantequilla	1 ½ cucharadita
Mayonesa	½ cucharadita

PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL	
Alimento	Ración
Atún en agua	35 g
Bistec de res	35 g
Chambarete	35 g
Clara de huevo	2 piezas
Cuete	40 g
Falda de res	35 g
Filete de pescado	45 g
Filete de res	35 g
Filete de salmón	30 g
Huevo cocido	1 pieza
Machaca	12 g
Milanesa de res	35 g
Molida de pollo	35 g
Muslo de pollo	1/3 pieza
Pechuga de pollo	30 g
Pierna de pollo	½ pieza
Queso blanco	35 g
Queso cottage	3 cucharadas
Requesón	3 cucharadas
Sardina	40 g
Sirlón	25 g
Tampiqueña	30 g

CEREALES Y TUBÉRCULOS	
Alimento	Ración
Amaranto	1/4 taza
Arroz cocido	1/4 taza
Avena cocida	3/4 taza
Bolillo sin migajón	1/3 pieza
Espagueti cocido	1/3 taza
Fideo	1/2 taza
Galletas marías	5 piezas
Masa de maíz	45 g
Palitos de pan	3 piezas
Palomitas natural	3 tazas
Pan de caja	1 pieza
Tortilla de maíz	1 pieza

FRUTAS	
Alimento	Ración
Cerezas	20 piezas
Chabacano	4 piezas
Durazno	2 piezas
Frambuesa	1 taza
Fresa	17 piezas
Higo	3 piezas
Kiwi	2 piezas
Lima	3 piezas
Mamey	1/3 pieza
Mandarina	2 piezas
Mango ataulfo	1 pieza
Manzana	1 pieza
Melón	1 taza
Naranja	1 piezas
Papaya	1 taza
Pasas	10 piezas
Pera	½ pieza
Perón	1 pieza
Piña	1 taza
Plátano	½ pieza
Sandía	1 taza
Toronja	½ pieza
Uva roja	15 piezas
Uva verde	18 piezas
Zarzamora	¼ taza

LEGUMINOSAS	
Alimento	Ración
Alubias, garbanzos, habas, lentejas cocidas	1/2 taza
Alverjón	1/2 taza
Frijol canario, negro cocido	1/2 taza
Soya cocida	1/3 taza
Soya texturizada seca	35 gramos

*En caso de no permitir el uso de azúcares, se sugiere utilizar algún edulcorante como sucralosa y acesulfame K.

Nota: g: gramos

Fuente: Federación Mexicana de Diabetes, AC. Disponible en URL (acceso 2 enero, 2014):

<http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/nutricion.php?id=MTQ1>.

Referencias consultadas:

http://www.nutriciongrupobimbo.com/uploads/pdf/tablas_equivalecias.pdf

Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes, segunda Edición.

<http://www.fns.org.mx/index.php?IdContenido=46&IdSubContenido=53>

AZÚCARES	
Alimento	Ración
Ate	15 g
Azúcar	2 cucharaditas
Cajeta	2 cucharaditas
Leche condensada	2 cucharaditas
Mermelada	2 cucharaditas
Miel de abeja	2 cucharaditas

DIETA PARA HIPERCOLESTEROLEMIA**Dieta para pacientes con dislipemia o hipercolesterolemia**

Alimentos frescos y congelados	Consumo diario	Consumo moderado	Consumo esporádico
	PERMITIDOS todos los días	A LIMITAR máximo 2-3 veces x semana	DESACONSEJADOS sólo excepcionalmente
Cereales	Harinas, *pan, cereales, *arroz (mejor integrales), maíz, *pastas, galletas integrales	Cereales con azúcar, *Pasta italiana con huevo y *bollería y galletas preparadas con aceite de oliva o de semilla	Bollería, croissants, ensaimadas, magdalenas, donuts, galletas y bollería industrial preparada con grasas no recomendables
Frutas, verduras y legumbres	Todas. Legumbres especialmente recomendadas	*Aceitunas, *aguacates, *patatas fritas en aceite de oliva o de semilla	Patatas chips o patatas o verduras fritas en aceites inadecuados. Coco
*Frutos secos	Nueces, ciruelas pasas, albaricoques, dátiles, pipas de girasol sin sal	Almendras, castañas, avellanas, cacahuetes	Cacahuetes salados, coco y pipas de girasol saladas
Huevos, leche y derivados	Leche desnatada, yogurt y productos elaborados con leche desnatada, clara de huevo, flanes sin huevo	Huevo entero (3 x semana) Queso fresco o con bajo contenido graso, requesón. Leche y yogurt semidesnatado	Leche entera, nata, crema, flanes de huevo, quesos duros y cremosos
Pescados y Mariscos	Pescado blanco y *azul, *atún en lata, salmón ahumado, marisco bivalvo (mejillones, almejas, chirlas, ostras,...)	Bacalao salado, *sardinas y caballa en lata (en aceite de oliva), calamares, gambas, langostinos, cangrejos (marisco)	Huevas de pescado, pescado frito en aceite o grasas no recomendadas, mojama
Carnes rojas(1)		Ternera, buey, vaca, cerdo, caballo, cordero (partes magras), jamón serrano (partes magras), salchichas de pollo o ternera	Embutidos, beicon, hamburguesas, salchichas frankfurts, patés, vísceras, despojos
Aves y caza		Conejo, pollo y pavo sin piel. Venado, Caza menor	Ganso, Pato
Grasas y aceites	Aceites de oliva	Aceites de semillas (girasol, maíz...) y margarina vegetal (sin ácidos grasos <i>trans</i>)	Mantequilla, margarinas sólidas, manteca de cerdo, unto, tocino, sebo, aceites de palma y de coco
Postres	*Mermeladas, *miel, *azúcar, repostería casera: sorbetes (helados), tartas y pasteles (preparados con leche descremada y margarina)	Caramelos, flan sin huevo, frutas en almíbar, turrón, mazapán, bizcochos caseros y dulces hechos con aceite de oliva o semilla	Chocolates y pasteles. Postres con leche entera, huevo y nata o mantequilla. Tartas comerciales
Bebidas	Agua mineral, *zumos naturales, infusiones, Café y té: 3 al día Vinos: 2 al día	Bebidas y refrescos ligeras sin azúcar	Bebidas ligeras azucaradas, sopas de sobre o lata
Especias y salsas	Pimienta, mostaza, hierbas, sofritos, vinagre, alioli	Mahonesa y besamel	Salsas hechas con mantequilla, margarina, leche entera y grasas animales (huevo y/o grasa de cerdo)

Nota: la dieta debe modificarse en caso de diabetes, obesidad, hiperuricemia o hipertensión.
* Los alimentos señalados con un asterisco, debido a su riqueza calórica, deben limitarse en pacientes con sobrepeso o hipertrigliceridemia.

ANEXOS DE SALUD MENTAL

SIGNOS DE ALERTA POR EDAD DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	
1 mes de edad <ul style="list-style-type: none"> ● Irritabilidad persistente ● Trastornos de succión ● No fija la mirada momentáneamente ● No reacciona a los ruidos 	2 meses de edad <ul style="list-style-type: none"> ● Persistencia de irritabilidad ● Sobresalto exagerado ante el ruido ● Aducción del pulgar ● Ausencia de sonrisa social
3 meses de edad <ul style="list-style-type: none"> ● Asimetría de actividad con las manos ● No sigue con la mirada ● No respuesta a los sonidos ● No sostén cefálico 	4 meses de edad <ul style="list-style-type: none"> ● Pasividad excesiva ● Manos cerradas ● No emite risas sonoras ● Hipertonía de aductores (Angulo inferior a 90°) ● No se orienta hacia la voz
6 meses de edad <ul style="list-style-type: none"> ● Presencia de hipertonía en miembros e hipotonía de cuello y tronco ● No se rota sobre sí mismo ● Persistencia de reacción de Moro ● No sedestación con apoyo ● Ausencia de prensión voluntaria ● No Balbucea ni hace “gorgoritos” 	9 meses de edad <ul style="list-style-type: none"> ● No desplazamiento autónomo ● Hipotonía de tronco ● No se mantiene sentado ● Ausencia de pinza manipulativa ● No emite bisílabos
12 meses de edad <ul style="list-style-type: none"> ● Ausencia de bipedestación ● Presencia de reflejos anormales ● No vocabulario de dos palabras con/sin significado ● No entiende ordenes sencillas 	15 meses de edad <ul style="list-style-type: none"> ● No camina solo ● Ausencia de pinza superior ● No arroja objetos ● No tiene un vocabulario y tres o cuatro palabras ● Pasa ininterrumpidamente y una actividad a otra
18 meses de edad <ul style="list-style-type: none"> ● No sube escaleras ● No tiene un vocabulario de 7/10 palabras ● No conoce partes del cuerpo ● No garabatea espontáneamente ● No bebe de un vaso ● No hace una torre de dos cubos 	24 meses de edad <ul style="list-style-type: none"> ● No corre ● No construye torres de 3 o 6 cubos ● No asocia dos palabras ● No utiliza la palabra “NO” ● Presencia de estereotipias verbales ● Incapacidad para el juego simbólico
Signos de alarma a cualquier edad <ul style="list-style-type: none"> ● Movilidad, tono o postura anormal ● Movimientos involuntarios (actitud distónica de manos, hiperextensión cefálica) ● Movimientos oculares anormales ● Retraso en la adquisición de los ítems madurativos ● Macrocefalia, microcefalia, estancamiento el perímetro del cráneo 	

