**DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO P018, CON CAMBIOS SUSTANCIALES**

**Objetivo**

El siguiente diagnóstico es un instrumento de planeación estratégica que tiene por objeto modificar de forma sustancial el programa presupuestario P018 Prevención y Control de Enfermedades para el ejercicio fiscal 2021, en el marco de la reingeniería que está llevando a cabo esta Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

**I. Antecedentes**

El programa presupuestario P018 “Prevención y Control de Enfermedades”, fue resultado de fusión de los programas P014 “Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones” y S037 “Comunidades Saludables”, con la finalidad de sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades tuvieran efecto en la reducción de la carga de enfermedad y contribuyen a mejorar la calidad de vida de los mexicanos; éste se creó con la intención de diseñar, desarrollar e instrumentar políticas públicas que contribuyan a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles como son: cáncer en la infancia, patologías bucales, y trastornos mentales, principalmente; de igual manera se realizan acciones de vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles, entre las que destacan: dengue, tuberculosis, paludismo, rabia, brucelosis, rickettsiosis, lepra, enfermedades respiratorias y diarreicas, entre otras; así como, llevar a cabo acciones para disminuir los accidentes viales y los que se presentan en grupos vulnerables. Asimismo, a través de este Pp se establecieron intervenciones para atender a la población en riesgo por desastres y urgencias epidemiológicas, para lo cual de manera transversal se llevaron a cabo actividades de vigilancia epidemiológica y promoción de la salud, que inciden en todos los temas prioritarios ya señalados.

Lo anterior, en razón de que, en México y en el mundo se presenta una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población mexicana, muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad y afectando el bienestar social.

En este sentido, se visualizó que el Pp P018 pudiera contribuir al fortalecimiento de la política pública en materia de prevención y control de enfermedades agrupadas en las prioridades de salud pública de la Secretaría de Salud, mediante la atención de los 23 Programas de Acción Específico que lo conformaban y que a continuación se describen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prioridad en Salud Pública** | **Situación del Problema** | **Relevancia** |
| **Prevención y Control de Dengue** | De acuerdo con el informe anual 2012 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). México ocupó el segundo lugar en casos en América1. En México, durante el mismo año, el dengue afectó a 29 entidades y 928 municipios, con 63,128 casos, de los cuales el 26% corresponden a fiebre hemorrágica por dengue y una letalidad igual o menor a 1%; cabe destacar que el 80% de estos casos se concentraron en la región sur-sureste2. La problemática que enfrenta la prevención y control del dengue es multifactorial, incluyendo la amplia distribución del vector en el país y su resistencia a insecticidas, la escasa participación de la población, fenómenos migratorios, cambios climatológicos, lo que provoca heterogeneidad en el esquema de vigilancia y control del dengue a nivel nacional3. | * Mejorar el acceso y calidad de la atención médica de casos de dengue. * Promover la intervención intersectorial y comunitaria, para incidir en los factores de riesgo ambiental, económico y social de la transmisión. * Lograr el control integral del vector de manera eficaz y sustentables. |
| **Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera** | Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) a pesar de ser prevenibles y tratables, continúan afectando de manera importante a la población, principalmente en sitios con deficiente infraestructura de drenaje y distribución de agua potable. En el mundo, cada año se registran 1,500 millones de casos y 1.5 millones de muertes, encontrándose dentro de las primeras cinco causas de muerte en menores de 5 años. Recientemente se han presentado brotes de cólera alrededor del mundo. Afectando a 6 países de América en 2012. En México las EDA son la segunda causa de morbilidad y número diecinueve en mortalidad general; así mismo durante 2013 y 2014, se notificaron 201 casos de cólera en los estados de Hidalgo y Querétaro por lo que las actividades de prevención, promoción y vigilancia de este grupo de enfermedades es permanente, considerando también el panorama internacional como riesgo de importancia y exportación de casos4. | * Coordinar las acciones de implementación y operación del Programa. * Identificar la circulación de *Vibrio cholerae* en humanos. * Desarrollar acciones preventivas para enfermedades diarreicas agudas y cólera. * Atender de manera oportuna los casos sospechosos y evitar defunciones por cólera. * Garantizar la capacitación, supervisión y evaluación del Programa. |
| **Prevención y Control de la Tuberculosis** | La organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un tercio de la población mundial está infectada con *Mycobacterium tuberculosis* y 5 a 10 desarrollarán la enfermedad5. Para la región de las Américas, México ocupa el cuarto lugar por número de casos, registrando anualmente más de 19,000 en todas sus formas y 2,000 muertes por esta causa. La incidencia de tuberculosis en el país durante 2012 fue de 16.8 por cada 100,000 habitantes con 19,697 casos y 2,253 muertes, con una tasa de 1.9 por cada 100,000 principalmente en población 15 a 49 años. Actualmente, la resistencia a fármacos antituberculosis incrementa costos debido a que prolonga y dificulta la respuesta epidemiológica y terapéutica, dados los determinantes sociales de grupos vulnerables y comorbilidades como son personas con diagnósticos de VIH, Diabetes o cáncer6. | * Alcanzar las metas de incidencia, mortalidad y éxito terapéutico de los acuerdos internacionales. * Fortalecer la instrumentación de la Estrategia Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) supervisión y asesoría. * Atención adecuada a casos de Tuberculosis Multifarmacorresistente. * Mejorar la atención integral de las comorbilidades TB-VIH-, TB-DM. * Fomentar la corresponsabilidad de la población ante la tuberculosis. * Coadyuvar en la investigación operativa. |
| **Prevención y Control del Paludismo** | En México, la transmisión del paludismo de concentra en nueve entidades del sureste y noroeste del país, debido al comportamiento del vector7. Durante 2012, el país registró 833 casos con una tasa de 0.8 por 100 mil habitantes, afectando principalmente al grupo de 25 a 44 años. La mayoría de las localidades con transmisión persistente se encuentran en zonas rurales con problemas sociales y de accesos, lo que dificulta y en ocasiones interrumpe las intervenciones de salud pública, especialmente la eliminación de criaderos. Hasta el momento, no se registran casos de paludismo grave *(Plasmodium falciparum)*, pero deben mantenerse las acciones de prevención y vigilancia, para evitar su reinstalación en el país8. | * Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica comunitaria mediante notificantes voluntarios y la participación intersectorial. * Controlar brotes oportunamente mediante tratamientos de casos nuevos y sus convivientes. * Focalizar acciones institucionales de control y eliminación mediante la estratificación de riesgo. |
| **Prevención y Control de las Rickettsiosis** | Las rickettsiosis son un grupo de enfermedades transmitidas por garrapatas, que se asocian a malas condiciones sanitarias y hacinamiento9 y que puede generar graves daños a la salud. En México, se han reportado brotes en entidades del norte, sin embargo, se desconoce su incidencia real. En los últimos años, la recurrencia de formas graves y el reforzamiento de su vigilancia, han intensificado su notificación; para el periodo 2009-2012 se notificaron 3,113 casos, aunque con amplias fluctuaciones anuales y 38 defunciones durante 2010 y 2011. Asimismo, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, señala que el mismo período del número de pruebas positivas incrementó de 974 a 2,86510. | * Promover la prevención y control de la rickettsiosis, así como el diagnóstico y tratamiento inmediato. |
| **Prevención y control de la Enfermedad de Chagas** | Enfermedad parasitaria que se transmite mediante un vector (triatoma) o por vía transfusional, principalmente. Para su control se requieren intervenciones específicas para reducir su incidencia y complicaciones. La enfermedad se encuentra ampliamente distribuida en el país y afecta principalmente a población de 25 a 44 años. En el período 2000 a 2012, la incidencia incrementó paulatinamente desde 0.07 casos por 100,000, hasta 0.7 para el último año del período, esto derivado del reforzamiento de la búsqueda de casos y tras la posibilidad de ofertar el tratamiento desde 2009. Asimismo, se realizó tamizaje sanguíneo al 90.6% de los donantes sanguíneos, lo que ha favorecido la tendencia decreciente de la transmisión por transfusión. Para el periodo 2008-2012, se han registrado, en promedio, 693 casos anuales11. La conicidad y el subregistro de la enfermedad de Chagas, dificultan conocer la magnitud del problema en el país. | * Controlar la transmisión vectorial intradomiciliaria. * Eliminar la transmisión de Chagas connatal y transfusional. |
| **Prevención y Control de las Leishmaniasis** | Las leishmaniasis es una enfermedad parasitaria transmitida por vector en zonas cálidas, asociadas a factores sociales y ambientales, que afecta de forma crónica la piel, mucosas y órganos internos. En el mundo, cada año se registran 1.3 millones de casos nuevos y entre 20 y 30 mil defunciones12. En México se identifica un foco al norte y orto al centro-sur del país; dado que este padecimiento es principalmente ocupacional, la población más afectada corresponde a hombres de 15 a 44 años, expuestos al vector en áreas selváticas (turismo, cafetales, tala de árboles). Para los años 2001 y 2002 se registraron alrededor de 1,200 casos, con un descenso hasta 579 casos en 2012, de los cuales, el 77% se concentró en Quintana Roo, Campeche y Chiapas. La detección y tratamiento tempranos, constituyen las acciones empleadas por México para disminuir los daños, evitar la cronicidad y muerte por la forma grave. | * Proporcionar atención médica de calidad mediante detección, tratamiento y seguimiento de casos. * Reducir la aparición de casos nuevos. |
| **Eliminación de la Lepra** | La lepra, a pesar de ser prevenible y curable, continúa siendo un problema de salud pública, debido al número de casos, por su carácter discapacitante y prejuicios existentes. En América, desde 2006 el número de casos nuevos de lepra se mantiene en descanso; para 2011 todos los países de la religión lograron la meta de eliminación (menos de caso por 10,000 habitantes) con excepción de Brasil. En México, esta meta se alcanzó a nivel nacional en 1994, sin embargo, en 2012, a nivel municipal, se registraron 20 municipios con una prevalencia mayor a la señalada. En el periodo 2000-2012 se redujeron los casos en un 59%, debido al fortalecimiento de la búsqueda activa de casos y al tratamiento de poliquimioterapia. En algunas entidades no se reporta presencia de casos, siendo difícil descartar un silencio operacional o si realmente están libres de la enfermedad. | * Interrumpir la cadena de transmisión de la Lepra. * Sensibilizar a los profesionales de la salud y a la población para evitar el estigma y discriminación. * Implementar proyectos comunitarios de probado éxito en el control de la lepra. |
| **Eliminación de la Oncocercosis** | La oncocercosis en una enfermedad transmitida por la picadura de moscas negras que se manifiesta con nódulos subcutáneos, alteraciones de la visión y ceguera. En el país, 670 localidades de Chiapas y Oaxaca fueron afectadas, con una población de 159,499 habitantes. Durante el periodo 1995-2012 causó 237 casos en Oaxaca y 490 en Chiapas. El proceso de eliminación de esta enfermedad se ha logrado mediante la lucha antilarvaria en ríos y principalmente a través del tratamiento farmacológico a más del 90% de la población elegible en los últimos quince años. Las acciones de seguimiento por parte de personal experimentado, así como la participación comunitaria, constituyen al factor crítico para lograr la adecuada vigilancia epidemiológica16. | * Evindeciar la eliminación de oncocercosis en México. * Elaborar expediente técnico para solicitat ante la Organización Mundial de la Salud, la verificación como país libre de transmisión de oncocercosis. |
| **Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza** | Las Enfermedades respiratorias representan la principal causa de morbilidad alrededor del mundo y comprende a un grupo heterogéneo de padecimientos tanto no transmisibles, como transmisibles. En México, se encuentran incluidas dentro de las primeras20 causas de mortalidad y morbilidad. Para 2012, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) provocó 18,354 muertes, con una tasa de 15.8 por 100 mil; se registraron 328,023 casos de asma, con una tasa de incidencia de 280.6 por cada 100 mil habitantes, con predominio de menores de 4 años y mayores de 65. La influenza A (H1N1) constituye un riesgo importante por su letalidad y costo social y económico | * Operar el Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza. * Impulsar campañas de promoción y capacitación enfocadas a la prevención y control de las enfermedades respiratorias e influenza. * Diseñar e integrar el sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades respiratorias e influenza para su monitoreo y evaluación. |
| **Prevención y Control de la Intoxicación por Picadura de Alacrán** | La intoxicación por picadura de alacrán se ubica en el lugar 15 de los veinte padecimientos más importantes en México, afectando a 16 entidades del centro y occidente, donde se registran aproximadamente 300,000 casos anuales. Las defunciones por esta causa han disminuido, debido a la tentación oportuna y uso de antídoto específico, logrando pasar de 285 muertes en 1990 a 49 en 201218. La intoxicación por picadura de alacrán ocurre principalmente en el grupo de 15 a 35 años y el 80% de las defunciones se registra en menores de 5 años | * Promover conductas de prevención y autocuidado de la salud, para evitar casos de intoxicación por picadura de alacrán. * Brindar tratamiento específico y oportuno para disminuir la mortalidad. |
| **Prevención y Control de Rabia Humana** | La reducción de casos de rabia en animales silvestres, perros y gatos ha sido gradual, sin embargo, algunos estados mantienen bajas coberturas de vacunación, situación que perpetúa el riesgo de presentar casos en humanos. El reforzamiento de las intervenciones en los años 90, permitió alcanzar el 90% (101.3 millones de dosis) de la meta de vacunación para animales de compañía y un registro de 307 casos de rabia en humanos (56% menos que en la década anterior), de los cuales 78.1% fueron transmitidos por perro. En 2005 se registraron los últimos 4 casos en humanos en el país y de continuar así, se cumplirá la recomendación de la eliminación de la rabia en 2015 | * Lograr el 95% de cobertura de vacunación antirrábica canina y felina en todas las entidades. * Reforzar la estabilización de la población canina y felina. * Fortalecer la vigilancia activa del virus rábico. |
| **Prevención y Control de la Brucelosis** | Actualmente existe una amplia distribución de brucelosis en México, con un registro promedio anual de 2,610 casos, de los cuales el 56.5% se acumular en ocho entidades (Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa y Tlaxcala) con un incremento del 80% entre 2007 y 2012. Anualmente se realizan 773,000 pruebas diagnósticos, con un rango de positividad de 3.4 a 8.6%. Se ha identificado que el 56.9% de los casos tienen el antecedente de haber consumido derivados lácteos y 32.4% leche no pasteurizada | * Mejorar el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. |
| **Salud para la Infancia y la Adolescencia** | La transición epidemiológica en México ha posicionado a las crónicas no transmisibles como causas de morbilidad y mortalidad prematuras, las cuales son prevenibles con un adecuado manejo desde los primeros años de vida. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y por Nutrición 2012, se estima que el 2.8% de los menores de 5 años presentan bajo peso, 13.6% talla baja. En el caso opuesto, el sobrepeso y obesidad en menores de 5 años se presenta el 9.7% y el 35% de los adolescentes. La prevalencia de enfermedades diarreicas agudas en menos de 5 años es de 8.4% y 44.8% para infecciones respiratorias23. Asimismo, los accidentes ocupan los primeros lugares en las causas de muerte en población infantil, con prevalencia de 4.4, cifra que se duplica a 8.3 en población adolescente | * Disminuir la morbilidad y la mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad. |
| **Cáncer en la Infancia y la Adolescencia** | El cáncer en los menores de 18 años es una de las primeras cinco causas de muerte en México. Se estiman 5,000 casos nuevos diagnosticados anualmente en este grupo de edad. Cada año aproximadamente 18,000 menores requiere atención por esta causa25. Alrededor del 75% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas, lo que implica menor sobrevida, tratamiento prolongado, lo cual incrementa considerablemente los costos sociales y de atención. Cada año muren alrededor de 2,000 menores por este grupo de causas. | * Promover el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y universal para las niñas, niños y adolescentes con cáncer. |
| **Prevención Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal** | La caries dental es la enfermedad crónica más común en la primera etapa de la vida y afecta a mas del 60% de niños y adolescentes en Mexico27 y de no atenderse deriva en dolor crónico, desnutrición, problemas de lenguaje, entre otro. La enfermedad periodontal es después de la caries y el asma, la enfermedad crónica que mas afecta a la niñez28. En adultos, la prevalencia de caries dental de 94.9%29 y debe considerare a los pacientes diabético como grupo vulnerable para enfermedad periodontal y perdida de dientes. Una vez establecida las patologías bucales, estas requerirán restauración y mantenimiento de por vida, lo cual genera costos de atención mayor en la economía familiar y de los programas públicos30. | * Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica. * Fortalecer la promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales. * Otorgar servicios con respeto, calidad y capacidad resolutiva con énfasis a grupos vulnerables. * Actualizar e implementar el marco normativo, fortalecer la investigación y capacitación en salud bucal. * Supervisar, evaluar y asesorar los componentes del programa * Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados. |
| **Salud Mental** | A nivel mundial, los trastornos mentales representan un problema con elevado costo social y que participa con el 13% de la carga global de enfermedad y se encuentra dentro de las tres primeras causas de muerte en personas de 15 a 35 años, mediante suicidio31. Se estima que la prevalencia de trastornos mentales en el curso de la vida, oscila entre 12.2 y 48.6%, mientras que la prevalencia anual se calcula entre 8.4 y 29.1%32. En México, el 25% de la población entre 18 y 65 años ha padecido algún trastorno mental, pero solo el 20% recibe tratamiento del cual comienza en promedio, de 4 a 20 años después de haber iniciado el cuadro. Exclusivamente para población adolescente mexicana, se calcula que el 24.7% se encuentra afectados por unos más trastornos, principalmente de ansiedad, déficit de atención, depresión, uso de sustancias e intentos suicidas33. En México, al igual que en otros países de América Latina, los recursos humanos enfocados en la salud mental son insuficientes y la mayoría se concentran en hospitales psiquiatricos. | * Desarrollar acciones de protección y promoción de la salud mental, detección oportuna y prevención de los trastornos mentales. * Ampliar cobertura de los servicios de salud mental. * Mejorar atención en los servicios de salud mental * Reforzar la capacitación y entrenamiento de recursos humanos. * Mantener la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios. |
| **Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres** | Las condiciones geográficas de nuestro país incrementan el riesgo y vulnerabilidad para el desarrollo de desastres naturales, aunado a los riesgos y daños a la salud que pueden resultar de ellos. Dado el impacto de las urgencias epidemiológicas y desastres, es esencial coordinar la preparación y respuesta para eliminar, prevenir y mitigar riesgos y daños a la salud. El 90% de los desastres ocurridos en 2013 fueron de origen hidrometeorológico y como resultado se registraron alrededor de 3 millones de personas afectadas, más de 280 mil damnificadas, 642 defunciones, así como daños a la infraestructura en salud, escuelas entre otros, además de pérdidas económicas por más de 61 mil MDP35. Las pandemias enfermedades emergentes y reemergentes, así como eventos de salud internacionales, también ponen en riesgo la salud internacional, también ponen en riesgo la salud de la población nacional, como ocurrió en el año 2009 con la pandemia de influeza36, y cólera en 2013-2014 y actualmente la actividad volcánica en Colima. | * Organización y coordinación intra e intersectorial atender oportunamente las urgencias epidemiológicas y desastres. * Fortalecer la capacidad de respuesta nacional para enfermedades emergentes y reemergentes y eventos epidemiológicos de importancia internacional. * Capacitar al personal de salud en las 32 entidades federativas. * Mantener las reservas estratégicas nacionales y estatales de suministros para la atención de urgencias epidemiológicas de urgencias y desastres. * Atender las urgencias epidemiológicas y desastres, de acuerdo con la normativa vigente. |
| **Seguridad Vial** | Cada año en promedio, más de 37 mil mexicanos pierden la vida a causa de algún accidente, siendo los de tipo vial los más frecuentes (43.8%). En México desde 2007 los accidentes viales tienden a la baja37; Sin embargo, ocurre lo contrario para las muertes por esta causa. En 2012, la tasa de lesiones por accidentes viales fue 11.8 por cada 100 mil vehículos y fallecieron más de 17 mil personas con una tasa de 41.2 defunciones por cada mil accidentes viales. Las lesiones ocasionadas por accidentes viales representan un riesgo para toda la población, particularmente para niños, adolescentes y adultos jóvenes38, debido a que ocupó la segunda causa de muerte en estos grupos durante 201239. | * General datos y evidencia científica para la prevención de lesiones por accidentes viales. * Incluir factores de riesgo en el marco jurídico de seguridad vial. * Contribuir a la adopción de conductas seguras de usuarios de vialidades. * Impulsar la colaboración multisectorial para prevenir lesiones ocasionadas por accidentes viales. * Normar la atención prehospitalaria de urgencias médicas por lesiones. |
| **Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables** | Un alto número de personas sufre lesiones accidentales, ocasionando discapacidad o fallecimiento, especialmente en grupos vulnerables como son menores de 19 años y mayores de 60. La tasa de mortalidades por lesiones no intencionales ha incrementó de 16.7 por 100 mil en 2006 a 21 por 100 mil en 2012. Estas lesiones constituyen una importante causa de discapacidad en el país; el 12.3% de los 10 millones de personas con discapacidad, tienen antecedente de lesión accidental, con una pérdida de más de un millón de años de vida saludable durante 201040. | * Analizar la epidemiología de las lesiones accidentales, enfocada a grupos vulnerables. * Proponer un modelo integral para la prevención de las principales lesiones accidentales en distintos grupos vulnerables. |
| **Entornos y Comunidades Saludables** | Las condiciones socio-económicas contribuyen en gran parte a las condiciones de salud. Para 2010, 52 millones (46.2%) de la población en México, se encontraba en pobreza, de ellos 11.7 millones en pobreza extrema y 5.79% de la población económicamente activa se encontraba desempleada. Otras condiciones como el acceso a la educación, calidad de la vivienda, distribución de los recursos económicos, desempleo impactan en el entorno de las comunidades.  La planificación de estrategias para mejorar las condiciones de salud, deben partir desde un concepto global, determinado por la biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de los servicios de salud. Las acciones de promoción deben contribuir al desarrollo de entornos que fomenten hábitos saludables y que al mismo tiempo coadyuven al fortalecimiento de las comunidades mediante la homogeneización del acceso a bienes y servicios. El éxito de logar entornos y comunidades saludables, radica en la creación, impulso y fortalecimiento de redes de participación comunitaria, para reorientar los determinantes de la salud como punto focal de atención integral43. | * Fomentar que las comunidades y los entornos sean higiénicos, seguros y propicien una mejor salud. * Impulsar el abordaje integral de los determinantes que influyen en el estado de salud. * Fortalecer las competencias del personal de salud, la comunidades y el municipio. * Fortalecer los mecánicos de seguimiento y evaluación. |
| **Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica** | En México, la transición de ha caracterizado por el incremento significativo de enfermedades crónico-degenerativas como causas de mortalidad44 y una reducción de los padecimientos infecciosos45. Bajo esta perspectiva, el uso de tecnología y técnicas de laboratorio, facilitan la recolección de datos, su interpretación, distribución e implementación oportuna de acciones de prevención y control46. El Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), ha posicionado a México como parte de las redes globales para detención de patógenos emergentes y reemergentes47 a nivel nacional e internacional, útil para la vigilancia en puntos de entrada y salida del país, para mantener la capacidad de respuesta inmediata ante amenaza sanitarías.  La vigilancia epidemiológica posee gran importancia para tomar decisiones en salud pública; por lo tanto, se requieren sistemas de información capaces de evidenciar el comportamiento epidemiológico, para generar adaptaciones de acuerdo con las demandas del proceso de transición epidemiológica. | * Disponer de un perfil de riesgos nacionales para la salud por eventos de impacto, naturales o intencionado por agentes Químico Biológicos y Radionucleares. * Fortalecer la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. * Consolidar la operación de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública. * Generar información de calidad para la toma de decisiones. * Fortalecer las competencias técnicas y operativas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. * Asegurar la cooperación internacional. |

