México Incluyente

2. MÉXICO INCLUYENTE

Introducción

La política de desarrollo social es el principal instrumento del Estado mexicano para promover la inclusión y el bienestar entre los grupos más vulnerables de la población. En las políticas públicas de este ámbito participan todas las dependencias federales, así como los gobiernos estatales y municipales, empresas privadas y organizaciones de la sociedad civil.

Con base en lo dispuesto por el Plan Nacional de Desarrollo y el programa sectorial correspondiente, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y las entidades que conforman el sector social han enfocado sus esfuerzos a lo largo de estos cuatro años, a abatir las carencias sociales -rezago educativo, carencia por acceso a salud, seguridad social, calidad y espacios en la vivienda, servicios en la vivienda y alimentación- en todo el país, y han contribuido a generar condiciones propicias para la estabilidad de precios con el fin de proteger el ingreso de las familias mexicanas.

En este año, se puso en marcha la Estrategia Nacional de Inclusión, que refuerza las acciones realizadas con anterioridad y cuenta con metas claras y plazos definidos. Para asegurar el éxito de la estrategia, se suscribieron convenios de colaboración con los gobiernos de las 32 entidades federativas y se trabaja de manera coordinada con el propósito de compartir padrones y sistemas de información, para identificar las carencias de la población inscrita en diversos programas y acercarla a las instancias de apoyo.

Un rasgo central de la Estrategia Nacional de Inclusión es que incorpora al sector privado y a las organizaciones de la sociedad civil a las tareas de abatimiento de la pobreza, y procura sumar el mayor número posible de empresas e instituciones no gubernamentales al propósito de promover el desarrollo y el bienestar social.

Esta nueva etapa de la política social considera el relanzamiento y fortalecimiento de la Cruzada Nacional contra el Hambre, como una estrategia integral y participativa para solucionar estructuralmente y de manera permanente, esta lacerante situación que se vive todavía en México. Como resultado del conjunto de acciones realizadas en el año, se han alcanzado avances significativos en el combate a las carencias sociales:

- Durante el primer semestre de 2016, un millón de mexicanos superaron la condición de rezago educativo.
- En los primeros seis meses del año, 4.1 millones de beneficiarios de PROSPERA Programa de Inclusión Social y del Programa Pensión para Adultos Mayores se afiliaron al Seguro Popular, en tanto que, a través de la estrategia Seguro Joven, además, de enero a agosto, 6.6 millones de estudiantes de educación media superior y superior se afiliaron al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Esto es, al menos 10.7 millones de personas superaron la carencia por acceso a la salud.
- La canasta alimentaria ha registrado tasas de inflación decrecientes. La inflación acumulada de diciembre de 2014 a junio de 2016 asciende a 2.45%, en tanto que la canasta no alimentaria tuvo un incremento de 1.1 por ciento.

El fin último de la Estrategia Nacional de Inclusión es lograr que los derechos sociales establecidos en la Constitución puedan ejercerse a cabalidad en todo el país, y que su ejercicio sea la base para el mejoramiento de las condiciones de vida de los mexicanos que más lo necesitan.

2.1 Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población

En los últimos cuatro años, México ha mostrado un avance sin precedentes en la coordinación interinstitucional para incrementar el acceso a los derechos sociales garantizados en la Constitución. El primer paso, fue conceptualizar de manera distinta la problemática multidimensional de la pobreza, dejando de medirla con base en un ingreso mínimo. Considerar el bienestar social en torno al ejercicio de derechos, lleva a entender a la pobreza como la falta de posibilidades reales que tienen las personas para desarrollarse plenamente.

En segundo lugar, se generaron los instrumentos para identificar, atender y evaluar el cumplimiento del Estado en el propósito de garantizar el acceso efectivo a derechos básicos. Actualmente, se sabe cuántas son y donde están las personas que carecen de acceso a alimentación, a vivienda, a salud, a educación y a seguridad social. A través de la Estrategia Nacional de Inclusión se han diseñado estrategias que identifican la población objetivo, se han focalizado acciones gubernamentales y se han alineado los esfuerzos de los distintos órdenes de gobierno.

La política social también fomenta la realización de proyectos productivos entre los beneficiarios de los programas sociales, para permitirles generar ingresos propios y, eliminar así el asistencialismo.