ABANDONO	VIOLENCIA FÍSICA	VIOLENCIA SEXUAL	VIOLENCIA PSICOLOGICA
<p>Signos y síntomas físicos o psicológicos debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección que pueden manifestarse en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alimentación ● Higiene ● Control o cuidados rutinarios ● Tensión emocional ● Desarrollo psicológico ● Necesidades médicas atendidas tardíamente o atendidas 	<p>Demora en buscar tratamiento para las lesiones recibidas</p> <p>Signos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hematomas ● Laceraciones ● Equimosis ● Fracturas ● Quemaduras ● Luxaciones ● Lesiones musculares ● Trauma ocular ● Trauma craneoencefálico y daño neurológico ● Lesión diversas congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo que las produjo ● Lesiones recientes o antiguas, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes ● Lesiones durante el embarazo <p>Además de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aborto ● Síndrome crónico de intestino irritable 	<ul style="list-style-type: none"> ● El embarazo en niñas o adolescentes muy jóvenes infecciones de transmisión sexual ● Prurito o hemorragia vaginal ● Defecación o micción dolorosa ● Dolor abdominal o pélvico crónicos ● Problemas sexuales y ausencia de placer ● Vaginismo (espasmos e los músculos alrededor de la abertura de la vagina) o traumas en la región vaginal ● Infecciones recurrentes en las vías urinarias ● Embarazo no deseado que pueda ser indicativo de embarazo forzado debido a violación. ● Aborto ● Lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales ● Ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales ● Abuso o dependencia a sustancias ● Alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual 	<ul style="list-style-type: none"> ● Baja autoestima ● Cansancio y fatiga crónica ● Problemas de memoria y concentración ● Distorsiones del pensamiento ● Cefaleas crónicas ● Marcada disminución en el interés o la participación en actividades significativas ● Miedo intenso, desesperanza, culpa, vergüenza u horror ● Recuerdo perturbadores recurrentes e intrusivos ● Ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashbacks ● Hipervigilancia o estado e alerta constante, palpitaciones ● Depresión leve, moderada y severa ● Trastornos del sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormido/a) y pesadillas ● Sentimientos de miedo, ira, culpa, vulnerabilidad, tristeza, humillación y desesperación. ● Trastornos de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad: abuso o dependencia a sustancia ● Ideación o intento suicida

BULLYING

Características del bullying		
Tipos de violencia	Situación	Descripción
Verbal	Intencional	De uno/a o varios/as compañeros/as hacia otro/a para causar dolor y sufrimiento
Físico	Relación desigual o desequilibrio de poder	La víctima se percibe vulnerable, desprotegida y sin los recursos del agresor o de la agresora
Psicológica	Repetitiva y continuamente	No es un episodio aislado
Índole sexual	En relación de pares o iguales	Entre estudiantes
Material		
Cibernética		

Pautas generales de la atención de caso de Bullying	
Acción	Descripción
Garantizar la protección	Interrumpir la cadena de replicación del Bullying.
Intervenir eficaz, rápida y no precipitada	Actuación fluida, sin detenerse cuando alguna autoridad o responsable no responda, y verificación y respeto de los derechos de las/os estudiantes
Discreción y confidencialidad	Mantener medidas para salvaguardar la confidencialidad y asegurar el acceso al caso solo a personal calificado
Intervención inmediata y oportuna	Iniciar proceso de atención al detectar datos de alta sospecha o confirmar caso de bullying
Adoptar medidas cautelares	Establecer medidas para salvaguardar la integridad del paciente en caso de eventos de violencia recurrente
Establecer líneas de comunicación con la familia	Establece mecanismos de comunicación con padre o tutor para involucrar en citas de seguimiento
Activar protocolo de violencia	Ver anexo correspondiente

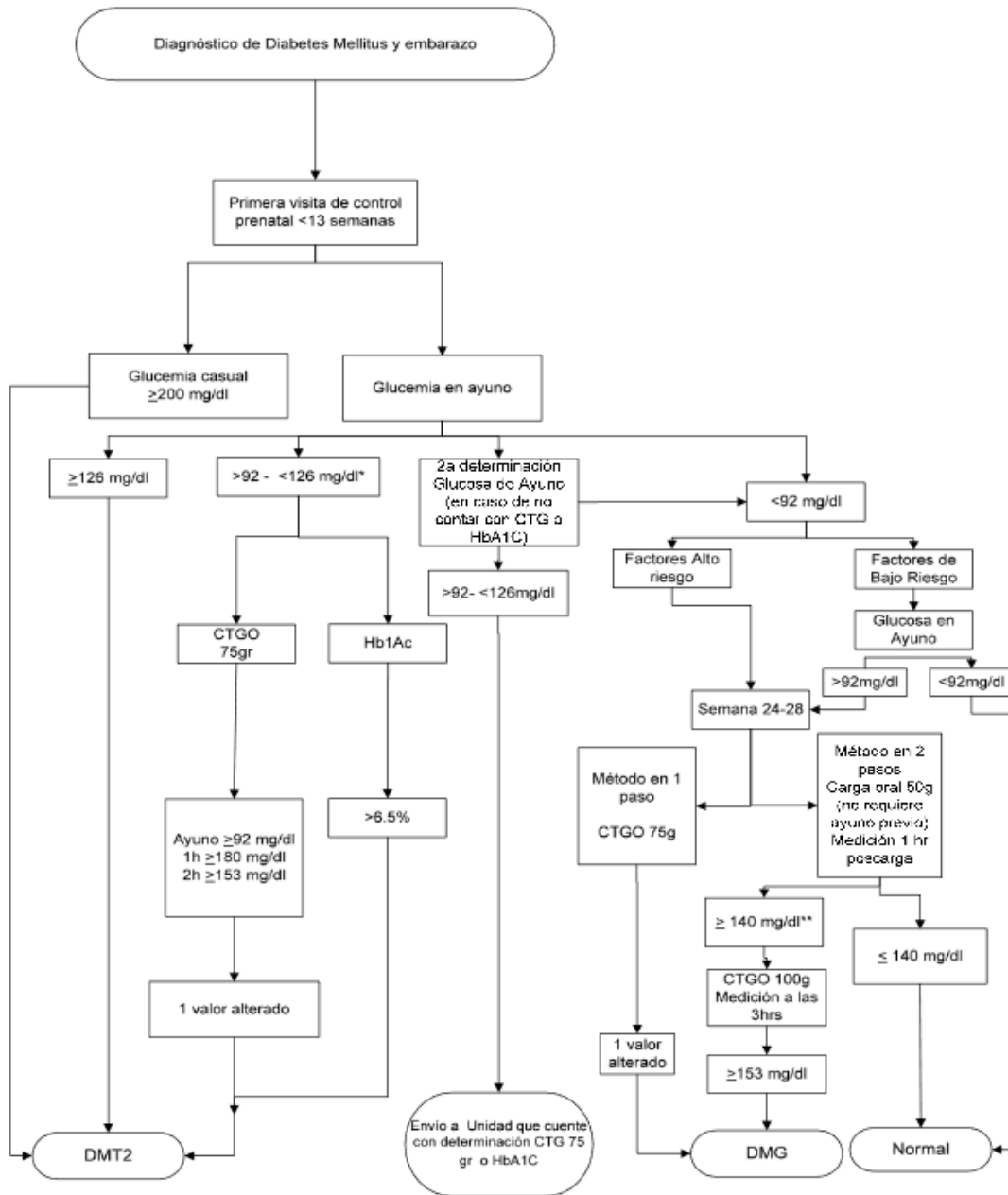
Herramienta 1 de detección de violencia familiar y/o sexual				
Nombre de paciente:		Fecha:		
Nombre del entrevistador:				
Si él o la usuaria responde afirmativamente a más de una de las preguntas de las secciones 1, o a cualquiera de las preguntas de las secciones 2 y 3, está viviendo en situación de violencia. Debe realizarse evaluación de riesgo.				
Violencia psicológica				
Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:				
¿le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Si ¿quién lo hizo?		No	
¿le ha menospreciado o humillado?	Si ¿quién lo hizo?		No	
¿le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna arma blanca (navaja, cuchillo, etc.) c.) y/o arma de fuego?	Si ¿quién lo hizo?		No	
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:				
Violencia física				
Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:				
¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas u otras lesiones?				
¿Le ha tratado de ahorcar?	Si ¿quién lo hizo?		No	
¿Le ha agredido con golpearla o usar contra usted alguna arma blanca (navaja, cuchillo, etc.) y/o arma de fuego?	Si ¿quién lo hizo?		No	
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:				
Violencia sexual				
Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:				
¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Si ¿quién lo hizo?		No	
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Si ¿quién lo hizo?		No	
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Si ¿quién lo hizo?		No	
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultado embarazada?	Si ¿quién lo hizo?		No	
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:				
Amerita evaluación de riesgo	Si		No	

Categorías de discapacidad		Patologías
Primera	Alta discapacidad	Caídas, demencia, artritis reumatoide y osteoartritis Visión: debilidad visual / amaurosis. Sólo 40% emplea un auxiliar visual. Audición: hipoacusia/ sordera profunda. Sólo 2.9% emplea un auxiliar auditivo. Afecciones de los miembros: incapacidad funcional parcial / incapacidad funcional total. Sólo 16% de los casos afectados emplean alguna prótesis.
Segunda	Perdidas entre muertes prematuras y discapacidad	Enfermedad cerebrovascular, nefritis, nefrosis y cardiopatía hipertensiva.
Tercera	Necesidades que se generan por perdidas fundamentalmente por muerte prematura.	Cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, cáncer y neumonía.