Las acciones que se realizan para la atención de la problemática planteada para el Pp P018, y que se consideró que con ellas atendía el problema planteado en su diseño, se describieron por programa, como se muestra a continuación:

**Prevención y Control del Dengue.**

* Incorporar la atención del dengue al Sistema de Monitoreo de la Calidad en el primer y segundo nivel de atención
* Fortalecer las competencias técnicas para la atención médica de casos de dengue con perspectiva de género.
* Formalizar la integración del Grupo Asesor Clínico Nacional.
* Fortalecer la coordinación interna y sectorial.
* Mejorar la participación comunitaria
* Promover acciones permanentes de eliminación de criaderos.
* Integrar el “Grupo asesor externo del Programa para la Prevención y Control de Dengue”.
* Estratificar el riesgo de transmisión local.
* Asignar sectores geográficos bajo la responsabilidad permanente de brigadas fijas.
* Impulsar la aplicación de criterios para la emisión de la alerta temprana de transmisión.
* Impulsar la respuesta temprana para el control de la transmisión.
* Controlar oportunamente brotes.
* Monitorear la susceptibilidad de vectores a insecticidas para el manejo de resistencia y sus posibles efectos adversos.
* Impulsar la investigación operativa.

**Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera.**

* + Operar la coordinación a través del Grupo Intersectorial de Diarreas y Cólera, para la implementación del Programa.
  + Implementar el monitoreo en humanos de enterobacterias de interés epidemiológico.
  + Priorizar las acciones de promoción, prevención y control de enfermedades diarreicas agudas y cólera.
  + Asegurar el tratamiento de casos de diarrea y sospechosos de cólera, de acuerdo a los lineamientos establecidos.
  + Asegurar la correcta ejecución del Programa en las entidades federativas.

**Prevención y Control de la Tuberculosis**

* + Evaluar periódicamente los alcances en el control de la tuberculosis relacionados con la incidencia, mortalidad y éxito terapéutico, con carácter interinstitucional.
  + Fortalecer la actualización técnica operativa en detección, diagnóstico y tratamiento del personal de salud del sector público y privado.
  + Fortalecer la atención de personas con TB-MFR en los servicios de salud.
  + Fortalecer la coordinación inter programática para la atención integral de casos con comorbilidad TB-VIH y sida y TB-DM.
  + Fomentar acciones de abogacía, comunicación y movilización social en tuberculosis con las personas afectadas y la sociedad civil organizada.
  + Promover la investigación operativa en tuberculosis con perspectiva de género.

**Prevención y Control del Paludismo**

* Mejorar la participación intersectorial, a través de la formalización, integración o funcionamiento de los Comités Estatales de Certificación de Eliminación de la Transmisión.
* Control de brotes, con una respuesta inmediata ante el incremento atípico de casos mediante acciones de control integrado.
* Redefinir el área palúdica con transmisión persistente mediante la evaluación del impacto de pabellones impregnados en la transmisión.
* Promover la participación comunitaria, fortaleciendo el componente de promoción de la notificación del programa, además de reuniones comunitarias donde se presentan los resultados del trabajo colectivo expresado en la reducción de casos.
* Fortalecer la coordinación interna, implementando un programa de actualización al personal del Sector Salud en vigilancia epidemiológica y atención médica con perspectiva de género.
* Operar de manera permanente la vigilancia entomológica.
* Promover programa permanente de eliminación de criaderos.

**Prevención y Control de las Rickettsiosis**

* + Disminuir los casos y defunciones por rickettsiosis mediante prevención y control de la enfermedad en las regiones de mayor de incidencia, otorgando el tratamiento adecuado a los pacientes sospechosos, y supervisando a las entidades federativas con acciones conjuntas a nivel estatal y federal.
  + Fortalecer la coordinación interinstitucional para el control de la rickettsiosis, a través del registro en el sistema de información oficial.

**Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas**

* + Estratificación de riesgo, realizando serologías a menores de 5 años; seleccionando áreas prioritarias de intervención y actualizando el catálogo de distribución de triatominos en áreas prioritarias.
  + Mejorar la vivienda a través de la promoción de programas de mejora con materiales locales en paredes y techo, la instalación de mallas en puertas y ventanas en localidades prioritarias; la eliminación de sitios de refugio de triatominos intradomiciliarios y en peri domicilios.
  + Control químico del vector aplicando rociado residual de forma intra domiciliar, en dos ciclos por localidad confirmada como positiva.
  + Realizar encuestas entomológicas iniciales y posteriores al rociado residual intradomiciliar.
  + Fortalecer la coordinación interinstitucional.