2.1.1 Asegurar una alimentación y nutrición adecuada de los mexicanos, en particular para aquellos en extrema pobreza o con carencia alimentaria severa

Para **combatir la carencia alimentaria de la población a través de políticas públicas coordinadas y concurrentes**, priorizando la atención de las familias en extrema pobreza, se realizaron las siguientes acciones:

- Los programas de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria, a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, entre septiembre de 2015 y agosto de 2016, obtuvieron los siguientes resultados:

Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria 2013-2016[1/]

- De enero de 2013 a agosto de 2016, los programas de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria han promovido una alimentación adecuada de la población en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, para incidir en la mejoría de su calidad de vida.
  - El Programa Desayunos Escolares abasteció 3,469 millones de desayunos diarios, que beneficiaron a 5.5 millones de niñas y niños, en promedio al día.
  - El Programa Atención a Menores de Cinco Años en Riesgo no Escolarizados distribuyó 316 millones de raciones alimentarias para beneficiar cada año a un promedio de 432 mil niñas y niños.
  - El Programa Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo repartió 5.2 millones de despensas, para beneficio de un promedio de 237 mil familias cada año.
  - El Programa Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables otorgó 30 millones de despensas que auxiliaron a 921 mil personas en promedio, cada año.

[1/] Se reportan promedios de beneficiarios, ya que no pueden sumarse los beneficiarios de cada año al existir la posibilidad de que, un mismo beneficiario sea apoyado en más de un año.

- El Programa Desayunos Escolares distribuyó 907,452,236 desayunos diarios, en beneficio de 5,595,662 niñas y niños, en promedio al día, en 2,293 municipios. El número de niñas y niños atendidos fue mayor en 1.4% a los 5,519,902 registrados en el año previo.
- El Programa Atención a Menores de Cinco Años en Riesgo no Escolarizados abasteció 79,957,477 raciones alimentarias a 411,565 niñas y niños, en 1,692 municipios.
- El Programa Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo otorgó 1,310,799 despensas a 158,432 familias en 337 municipios. La cantidad de despensas superó en 81.4% a las 722,729 distribuidas el periodo anterior.
- El Programa Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables repartió 5,745,431 despensas en beneficio de 910,729 personas en 2,015 municipios.

Acciones y resultados de la Cruzada Nacional contra el Hambre en materia alimentaria

- A junio de 2016, existen 12,987 comedores comunitarios en operación que benefician a 1,119,000 personas: 5,149 de SEDESOL, 7,619 del DIF y 219 del Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL).
- El Programa de Abasto Rural al mes de junio de 2016, atendió a 22,086 localidades a través de 24,289 tiendas fijas, y a 2,858 localidades con unidades móviles.
- Dentro de la estrategia de autoconsumo, al mes de junio de 2016, se cuenta con 12,722 huertos familiares: 10,829 de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), 248 de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) y 1,645 del INDESOL.
- El Programa Pensión para Adultos Mayores, a junio de 2016, benefició a 3.8 millones de personas, es decir, más de 500 mil adultos mayores que al cierre de 2013.
- Con las estancias afiliadas al Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, entre enero de 2013 y julio de 2016, se atendió a 741,847 niñas y niños que recibieron tres alimentos al día (dos comidas calientes y una colación).
- Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, el Componente de Salud de PROSPERA Programa de Inclusión Social proporcionó suplementos alimenticios a 973,721 niñas y niños de entre seis y 59 meses de edad, así como a 206,796 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
- De septiembre de 2015 a junio de 2016, el programa IMSS-PROSPERA distribuyó 1,879,798 tratamientos de suplemento alimenticio a 383,282 niñas y niños de seis a 59 meses de edad, 2% más, que la población beneficiada el periodo anterior; y 387,870 tratamientos a 80,754 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, 3% más respecto del periodo previo.
- De enero de 2013 a diciembre de 2015, a través del Programa de Desarrollo Comunitario "Comunidad DIFerente", se apoyaron 7,619 espacios alimentarios (cocinas, desayunadores o comedores escolares o comunitarios), que mejoraron la situación de 685,645 personas. Asimismo, al mes de agosto de 2016, fueron aprobados 32 proyectos para apoyar a 1,883 espacios alimentarios en beneficio de 193,243 personas.