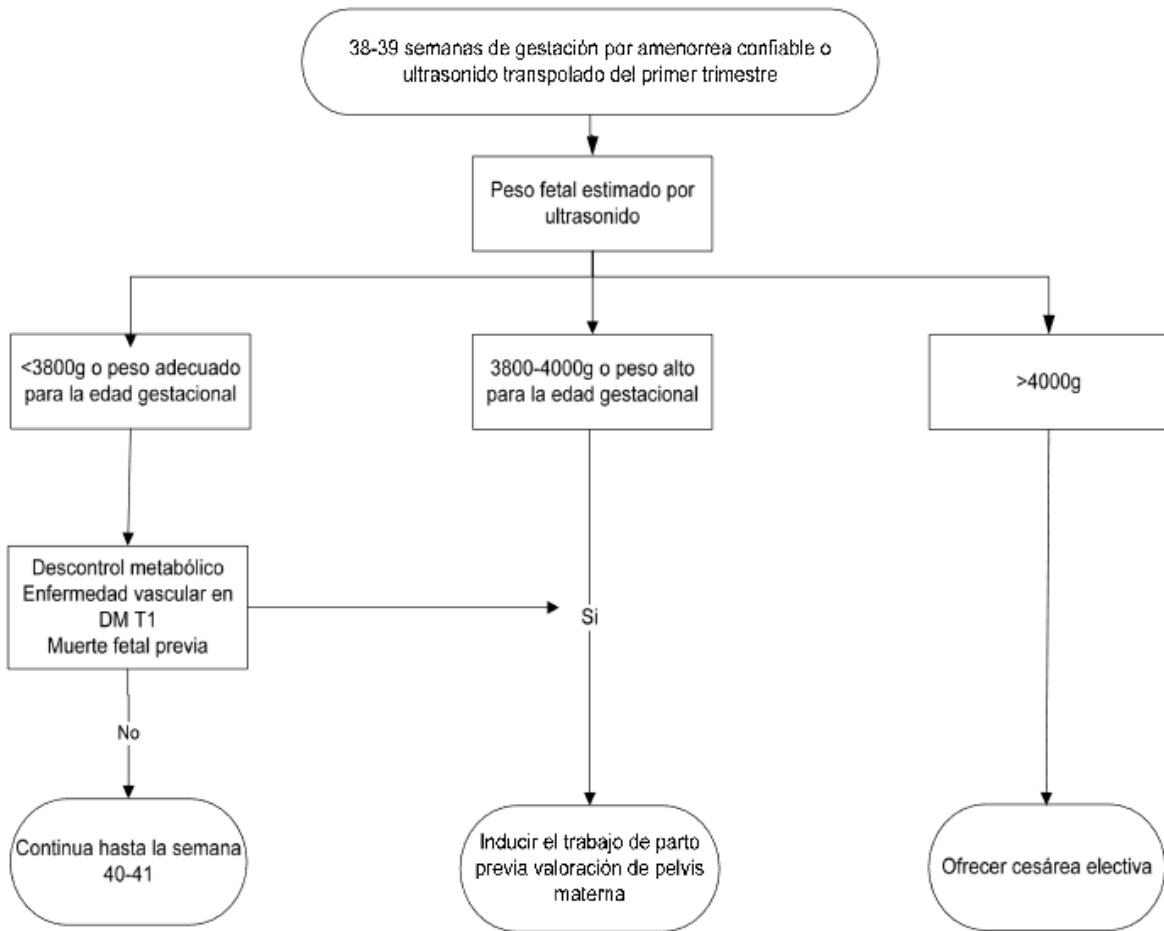
ANEXOS PROGRAMA SALUD MATERNO INFANTIL

TABLA DE FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO
<ul style="list-style-type: none"> ● Desnutrición ● Consanguinidad ● Hijos previos con defectos congénitos ● Hijos previos con anomalías cromosómicas ● Portadores de cromosomopatías ● Antecedentes de familiares con enfermedades hereditarias ● Hijos previos con retraso mental ● Parasitarias (Toxoplasmosis) ● Enfermedades virales ● Deficiencia de folatos ● Exposición a tabaco y/o alcohol ● Exposición aguda o crónica a medicamentos (anticonvulsivos, anticoagulantes y ototóxicos) ● Exposición a tóxicos ambientales (inhalantes, plaguicidas, fertilizantes, plomo u otros) ● Exposición a drogas ● Exposición a radiaciones ● Embarazo múltiple ● Embarazo en edades extremas de la vida reproductiva (menores de 20 años y mayores de 35 años); ● Multigestas (cuatro o más) ● Periodo intergenésico menor de dos años ● Endocrinopatías ● Infecciones ginecológicas ● Infecciones transmitidas sexualmente ● Infección de vías urinarias
FACTORES DE RIESGO PARA MALFORMACIONES CRANEOFACIALES
<ul style="list-style-type: none"> ● Tabaquismo ● Edad materna menor de 20 años o mayor de 35 ● Edad paterna mayor de 45 años ● Periodo intergenésico menor de dos años ● Consanguinidad ● Uso de fármacos nocivos durante el embarazo (anticonvulsivos o anticoagulantes) ● Infección por Toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes (TORCH) ● Radiaciones ● Fertilizantes y plaguicidas ● Hijo previo con defecto congénito estructural, metabólico o cromosomopatía ● Padres portadores de alteración cromosómica balanceada ● Embarazo múltiple

Algoritmo 1. Diagnóstico de Diabetes y Embarazo



Abreviaturas:
 CTGO: Carga de tolerancia oral a la glucosa
 Hb1Ac: hemoglobina glicosilada
 DMT2: Diabetes Mellitus Tipo 2
 DMG: Diabetes Mellitus Gestacional
 * Glucosa alterada de ayuno
 ** Se sugiere disminuir el umbral a 136 mg/dl en población de alto riesgo

Algoritmo 2. Resolución del embarazo en la paciente con diabetes.

Abreviaturas:
DM T1: Diabetes Mellitus Tipo 1

CLASIFICACIÓN DE WHITE MODIFICADA PARA DIABETES EN EL EMBARAZO

Clase	Descripción
A	GTT anormal antes del embarazo a cualquier edad o de cualquier duración tratada únicamente con terapia nutricional.
B	inicio a la edad de 20 años o más y duración de menos de 10 años
C	Inicio a la edad de 10 a 19 años o duración de 10 a 19 años
D	El inicio es antes de los 10 años de edad, duración de más de 20 años , retinopatía benigna , o hipertensión (no preeclampsia)
R	Retinopatía proliferativa o hemorragia vítrea
F	Nefropatía con más de 500 mg/dl
RF	Criterios de ambas clases R y F
G	Múltiples fallas del embarazo
H	Evidencia de enfermedad cardíaca arterioesclerótica
T	Trasplante renal previo
Diabetes Gestacional	
A1	Diabetes Gestacional con dieta controlada
A2	Diabetes gestación con tratamiento a base de insulina

Adaptado de : Ecker J L M. Pregestational diabetes mellitus_ Obstetrical issues and management [Internet]. 2016. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/pregestational-diabetes-mellitus-obstetrical-issues-and-management>

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS PARA EL MANEJO DE DIABETES GESTACIONAL (ADA)

Diabetes Gestacional	
Energía	36-40 Kcal/Kg peso actual – IMC pregestacional <19.8 30 Kcal/Kg peso actual – IMC pregestacional 19.8-26 24 Kcal/Kg peso actual – IMC pregestacional 26-29 Individualizado – IMC pregestacional >29
Carbohidratos	40-45% del total de calorías
Desayuno	15-30g (individualizado)
Colaciones	15-30g (individualizado)
Fibra	20-35g
Proteínas	10-20% Agregar 10g/día a partir del 2° trimestre
Grasa	<40% del total de calorías (<10% grasa saturada)
Complementos de Vitaminas y minerales	Ácido fólico y hierro multivitamínico según se requiera
Calcio	1g al día
Hierro	27 mg/día (si hay anemia 100-120g/día)

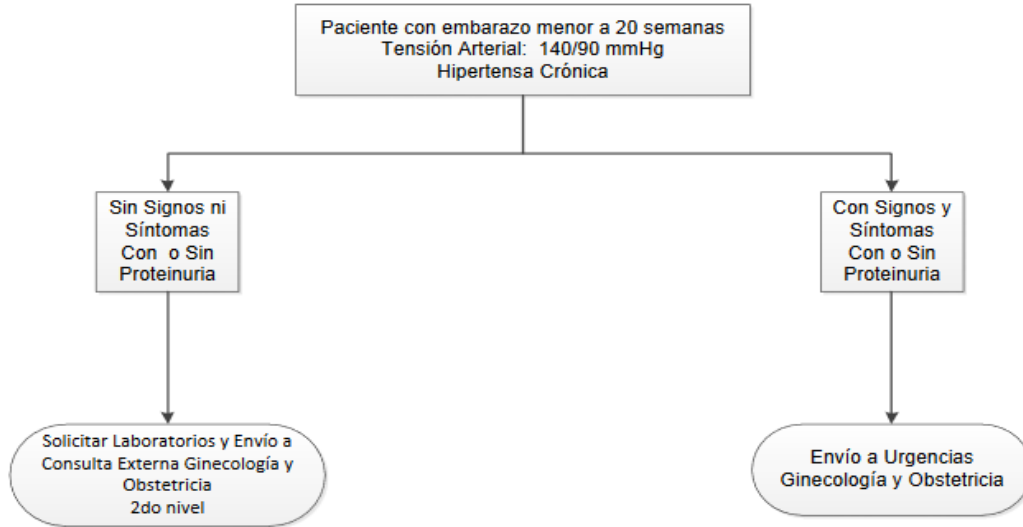
*Adaptado de: Diabetes AA. Standards of Medical Care in Diabetes - 2016. Am Diabetes Assoc. 2016;37(October 2016):14-80.