**Prevención y Control de las Leishmaniasis**

* + Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica.
  + Promover el diagnóstico de laboratorio como requisito para iniciar tratamiento etiológico.
  + Administrar tratamiento etiológico oportuno y adecuado.
  + Capacitar al personal para la vigilancia epidemiológica integrada.
  + Promover medidas preventivas individuales, familiares y colectivas.

**Eliminación de la Lepra**

* + Fortalecer las competencias técnicas para la detección y diagnóstico oportuno de lepra con perspectiva de género.
  + Fortalecer los procedimientos para toma de muestra para el estudio baciloscopia e histopatología en coordinación con el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE).
  + Mejorar los procedimientos de vigilancia epidemiológica en lepra.
  + Fortalecer la vigilancia y disponibilidad de tratamiento en los pacientes con lepra.
  + Fomentar las acciones de promoción de la salud y Participación de la comunidad en el tema de Lepra.
  + Fomentar la investigación operativa, clínica y epidemiológica.

**Eliminación de la Oncocercosis**

* + Fortalecer la vigilancia epidemiológica post tratamiento para demos que, en ausencia de tratamiento con ivermectina, no hay evidencia de transmisión.
  + Compilar la información histórica, sectorial, del proceso que llevó a la eliminación de la oncocercosis en México.

**Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorios (ER) e Influenza**

* + Implementar el Programa mediante la coordinación interinstitucional, de servicios específicos de salud y otras agencias externas involucradas.
  + Identificar los recursos humanos, materiales y financieros que disponen los servicios de salud para la atención de pacientes con ER e influenza.
  + Actualizar y desarrollar las directrices que establezcan las recomendaciones para la prevención y control de las ER e influenza.
  + Capacitar y elaborar materiales de promoción y educación para la prevención y control de ER e influenza, acorde al entorno cultural y educativo.
  + Integrar el grupo de trabajo para diseñar un sistema de vigilancia epidemiologia de ER e influenza, que oriente la toma de decisiones en este programa.

**Prevención y control de la Intoxicación por Picadura de Alacrán**

* + Especificar el riesgo de picadura de alacranes.
  + Sistematizar la captura de información de estudio epidemiológico.
  + Actualizar el catálogo de distribución de alacranes en las zonas endémicas.
  + Identificar factores de riesgo para la picadura de alacrán de acuerdo a roles de género.
  + Promover los programas de mejoramiento de la vivienda con materiales locales en paredes y techo.
  + Realizar control químico del vector aplicando rociado residual intradomiciliario periódico en localidades prioritarias y el encalado en paredes exteriores de la vivienda.
  + Mejorar el acceso de los servicios de salud y de la comunidad a faboterápico antialacrán,

**Prevención y control de la Rabia humana**

* + Fortalecer la instrumentación de los procedimientos en la prevención y control de esta zoonosis a nivel nacional.
  + Supervisar en las entidades federativas la estabilización de la población canina y felina en situación de calle, agresiva y feral.
  + Impulsar en las entidades federativas el monitoreo del virus de la rabia.

**Prevención y control de la Brucelosis**

* + Promover la homologación de los criterios diagnósticos en las instituciones del Sector Salud.
  + Verificar el cumplimiento de la normatividad en los casos notificados de estas zoonosis.
  + Evaluar la información disponible en los sistemas de notificación de brucelosis.

**Salud para la Infancia y la Adolescencia**

* + Implementar acciones de prevención, vigilancia y control de nutrición en la infancia y la adolescencia.
  + Implementar acciones para la prevención del maltrato infantil y violencia en adolescentes, con equidad de género y enfoque de derechos.
  + Fortalecer los mecanismos de evaluación y seguimiento del Programa en las entidades federativas.
  + Fortalecer el modelo de atención integrada en la Infancia y la Adolescencia en primer nivel de atención.
  + Realizar acciones preventivas para disminuir la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevalentes de la infancia.
  + Realizar acciones Preventivos y Promoción de la Salud de la Adolescencia.

**Cáncer en la Infancia y la Adolescencia**

* + Fortalecer la rectoría del Programa de Cáncer en la infancia y la Adolescencia.
  + Promover la capacitación y difusión en materia de cáncer en la infancia y adolescencia.
  + Coadyuvar en el fortalecimiento de los sistemas de información en salud relacionados al cáncer en la infancia y adolescencia.
  + Fortalecer las acciones de Sigamos Aprendiendo en el Hospital para la atención integral de pacientes con estancia prolongada en el hospital.

**Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal**

* + Definir e implementar los recursos necesarios para los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica institucionales.
  + Promover la utilización intensiva y extensiva de las medidas preventivas de tipo masivo, grupal, clínico e individual.
  + Coadyuvar a disminuir la incidencia y prevalencia de caries dental en los diferentes grupos de riesgo.
  + Fortalecer la atención curativo asistencial a fin de mejorar la salud bucal de la población con énfasis en los grupos vulnerables.
  + Promover la aplicación de cobertura de la atención estomatológica.
  + Unificar criterios de promoción, prevención y control de las enfermedades bucales con el sector salud, educativo y gremio odontológico.

**Salud Mental**

* + Fomentar conductas saludables para mantener el bienestar biopsicosocial, así como acciones continuas y permanentes de educación en salud mental dirigidas a población en riesgo para crear una cultura de atención oportuna.
  + Favorecer la detección oportuna de trastornos mentales o de la conducta en niñas, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores en riesgo.
  + Estandarizar la implementación del Modelo Miguel Hidalgo para la atención de calidad especializada en Salud Mental.
  + Supervisar la existencia de los recursos materiales y humanos suficientes para operar los servicios de los tres niveles de atención.
  + Instrumentar el Programa Invierno sin Frío.
  + Instrumentar los Programas de Rehabilitación Psicosocial.
  + Vigilar el respeto de los Derechos Humanos en los Servicios de Salud Mental.

**Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres**

* + Contribuir en los Comités Estatales para la Seguridad en Salud, la coordinación para la preparación y respuesta ante emergencia en salud.
  + Establecer planes y lineamientos de preparación y respuesta ante enfermedades emergentes y reemergentes.
  + Capacitar al personal de salud involucrado en la atención de emergencias en salud, considerando la perspectiva de género.
  + Formar y mantener disponibles las reservas estratégicas nacionales y estatales de suministros para la atención de emergencias en salud.
  + Fomentar la atención de las urgencias epidemiológicos y desastres, en las primeras 48 horas después de su detección.

**Seguridad Vial**

* + Promover la cultura de prevención de accidentes viales.
  + Fortalecer la recolección, almacenamiento, análisis, difusión y aplicación de datos.
  + Promover la adecuación de un marco legal integral y homogéneo en materia de seguridad vial a nivel federal, estatal y municipal.
  + Apoyar la instalación y operación de los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRA) para impulsar acciones integrales de prevención de accidentes viales.
  + Impulsar la implementación de control de alcohol en aliento de conductores.
  + Impulsar la instalación de Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) en las entidades federativas para sistematizar la atención prehospitalaria de urgencias médicas.

**Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables**

* + Fortalecer la recolección, almacenamiento, análisis, difusión y aplicación de datos.
  + Impulsar investigación multidisciplinaria en intersectorial que permita generar evidencia científica para informar la toma de decisiones.
  + Convocar a organismos e instituciones nacionales e internacionales para definir y desarrollar intervenciones relacionadas con la prevención de lesiones accidentales.
  + Fortalecer los mecanismos de colaboración con los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRA) para la implementación del modelo integral de prevención de lesiones accidentales.
  + Fortalecer los mecanismos de colaboración multisectorial para la prevención de lesiones accidentales.
  + Fortalecer la formación de recursos humanos en salud para la prevención de lesiones accidentales en grupos vulnerables.

**Promoción de la Salud y Determinantes Sociales**

* + Fortalecer acciones de promoción de la salud dirigidas a población vulnerable, mediante el enfoque de determinantes de la salud.
  + Actualizar herramientas para la atención integral, mediante la instrumentación del Modelo Operativo de Promoción de la Salud.
  + Entregar servicios de promoción de la salud, a través de la Cartilla Nacional de Salud.
  + Fortalecer las competencias del personal de salud y de la población para promover la salud personal, familiar y social.
  + Contribuir al posicionamiento de la salud en todos los sectores, para la construcción de determinantes positivos de la salud.
  + Desarrollar estrategias de mercadotecnia social en salud que motiven la adopción de comportamientos y actitudes saludables en la población.
  + Evaluar la efectividad de las acciones del Programa para orientar la toma de decisiones y desarrollar propuestas de mejora.

**Entornos y Comunidades Saludables**

* + Fortalecer la organización comunitaria y participación social para mejorar la salud de acuerdo a las necesidades individuales.
  + Impulsar la transversalidad de la Promoción de la Salud mediante los comités de comunidades saludables para mejorar el bienestar poblacional.
  + Fomentar la certificación de comunidades que favorezcan la salud.
  + Impulsar la participación de los municipios y el desarrollo de proyectos municipales, con perspectiva de género, que mejores la salud.
  + Alentar la participación de los municipios de alta y muy alta marginación de los municipios de menor índice de desarrollo humano en proyectos de Promoción de la Salud.
  + Favorecer la participación de los municipios en el marco de la Cruzada Nacional contra el Hambre.
  + Mejorar competencias en salud de la población y el municipio, y las técnicas y gerenciales del personal de salud.
  + Implementar mecanismo de seguimiento y evaluación de la operación del Programa en todos los niveles de intervenciones.

**Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica**

* + Desarrollar y actualizar en forma anual un perfil de riesgos nacionales a la salud por agentes Químicos Biológicos y Radionucleares (QBRN).
  + Evaluar y verificar el desempeño del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
  + Evaluar la competencia técnica de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP).
  + Mejorar la capacitación del personal del SINAVE a través de herramientas informáticas (Webex, multimedia, videoconferencia, chats, aula virtual, etc.).
  + Certificar aeropuertos o puertos marítimos con las capacidades básicas necesarias del Reglamento Sanitario Internacional.

Como se desprende de lo anterior, el Pp P018 Prevención y Control de Enfermedades se integró por 23 Programas de Acción Específicos (Vigilancia, Promoción de la Salud, Prevención y Control en materia de Tuberculosis; Enfermedades Respiratorias e Influenza; Lepra; Dengue; Paludismo; Leishmaniasis; Oncocercosis; Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera; Chagas; Rabia; Brucelosis; Rickettsiosis; Picadura de Alacrán; Promoción de la Salud; Entornos y Comunidades Saludables; Accidentes en Grupos Vulnerables; Seguridad Vial; Urgencias Epidemiológicas; Salud Mental; Salud Bucal; Cáncer en la Infancia; Salud en la Infancia; y la correspondiente rectoría de la vigilancia epidemiológica) los cuales presentan en diferentes poblaciones y en algunos casos, diferente problemática pública a atender, lo que originó que, el programa no operará como un programa de modalidad “P”, y cumpliera su objetivo de “Establecer políticas públicas de prevención y promoción de la salud, para mejorar el bienestar de la población”, y en lugar de ello, se realizaron acciones por cada uno de los programas de acción específico que lo componen para otorgar subsidios a las entidades federativas, mediante la suscripción de Convenios Específicos, para llevar a cabo acciones de prevención y promoción de la salud para mejorar el bienestar de la población, así como para la propia operación de las Unidades Administrativas y Órganos Desconcentrados, a cargo de dichos programas de acción específico.

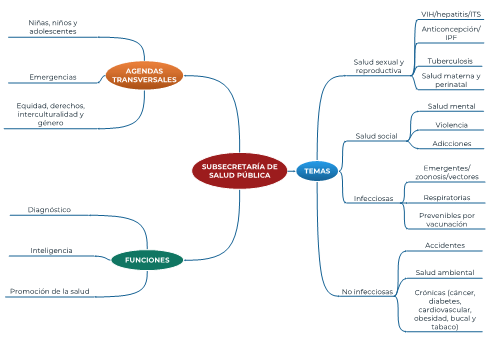
Lo anterior, ocasionó que el Pp P018 se convirtiera en un programa extenso con variables heterogéneas en la composición y en sus ámbitos de acción, sin embargo, su objetivo fue contribuir a la promoción de la salud, prevención y control de un grupo de enfermedades transmisibles, no transmisibles, trastornos mentales y accidentes se cumplió, pero sin estar acorde con la modalidad de un programa presupuestario “P”, lo que ha ocasionado que no se tengan indicadores que permitan la medición de la contribución, en la reducción a la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles en la población mexicana, y que se tenga una visión errática respecto a la programación, presupuestación y ejercicio del gasto público, considerando que se ha realizado de manera ineficiente y discrecional, lo cual ha ocasionado diversas observaciones por los órganos de fiscalización.

En este sentido, y derivado de la transformación en materia de salud propuesta por esta administración, se ha retomado la Atención Primaria a la Salud, visualizada como la reconstitución para tener un sistema equitativo y justo que se encamine a una mayor oportunidad de provisión no solamente de servicios en el sentido directo, sino de capacidades comunitarias y sociales de alcanzar el bienestar mediante la implementación de políticas públicas; la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y sus Unidades y Órganos Administrativos Desconcentrados adscritos, han realizado los trabajos para llevar a cabo una reingeniería orgánica, normativa y programática, con la finalidad de contar con elementos que permitan contribuir a la atención de problemáticas públicas de una forma eficiente y conforme al tramo de control que a cada una corresponde, de acuerdo a la normativa aplicable, para lo cual es indispensable la modificación a los programas presupuestarios, entre los cuales se encuentra el Pp P018.

Es por ello, que como parte de esta reingeniería los programas de salud pública estarán estrictamente alineados a las directrices del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud, 2019-2024; de igual manera, se están considerando los mecanismos de acción de la Salud Pública, Políticas Públicas transversales como son la modificación de entornos; el facilitar el acceso a servicios y bienes; inducir o controlar o modular comportamientos sociales que pueden ser benéficos o adversos a la salud, mediante el diseño e implementación de políticas públicas.