- Desde el inicio de esta administración, se puso en marcha la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNcH), que es una estrategia de inclusión y bienestar social, que conjunta esfuerzos a nivel federal, estatal y

municipal, así como de los sectores social y privado, con el objetivo de resolver el grave problema del hambre.

- En una primera etapa, la CNcH enfocó sus acciones en un total de 400 municipios que concentran cerca de la mitad de la población en pobreza extrema de alimentación, en los que ahora más de tres millones de personas comen mejor. A partir de 2014, la cobertura de la Cruzada se amplió a un total de 1,012 municipios, es decir, 612 adicionales con objeto de alcanzar a 78.4% de la población objetivo con lo que se mejoró las condiciones de vida de 4.2 millones de personas, con al menos uno de los programas que la integran en materia de alimentación, salud, educación, mejoramiento de vivienda y servicios básicos.

- Para el año de 2016, se definió como población potencial a la identificada en situación de pobreza extrema con carencia alimentaria en el Sistema de Focalización del Desarrollo (SIFODE) de la SEDESOL. Esta población la componen 6.1 millones de mexicanos que radican en los 2,457 municipios del país. El seguimiento será por persona, familia y comunidad identificada en el SIFODE, lo que constituye una forma muy precisa de identificar las acciones para la atención focalizada de la población objetivo de la Cruzada.

- Mediante el Programa Desarrollo Comunitario "Comunidad DIFerente":

  - De enero de 2013 a diciembre de 2015, se impulsaron 2,690 grupos de desarrollo[1/] y se capacitó a 30,950 integrantes de estos grupos en 2,631 localidades de alta y muy alta marginación, de 796 municipios del país.

  - Durante 2015, se impulsó la creación de 1,355 grupos de desarrollo y se capacitó a 18,137 integrantes de estos grupos en 1,332 localidades de alta y muy alta marginación, de 514 municipios. Además, se concretaron 4,442 proyectos comunitarios y se benefició con diversos insumos a 324 grupos de desarrollo conformados por 6,513 integrantes para fortalecer e implementar proyectos productivos como granjas de traspatio, huertos familiares y comunitarios, panaderías, carpinterías, talleres de elaboración de conservas de alimentos, costura, corte y confección, entre otros.

- A través del Proyecto Estratégico de Seguridad Alimentaria que desarrollan la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la SAGARPA, se coadyuva a la reducción de la pobreza alimentaria de manera productiva en zonas rurales de alta marginación. Al mes de junio de 2016, mediante una inversión de 2,675.1 millones de pesos, se atendieron 158,520 familias con microproyectos de producción de alimentos de traspatio como huevo, carne de ave, hortalizas, frutales y maíz para autoconsumo, en 8,594 localidades ubicadas en 924 municipios de la CNcH.

Con el fin de **propiciar un ingreso mínimo necesario para que las familias tengan acceso a suficientes alimentos**.

- Al mes de julio de 2016, PROSPERA Programa de Inclusión Social alcanzó una cobertura de atención bajo el esquema de apoyos con corresponsabilidad de 6.1 millones de familias, equivalentes a 20% de los 30.6 millones de familias registradas en el país, distribuidas en 112,494 localidades de 2,440 municipios y 16 delegaciones de las 32 entidades federativas.

  - Por su lugar de residencia, a julio de 2016, 57% de las familias beneficiarias se localiza en zonas rurales, 19% en semiurbanas y 24% en urbanas. Asimismo, 1.5 millones de familias beneficiadas habitan en localidades indígenas. El apoyo monetario mensual promedio recibido por las familias beneficiarias fue de 920 pesos (los apoyos mensuales vigentes en 2016 son de 335 pesos el Alimentario, 140 pesos el Alimentario complementario, 120 pesos el Infantil y 370 pesos el de Adultos Mayores).

  - Por otro lado, bajo el esquema de apoyos sin corresponsabilidad[2/], PROSPERA lleva a cabo acciones para mejorar la alimentación y nutrición de las familias en condición de pobreza que no son atendidas a través del esquema de apoyos con corresponsabilidad del programa.