METAS TERAPEÚTICAS DE GLUCOSA PLASMÁTICA DURANTE EL EMBARAZO

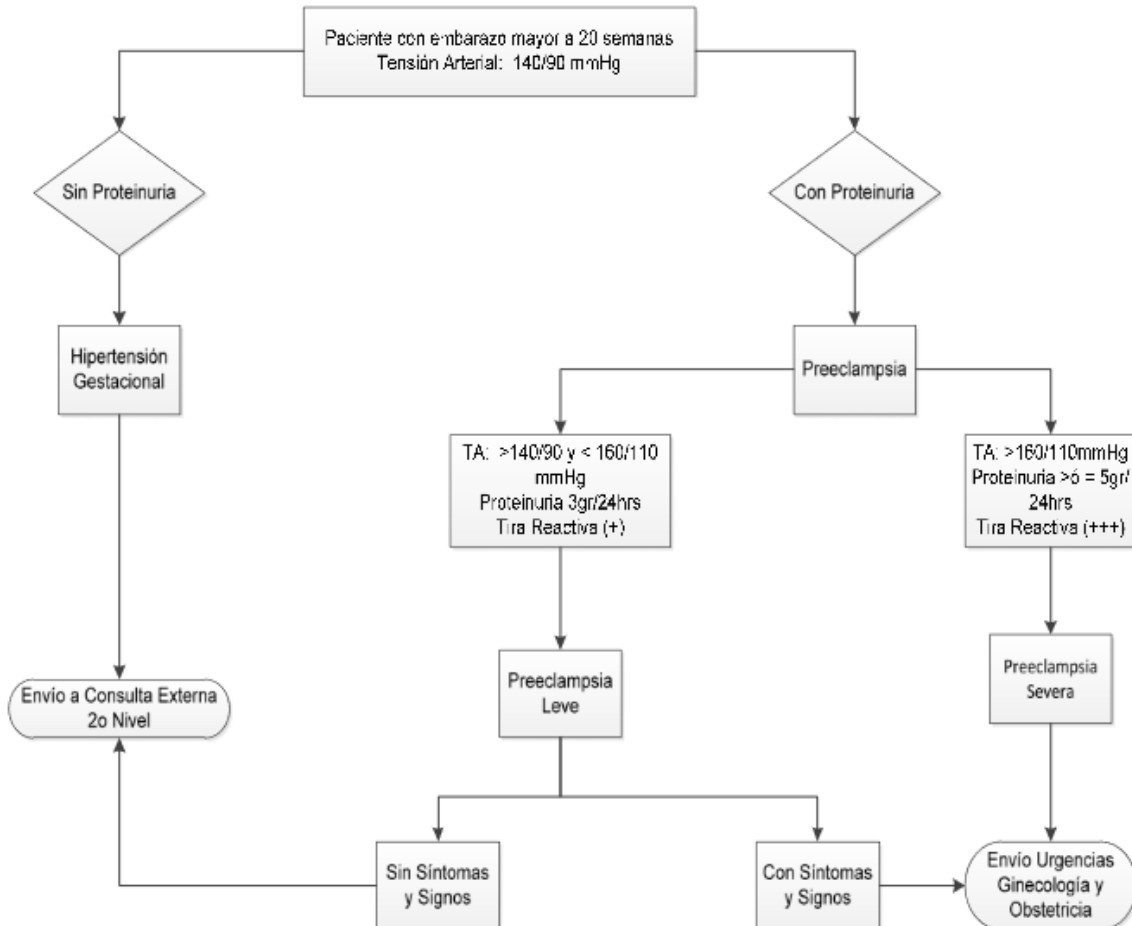
Condición		Valores plasmáticos de referencia
Diabetes gestacional	Glucosa en ayuno	<95mg/dL
	Glucosa 1 hora pos prandial	≤140mg/dL
	Glucosa 2 horas posprandial	≤120mg/dL
	HbA1C	≤6.0%
	Glucosa antes de dormir y en la madrugada	60 mg/dL
Diabetes pregestacional	Glucosa en ayuno	60-99mmg/dl
	Glucosa 1 hora pos prandial	100-129mg/dl
	HbA1C	≤6.0%
	Glucosa antes de dormir y en la madrugada	60 mg/dL

*Adaptado de: Diabetes AA. Standards of Medical Care in Diabetes - 2016. Am Diabetes Assoc. 2016;37(October 2016):14–80.

MANEJO DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

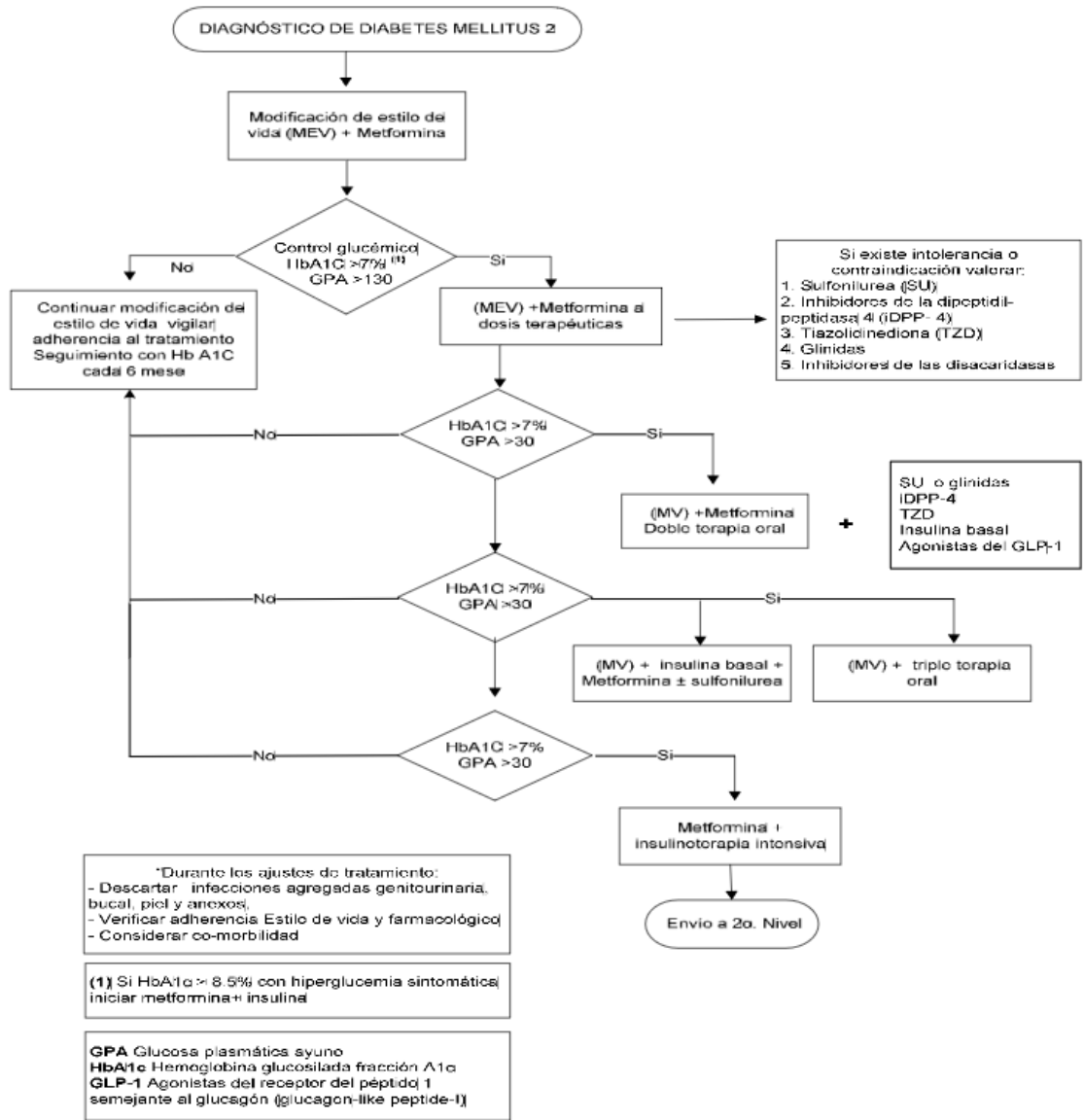


MANEJO DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO



ANEXOS DETECCIÓN OPORTUNA DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)


Esquemas tratamiento en Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tabla 1: Comportamientos Sexuales Comunes en la Infancia ^{1-3, 6}	
<p>Niños Preescolares (menores de 4 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explorar y tocarse las partes privadas, en público y en privado. ■ Frotarse las partes privadas (con la mano o contra objetos) ■ Mostrar las partes privadas a otras personas ■ Tratar de tocar los pechos de la madre u otras mujeres ■ Quitarse la ropa y querer estar desnudo ■ Tratar de mirar cuando otras personas están desnudas o desvestiéndose (por ejemplo cuando están en el baño) ■ Hacer preguntas acerca de su cuerpo (y el cuerpo de otras personas) y las funciones corporales ■ Hablar con otros niños de la misma edad acerca de funciones corporales como "popó" y "pipi".
<p>Niños Pequeños (aproximadamente entre 4 y 6 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tocarse las partes privadas a propósito (masturbación), ocasionalmente en la presencia de otros ■ Tratar de mirar a otras personas cuando están desnudas o desvestiéndose ■ Imitar comportamientos de pareja (como besarse o tomarse de las manos) ■ Hablar de las partes privadas y utilizar "malas" palabras, aunque no comprendan su significado ■ Explorar las partes privadas con otros niños de la misma edad (por ejemplo "jugar al doctor", "te enseñó el mío si me enseñás el tuyo", etc.)
<p>Niños en Edad Escolar (aproximadamente 7-12 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tocarse las partes privadas a propósito (masturbación), usualmente en privado ■ Jugar con niños de la misma edad a juegos que involucran comportamiento sexual (como "verdad o consecuencia", "jugar a la familia", o al "novio/novia") ■ Tratar de mirar a otras personas cuando están desnudas o desvestiéndose ■ Mirar fotos de personas desnudas o semidesnudas ■ Ver/escuchar material de contenido sexual a través de los medios de comunicación (televisión, películas, juegos, Internet, música, etc.) ■ Querer más privacidad (por ejemplo rehusar a desvestirse delante de otras personas) y resistirse a hablar con los adultos acerca de temas sexuales ■ Empezar a sentir atracción sexual e interés hacia otros niños o niñas de su edad.