A partir de todos los elementos ya mencionados, se lleva a cabo la reingeniería orgánica, normativa, programática de esta Secretaría en su conjunto y de manera específica de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, conforme a lo siguiente:

**Diagrama base Proyecto de reingeniería**



|  |  |
| --- | --- |
| **NUEVA ESTRUCTURA** | **PROBLEMA AL QUE RESPONDEN (Vinculación del problema con los determinantes sociales de la salud)** |
| **DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA**  Políticas de Salud Pública | Las modificaciones estructurales del medio como son crecimiento urbano, transición poblacional de rural a urbana, contaminación ambiental, cambio climático y aumento de la violencia, amenazan la salud pública y obstaculizan la creación y mantenimiento de entornos saludables. Asimismo, la falta de reconocimiento de los conflictos de intereses en la relación público-privada, han frenado la generación de políticas públicas que impacten positivamente en la conservación de la salud de la población.  Desde su concepción, los sistemas de salud ignoraron los mandatos de Alma-Ata y se centraron en el tratamiento de las enfermedades, hiper medicalizando la atención a la salud y orientando su objetivo a la solución de los problemas en lugar de la anticipación a ellos. Es por lo anterior que la reorientación de los servicios de salud y la implementación de acciones anticipatorias para la prevención de enfermedades y lesiones de causa externa se deben enfatizar, especialmente por los retos que enfrentamos en materia de salud pública.  Los servicios y atención a la salud se otorgan en mayor proporción en zonas de fácil acceso, privilegiando la curación sobre las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.  Por lo anterior, requerimos incrementar las capacidades de los actores sociales, políticos y técnicos que intervienen en el Programa a fin de que las personas y las comunidades tengan acceso pleno y continuo a información completa, precisa, apropiada y oportuna, así como a educación integral para participar activamente y mejorar las condiciones de vida y de salud de la población.  Una visión moderna de la salud pública requiere de acciones intersectoriales para la modificación de las determinaciones de los estados de salud a fin de asegurar el bienestar de la población.  En esta nueva visión es importante que la promoción de la salud se conceptualice en su dimensión real, ya que a la fecha no se comprende y es limitada a “promover diversas conductas o cambios de comportamiento en la población entregando información prescriptiva para lograrlo” y no en el sentido amplio de generar políticas públicas saludables, trabajar en el empoderamiento comunitario, mejorar los entornos 360º que favorecen la salud, desarrollar habilidades para la salud y trabajar sobre los determinantes sociales, estructurales e intermedios, de la salud  Datos que nos dan un panorama como parte de los hábitos saludables son la alimentación correcta, hidratación saludable y actividad física. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 reportó que cerca de la mitad de los escolares consumen frutas (43.5%) y leguminosas (46.1%), mientras que poco más del 20% consumió verduras. El consumo de agua en este grupo fue reportado en el 85.4%, lácteos en el 56.5%, carnes en cerca del 40% y huevo en alrededor del 30%. En cuanto a los grupos no recomendables para su consumo cotidiano, se observó que el 85.7% consumió bebidas no lácteas endulzadas, 64.6% botanas, dulces y postres, el 52.9% cereales dulces y 38.2% bebidas lácteas endulzadas.  Respecto a la actividad física, la ENSANUT 2018 identificó que sólo 18.5% de la población adulta de 20 a 69 años cumple con la recomendación de actividad física de la OMS, de al menos 60 minutos de actividad moderada-vigorosa los siete días de la semana. Estos factores aunados a los aspectos personales de consumo y de actividad, también se encuentran los entornos que favorezcan los hábitos saludables, los cuales están influenciados por las diversas políticas públicas que determinan si hay disponibilidad de espacios seguros y suficientes para ejercitarse por elemplo.  Como resultado de una alimentación e hidratación incorrecta, hipercalórica, y bajos niveles de actividad física, se encuentra el sobrepeso y obesidad, la Encuesta mostró que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 11 años fue de 35.6% (18.1% para sobrepeso y 17.5% para obesidad), específicamente la obesidad se incrementó un 2.9% en comparación con los datos del año 2012 (14.6%) y 2.2% sobre la ENSANUT MC 2016 (15.3%).  En el grupo de edad de 12 a 19 años el porcentaje combinado de sobrepeso y obesidad fue de 38.4% (23.8% para sobrepeso y 14.6% para obesidad). En el caso de la obesidad, se observó un incremento en comparación con los años 2012 y 2016, en donde se registró una cifra de 13.3% y 13.9% respectivamente.  Para el grupo de población de 20 años y más, a nivel nacional, en 2018 el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), porcentaje que en 2012 fue de 71.3%. |
| **CENTRO NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**  Salud Sexual y Reproductiva | La salud sexual y reproductiva constituye un ámbito fundamental de la salud pública debido a su relación con los índices de desarrollo humano de las poblaciones, reflejados en indicadores altamente sensibles a las desigualdades sociales. Asimismo, las principales acciones incluidas en los servicios de salud sexual y reproductiva están orientadas a la promoción, educación y prevención, y forman parte del desarrollo integral de la persona. Su finalidad es contribuir a preservar un estado de salud y bienestar, toda vez que la sexualidad y la reproducción involucran procesos fisiológicos, con un importante componente psicológico, social, cultural, emocional y afectivo, que tienen lugar en la vida cotidiana. Por otra parte, las causas que demandan atención específica requieren de la intervención oportuna y efectiva, evitando la pérdida de años de vida saludable o la mortalidad que es considerada, en su mayoría, evitable.  Desde hace más de tres décadas, en la Conferencia Sobre Maternidad sin Riesgo (Nairobi, 1987) se identificó que unas de las principales causas de mortalidad en mujeres en edad reproductiva estaban asociadas con el embarazo, parto y puerperio, mismas que tenían importantes implicaciones sociales y económicas, debido al rol central de las mujeres en la reproducción social que involucra las acciones de cuidado, hoy reconocido como trabajo no remunerado, y su creciente incorporación al ámbito laboral y sector económicamente productivo.  En años posteriores, se agregaron a estas causas de mortalidad precoz, el reconocimiento de aquellas derivadas de la práctica del aborto inseguro, las que se asocian a infecciones de transmisión sexual, principalmente por VIH y las ocasionadas por la violencia extrema asociada al género. En la actualidad, la morbilidad y mortalidad asociada a la falta de acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud sexual y reproductiva es de suma relevancia en términos epidemiológicos, demográficos, de salud pública y de desarrollo social, lo cual ha quedado asentado en las declaraciones y compromisos internacionales que México suscribe. |
| **CENTRO NACIONAL DE INTELIGENCIA EN SALUD**  Sistemas de Información | América Latina, con un 79% de población urbana, es actualmente una de las regiones más urbanizadas del mundo. Los determinantes sociales y económicos y sus impactos sobre la salud y las desigualdades de salud deben entenderse y cuantificarse tanto a nivel de la ciudad en su conjunto como, como a nivel del vecindario o área pequeña.  El término de inteligencia en salud nace de la necesidad de cambios en la forma de entender la respuesta que deberían dar los órganos sanitarios gubernamentales a los problemas de salud a la población, razón por la que es indispensable también revisar la forma en la que los sistemas de información han venido documentando tanto los problemas de salud existentes como las respuestas institucionales aportadas a dichos problemas y las formas de interactuar ante las diversas instancias que conforman el sistema de salud en México.  Se acepta que la inteligencia sanitaria es la capacidad de solucionar problemas de salud mediante la articulación de recursos humanos, tecnológicos y de investigación, a través del monitoreo, la evaluación y el análisis de la situación de salud, utilizando las diversas fuentes de información sobre riesgos y daños, propias no solo de la institución involucrada sino de fuentes externas a ella, todo lo cual tiene como expresión la generación adecuada de políticas y el desarrollo de una gestión basada en evidencias, dirigidas a lograr el bienestar de la población.  Un sistema de inteligencia sanitaria debe tener como objetivo garantizar la provisión de información de calidad para el análisis de la situación de salud y la evaluación de las intervenciones sanitarias, fomentando permanentemente una cultura de análisis en los responsables de salud en todos los niveles administrativos. Por ello debe considerarse la complejidad del proceso salud enfermedad, incorporando los elementos informativos que permitan un conocimiento adecuado de los determinantes de la salud.  La inteligencia en salud resulta, en suma, de la combinación de información, conocimiento y experiencia para seleccionar el curso de acción (a partir de juicio, planteamiento de escenarios y alternativas en los criterios de actuación), cuando se aplica de manera específica para cada contexto pretendiendo impactar sobre el comportamiento del receptor. (4) |
| **CENTRO NACIONAL DE EMERGENCIAS EN SALUD**  · Atención a Emergencias en Salud | El contexto político, social, biológico, geográfico, climatológico, geológico, etc. en el que se encuentra nuestro país, provoca que la población se encuentre expuesta a constantes riesgos que pueden afectar su estado salud. En México, la detección de eventos, así como la coordinación y ejecución de la respuesta ante las emergencias en salud se lleva a cabo de manera fragmentada por diferentes instancias de la Secretaría de Salud, por lo que establecer la coordinación entre estas resulta un proceso complejo, como se describe a continuación:   * La Dirección General de Epidemiología (DGE) a través de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria tiene a su cargo la vigilancia, detección y alertamiento de eventos relevantes para la salud pública que pudieran convertirse en emergencias en salud. Esta unidad tiene el objetivo de disponer con oportunidad de información sobre cualquier potencial riesgo o situación que afecte la salud de la población, y a su vez, proveer de información para la toma de decisiones estratégicas sobre prevención y control de riesgos y daños en la salud de la población. La UIES realiza el monitoreo de eventos de interés en salud las 24 horas los 365 días de año. * El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) mediante la Dirección de Urgencias Epidemiológicas y Desastres es la responsable de implementar y operar el Programa de Acción Específico de Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres, y se encarga de la coordinación y atención de las emergencias en salud que ocurren en el país, así como orientar la elaboración de planes de preparación y respuesta ante emergencias por enfermedades emergentes y reemergentes o eventos que ocurren en cualquier parte del mundo y que tengan potencial de afectación a la población de México. * El Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA) integra el modelo de atención prehospitalaria en el cual ante la perspectiva de proporcionar atención de urgencias médicas en forma oportuna a las personas cuya condición clínica se considera que pone en peligro su vida, un órgano o una función, tiene el fin lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional, desde el primer contacto hasta la llegada y recepción en un establecimiento para la atención médica integral con servicio de urgencias, parte que resulta fundamental en las emergencias en salud. * La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) en continuidad a la estrategia federal del Programa Caravanas de la Salud que inició en 2007, estableció e Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (Unidades Médicas Móviles), y bajo este sustento, se creó el Centro Operativo para la Atención de Contingencias (COPAC), que se encarga de brindar apoyo temporal a la población ante emergencias en salud, como desastres, urgencias epidemiológicas, concentraciones masivas de población y otros eventos de naturaleza excepcional.   Debido a que las emergencias en salud requieren de un adecuado esquema de organización, coordinación y abordaje especializado para poder mitigar y controlar los riesgos y daños que producen, se ha concebido el Centro Nacional de Emergencias en Salud (CeNES), como la instancia que oriente y apoye el desarrollo de capacidades del sector salud para responder de manera oportuna y adecuada para mitigar sus efectos y evitar complicaciones subsecuentes, incluida la ocurrencia de defunciones, bajo un marco de eficiencia, eficacia y equidad.  Un Centro Nacional de Emergencias en Salud podrá también generar la rectoría necesaria para una coordinación adecuada de la atención prehospitalaria de la urgencia médica, vinculándola no solo a la atención hospitalaria ya existente, sino además estandarizando y coordinando los diferentes modelos que para tal efecto se ejercen desde la medicina privada e institucional en las diferentes entidades federativas. |
| **CENTRO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**   * + - Zoonosis     - Vectores e intoxicación     - Micobacteriósis * Neumonías e Influenza |  |
| **CENTRO NACIONAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**   * + Enfermedades Respiratorias Crónicas   + Enfermedades Cardiometabólicas   + Salud en el Adulto Mayor   + Salud bucal   + Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas   + Cáncer | Las Enfermedades No Transmisibles (ENT), también llamadas enfermedades crónicas, afectan a todos los grupos de edad y avanzan en un tiempo prolongado; son producto de la combinación de distintos factores: genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Las ENT más prevalentes a nivel mundial son las enfermedades cardiovasculares (infarto al corazón, infarto cerebral, entre otras), la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias. A nivel mundial, las ENT provocan 41 millones de muertes al año, que representan el 71% del total.  En las últimas dos décadas se ha registrado un incremento en la incidencia de las ENT en la mayoría de los países del mundo, independientemente de su nivel de ingreso. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 70% de las 56.4 millones de muertes en el mundo en 2016 fueron ocasionadas por las ENT. Más aún, el 75% de las muertes asociadas a ENT ocurrieron países de medianos y bajos ingresos, lo que refleja la gravedad del problema en países como México.  De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2017 fallecieron 703,047 mexicanos; 17,281 más que en 2016 (685,766 fallecidos registrados). Las ENTs fueron las principales causas de mortalidad en 2016 y 2017, siendo las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los tumores malignos las tres primeras causas de muerte en el país.  Estos tres primeros lugares se mantienen en los mayores de 65 años. Sin embargo, la diabetes representa la primera causa de muerte en el grupo de 45 a 65 años de edad. Esto ocurre en ambos sexos, y es seguida por las enfermedades del corazón y del hígado en el caso de los hombres y por tumores malignos y enfermedades del corazón en las mujeres.  En respuesta a la creciente epidemia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, especialmente la obesidad, la diabetes, hipertensión arterial sistémica y las dislipidemias, se establecieron a través del Programa de Acción Específico Diabetes Mellitus y Programa de Acción Específico Obesidad y Riesgo Cardiovascular, durante el periodo 2013 – 2018. Como parte de las acciones para dar cumplimiento a los objetivos propuestos, en el 2014 se instrumentó la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes integrada por tres pilares: I. Salud Pública, II. Atención Médica y III. Regulación Sanitaria. Por ser una problemática multifactorail se diseñó como una estrategia intersectorial, pero fue enfocada principalmente en el sector salud.  • Enfermedades Respiratorias No Transmisibles  Las enfermedades respiratorias no transmisibles principalmente crónicas afectan las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón, entre las más frecuentes encontramos al asma, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), alergias respiratorias, enfermedades pulmonares de origen laboral y la hipertensión pulmonar. Este tipo de padecimientos como factores de riesgo tienen al tabaquismo, a la contaminación del aire en espacios cerrados, contaminación exterior, alérgenos y exposición a riesgos ocupacionales como el polvo y productos químicos.  • Envejecimiento  La atención a la salud de las personas mayores demandará mayor cantidad de servicios en el primer nivel de atención para prevenir riesgos y reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales no solamente son la primera causa de muerte, sino que también son las principales responsables de la discapacidad en este grupo poblacional.  En México, en el año 2019, según el Consejo Mexicano de Geriatría, solamente hay 615 geriatras certificados en el país; lo cual representa una relación de 14,205 personas mayores por geriatra. Esta relación es insuficiente para atender la creciente demanda.  Por otro lado, la tasa de utilización de los servicios de salud de las personas mayores mexicanas es del 11.4%; esta es la más alta de todos los grupos de edad del país. Igualmente, en este grupo de edad se destaca que son las mujeres las que tienen una tasa de utilización de los servicios en salud mayor que los hombres (60% y 40%, respectivamente).  De las 10 causas principales de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) en la población mayor de México, 7 afecciones están relacionadas con la edad: diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, enfermedades de los órganos sensoriales, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedades cerebrovasculares y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Parra-Rodríguez, 2019).  El principal peso de la carga de morbilidad en las personas mayores en México se debe a la mortalidad prematura, lo que implica un número considerable de muertes evitables y subraya la necesidad de un mejor desempeño del sistema de salud en términos de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento efectivo y rehabilitación en enfermedades no transmisibles (ENT).  Por otro lado, al analizar el acceso a los servicios de salud se aprecia que existen marcadas diferencias por tipo de territorio. En las zonas rurales el 66.2% de las personas mayores usuarias de los servicios de salud no tienen afiliación a alguna institución de seguridad social; mientras que, en las zonas urbanas, el 30.4% las personas mayores usuaria de los servicios de salud no cuentan con ninguna afiliación (Borges y Dantés, 2018). Estos resultados evidencian la necesidad de reducir la brecha entre accesibilidad a los servicios de salud entre las zonas urbanas y las rurales.  De igual manera, uno de los elementos que limitan el acceso de las personas mayores a los servicios de salud es el gasto de bolsillo. Este tipo de gasto es uno de los más importantes componen el monto de los gastos en salud y representa, a nivel nacional, un gasto anual de $34, 891, 041, 017.00 pesos mexicanos. Este gasto es asumido por las personas mayores o su familia, aun cuando la persona esté afiliada a alguna institución de salud y seguridad social.  En cuanto a la información sobre el estado de salud de las personas mayores en México es necesario y urgente contar con información relativa a la capacidad funcional; las discapacidades; la dependencia funcional; la carga de la enfermedad; la multimorbilidad; entre otros. Contar con un instrumento único de registro del estado de salud de las personas mayores permitirá la creación de diagnósticos compartidos entre las instituciones, tanto del sector salud, como del sector bienestar, que permitan respuestas efectivas a los problemas de salud de las mismas. También propiciará mejorías en la cooperación interinstitucional, tanto en el plano nacional como en el internacional.  • Salud bucal  Las enfermedades bucales son las enfermedades no transmisibles más comunes, afectan a la mitad de la población mundial. En mayor o menor medida las caries no tratadas (dientes temporales y permanentes), enfermedad periodontal severa y edentulismo afectan a las personas durante toda su vida.  Cifras del estudio de la carga mundial de enfermedades 2017 (GBD 2017) proporcionadas por el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME por sus siglas en inglés), muestra que las enfermedades bucales en México se encuentran dentro de las 10 principales causas de años de vida perdidos (YLL por sus siglas en inglés) en 2007 y 2017.  La cobertura para el tratamiento dental generalmente es limitada y como tal, la atención dental desempeña un papel importante en el gasto ambulatorio y general del hogar, representando un gasto similar al de los cuidados hospitalarios de todos los gastos de bolsillo en nuestro país. Las personas en grupos de bajos ingresos tienen más probabilidades de informar necesidades médicas y dentales insatisfechas, que las personas en grupos de mayores ingresos, y también tienen menos probabilidades de consultar a un especialista médico o a un estomatólogo. Por otra parte, diversos estudios muestran que el contexto social y económico ejercen una influencia considerable sobre el estado de salud bucal. La disponibilidad de sal de mesa fluorada y la presencia de fluoruro en el agua potable de forma natural como ocurre en la región Centro-norte y Noroeste de nuestro país, permite explicar en parte las diferencias, principalmente en los niveles de caries dental.  Por último, la rectoría del programa se ha visto afectada por no contar con la estructura administrativa suficiente en los niveles federal y estatal para cumplir con los compromisos de evaluación y supervisión necesarios para su buen funcionamiento  • Cáncer  Actualmente el cáncer representa la segunda causa de muerte a nivel mundial, y se considera el resultado de la interacción entre factores genéticos propios de las personas y tres agentes externos identificados:  - Físicos: radiaciones ultravioletas e ionizantes.  - Químicos: amianto, humo de tabaco, aflatoxinas y arsénico.  - Biológicos: virus, bacterias y parásitos.  Si bien entre un 30 y 50% de los cánceres son evitables, se requiere disminuir los factores de riesgo y establecer estrategias de índole preventiva entre las que se encuentran los tamizajes, diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos. |
| **COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y**  **ADICCIONES**   * Salud mental y adicciones | Los trastornos mentales en México presentan una creciente prevalencia y, al igual que en el mundo, contribuyen de forma importante a la morbilidad, a la mortalidad prematura y a una creciente discapacidad psicosocial. Asimismo, los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas que impactan en el perfil de salud de la población.  El tema del consumo de sustancias psicoactivas, debe plantearse desde una perspectiva integral en la que la neurobiología tiene una influencia importante sobre lo social. En los últimos años el modelo prohibicionista que aborda el problema del consumo de sustancias psicoactivas criminaliza de manera inevitable a las personas que consumen y reduce sus probabilidades de tratamiento y rehabilitación. El cambio de paradigma hacia abordar el consumo de sustancias psicoactivas como un problema de salud pública, privilegiando la prevención del consumo o la reducción del riesgo, antes de que se inicie el uso, proporcionando a las personas las herramientas necesarias que fomenten el autocuidado y la toma de decisiones, así como su capacidad de autodeterminación y propone la reducción del daño para una actuación posterior ofreciendo los programas y servicios necesarios para minimizar los riesgos del uso problemático de sustancias.  Existen recomendaciones internacionales para la atención a la salud mental y a las adicciones, específicamente la OMS a través de la propuesta de la Pirámide de Combinación Óptima de Servicios de Salud, ha desarrollado un marco operativo para la optimización de la atención proporcionando una guía a los países en materia de organización de los servicios de salud mental. En este mismo sentido, nuestro país se ha comprometido en acuerdos internacionales en materia de salud mental y adicciones, como la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), los Principios de Brasilia (OPS/OMS, 2005), el Consenso Panamá (OPS/OMS, 2005), Conferencia Regional de Salud Mental, que contemplan la salud mental como prioridad en la política pública, el acceso universal y equitativo en redes de servicios, la integración de la salud mental a la Atención Primaria en Salud (APS), la eliminación del modelo asilar, admisión de crisis en hospitales generales, la protección de los DDHH, la eliminación del estigma y la discriminación, y el fortalecimiento de recursos humanos, entre otros.  Debido a que, en la actualidad, los recursos económicos, humanos y materiales disponibles para la atención de la salud mental no son suficientes y se encuentran mal distribuidos, se ha generado una amplia brecha entre el número de personas con trastornos mentales que necesitan tratamiento y el número de personas que lo reciben. El factor financiero, en nuestro país, es una barrera para la implementación de los estándares recomendados ya que solamente el 2% del presupuesto de salud se destina a atender la salud mental y de ese porcentaje, el 80% se va en gastos operativos de los hospitales psiquiátricos, por lo que no hay suficiencia para otras acciones costo-efectivas como: la prevención y la promoción del autocuidado, la actuación en la comunidad, la capacitación del personal en salud mental y adicciones, la investigación y, principalmente a acciones para disminuid el estigma, la discriminación y el deterioro de las personas con problemas de salud mental.  En cuanto a la organización de los servicios de atención para atender trastornos de salud mental y adicciones son insuficientes, los servicios de psiquiatría y hospital general con los que se cuenta cuentan con consulta externa especializada en psiquiatría, pero no camas censables para pacientes con enfermedad mental y/o adicciones. Por otro lado, los Centros de Atención Primaria a la Adicciones (CAPA), dedicados a la prevención de las adicciones no tienen capacidad suficiente para atender problemas de salud mental asociados, ni atención propia del consumo de sustancias. No se cuentan con suficiente Centros Integrales de Salud Mental (CISAME) inclusive existen entidades federativas que no cuentan con uno y operativamente los Hospitales Psiquiátricos se encuentran saturados operando en sustitución de un primer y segundo nivel funcional.  Otros factores importantes de la problemática de la salud mental y de las adicciones, que interactúan entre sí y que son elementos susceptibles de modificación, son: la debilidad de la capacidad rectora nacional de la salud mental, la segmentación institucional de la política de la salud mental y las adicciones, el modelo de atención basado en hospital psiquiátrico y villas de transición, la desvinculación operativa de la salud mental y la comorbilidad con enfermedades crónico degenerativas, la resistencia de la integración de la salud mental y las adicciones dentro de la Atención Primaria a la Salud Integral (APS-I), la falta alineación de la salud mental con los estándares de derechos humanos, la insuficiencia de recursos humanos capacitados, la infraestructura en APS-I, la brecha de atención, la falta de reconocimiento y tratamiento de la patología dual, la persistencia de un rezago presupuestal histórico de la salud mental, el estigma y la discriminación para las personas con trastornos mentales y adicciones, la falta de vinculación efectiva con otros derechos sociales y económicos y la falta de evaluación de los resultados y del impacto de la política nacional. |
| **CENTRO NACIONAL DE VIH, SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**   * + VIH/SIDA e ITS   + Hepatitis C | En nuestro país hay una cobertura limitada de los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención integral del VIH y otras ITS, tales como la falta de accesibilidad a los centros ambulatorios de prevención y atención del VIH y otras ITS (CAPASITS), las actitudes de discriminación por parte del personal de salud, la cultura; la falta de acceso a información por parte de las personas sobre su salud y sus derechos, entre otras.  Se ha hecho poco énfasis en la educación, promoción y prevención del VIH y otras ITS centrada en las personas, para que a partir de la información que recibe y de la que dispone, incremente sus competencias y el control sobre su propia salud. Actualmente las unidades de salud que proporcionan servicios de prevención y atención especializada de VIH y otras ITS no son suficientes, no se ha incrementado su infraestructura física y no se han contratado los recursos humanos necesarios para una atención de calidad.  Los servicios médicos se proporcionan a través de los Programas Estatales de VIH y otras ITS, los cuales suelen ser limitados en horarios y cobertura; la atención no es diferenciada y centrada en las características individuales las personas; además en su mayoría, las unidades de salud especializadas se encuentran en zonas periféricas de las ciudades con mayor población, dificultando el acceso a las poblaciones tanto urbanas como rurales, incluso afectando su economía al tener pagar transportación o servicios sin cobertura, acentuando la condición de desigualdad e inequidad en la salud de las personas, sobre todo de las más afectadas por la epidemia.  Los institutos de seguridad social no garantizan la disponibilidad de servicios de prevención y detección del VIH y otras ITS a sus derechohabientes, ya que proporcionan principalmente servicios médicos en los que diagnostica el VIH en forma tardía, regularmente cuando la inmunidad de la persona con VIH comienza a deteriorarse, además el tiempo que transcurre entre la presunción del diagnóstico y el resultado definitivo es muy prolongado ocasionando que el paciente abandone el proceso de incorporación a la atención médica o que su estado de salud se complique.  Existe una desarticulación en el Sector Salud, no se trabaja en dirección hacia la consecución de los objetivos nacionales de VIH y otras ITS y no se alinean las acciones a las prioridades de las estrategias, además no se conduce en un marco de referencia teórica-técnica y de actuación común.  La mayoría de las personas de los grupos de población más afectados por el VIH y otras ITS no se acercan a los servicios institucionales de salud –por estigma, discriminación, dificultad de acceso, horarios, acreditación de identidad- lo que dificulta llevar a cabo medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención integral.  El Sistema Nacional de Salud vigente – con profesionales de la salud ubicados dentro de las unidades de salud y carentes de una formación intercultural respetuosa de las diferencias sexuales- no pueden llegar a las poblaciones clave o en situación de vulnerabilidad por razones vinculadas a su formación, horario, cargas de trabajo, seguridad, acuerdos sindicales, entre otros que limitan acercar servicios de VIH y otras ITS.  No existen estrategias de sensibilización para servidores públicos, profesionales de la salud, autoridades estatales y municipales sobre sexualidad no centrada en la reproducción, derechos humanos, identidad de género, orientación sexual y pertinencia cultural, por lo que el estigma y la discriminación asociado al VIH preexisten, sin que se prevengan o sancione.  La información sobre el curso de la epidemia en México no es confiable ya que no se cuenta con un sistema de información sectorial único y un modelo de registro aplicable por cada grupo poblacional que permita contar con datos actualizados de todo el sector salud. |
| **CENTRO NACIONAL DE VACUNACIÓN, INFANCIA Y ADOLESCENCIA**   * + Vacunación, infancia y adolescencia   + Atención a la Salud de la Adolescencia   + Atención a la salud | La política pública de salud, para otorgar protección específica a la población contra enfermedades prevenibles a través de la aplicación de vacunas se apoya en el Programa de Vacunación Universal (PVU). Este Programa contiene las acciones que deben llevarse a cabo en todas las Instituciones de Sistema Público Nacional de Salud del país para lograr la mitigación, el control, la eliminación o la erradicación de las enfermedades prevenibles por este procedimiento.  Los objetivos de la Vacunación Universal en el marco de los compromisos nacionales e internacionales son los siguientes:  • Alcanzar y mantener el 90% de cobertura de vacunación con el esquema completo de vacunación en los menores de un año, un año, cuatro y seis años de edad.  • Alcanzar y mantener el 95% de cobertura de vacunación para cada uno de los biológicos.  • Mantener la eliminación de la poliomielitis por virus silvestre en el país y contribuir a la erradicación mundial de este padecimiento.  • Prevenir brotes de poliomielitis por poliovirus derivado de la vacuna.  • Mantener la eliminación del tétanos neonatal, como problema de salud pública.  • Mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC).  • Mantener el control de la tos ferina, del tétanos no neonatal, parotiditis, difteria.  • Prevención de las formas graves de tuberculosis (tuberculosis meníngea y miliar).  • Prevenir la neumonía y meningitis por Haemophilus influenzae tipo b y por Streptococcus pneumoniae.  • Prevenir la gastroenteritis grave causada por rotavirus.  • Prevenir las complicaciones de las Infecciones Respiratorias Agudas por el virus de la Influenza.  • Reducir la incidencia de infección por el Virus del Papiloma Humano a través de la vacunación de niñas de 9 años que cursan el 5° grado de primaria o de 11 años si no están escolarizadas.  • Asegurar el manejo adecuado de biológicos e insumos del Programa  • Asegurar la detección, notificación, estudio y seguimientos oportunos de los Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación o Inmunización (ESAVI).  • Asegurar la disponibilidad continua de vacunas del Esquema Nacional de Vacunación mediante la adecuada programación y abasto.  • Apoyar con información técnico-científica para la introducción de biológicos de importancia en salud pública.  El principal objetivo del Programa de Vacunación Universal (PVU), es prevenir enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles por vacunación en la población, alcanzando y manteniendo coberturas de vacunación del 95% por biológico y 90% de cobertura de esquema completo de acuerdo al grupo de edad. Mantener la rectoría del estado mediante la generación de recomendaciones sólidas, transparentes y basadas en la evidencia científica, logrando así posicionar a la vacunación como un Derecho Universal con la corresponsabilidad de la población, garantizándola como un bien público.  **Atención a la salud en la infancia.**  En México, el Consejo Nacional de Población reportó para el cierre del año 2018 que en nuestro país existían 125 millones de mexicanas y mexicanos aproximadamente, de los cuales el 3.75% correspondía a menores de cinco años y el 4.4% a niñas y niños de 5 a 9 años de edad. Por ello, es importante mencionar que la infancia es un periodo crítico en la línea de vida, debido a la elevada mortalidad sobre todo en el primer año de vida. Es una etapa donde se puede incidir con políticas de salud pública que favorezcan el desarrollo saludable de las niñas y niños. Considerando su atribución, en concordancia con la visión de gobierno que define las prioridades del desarrollo integral, equitativo, incluyente, sustentable y sostenible para lograr el “bienestar general de la población”, el Programa de Salud de la infancia a través de las acciones en materia de nutrición, prevención de enfermedades, desarrollo infantil, prevención del maltrato, prevención de accidentes, mortalidad, supervisión y capacitación establece las directrices y líneas de acción generales para dar atención a la salud de la población menor de diez años.  Para preservar la salud de las niñas y niños se requiere realizar acciones de salud pública mediante intervenciones costo-efectivas de promoción y prevención de la salud, de atención a enfermedades y de rehabilitación; acciones que en conjunto contribuyan a mejorar las condiciones de salud de las niñas, niños y adolescentes.  Según datos del CONEVAL, en 2016 cuatro de cada diez mexicanas y mexicanos se encontraba en situación de pobreza, es decir, su ingreso era insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requieren para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias, tales como salud, educación, transporte, entre otras, y contaban con al menos una carencia social (alimentación, vivienda, servicios básicos, seguridad social, rezago educativo y salud).  **Atención a la salud en la adolescencia**  Entre los países miembros de la OCDE, México tiene la tasa de fecundidad adolescente más alta, en el año 2018 fue de 70.6 hijos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años, mostrando una reducción con respecto al año 2014, que fue de 77.0.  Asimismo, de acuerdo a cifras de CONAPO (2017), la Tasa de fecundidad en adolescentes de 12 a 14 años, fue de 3.5 nacimientos por cada 1000 mujeres de esa edad. El embarazo adolescente tiene efectos que repercuten sobre todo a la vida de las mujeres, tales como; rezago educativo, acceso desigual a oportunidades de empleo y desarrollo, mayor riesgo de sufrir violencia, además de enfrentar depresión, mayor inmadurez psicosocial y contar con menores herramientas de crianza.  El STCONAPRA refiere que, en México los accidentes viales son un importante problema de seguridad y salud pública al ser la primera causa de muerte en niños entre los 5 y 14 años y la segunda causa entre jóvenes de 15 a 29 años de edad.  La prevalencia de sobrepeso y obesidad en el grupo de edad de 5 a 11 años es de 32.8 % y para el grupo de edad de 12 a 19 años es de 36.3% (ENSANUT MC, 2016). Uno de los factores que más afecta a la población escolar y adolescente es el sedentarismo, ya que, tanto en mujeres como en hombres, predomina la inactividad física y el tiempo de estar frente a la pantalla  UNICEF calcula que 33 millones de los migrantes internacionales tienen menos de 20 años de edad, lo que representa 15 por ciento del total de la población migrante internacional. De éstos, aproximadamente 11 millones (33%) tiene entre 15 y 19 años; 9 millones (26%), entre 10 y 14 años; 7 millones (22%), entre 5 y 9 años, y 6 millones (18%), entre 0 y 4 años.  En cuanto a la Violencia, UNICEF reporta que entre 2010 y 2016 se registraron 9,067 defunciones por homicidio de niñas, niños y adolescentes. Del total, el 76% de las víctimas fueron niños y hombres adolescentes y el 24% niñas y mujeres adolescentes. El grupo de edad más vulnerable es el de adolescentes entre 12 y 17 años, ya que representa 78% del total de defunciones. El problema se agudiza en los hombres entre los 12 y 17 años.  De acuerdo a datos de Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) y Centros de Integración Juvenil (CIJ), en adolescentes hombres de 12 a17 años, el consumo de “cualquier droga alguna vez” aumentó entre 2011 y 2016 de 3.3% a 6.4%; de 2.9% a 6.2% para “cualquier droga” y de 2.4% a 5.3% para “mariguana”. Mientras que en adolescentes mujeres aumentó de 2.6% a 6.1% el consumo de “cualquier droga alguna vez”, de 1.9% a 5.8% el de “drogas ilegales” y de 1.3% a 4.8% el de “mariguana”. Así mismo, la media en la edad de inicio del consumo de drogas ha disminuido en el transcurso del tiempo (20.6% años en 2002, 18.8 en 2011 y 17.8 en 2016).  En cuanto al suicidio, este fenómeno se ha incrementado considerablemente en nuestro país afectando sobre todo a adolescentes y jóvenes. En el período 2000 a 2014, la tasa de suicidios en el grupo de 15 a 29 años, aumentó de 9.4 a 12.5 en hombres y de 2.0 a 3.5 en mujeres por cada 100,000 habitantes. En el año 2016, la tasa de suicidio en adolescentes de 15 a 19 años fue de 6.9 por cada 100,000 adolescentes, y de 2.0 en las edades de 10 a 14 años. Al desagregar por sexo tenemos que los hombres presentan una tasa de 9.4 en la edad de 15 a 19 años y una tasa de 1.9 en la edad de 10 a 14 años, mientras que en las mujeres se observa una tasa de 4.3 de los 15 a 19 años y de 2.1 en el grupo de 10 a 14 años. |
| **CENTRO NACIONAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA**   * + Acceso Universal a Sangre y Hemocomponentes Seguros   + Vigilancia por laboratorio | En México, la política de transfusión sanguínea tiene su fundamento normativo en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece, en su artículo 4°, que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”; en la Ley General de Salud, cuyo artículo 313, fracción III, menciona que compete a la Secretaría de Salud (SS) establecer y dirigir las políticas en salud en materia de donación y transfusión de sangre, componentes sanguíneos y células, para lo cual se apoyará en el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) y, en el artículo 340 de la Ley General de Salud, que señala que el control sanitario de la disposición de la sangre lo ejercerá la SS, por medio de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)”.  Es prioritario mejorar la calidad de los servicios de sangre y de los establecimientos que realizan disposición de células troncales, para lo cual, el Centro se plantea la gestión de la participación y el compromiso de todos los sectores, así como de establecer alianzas estratégicas en el nivel nacional e internacional, que propicien el intercambio científico, técnico y normativo.  Como se menciona en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024; la administración que inició el 1 de diciembre de 2018 encontró un sistema de salud pública insuficiente, ineficiente, depauperado y corroído por la corrupción. Millones de personas no tienen acceso a ninguna de las instituciones o modalidades de ese sistema o bien enfrentan padecimientos para los cuales no hay cobertura. El resultado: en un periodo en el que proliferaron clínicas y hospitales privados de todas las categorías y el estrechamiento presupuestal de entes públicos. En suma, el derecho a la salud le es denegado parcial o totalmente al sector más desprotegido de la población mexicana, por lo que este Plan de Acción plantea una transformación del actual Sistema Nacional de Sangre, apegándose a principios de ética, calidad, seguridad, autosuficiencia, acceso equitativo, inclusión, igualdad de oportunidades, con visión de cubrir las necesidades de la población más vulnerable y discriminada, siempre con enfoque de rechazo a la corrupción en todos los niveles.  En México existe suficiencia de sangre conforme al criterio de la OMS/OPS, sin embargo, no hay equidad en la distribución y la misma se concentra en zonas metropolitanas; en el periodo 2012-2018 solo se logró alcanzar el 4.1% de donaciones voluntarias y altruistas de sangre, las cuales se procesaron en más de 560 bancos de sangre, de los cuales solo 87 procesan más de 5,000 unidades por año, incrementando el riesgo de errores en el procesamiento y vulnerando la seguridad de la sangre. Al revertir el sistema actual de obtención de sangre por uno voluntario y altruista y regionalizando el procesamiento, se logra impactar en la salud de la población al incrementar la cohesión social, no discriminación e igualdad de género, propiciando un estilo de vida saludable que disminuye la transmisión de infecciones e impulsa una mayor cobertura en zonas de alta marginación y mayor índice de pobreza.  Actualmente no se cuentan con estadísticas que demuestren la cobertura de sangre para los pacientes que la requieran, por ello es fundamental el desarrollo de sistemas de información que permitan realizar dicha evaluación, así como el uso adecuado de la sangre y el fortalecimiento de la capacidad rectora del Centro Nacional y Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea, ejecutando programas de gestión de la calidad en la cadena transfusional e integrar el sistema nacional de biovigilancia, con miras a alcanzar una distribución equitativa e incidir de forma directa en la atención oportuna y apropiada en casos como hemorragia obstétrica y pacientes con altos requerimientos transfusionales mediante una territorialización efectiva favoreciendo a poblaciones en zonas de alto grado de marginación.  Actualmente el porcentaje de participación en esquemas de evaluación de calidad de los bancos de sangre es del 80% en promedio, por lo que el sistema nacional de sangre y el proceso de tamizaje para detectar agentes infecciosos transmitidos por transfusión requiere actualización de la normatividad, el fortalecimiento técnico y operativo del recurso humano, la adopción de innovaciones tecnológicas y el establecimiento de alianzas estratégicas con los diferentes sectores que intervienen en el Sistema Nacional de Salud. |