Tabla 2: Qué y Cuando Enseñar

Niños preescolares (menores de 4 años)	
<p>Información Básica</p> <ul style="list-style-type: none"> Los niños y las niñas son diferentes Nombres correctos para las partes del cuerpo de los niños y niñas. Los bebés vienen de las mamás Reglas acerca de los límites personales (por ejemplo el mantener las partes privadas cubiertas, no tocar las partes privadas de otros niños) Dar respuestas simples a todas las preguntas acerca del cuerpo y las funciones corporales 	<p>Información Para Mantener La Seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> La diferencia entre caricias "apropiadas/ que están bien" (caricias que son reconfortantes, agradables y bienvenidas) y caricias "no apropiadas/ que no están bien" (que son invasivas, incómodas, no deseadas, o dolorosas) Tu cuerpo es tuyo, te pertenece Todos tenemos derecho a decir que "no" a ser tocados o acariciados, aun por los adultos Nadie: niño o adulto, tiene derecho a tocar tus partes privadas Está bien decir que "no" cuando los adultos te piden que hagas cosas que están mal, como tocarte las partes privadas o guardar secretos de mamá o papá. Existe diferencia entre una "sorpresa" que es algo que será revelado pronto, como un regalo y un "secreto", que es algo que supuestamente nunca debes decir. Entáble que nunca está bien el mantener secretos de mamá y papá A qué personas puedes contarles si alguien te hizo algo que "no es apropiado/no está bien" o te pidieron hicieras algo que no está bien.
Niños Pequeños (aproximadamente entre 4-6 años)	
<p>Información Básica</p> <ul style="list-style-type: none"> Los cuerpos de los niños y niñas cambian cuando pasan los años Explicaciones simples acerca de cómo crecen los bebés dentro del vientre de las madres y acerca del proceso de nacimiento Reglas acerca de los límites personales (como, el mantener las partes privadas cubiertas, no tocar las partes privadas de otros niños) Dar respuestas simples a todas las preguntas acerca del cuerpo y las funciones corporales Puede que sientas una sensación agradable cuando te tocas las partes privadas pero es algo que debes hacer en privado. 	<p>Información Para Mantener La Seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> Abuso sexual es cuando alguien te toca en las partes privadas o te pide que lo toques en sus partes privadas Es abuso sexual aunque se trate de alguien que tú conoces. El abuso sexual NUNCA es culpa del niño. Si una persona desconocida trata de que te vayas con él o ella, corre y cuéntale lo que pasó a uno de tus padres, a tu maestro, vecino, a un oficial de policía, o a otro persona adulta en quien confíes A qué personas puedes contarles si alguien te hizo algo que "no es apropiado/no está bien" o alguien te pidió que se lo hicieras a él o a ella.
Niños en Edad Escolar (Aproximadamente entre 7-12 años)	
<p>Información Básica</p> <ul style="list-style-type: none"> Qué esperar y cómo enfrentarse a los cambios de la pubertad (Incluyendo la menstruación y los sueños mojados) Información básica sobre la reproducción, el embarazo y el parto Riesgos asociados con la actividad sexual (embarazo, enfermedades transmitidas sexualmente) Información básica sobre métodos anticonceptivos La masturbación es común y no está asociada con problemas a largo plazo pero debe hacerse en privado. 	<p>Información Para Mantener La Seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> El abuso sexual puede o no puede incluir tocamientos (caricias, manoseo, etc.) Cómo mantener la seguridad y los límites personales al chatear con o conocer a personas por Internet Cómo reconocer y evitar riesgos en situaciones sociales Reglas cuando tienen novia o novio o cuando salen en citas.

Indicadores de abuso sexual en pediátricos		
Físicos	Comportamentales	
	Sexuales	No sexuales
<ul style="list-style-type: none"> ● Dificultad para caminar o sentarse ● Lesiones, desgarros, magulladuras en los órganos sexuales ● Irritación del área anogenital ● Infecciones en zonas genitales y urinarias ● Enfermedades venéreas ● Presencia del esperma ● Embarazo ● Dificultad manifiesta en la defecación ● Enuresis o encopresis 	<ul style="list-style-type: none"> ● Conductas sexuales impropias de la edad: ● Masturbación compulsiva ● Caricias buco genitales ● Conductas sexualmente seductoras ● Agresiones sexuales a otros niños más pequeños o iguales ● Conocimientos sexuales impropios de su edad ● Afirmaciones sexuales claras e inapropiadas 	<p>Desordenes funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Problemas del sueño ● Enuresis ● Encopresis ● Desordenes del apetito (anorexia y bulimia) ● Estreñimiento mantenido <p>Problemas emocionales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Depresión ● Ansiedad ● Aislamiento ● Fantasías excesivas ● Conductas regresivas ● Falta de control emocional ● Fobias repetidas y variadas ● Problemas psicossomáticos o labilidad afectiva ● Culpa o vergüenza extremas <p>Problemas conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Agresiones, fugas, conductas delictivas, consumo excesivo de alcohol y drogas ● Conductas autodestructivas o intentos de suicidio <p>Problemas de desarrollo cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Retrasos en el habla ● Problemas de atención ● Fracaso escolar ● Retraimiento ● Disminución del rendimiento ● Retrasos del crecimiento no orgánicos ● Accidentes frecuentes ● Psicomotricidad lenta o hiperactividad

Detección oportuna de hipertensión arterial

Presión arterial (mmHg.)					
Otros factores de riesgo, DO ó enfermedad	PAS Normal 120-129 ó PAD 80-84	PAS normal elevada 130-139 ó PAD 85-89	HT grado I PAS 140-159 ó PAD 90-99	HT grado 2 PAS 160-179 ó PAD 100-109	HT grado 3 PAS \geq 180 ó PAD \geq 110
Ningún otro factor de riesgo	Riesgo promedio	Riesgo promedio	Bajo riesgo añadido	Riesgo moderado añadido	Riesgo elevado añadido
1-2 factores de riesgo	Bajo riesgo añadido	Bajo riesgo añadido	Riesgo moderado añadido	Riesgo moderado añadido	Riesgo muy elevado añadido
3 ó mas factores de riesgo, SM, DO ó Diabetes	Riesgo moderado añadido	Riesgo elevado añadido	Riesgo elevado añadido	Riesgo elevado añadido	Riesgo muy elevado añadido
Enfermedad cardiovascular establecida ó enfermedad renal	Riesgo muy elevado añadido	Riesgo muy elevado añadido	Riesgo muy elevado añadido	Riesgo muy elevado añadido	Riesgo muy elevado añadido

PAS: hipertensión arterial sistólica; PAD: hipertensión arterial diastólica; CV: cardiovascular; Ht: hipertensión; DO: daño subclínico a órgano blanco; SM: síndrome metabólico.

El riesgo bajo, moderado, elevado y muy elevado se refiere a el riesgo de un evento CV fatal o no fatal a 10 años, el termino añadido indica que en todas las categorías el riesgo es mayor al promedio, la línea punteada indica que el riesgo de acuerdo a la presión arterial puede ser variable de acuerdo a la existencia de otros factores.

Estratificación de riesgo de acuerdo a la OMS/ISH 1999.

Descripción de cada una de las fases

<p>FASE DE CALENTAMIENTO: (realizar la toma del pulso en arteria radial a nivel de muñeca al iniciar y finalizar esta fase). Para el inicio de la actividad física existen diversas posibilidades de acuerdo a las condiciones del paciente y a las características de su entorno. Si es posible en esta fase, se puede realizar ejercicio aeróbico pero de baja intensidad como sería caminata o ciclismo por un periodo de 5 a 10 minutos, de lo contrario se deberán de realizar ejercicios de calistenia y de estiramiento por el mismo periodo de tiempo y con la siguiente secuencia y número de repeticiones:</p>	
Realizar 10 repeticiones de cada ejercicio	<p>1A. Flexo-extensión de cuello. Flexión lateral de cuello hacia la derecha e izquierda</p> <p>2A. Elevación-descenso de hombros. Movimientos circulares de hombros</p> <p>3A. Con brazos extendidos al frente efectuar movimientos circulares</p> <p>4A. Con brazos extendidos al frente efectuar flexo-extensión de codos</p> <p>5A. Flexo-extensión de tronco con brazos extendidos</p> <p>1B. Con manos entrelazadas realizar en forma simultánea flexo-extensión de muñeca.</p> <p>2B. Con los dedos de las manos entrelazados se llevan los brazos extendidos hacia arriba y se hace ligera hiper-extensión de tronco.</p> <p>3B. Colocar la mano en el hombro contrario, la mano libre sujeta el codo flexionado y hace presión hacia adentro, realizar en forma alternada.</p> <p>4B. Llevar los brazos hacia atrás sujetando las manos (a la altura de la cintura), y tratar de acercar ambos codos.</p> <p>5B. De pie, apoyado sobre la mano izquierda, flexionar la rodilla derecha hacia atrás y ayudándose con la mano derecha sujetar el pie por el empeine acercando el talón al glúteo del mismo lado, al completar las repeticiones se repite del lado contrario.</p> <p>6B. De pie, se adelanta la pierna derecha y se flexiona, la pierna izquierda permanece extendida, se realiza flexión de tronco en esta posición, después de completar las repeticiones se repite del lado contrario.</p>
<p>FASE DE ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA: (realizar la toma del pulso en arteria radial a nivel de muñeca al iniciar y finalizar esta fase).</p>	
<p>Tipo – aeróbico. Se recomienda realizar esta actividad en forma diaria. Puede practicarse algunas de las siguientes modalidades, ciclismo, caminata (a paso enérgico), natación (pueden intercalarse por día), por un periodo de 30 a 45 minutos. En caso contrario se deberá efectuar la siguiente secuencia y número de repeticiones</p>	
Realizar 30 repeticiones de cada ejercicio	<p>1C. Movimientos alternos simulando la marcha</p> <p>2C. Movimientos alternos simulando la marcha y coordinar con flexo-extensión de brazos.</p> <p>3C. Movimientos alternos simulando la marcha y coordinando con flexo-extensión de hombros con los brazos extendidos.</p> <p>4C. Movimientos alternos simulando la marcha y coordinar con abducción-aducción de brazos.</p> <p>5C. Movimientos alternos simulando la marcha y coordinando con hiper-extensión de hombros manteniendo los brazos extendidos.</p> <p>6C. Flexión lateral de tronco con elevación lateral del brazo contrario sobre la cabeza, la mano libre se apoya sobre la cintura. Realizar alternadamente.</p> <p>7C. Flexión de tronco y de pierna derecha tratando con la mano izquierda de tocar el pie derecho, el brazo contrario se lleva en extensión, se realiza en forma alterna.</p> <p>8C. Desplazamiento de la pierna izquierda por el frente hacia la derecha, la pierna derecha también se desplaza hacia el mismo lado con torsión de tronco (hacia la derecha) y cruzando el brazo izquierdo por el frente y hacia atrás, se alterna del lado contrario.</p>
<p>Tipo – Resistencia. Este tipo de actividad se recomienda llevarlo a cabo de 2 a 3 días por semana empleando una variedad de ejercicios y usando diferente equipo. La intensidad ligera a muy ligera debe usarse para pacientes adultos mayores o en pacientes que llevan una vida sedentaria. Los pacientes hipertensos deben esperar al menos 48 horas entre las sesiones de este tipo de ejercicios.</p>	
Realizar 2 a 4 series de cada uno de los ejercicios, empleando de 10 a 15 repeticiones de cada ejercicio	<p>Ejemplos de los ejercicios que se pueden realizar:</p> <p>1D. Cucullas</p> <p>2D. Abdominales</p> <p>3D. Apoyo de ambas manos sobre una superficie (pared), los pies separados de la pared la misma distancia que dan los brazos extendidos, sin despegar los pies del suelo flexionar los codos acercando el tronco a la pared, regresar a la posición de partida e iniciar nuevamente</p> <p>4D. Levantar pesos aproximados a 1 kg. Elevando el brazo extendido y alternando con el contralateral</p> <p>5D. Lanzar pesos aproximados a 1 kg (pueden ser costalitos de arena).</p> <p>Utilizar bandas elásticas</p> <p>6D. La práctica de Tai Chi Chua.</p>
<p>FASE DE ENFRIAMIENTO: (realizar la toma del pulso en arteria radial a nivel de de muñeca al iniciar y finalizar esta fase).</p>	
Realizar 10 repeticiones de cada ejercicio	<p>Repetir la serie de los primeros 5 ejercicios (del 1A. al 5A.)</p> <p>Realizar serie de respiraciones profundas con las manos a la cintura, llevando los brazos hacia atrás durante la inhalación y al frente durante la exhalación.</p>

Los ejercicios de resistencia generalmente, en este tipo de programas, están dirigidos a los grandes grupos musculares. Es importante mencionar que el beneficio que se obtiene con los ejercicios de resistencia se pierde rápidamente con la inactividad sobretodo en individuos adultos mayores.