La concepción del los determinantes sociales de la salud abarca los determinantes estructurales, las causas de las causas y las condiciones de vida, que son motivo de gran parte de las inequidades en salud entre los diferentes grupos y sectores de la población. Se resume como el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud individual y poblacional. El abordaje de los determinantes sociales dentro del sector salud puede generar sistemas más integradores, accesibles y adaptados a comunidades que han sido desfavorecidas, dando mayor ámbito de acción a la atención primaria en salud y promoción de la salud[[1]](#footnote-1). Un elemento esencial para mejorar la salud pública e incorporar la equidad en todas las políticas nacionales es el aumento del trabajo intersectorial. Por ello el concepto de salud en todas las políticas se incorpora, ya que éste se centra en promover la salud y la equidad en salud por medio de una respuesta política integral, que incluya consideraciones relativas a la salud en todos los sectores y ámbitos de política. Para abordar los determinantes sociales en este marco, será necesario fortalecer la rectoría, la diplomacía para la salud y la gobernanza de la Secretaría de Salud como cabeza de sector[[2]](#footnote-2). Parte de estas necesidades se ven reflejadas en el cuadro anterior, donde cada componente de la nueva estructura identifica parte de los problemas en la rectoría y gobernanza en la formulación e implementación de las políticas públicas en salud que son del ámbito de competencia de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Derivado de esta reingeniería, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en conjunto con sus Unidades Administrativas y Órganos Desconcentrados adscritos, están realizando una serie de acciones, entre las cuales se incluye la modificación del programa presupuestario P018, con la finalidad de que se defina de forma clara y precisa la población objetivo, el problema público que éste pretende atender y que esté alineado al Plan Nacional de Desarrollo y al Plan Sectorial de Salud, así como a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, permitiendo el logro del objetivo principal que consiste en que el Sistema Nacional de Salud establezca el mecanismo para diseñar e implementar las políticas públicas con enfoque en determinantes sociales en materia de salud pública, que incidan en la disminución de la mortalidad y morbilidad por enfermedades prevenibles en la población mexicana.