Detección oportuna de dislipidemia (hipercolesterolemia)
PRO 2. METAS Y NIVELES INDICATIVOS DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO

FACTOR DE RIESGO	RECOMENDACIONES
Tabaquismo	Evitar la exposición al tabaco de cualquier forma (activa o pasiva)
Dieta	Baja en grasas saturadas, insistir en la ingesta de productos de grano integral, vegetales, fruta y pescado
Actividad Física	Al menos 150 minutos a la semana con una actividad física aeróbica moderada (30 minutos por 5 días a la semana) o 75 minutos por semana de actividad física aeróbica vigorosa (15 minutos por 5 días a la semana) o una combinación de ambas.
Peso	Mantener un índice de masa corporal entre 20-25kg/m ² , circunferencia de cintura menor de 94cm en hombres y menor de 80cm en mujeres
Presión arterial	Menor de 140/90mmHg. Esta puede ser más alta en adultos mayores frágiles
Colesterol LDL	Riesgo muy alto: C-LDL menor de 70mg/dl. Riesgo alto riesgo: C-LDL menor a 100mg/dl. Riesgo bajo e intermedio: menor a 115mg/dl
Colesterol HDL	Mantener niveles mayores a 40mg/dl en hombres y mayores a 45mg/dl en mujeres.
Triglicéridos	No hay una meta exacta pero se recomienda mantener menor a 150mg/dl.
Diabetes	Mantener hemoglobina glucosilada menor a 7%

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

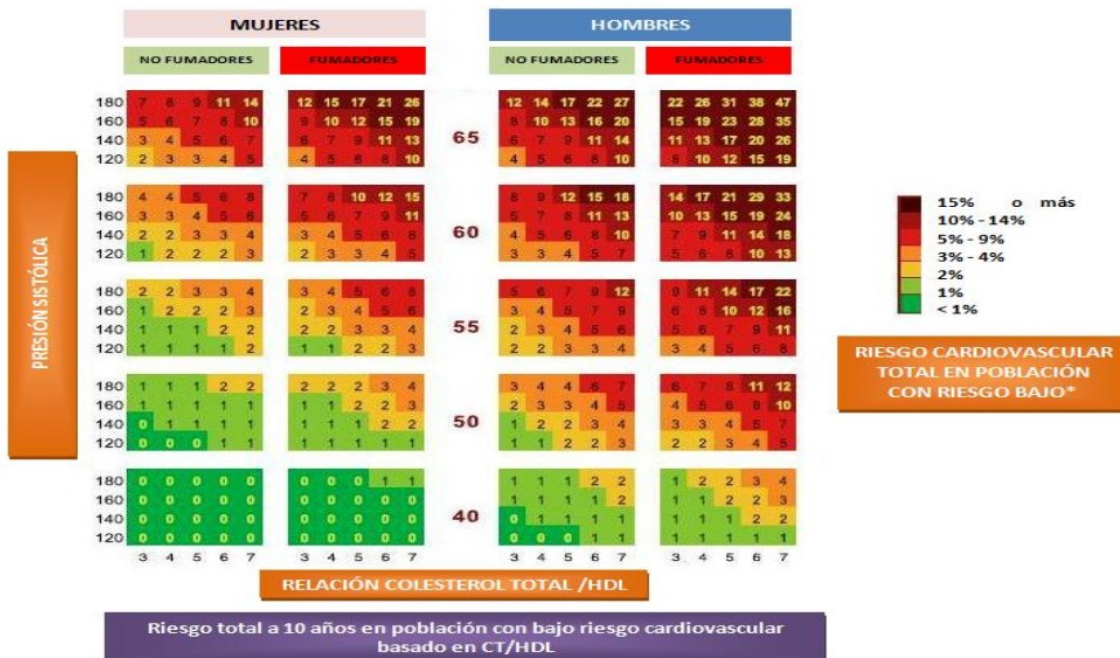
Evaluación de riesgo cardiovascular.
De acuerdo a C-LDL.

Propuesta para la reducción de colesterol C-LDL.	
Categoría de riesgo	Meta de C-LDL
Riesgo alto o equivalente de riesgo de cardiopatía Coronaria (riesgo a 10 años >20%)	< 100 mg/dl (2.6 mmol/l) Meta operativa: < 70mg/dl
Riesgo moderadamente alto: ≥ 2 factores de riesgo (riesgo a 10 años, 10 a 20%)	<130mg/dl (3.4 mmol/l) Meta operativa <100mg/dl
Riesgo moderado ≥ 2 factores de riesgo (riesgo a 10 años < 10%)	<130mg/dl (3.4mmol/l)
Riesgo bajo: ≤ 1 factor de riesgo	< 150 mg/dl (4.2 mmol/l)

La cardiopatía coronaria incluye antecedentes de infarto del miocardio, angina inestable, isquemia miocárdica significativa, angioplastia o cirugía de coronarias.
Los equivalentes de riesgo de cardiopatía coronaria, incluyen manifestaciones clínicas de enfermedad aterosclerótica, como arteropatía periférica, aneurismas de la aorta, enfermedad de las carótidas (obstrucción de >50% de una arteria con sintomatología clínica o EVC), diabetes y 2 factores o mas que indican riesgo a 10 años de cardiopatía coronaria grave >20%.
Los factores de riesgo incluye tabaquismo, hipertensión, (presión arterial >140/90mmhg o estar bajo tratamiento antihipertensivo), C-HDL <40mg/dl, antecedentes familiares de cardiopatía coronaria en un familiar consanguíneo, hombre o mujer jóvenes.

Adaptado de Grundy SM Committee of the National Cholesterol Education Program.

Tabla 3. Riesgo cardiovascular SCORE.
Bajo riesgo.



The European Society of Cardiology.

Modificación de Estilo de vida.

Prescripción del ejercicio para pacientes con enfermedad arterial coronaria

Pacientes	Intensidad	Frecuencia	Duración.
-----------	------------	------------	-----------

Ejercicio Aeróbico.

Enfermedad coronaria en general	70-75% FCM	≥ 3 veces/ semana	≥ 20 minutos.
Con isquémica asintomática	70-85% FCM Isquemia	≥ 3 veces/ semana	≥ 20 minutos.
Con angina	70-85% FCM Isquemia o inicio de angina	≥ 3 veces/ semana	≥ 20 minutos.
Con angioplastia ±stent	70-75% FCM	≥ 3 veces/ semana	≥ 20 minutos.
Con claudicación por enfermedad arterial periférica	Caminata a tolerancia (aparición del dolor)	≥ 3 veces/ semana	≥ 30 minutos.
Con Insuficiencia cardiaca clase I-III NYHA	70-75% FCM	≥ 3 veces/ semana	≥ 30 minutos.

Ejercicio de resistencia.

Para la mayoría de los pacientes	30-50% RM (Una repetición con peso máximo 2Kgr)	2-3 veces /semana	12-15 Repeticiones.
----------------------------------	---	-------------------	---------------------

Thompson MD Exercise and acute cardiovascular events Circulation 2007.

Prevención de Enfermedades Transmisibles

Check-list sintomatología de infección por VIH/SIDA		
Signos y síntomas		Manifestaciones de sida (linfocitos t-cd4 menores de 200 células/mm ³)
Síndrome retroviral agudo (dos a cuatro semanas posterior a la infección)	Infección crónica (siete a diez años posterior a la infección)	
<ul style="list-style-type: none"> ● Cefalea ● Fiebre ● Mialgias ● Adenomegalias ● Síntomas similares a mononucleosis ● Meningitis aséptica ● Mielopatía 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fiebre de un mes de evolución ● Perdida de más del 10% de peso corporal ● Infecciones oportunistas ● Síndrome diarreico crónico más de un mes ● Angiomatosis bacilar ● Candidiasis vaginal: persistente más de un mes, con mala respuesta a tratamiento ● Candidiasis orofaríngea ● Displasia cervical severa o cáncer cervicouterino ● Diaforesis (nocturna) ● Cambios visuales ● Disfagia ● Lesiones o erupciones cutáneas ● Cambios neurológicos o del estado mental 	<ul style="list-style-type: none"> ● Candidiasis esofágica ● Toxoplasmosis cerebral ● Criptococosis meníngea ● Sarcoma de Kaposi ● Linfoma no Hodgkin ● Criptosporidiosis intestinal crónica ● Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial. ● Coccidioidomicosis extrapulmonar ● Criptosporidiosis intestinal crónica (más de un mes) ● Cáncer cervicouterino invasivo ● Citomegalovirus en la retina o el hígado, el bazo, ganglios linfáticos ● Encefalopatía por VIH ● Herpes simple con ulcera mucocutánea más de un mes, bronquitis, neumonía ● Histoplasmosis: diseminada, extrapulmonar ● Isosporidiosis crónica más de un mes ● Linfoma Burkitt, inmunoblástico, primario en sistema nervioso central

HEPATITIS C

Factores de riesgo para contagio	Factores de riesgo para deterioro
<ul style="list-style-type: none"> ● Promiscuidad sexual ● Hombres que tienen sexo con hombres ● Hijo de madre infectada por VHC ● Empleo de tatuajes ● Perforaciones corporales ● Tiempo en instituciones penales ● Uso de drogas intravenosas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Consumo de tabaco ● Consumo crónico de alcohol >50gr/d ● Sexo masculino ● Grupo étnico ● Valores alta y AST sérico elevados ● Coinfección VIH y VHB ● Grado de actividad inflamatoria

ANEXOS DE DETECCION OPORTUNA DE NEOPLASIAS

Factores de riesgo para patologías neoplásicas en pediatría		
Nombre	Factores	Check-list de signos y síntomas
Leucemia linfoblástica aguda	<p>Genéticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Síndrome de Down ● Síndrome de Bloom <p>Ataxia-telangiectasia Exposición a benceno Radiación ionizante Tabaquismo Síndromes anémicos, purpúricos y hemorrágicos Síndrome febril</p>	<p>Síndrome anémico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fatiga fácil ● Palidez ● Disnea ● Palpitaciones ● Pica <p>Síndromes hemorrágicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Purpura Sicca y húmeda <p>Síndrome infiltrativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Adenomegalias ● Visceromegalias <p>Síndrome febril:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Temperatura >38°C <p>Síndrome consuntivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida de peso ● Adinamia ● Hiporexia ● Dolor óseo
Tumores cerebrales infantiles	<p>Genéticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Neurofibromatosis ● Esclerosis tuberosa ● Enfermedad de Von Hippel-Lindau ● Síndrome de Li-fraumeni ● Síndrome de Turcot ● Síndrome de nevo con carcinoma de células basales ● Tumor de Wilms <p>Inmunológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inmunosupresión congénita o adquirida ● Pacientes en protocolo de trasplante renal ● Ataxia-telangiectasia <p>Ambientales:</p>	<p>No existen cuadros patognomónicos para el diagnóstico de tumores cerebrales.</p> <p>Las manifestaciones clínicas de los tumores cerebrales infantiles dependen de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Localización del tumor (zonas elocuentes, obstrucción o desplazamiento) 2. Tipo histológico del tumor 3. Edad y desarrollo del paciente <p>Presentación de signos neurológicos insidiosos y progresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensión intracraneana: Agudo:

	<ul style="list-style-type: none"> ● Exposición a hidrocarburos aromáticos ● Compuestos a n-nitrosos ● Triazinas e hidrazinas ● Consumo de barbitúricos durante el embarazo* ● Exposición prenatal a rayos x* 	<p>>1 año incremento inesperado del perímetro cefálico, separación de suturas alteraciones del estado de alerta, disminución de ingesta</p> <p>Preescolares y escolares: Cefalea, vomito generalmente matutino, irritabilidad, letargia, edema de papila</p> <p>Discromatopsia (pérdida de visión de colores), escotomas centrales y paresia del sexto par</p> <p>Crónico: Irritabilidad, letargia, vomito, atrofia de papila y pérdida progresiva de la visión, cambios conductuales, de personalidad, del rendimiento académico, anorexia y perdida o ganancia ponderal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Síndrome cefalálgico: De curso subagudo de 4 a 6 meses de duración, de tipo pulsátil, continua o intermitente. Despierta al niño por la noche, frontal, occipital o universal, de moderada intensidad medidas por escala análoga visual del dolor, niño deja de hacer sus actividades ● Crisis: Crisis focales y pueden asociarse a patrones bioeléctricos anormales focales. ● Síndrome cerebeloso:
--	--	--

		<p>Vermiano con ataxia trocal o de la marcha, hemisferio con latero pulsión derecha, izquierda o indistinta, disimetría, disdiadococinesias, lenguaje escandido (disartria), reflejos osteotendinosos pendulares con o sin nistagmos horizontales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Neuropatía craneal: Neuropatía del III al XII par craneal. ● Síndrome de herniación: Centrales, transtentoriales o laterales ● Otros: Signos de tracto largos como el piramidal (debilidad, hipertonía, hiperreflexia y reflejos anormales), sensitivos (superficial o profunda), extrapiramidal (corea, atetosis, distonía). ● Alteraciones endocrinológicas: Amenorrea, galactorrea, gigantismo, pubertad precoz (caracteres sexuales antes de los 8 años), diabetes insípida, obesidad mórbida. ● Alteraciones medulares: Nivel medular (sensitivo), síndrome siringomielico (disociación termoalgésica)
Linfoma no Hodgkin	<p>Inmunológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inmunosupresión ● Infección por VIH 	<ul style="list-style-type: none"> ● Linfadenopatía periférica de 6 semanas de evolución

	<ul style="list-style-type: none"> ● Inmunodeficiencia primaria ● Síndrome Wiskott-Aldrich ● Síndrome de ataxia-telangiectasia ● Inmunodeficiencia ligada al x ● Infección por virus HTLV I y II <p>Enfermedades inflamatorias crónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Síndrome de Sjögren ● Enfermedad celiaca ● Artritis reumatoide <p>Infecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Helicobacter pylori ● Virus Epstein-Barr (linfoma Burkitt) <p>Farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento inmunosupresor prolongado ● Trasplantes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Manifestaciones sindromáticas de lesiones que ocupan espacio (Linfadenopatía mediastinal, abdominal y/o retroperitoneal) ● Esplenomegalia ● Pérdida de peso ● Fiebre ● Fatiga
--	---	---

Referencias bibliográficas

GENERAL

- World Health Statistics Overview 2019, World Health Organization, DAD 2019.
- Guía de Práctica Clínica, IMSS-491-11, Valoración Geronto-Geriatrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en la Salud.

VACUNACION

- Manual de Vacunación, Secretaria de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, 2017
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, IMSS-029-08, Control y Seguimiento de la Salud en la Niña y el Niño menor de 5 años en el primer nivel de atención, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en la Salud.

HIGIENE PERSONAL Y AMBIENTAL

- Inheriting a Sustainable World? Atlas sobre la salud infantil y medio ambiente, Organización Mundial de la Salud, 2018, ISBN 978-92-4-351177-1

NUTRICIÓN / SOBREPESO Y OBESIDAD

- Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, Secretaría de salud, primera edición, septiembre 2013.
- Guía Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, IMSS-046-08, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y Obesidad Exógena, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en la Salud, Actualización 2012.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencia y Recomendaciones, IMSS-751-15, Dietoterapia y Alimentos Pacientes con Diabetes Mellitus, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en la Salud.

SALUD BUCAL

- Salud bucal del preescolar y escolar, C.D.M.S.P. María de Lourdes Mazariegos Cuervo, Secretaria de Salud, primera edición, noviembre de 2011,6-24
- Guía de Práctica Clínica IMSS-583-12, Diagnostico y Manejo de los Problemas Bucales del Adulto Mayo. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Guía de Práctica Clínica SS-024-08, Prevención y diagnóstico de la Caries Dental en pacientes de 6 a 16 años. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Actualización 2012.

SALUD MENTAL

- Programa de Acción Especifico, Salud Mental 2013-2018, Programa Sectorial de Salud, Secretaria de Salud, 2013.
- Guía de Referencia Rápida IMSS-734-14, Detección del trastorno Especifico del Desarrollo Psicomotor en niños de 0 a 3 años, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud,

- Guía de Evidencias y Recomendaciones IMSS-029-08 Control y Seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud,
- Guía de Referencia Rápida IMSS-392-10, Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud,
- Guía de Práctica Clínica IMSS-194-10, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Actualización 2012.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, IMSS-161-09, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Actualización 2015.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, SSA-158-09, Diagnóstico y tratamiento en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes, en atención primaria y especializada, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, IMSS-144-08, Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Actualización 2012.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, ISSSTE-131-16, Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Actualización 2016.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, SS-113-08, Prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas en el primer nivel de atención, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Actualización 2012.

SALUD MATERNO INFANTIL

- Tamiz Neonatal, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de los Errores Innatos del Metabolismo, Lineamiento técnico, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaria de Salud, Primera Edición, 2010, 12-15
- Lactancia materna en México, Teresita González de Cosío Martínez, Sonia Hernández Cordero, Academia Nacional de Medicina, CONACYT, 2016.
- Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018, Sistema Nacional de Salud, xxx 2014.
- Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención temprana, Documento de postura, Pedro Berruecos Villalobos, Academia Nacional de Medicina, CONACYT, 2014. Capítulo 4. Aspectos epidemiológicos, 37-46.
- Guía de Práctica Clínica SS-055-08, Detección de hipoacusia en el recién nacido en el primer nivel de atención, CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2012, 2-9
- Guía de Práctica Clínica IMSS-320-10, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2016, 3-4 y 13 y 14.

- Guía de Práctica Clínica IMSS-058-08, Diagnostico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 8-9
- Guía de Práctica Clínica IMSS-637-13, Lactancia Materna: Madre con enfermedades tratada con medicamentos, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2012, 3-15
- Reporte de Razón de Mortalidad Materna (RMM) en México 2018, Dirección General de Epidemiología, 2018.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, ONU MUJERES, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, Primera Edición, 2017.
- Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, Gobierno de la Republica, Consejo Nacional de Población. 2014.
- Programa Sectorial de Salud, Programa de Acción Especifico, Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018, Secretaria de Salud, Primera Edición, xxx 2014.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, IMSS-094-08, Enfermedades de Transmisión Sexual en el Adolescente y Adulto que producen Ulceras Genitales: Herpes, Sífilis, Chancroide, Linfogranuloma venéreo y Granuloma Inguinal. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Guía de Práctica Clínica, Guía de Referencia Rápida, SS-202-09, Manejo de Anticonceptivos Temporales Hormonales en Mujeres de edad reproductiva, en el primer y segundo nivel de atención, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Actualización 2014.
- Guía de Práctica Clínica, Guía de Referencia Rápida, SS-756-15, Intervención de Enfermería para la Promoción de la Planificación Familiar en Hombres y Mujeres en Edad Fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Desarrollo Sexual y Conducta en los Niños, The National Child Traumatic Stress Network & National Center on the Sexual Behavior of Youth, 2009
- Abuso Sexual Infantil, Manual de formación para profesionales, Campaña Save the Children, Pepa Horno Goicoechea, 2001

DETECCION DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES

- Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020, World Health Organization, ISBN 978 92 4 1506236
- Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019, Organización Panamericana de la Salud, ISBN 978-92-75-11844-3
- Programa Sectorial de Salud, Programa de Acción Especifico, Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018, Secretaria de Salud, Primera Edición, 2013.