**II. Identificación, definición y descripción del problema o necesidad.**

**Definición del problema.**

Derivado de la revisión realizada al Programa Presupuestario P018, el cual tenía como fin superior el “Establecer políticas públicas de prevención y promoción de la salud, para mejorar el bienestar de la población”, se detectaron deficiencias en el diseño, consistentes en; falta de identificación de la población objetivo, la identificación del problema público a atender, la finalidad del programa presupuestario, deficiencia en la construcción de indicadores; lo que originó que, las actividades realizadas con cargo a dicho programa presupuestario fueran enfocadas a la operación de Programas de Acción Específico a cargo de las Unidades Administrativas y Órganos Desconcentrados, en los cuales existía atención a diferentes poblaciones y problemáticas públicas, lo cual no era consistente con la modalidad “P”, del programa, ya que éste se debió orientar al diseño, desarrollo e instrumentación de políticas que contribuyan a reducir la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles, y no a otorgar subsidios a las entidades federativas, mediante la suscripción de Convenios Específicos, para llevar a cabo acciones de prevención y promoción de la salud, repercutiendo en las etapas de presupuestación y ocasionando la percepción de un ejercicio indebido e inadecuado destino de los recursos, la falta de vinculación del Pp P018 con los ejecutores del gasto, con el Plan Nacional de Desarrollo y los programas, falta de indicadores de desempeño con sus correspondientes metas anuales, falta de diferenciar los indicadores y metas de la dependencia o entidad de los indicadores y metas de sus unidades responsables, en contravención a lo establecido en el artículo 27, párrafo segundo, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Lo anterior, ocasionó que en las evaluaciones al programa presupuestario y en la revisión realizada por los órganos fiscalizadores, se tuvieran una visión de que los recursos de dicho programa se utilizaron forma de forma errática y discrecional; al no haberse enfocado en el establecimiento de políticas públicas de prevención y promoción de la salud, para mejorar el bienestar de la población.

Bajo este contexto, y derivado de la aplicación de la Metodología de Marco Lógico, se identificó que el problema público que el Programa Presupuestario P018 debe atender, el cual se señala a continuación:

***“El Sistema Nacional de Salud enfrenta deficiencias en el diseño e implementación de políticas públicas con enfoque en determinantes sociales en materia de salud pública.”***

Las instituciones que conforman en Sistema Nacional de Salud están desarticuladas y prestan sus servicios de salud y de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades a sus beneficiarios únicamente en función de su condición laboral y no en función de determinantes sociales que es el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud de las personas.

Esta fragmentación tanto jurídica como institucional genera una serie de deficiencias en la implementación y diseño de políticas públicas en materia de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, la cual genera:

a)Prestación de Servicios de baja calidad

b)Afectaciones a la salud de la población

c) Desarrollo de enfermedades prevenibles

d) Gastos catastróficos

e)Saturación de los servicios de salud

f))Disminución de la expectativa de vida

De acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) las políticas públicas son las intervenciones del gobierno sobre un tema de interés público que articula estrategias, acciones o un conjunto de programas presupuestarios de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal de manera concertada y coordinada por mandato de una disposición jurídica como los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo. Las políticas públicas en salud con enfoque en determinantes sociales, deben de promocionar la salud individual, pero también de la colectividad, del nivel organizacional (servicios que promuevan la salud y prevengan y controlen enfermedades), pero además las acciones macro sociales o estructurales que rodean al individuo como lo es el empleo, educación, agricultura, distribución de alimentos, protección del medio ambiente, entre otros, todos ellos orientados en favor de la salud.

La jerarquía de las políticas públicas brindan la pauta para reconocer el nivel del ordenamiento o instrumento jurídico. En nuestro país la Constitución Política Mexicana está por encima de cualquier otra legislación, en un segundo nivel los tratados internacionales, posteriormente las leyes generales como la Ley General de Salud que nos rige, Cabe hacer notar que la principal característica de las leyes generales, diferencia en relación con las leyes federales, es que para su cumplimiento intervienen los tres órdenes de gobierno: la federación, los estados y los municipios. En el siguiente nivel se encuentran las leyes federales, seguidas por las constituciones de los estados, las leyes estatales y las leyes municipales. La Ley General de Salud tiene que estar reformándose constantemente para actualizarla y hacerla consecuente con las necesidades reales del país. El poder Legislativo es el poder que elabora, que crea las leyes; el poder Ejecutivo es el que las promulga, las publica y las ejecuta; a continuación se anexa cuadro resumen de las principales políticas públicas que son ámbito de competencia de esta Subsecretaría. En la tabla siguiente se encuentran resumidos el número de ordenamientos generales que rigen los instrumentos de política que son las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), así como las acciones y estrategias de la política a través de los Programas de Acción Específico (PAE) para cada unidad de la Subsecretaría. Las NOM a cargo son aquellas que son responsabilidad de la Unidad de la Subsecretaría designada y que se les da el seguimiento de su cumplimiento, así como la actualización de las mismas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NÚMERO DE ORDENAMIENTOS GENERALES**  **(LEYES Y REGLAMENTOS)** | **NÚMERO DE INSTRUMENTOS DE POLÍTICA**  **Normas Oficiales Mexicanas (NOM)** | **ACCIONES Y ESTRATEGIAS DE POLÍTICA**  **PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO** | **UNIDADES DE LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA** |
| 8 Leyes Generales  2 Leyes Federales  2 Leyes específicas  2 Reglamentos | 2 NOM a cargo  3 NOM vinculadas | 1 | DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA |
| 4 Leyes Generales | 5 NOM a cargo  6 NOM vinculadas | 1 | CENTRO NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA |
| 3 Leyes Generales  8 Reglamentos | 3 NOM a cargo  24 NOM vinculadas | 1 | CENTRO NACIONAL DE VACUNACIÓN, INFANCIA Y ADOLESCENCIA |
| 5 Leyes Generales  13 Reglamentos | 1 NOM a cargo | 1 | CENTRO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EN SALUD |
| 2 Leyes Generales  1 Reglamento | 1 NOM a cargo  1 NOM vinculada | 1 | CENTRO NACIONAL DE EMERGENCIAS EN SALUD |
| 5 Leyes Generales  3 Leyes Federales  7 Reglamentos | 2 NOM a cargo  8 NOM vinculadas | 1 | COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES |
| 8 Leyes Generales  1 Ley Federal  9 Reglamentos | 8 NOM a cargo  19 NOM vinculadas | 1 | CENTRO NACIONAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES |
| 1 Ley General  1 Ley Federal  1 Reglamento | 2 NOM a cargo  1 NOM vinculada | 1 | CENTRO NACIONAL DE VIH, SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL |
| 9 Leyes Generales  2 Leyes Federales  3 Reglamentos | 2 NOM a cargo | 1 | CENTRO NACIONAL DE INTELIGENCIA EN SALUD |
| 1 Ley General  1 Ley Federal  1 Reglamento | 9 NOM a cargo  1 NOM vinculada | 1 | CENTRO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS |

En los anexos se enlista cada una de las Leyes, Reglamentos, NOM de acuerdo a la Unidad de la Subsecretaría en la cual se le da seguimiento puntual a su cumplimiento. (Ver Anexos)

Es así que se cuenta con este universo de trabajo de políticas públicas que son del ámbito de trabajo de la Subsecretaría, pero en el Sistema Nacional de Salud, no se cuenta con procedimientos para establecer los diagnósticos y evaluaciones para el diseño de políticas públicas que respondan a los problemas de salud debido a la transición epidemiológica como son las enfermedades que se presentan en la etapa del envejecimiento poblacional o por el cambio climático como son las epidemias por nuevos patógenos en el ambiente, o los desastres naturales , así como para la implementación de las políticas ya existentes pero con un enfoque en determinantes sociales, lo que conlleva al incremento en la mortalidad y morbilidad por enfermedades emergentes y prevenibles en la población mexicana ocasionando brechas por las diferencias individuales y poblacionales según sus condiciones sociales y económicas.

Debido, a la forma en que se diseñó del Pp P018 no ha sido posible medir correctamente la contribución a la reducción de la mortalidad y morbilidad de la población mexicana por enfermedades prevenibles y atención a las que surjan derivado de los cambios climáticos y la transición epidemiológica, mediante el diseño e implementación de políticas públicas con enfoque en determinantes sociales de la salud, ocasionando brechas e inequidades en la salud, lo que conlleva que no realicen acciones eficaces en materia de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades, que contribuyan a la disminución de la mortalidad y morbilidad en la población mexicana, al aumento de la expectativa de vida, a la disminución desarrollo de enfermedades, reducción de gastos catastróficos, a una adecuada referencia a los servicios de salud, disminución de conductas de riesgo y discapacidad en la población, por lo cual resulta necesario, modificar de forma sustancial el Pp P018, con la finalidad de que permita establecer los procedimientos y mecanismos de diagnóstico, evaluación de las políticas públicas creadas o diseñadas con cargo a dicho programa presupuestario para que, mediante el diseño e implementación de éstas, se incida en la disminución de la mortalidad y morbilidad por enfermedades prevenibles en la población mexicana.

Experiencias nacionales e internacionales

Es importante señalar que, toda vez que, en términos de los establecido en el artículo 7 de la Ley General de Salud, la coordinación del Sistema Nacional de Salud, está a cargo de la Secretaría de Salud, y que la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, de acuerdo con el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, es quien tiene la atribución para la implementación de políticas públicas en materia de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades, no se identifican a nivel nacional experiencia de atención a la problemática planteada, toda vez que la población objetivo es el Sistema Nacional de Salud. Pero para abordar los determinantes sociales en este marco, se debe fortalecer la rectoría, la diplomacía para la salud y la gobernanza de la Secretaría de Salud como cabeza de sector, acorde a los lineamientos de la OMS se ha definido que en este marco de actuación se encuentra el enfoque de Salud en Todas las Políticas que toma en cuenta, de manera sistemática, las implicaciones de las decisiones sobre la salud, busca sinergias, y evita impactos negativos sobre la salud, con el objetivo de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. Precisamente son los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud que extienden sus orígenes más allá del sector salud y de las políticas de salud. Por ello, es importante que el impacto sobre la salud sea tomado en consideración a través de sectores y a todos los niveles de gobernanza y con este enfoque se diseñen las políticas públicas en salud.

En este marco se pueden resumir diversas experiencias en América Latina, qué es lo más parecido a nuestro contexto, donde el enfoque en los determinantes sociales de la salud e intersectorialidad se traduce en la perspectiva de Salud en Todas las Políticas, algunos ejemplos a continuación:

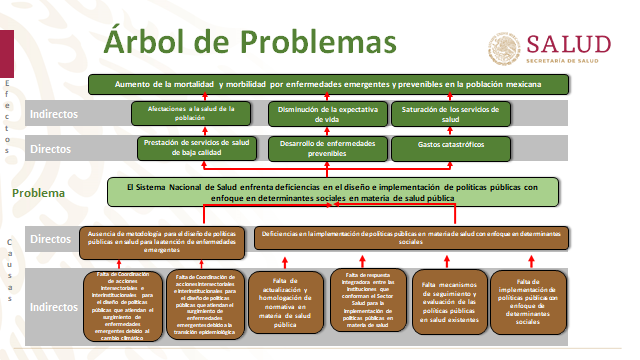
Tabla No. --- Experiencias internacionales/América Latina

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre/País** | **Resumen** |
| PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR/Ecuador | Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV) como una forma de actuar y planificar que permeó toda la estructura del Estado, integrando sectores (Salud, Educación, Trabajo e Inclusión social, entre otros) y creando oportunidades de participación ciudadana, desde lo nacional hasta lo local, con enfoque de derechos, con apoyo presidencial, legislativo, y con recursos propios. Un claro ejemplo de acción intersectorial para construir desarrollo sostenible. |
| COMISIÓN INTERSECTORIAL DE SALUD (CISALUD)/ El Salvador | Es un espacio de diálogo horizontal donde distintos sectores definen prioridades de salud, hacen recomendaciones y cada uno enfoca sus decisiones y recursos para desarrollar acciones que incidan en los Determinantes Sociales de la Salud y que promuevan la equidad en Salud. Nacida del seno presidencial, es una experiencia de acción intersectorial liderada por Salud. |
| MEDELLÍN CIUDAD SALUDABLE PARA LA VIDA/Colombia | En 2012 Medellín se propuso ser una ciudad saludable. Retomó los alcances y desarrollos de anteriores administraciones. Estudió su presente, de mano de la Universidad de Antioquia, valorando los desafíos y posibilidades del modelo saludable para la ciudad. Y empezó a construir articulando a su ciudadanía, sus organizaciones y el sector privado. Esto ha permitido que en los cuatro años recientes la ciudad haya invertido sus recursos y esfuerzos en mejorar los entornos en donde las personas pueden ganar o perder salud, actuando sobre determinantes principales como medio ambiente, empleo, educación, vivienda y pobreza. Desde entonces la Secretaría de Salud no sólo ejecuta los programas que tiene bajo su responsabilidad, también coordina y apoya toda la estructura generadora de salud de la ciudad. |
| ESTRATEGIA MUNICIPIOS, COMUNAS Y COMUNIDADES SALUDABLES/ Chile | En 2013 el Ministerio de Salud de Chile estudió las experiencias desarrolladas desde 1998 con los Planes Comunales de Promoción de la Salud. Luego de una juiciosa revisión de evidencia dieron origen a la Estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Los municipios que lideran diagnósticos participativos territoriales, construyen planes estratégicos a tres años y fortalecen las capacidades de sus habitantes para comprender e intervenir sobre su contexto. Esto permite buscar soluciones a problemas territoriales usando los recursos y capacidades locales, del inter sector y del nivel nacional. El diálogo local-comunitario-nacional es una de las fortalezas de la Estrategia, porque las políticas, las acciones y las decisiones no suben o bajan, dialogan entre sí. |

Fuente: Salud en Todas las Políticas en las Américas /Experiencias. Consultado el 20 julio 2020. <https://saludentodaslaspoliticas.org/>,

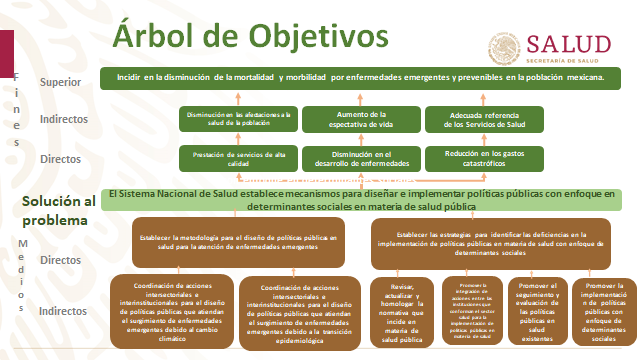
Salud en todas las políticas, consultado el 20 de julio 2020, <https://www.paho.org/es/temas/salud-todas-politicas>

**Árbol del problema.**

****

**III.- Objetivos.**

**Árbol de objetivos**

****

**Determinación de los objetivos del programa.**

Los objetivos que se plantean en la modificación sustancial del PP P018, son:

**Objetivo a nivel de Fin en la MIR**

Incidir en la disminución de la mortalidad y morbilidad por enfermedades emergentes y prevenibles en la población mexicana.

**Objetivo General del Programa**

Que el Sistema Nacional de Salud establezca mecanismos para diseñar e implementar políticas públicas con enfoque en determinantes sociales en materia de salud pública

**Objetivos Específicos**

* Establecer la metodología para el diseño de políticas públicas en salud para la atención de enfermedades emergentes.
* Establecer las estrategias para identificar y corregir las deficiencias en la implementación de políticas públicas con enfoque en determinantes sociales en materia de salud pública.

**Aportación del programa a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y de la institución.**

De conformidad con los objetivos identificados, mediante la aplicación del Marco Metodológico al Pp P018, se alineó al PND 2019-2024, conforme a lo siguiente:

El PND 2019-2024, presenta una propuesta para la transformación de la vida pública de México para el bienestar de su población. Para lograr esta transformación, los objetivos y las estrategias que se plantean en este documento están encaminadas a atender las principales causas de fondo que han impedido el desarrollo nacional.

El PND 2019-2024 propone una nueva política de desarrollo que estará regida por doce principios rectores, dentro de los cuales se encuentra “No dejar, a nadie atrás, no dejar a nadie fuera”, por lo cual en la siguiente tabla se muestra la vinculación de los objetivos del PND, Desarrollo Sostenible 2030 y del PROSESA, a los cuales el Pp P018 contribuye a su consecución:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P018 Política Pública en Materia de Salud Pública** | | | | | | |
| **OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2030** | | **PND 2019-2024** | | | **PROSESA**  **2020-2024** | |
| Objetivo | Meta | Principio Rector | Objetivo General | Objetivo Específico | Objetivos Prioritarios | Estrategias Prioritarias |
| 3. Salud y bienestar | 3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial | No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera | I Política y Gobierno | ii. Garantizar empleo, educación, salud y bienestar | 4.-Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural. | 4.1 Fortalecer la vigilancia sanitaria con base en la investigación científica y articulación del SNS para anticipar acciones y estrategias que correspondan a las necesidades y requerimientos desde una perspectiva territorial, epidemiológica y sensible a las condiciones críticas o de emergencia.  4.3 Promover ambientes sanos y sustentables para propiciar condiciones en el entorno que favorezca la protección y el disfrute pleno de la salud en la población.  4.4 Fortalecer la promoción e investigación sobre hábitos y estilos de vida saludable bajo un enfoque diferenciado, con pertinencia cultural y perspectiva de derechos para disminuir padecimientos prevenibles y procurar el disfrute pleno de la salud en la población.  4.5 Implementar programas para la prevención y control del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para evitar su propagación o en su caso, propiciar su atención oportuna bajo un enfoque diferenciado con pertinencia cultural y perspectiva de derechos. |
| II. Política Social | Salud para toda la población | 5.- Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población. | 5.1 Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad en servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las ENT para reducir su incidencia en la población, especialmente en los grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad.  5.2 Garantizar a hombres y mujeres, con especial énfasis en adolescentes y jóvenes, la atención a la salud relacionada con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la planificación familiar, para propiciar en la población una sexualidad saludable, elegida y libre de violencia.  5.3 Garantizar el acceso a los servicios de salud mental, apoyo psicológico bajo un enfoque integral y diferenciado para atender los trastornos mentales y problemas relacionados con adicciones especialmente a grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad.  5.4 Mejorar los servicios de salud y asistencia social para procurar el desarrollo bajo un enfoque integral y diferenciado de niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos e igualdad de género.  5.5 Fortalecer los servicios de salud y asistencia social brindados a mujeres para promover el goce pleno de la salud durante todo el ciclo de vida, bajo un enfoque integral y diferenciado, con perspectiva de género y pertinencia cultural. |

**Contribución a los objetivos de la dependencia**

De conformidad con lo establecido en el artículo 39 de la Ley Órganica de la Administración Pública Federal a la Secretaría de Salud, le corresponde, entre otros, “Elaborar y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos, servicios médicos gratuitos universales y salubridad general, …”, en este sentido el Programa Presupuestarios P018 contribuye a la consecución de los asuntos encomendados a la Secretaría de Salud, toda vez que este tiene como fin el diseño e implementación de políticas públicas en materia de salud, con enfoque en determinantes sociales.

Así mismo, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, establece en la fracción I su artículo 10 que, corresponde a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, “Proponer al Secretario las políticas en las materias de prevención y promoción de la salud, de control de enfermedades, de salud mental y de discapacidad, así como establecer las estrategias de ejecución, la coordinación, la dirección, la supervisión y la evaluación de aquellas políticas aprobadas por el Secretario;”, por lo que con el PP P018 se da cumplimiento a la atribución encomendada a esta Subsecretaría.

**IV. Cobertura**

**Definición de la población o área de enfoque objetivo**

Sistema Nacional de Salud

**Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo**

El programa presupuestario P018 tiene como área de enfoque objetivo a los 40,016 Establecimientos de Salud que al mes de mayo de 2020, cuentan con una Clave asignada por la Secretaria de Salud (CLUES) [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s\_clues.htm**l**](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_clues.html)

**Estimación de la población a atender en el primer año de operación**

Sistema Nacional de Salud

**Descripción del problema por afectaciones diferenciadas en determinados grupos poblacionales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Grupo poblacional*** | ***Características*** | ***Grupo de Referencia*** |
| **Sistema Nacional de Salud** | **Está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.** | **Dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado.** |

Fuente de información utilizada para la estimación de la población:

<http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_clues.html>

**Análisis y alternativas**

Las alternativas para solucionar el problema público planteado a través del Pp son las siguientes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alternativa** | **Factibilidad** | **Capacidad institucional** | **Limitaciones** |
| Capacitación del personal directivo responsable de la formulación de las políticas públicas en salud. | Es muy factible que se pueda realizar, | Se cuenta con la capacidad institucional de realizar la capacitación, pero no garantiza su implementación | Si únicamente esta acción no nos asegura que se implemente el enfoque de determinantes sociales en salud en la formulación de las políticas públicas |
| Implementar un área específica que se encargue de la formulación de las políticas públicas con enfoque en determinantes sociales en salud para toda la Subsecretaría | Medianamente factible porque implicaría la constitución de al menos una Dirección General en el organigrama | La creación de una nueva Dirección General no es factible con las nuevas reglas de austeridad de la presenta administración | Que solo un área se encargue de la formulación de las políticas públicas, no garantiza que se identifique todas las necesidades que tiene cada componente de la nueva estructura y el conocimiento y experiencia de los mismos. Estaría limitada su visión y necesidades específicas. |
| Modificación de forma sustancial el Pp P018, con la finalidad de que permita establecer los procedimientos y mecanismos de diagnóstico, evaluación de las políticas públicas creadas o diseñadas con enfoque en determinantes sociales | Es muy factible por el proceso de reingeniería que se lleva en la Secretaría de Salud en la presente administración | Se cuenta con la capacidad institucional para que los Directivos tomadores de decisión incorporen competencias para la formulación de políticas públicas en salud con este enfoque y asegurar que las políticas que emanen de cada una de las estructuras de la Subsecretaría lo realicen | Se logrará a mediano y largo plazo, porque depende no solamente de procesos de capacitación, sino del mismo proceso de creación, formulación y adecuación de las políticas públicas. |

Las referidas alternativas permitirán establecer la metodología para el diseño de políticas públicas en salud para la atención de enfermedades emergente , así como establecer las estrategias para identificar las deficiencias en la implementación de políticas públicas en materia de salud ya existentes con enfoque de determinantes sociales, lo que contribuirá a lograr que el Sistema Nacional de Salud cuente con mecanismos para diseñar e implementar las políticas públicas con enfoque en determinantes sociales en materia de salud pública, teniendo en cuenta que los riesgos que pudieran obstaculizar el eficaz y eficiente diseño e implementación de las políticas públicas es la voluntad de los actores políticos que, normativamente, tienen atribuciones para ello.

**VI. Diseño del programa con cambios sustanciales**

**Modalidad del programa.**

La modalidad del programa presupuestario será “P”, toda vez que los servicios que generará dicho programa presupuestario será el diseño e implementación de políticas públicas con enfoque en determinantes sociales en materia de salud púbica.

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, UR 300, como unidad responsable para su operación, cuenta, de conformidad con la fracción I del artículo 10 del Reglamento interior de la Secretaría de Salud, con la atribución de “Proponer al Secretario las políticas en las materias de prevención y promoción de la salud, de control de enfermedades, de salud mental y de discapacidad, así como establecer las estrategias de ejecución, la coordinación, la dirección, la supervisión y la evaluación de aquellas políticas aprobadas por el Secretario”.

**6.2 Diseño del programa.**

**Ramo:** 12, Secretaría de Salud

**Modalidad del Programa:** “P” “Planeación, seguimiento y evaluación de políticas públicas"

**Denominación del programa:**“Política Pública en Materia de Salud Pública”.

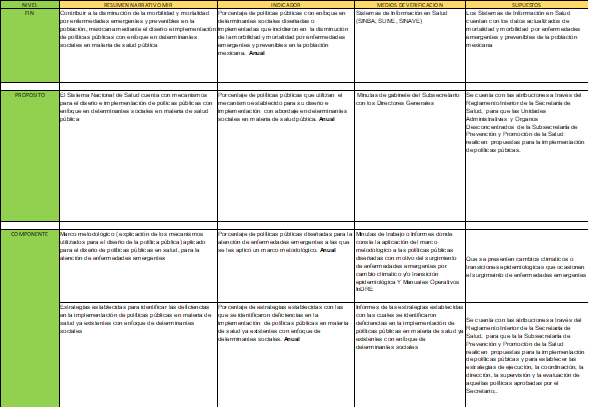
**Unidad Responsable**: UR 300. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

**Funciones de cada UR respecto al programa propuesto o con cambios sustanciales:** Diseño e implementación de políticas públicas con enfoque en determinantes sociales en materia de salud pública.

**Apoyos Monetarios:** El programa presupuestario será para el diseño e implementación de política pública, por lo cual no otorgará apoyos monetarios.

**Padrón de Beneficiarios:** Al considerarse la población objetivo al Sistema Nacional de Salud, el programa presupuestario no contará con padrón de beneficiarios.

**6.3 Matriz de Indicadores de Resultado**

****

****

**VII. Análisis de similitudes o complementariedades**

No se identificó, dentro de los programas vigentes de la Administración Pública Federal, alguno que cuente con objetivos, población o área de enfoque objetivo similares al programa con cambios sustanciales propuesto, toda vez que, de acuerdo al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la atribución para el diseño e implementación de políticas públicas en materia de prevención y control de enfermedades corresponden a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. NO ENCONTRAMOS LA INFORMACIÓN PARA IDENTIFICAR SIMILITUDES O COMPLEMENTARIEDADES, POR LO QUE UED DE LA SHCP SOLICITA SE LLENE EL SIGUEINTE FORMATO.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Programa | Dependencias / entidad | Propósito | Población o área de enfoque objetivo | Cobertura Geográfica | ¿Este programa presentaría riesgos de similitud con el programa propuesto? | ¿Este programa se complementaría con el programa propuesto? | Explicación |
| Evaluación del Desempeño | Secretaría de Salud SIDSS, Dirección General de Evaluación del Desempeño | Determinar en conjunto con CONEVAL y SHCP, las políticas públicas que se evaluarán son en relación a su propio desempeño que fue estipulado en el documento, /evaluación puede ser de diseño, resultados o impacto) | Programas de salud de la Secretaría de Salud | Los programas de salud que implementa la Secretaría de Salud | No presenta riesgos de similitud, ya que evalúa y selecciona a un número determinado de programas cada año, y puede ser de diseño, proceso o resultado | Si nos complementaríamos ya que se tendría una evaluación externa (aunque dentro de la misma institución) pero lo llevarían a cabo en otra Subsecretaría, disminuyendo el sesgo |  |
| Programa de evaluación de los programas presupuestarios y políticas públicas de la administración pública federal | CONEVAL | Evaluación de políticas públicas sociales de toda la Adiministración Pública Federal | Programas presupuestarios y políticas públicas de la administración federal | Los programas que se generan como parte de la política social de la Administración Pública Federal | No presenta riesgos de similitud, ya que estaremos implementando un marco metodológico para el ciclo de las políticas públicas | Nos complementaría las evaluaciones externas que se realizan para disminuir el sesgo y tener resultados más objetivos |  |

**VIII. Presupuesto**

La información correspondiente respecto al monto estimado por capítulo de gasto para la operación del Programa Presupuestario P018 y la fuente de financiamiento, es la siguiente:

**Recursos presupuestarios requeridos para el primer año de operación**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Capítulo*** | ***Monto en pesos corrientes*** |
| 1000 servicios personales | $ 211’568,070.78 |
| 2000 materiales y suministros | $ 116’989,785.56 |
| 3000 servicios generales | $ 177’438,946.14 |
| 4000 transferencia, asignaciones, subsidios y ayudas | $ 0.00 |
| 5000 bienes muebles, inmuebles e intangibles | $ 0.00 |
| 6000 inversión pública | $ 0.00 |
| 7000 inversiones financieras y otras provisiones | $ 0.00 |
| 8000 participaciones y aportaciones | $ 0.00 |
| 9000 deuda pública | $ 0.00 |
| ***Total*** | ***$ 505’996,802.48*** |

**Fuente u origen de los recursos**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Fuente de Recursos*** | ***Porcentaje respecto al presupuesto estimado*** |
| **Recursos Fiscales** | 100.0 |
| **Otros recursos (especificar fuente (s))** | 0 |
| **Total** | 100.0 |

1. Urbina Fuentes M, González Block M.A., La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Instituto Nacional de Salud Pública y La Academia Nacional de Medicina, Primera edición México 2012 [↑](#footnote-ref-1)
2. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivo de Desarrollo Sostenible 2019 – 2030 (documento CD57/10). [↑](#footnote-ref-2)