- Guía de Práctica Clínica, IMSS-233-09, Diagnóstico y tratamiento de dislipidemias (Hipercolesterolemia) en el adulto. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Actualización 2016.
- Guía de Práctica Clínica, IMSS-076-08, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Actualización 2014.
- Guía de Práctica Clínica, IMSS-657-13, Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus en el adulto mayor vulnerable, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, IMSS-421-11, Detección y Estratificación de Factores de Riesgo Cardiovascular, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

DETECCION Y PREVENCION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

- Framework for Monitoring HIV/STI Services for Key Populations in Latin America and the Caribbean, Pan American Health
- New Generation Free of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas Disease in the Americas. EMTCT Plus, PanAmerican Health Organization, ISBN 978-92-75-12067-5, año 2019.
- Plan of Action for the Prevention and Control of Viral Hepatitis, Pan American Health Organization, World Health Organization, Washington DC, 2016
- Programa Sectorial de Salud, Programa de Acción Especifico, Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza 2013-2018, Secretaria de Salud, Primera Edición, 2014.
- Programa Sectorial de Salud, Programa de Acción Especifico, Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Colera 2013-2018, Secretaria de Salud, Primera Edición, 2014.
- Programa Sectorial de Salud, Programa de Acción Especifico, respuesta al VIH, SIDA e ITS 2013-2018, Secretaria de Salud, Primera Edición, 2014.
- VIH/SIDA y salud pública, Manual para personal de salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaria de Salud, Ed. Carlos Magis Rodríguez/Hermelinda Barrientos Bárcenas, ISBN 970-721-340-X, Segunda Edición, 2009.
- Guía para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA, Primera Edición, 2018.
- Guía de Práctica Clínica, Guía de Referencia Rápida, SSA-106-08, Atención, diagnóstico y tratamiento de Diarrea aguda en adultos en el primer nivel de atención, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, IMSS-336-10, Diagnóstico y Tratamiento de Hepatitis C, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Guía de Práctica Clínica, Guía de Referencia Rápida, SSA-067-08, Diagnostico y referencia oportuna del paciente con infección por el VIH en el primer nivel de atención, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Guía de Práctica Clínica Evidencias y Recomendaciones, IMSS-062-08, Diagnostico y Manejo de la Infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses

y hasta 18 años. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Actualización 2016.

- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, SSA-156-08, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de Dos Meses a Cinco Años en el primer y segundo nivel de atención, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

DETECCION OPORTUNA DE NEOPLASIAS

- Programa Integral de prevención y control de Cáncer en México, Dr. Abelardo Meneses García, Instituto Nacional de Cancerología. 2012
- Programa de Acción Especifico, Prevención y Control del Cáncer de la Mujer, Programa Sectorial de Salud 2013-2018, Primera Edición, 2014.
- Programas nacionales de control del cáncer, Políticas y pautas para la gestión, Organización Mundial de la Salud, Segunda Edición, ISBN92 75 32548 0.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, IMSS-444-10, Detección oportuna y Diagnostico del Linfoma No Hodgkin en edad pediátrica, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, IMSS-142-08, Diagnóstico y Tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Guía de Práctica Clínica, Guía de Referencia Rápida, SSA-303-10, Diagnóstico y Tratamiento del Neuroblastoma en el Paciente Pediátrico, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, IMSS-333-09, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cervicouterino, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, S-001-08, Prevención, Tamizaje y Referencia Oportuna de Casos Sospechosos de Cáncer de Mama en el Primer Nivel de Atención, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Actualización 2011.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, GPC-IMSS-140-18, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Actualización 2018.
- Guía de Práctica Clínica, Evidencias y Recomendaciones, IMSS-030-08, Para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Pulmonar de Células no Pequeñas. Centro de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Guía de Práctica Clínica, Resumen de Evidencias y Recomendaciones, ISSSTE-136-08, Diagnóstico, Tratamiento inicial y Prevención de los Tumores Cerebrales Infantiles en el Primer y Segundo Nivel de Atención, Centro de Excelencia Tecnológica en Salud.

PROGRAMA DE CALIDAD

- Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, Última reforma publicada en el DOF 01-06-2021. Artículos: 11, 41 BIS, 45, 47 (último párrafo), 48, 62, 76 (Primer Párrafo), 79, 81, 83, 154, 198, 200, 200 BIS, 233, 272 BIS, 315, 316, 319, 341, 373, 374, 376.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986, Última reforma publicada en el DOF 17-07-2018. Artículos: 18, 19 (Fracción I), 24, 26, 28, 32, 34, 46, 47, 53, 64, 65, 66, 72, 73, 75, 87, 88, 89, 90, 93, 95, 116, 140, 145, 143, 220, 221, 224, 272 BIS.
- Reglamento de Insumos para la Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 04 de febrero de 1998, Última reforma publicada en el DOF 31-05-21. Artículos: 34,
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de febrero de 1985, Última reforma publicada en el DOF 27-01-12. Artículos: 49,
- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios
- 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.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

- Norma Oficial Mexicana. NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica.
- Norma Oficial Mexicana. NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
- Norma Oficial Mexicana. NOM-034-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994, "Salud ambiental, agua para uso y consumo humano-límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización".
- Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.
- Norma Oficial Mexicana NOM-230-SSA1-2002, Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y de más insumos para la salud, sexta edición. 2018. capítulo VII, inciso C, numeral 3, 2, capítulo VII, inciso C, numeral 4, capítulo VII, inciso C, numeral 8, capítulo XIII, apartado B, capítulo XV inciso D.

- Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de septiembre de 1917.
- Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales. Consejo de Salubridad General. 2018.
- Estándares para la Certificación CAPCE. Consejo de Salubridad General. 2017.
- Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis. 2015.

DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (DOF 08/05/2020). Artículo 1
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) de la Organización de las Naciones Unidas.
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia las Personas con Discapacidad de la Organización de Estados Americanos. (1999).
- (SE DEBEN INCLUIR AMBAS CONVENCIONES, DADO QUE TIENEN LA JERARQUIA DE LA CPEUM)
- Ley Orgánica de la Armada de México (DOF 19/05/2017)
- Ley General de Salud (Última Reforma DOF 24/01/2020).
- Ley General de Inclusión para las Personas con Discapacidad (DOF 12/07/2018).
- Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes Artículos 38, 50, 55 Fracción III, 56 y 116
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia Artículo 26
- Ley General de Cultura y Deporte Artículo 41 Fracción II
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (Última reforma DOF 21/06/2018).
- Ley de los Derechos de los Adultos Mayores Artículo 5 Fracción III y 18
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Servicios de Atención Médica Capítulo VIII, Artículo 7 Fracción V, 8 Fracción III, 10, 47, 69, 70, 121, 132, 135, 136 y 137
- NOM-025-SSA2-2014 para la atención integral médico-psiquiátrica en hospitales e instituciones de salud.
- 1NOM-015-SSA3-2012 Atención Integral a personas con discapacidad.

- NOM-030-SSA3-2013 Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
- NMX-025-SCFI-2015 Para la igualdad laboral y no discriminación
- NMX-034-STPS-2016 Condiciones de seguridad en el trabajo para las personas con discapacidad.
- NMX-035-STPS-2018. Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención.
- NOM-008-SEGOB-2015 Personas con discapacidad: Acciones de protección civil para personas con discapacidad en casos de emergencia o desastre.

Responsables de implementación.

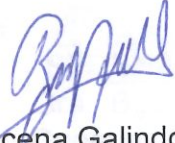


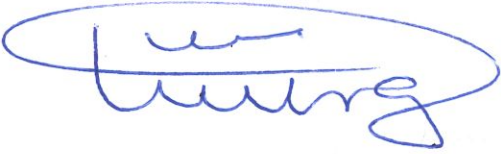


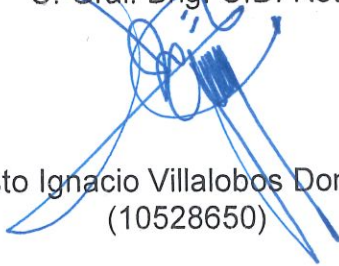
Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.


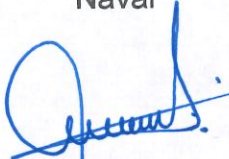

Dirección General de Sanidad.

- Sección de Administrativa
- Sección de Contabilidad
- Sección de Salud Pública
- Sección de Planes
- Sección Técnica
- Sección de Medicina Asistencial
- Sección de Salud Mental
- Sección de Recursos Materiales
- Sección del Informática y S.D.S.
- Sección de Odontología

Dirección General Adjunta de Sanidad Naval

- Subdirección de Salud Pública
- Subdirector Médica

Elaborado en coordinación:	
SEDENA	SEMAR
Dirección General de Sanidad C. Mayor M.C.  Zaira Azucena Galindo Escamilla. (A-10029373)	Dirección General Adjunta de Sanidad Naval C. Tte Frag. SSN. MC  David de los Santos Crespo (C-6746118)
Dirección General de Sanidad C. Tte. Enfra.  Yeni Morales Jiménez (A-10026673)	
ISSFAM	
Dirección de Prestaciones Sociales y de Salud Jefa de Depto. Servicio. Médico  C. MAHSS. MC. Virginia González Rojas	Dirección de Prestaciones Sociales y de Salud C. Tte. Corb. SIA. Ing. Comp.  Josue Emmanuel Domínguez Arango (C-5257896)
Revisó	Vo. Bo.
Dirección de Prestaciones Sociales y de Salud Subdirector de Salud C. Tte. Cor. M.C.  Marcos Castro Lizarraga (B-9836489)	Director de Prestaciones Sociales y de Salud C. Gral. Brig. C.D. Ret  Ernesto Ignacio Villalobos Domínguez (10528650)

Autorizado:	
SEDENA	SEMAR
El C. Gral. Bgda. M.C. Director General de Sanidad	Cap. Nav. SSN. MCN. Urol. Director General Adjunto de Sanidad Naval
	
Ramón Arturo Valdés Espinosa (B-006304)	Sanjuan Padrón Lucio (B-7266350)
Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas	
El C. Gral. Div. D.E.M. Ret. Director General del ISSFAM	
	
Dagoberto Espinosa Rodríguez (9123588)	