    - Al mes de julio de 2016, se alcanzó una cobertura de 714,428 familias en 31,432 localidades de 1,778 municipios y delegaciones de las 32 entidades federativas.

[1/] Esta estrategia promueve el desarrollo de planes estratégicos comunitarios con una visión integral de desarrollo local sustentable, en los que se definen acciones en los ejes de alimentación, fortalecimiento de la economía familiar y comunitaria, educación, salud y mejoramiento de la vivienda y de la comunidad. Todo esto propicia la articulación y orientación de la acción comunitaria.

[2/] Como resultado de la reingeniería del gasto público para el ejercicio presupuestario 2016, PROSPERA incorporó la entrega de apoyos monetarios dentro de la vertiente de Apoyo Alimentario, antes Programa de Apoyo Alimentario.

- A julio de 2016, el monto mensual transferido a cada familia beneficiaria fue en promedio de 637 pesos, que supera en 2.6% en términos reales[1/] a los 608 pesos mensuales proporcionados en promedio a cada familia en 2015.
- A través del apoyo Sin Hambre[2/], al mes de julio de 2016 se atendió a 578,705 familias.
- De enero de 2013 a julio de 2016, considerando los dos tipos de apoyo actuales -con corresponsabilidad y sin corresponsabilidad-, se han incorporado al programa más de 2.03 millones de familias.

Se realizan diversas acciones con el fin de **facilitar el acceso a alimentos básicos a un precio adecuado**.

- El Programa de Abasto Social de Leche (PASL) distribuye leche fortificada de calidad a bajo precio, con el fin de mejorar la nutrición y la alimentación de las personas beneficiarias cuyo ingreso se encuentra por debajo de la línea de bienestar[3/].

Respaldo a la población mediante la distribución de leche Liconsa a precio subsidiado

- A partir del 24 de julio de 2015, el precio del litro de la leche fortificada que distribuye Liconsa es de 5.50 pesos, con excepción de los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, en los que se mantuvo en 4.50 pesos. A nivel nacional, al mes de junio de 2016, los beneficiarios del programa obtuvieron un ahorro[1/] de 10.12 pesos por litro adquirido, con excepción de los estados señalados en los que el ahorro fue de 11.12 pesos.
- A partir de mayo y hasta diciembre de 2016, en 150 municipios que presentan nivel de desarrollo humano bajo de los estados de Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán, se estableció como precio de venta el de un peso por litro de leche con el objeto de apoyar a las familias beneficiarias para incrementar su consumo.

1/ El ahorro se determina considerando el diferencial del precio de la leche de marca comercial equivalente a la de abasto social, respecto al precio de la leche Liconsa.

- Al cierre de julio de 2016, el programa apoyó a 6,361,454 personas, pertenecientes a 3,319,766 hogares, asentados en 6,432 localidades de 1,950 municipios y delegaciones de todo el país. El padrón del PASL se incrementó en 411,202 beneficiarios, que representan 6.9%, con relación a los registrados a diciembre de 2012.
- Entre enero y julio, se distribuyeron 554,393,404 litros de leche, a través de 11,194 puntos de atención.

- De enero a julio de 2016, el Programa de Adquisición de Leche Nacional compró 469.9 millones de litros de leche fresca y en polvo a 11,124 productores lácteos. Entre enero de 2013 y julio de 2016, se han comprado 2,811 millones de litros de leche.
- Al mes de junio de 2016, el Programa de Abasto Rural (PAR) a través de su sistema de tiendas, ofreció 23 productos que componen la canasta básica Diconsa a precios bajos en 24,713 localidades, con una población de 50.9 millones de potenciales beneficiarios. En estas localidades se cuenta con 26,947 tiendas comunitarias, de las que 24,140 ofrecen servicios adicionales como telefonía, servicio postal y venta de leche.
  - La infraestructura del PAR consta de 30 almacenes centrales, 271 rurales, tres graneleros y cinco para atender programas especiales, así como de una flota vehicular de 4,119 unidades que incluye 293 tiendas móviles.
  - La población beneficiada en las localidades donde operó una tienda Diconsa, tuvo un margen de ahorro transferido vía precios de 22.8%, equivalente a 1,739 millones de pesos, que supera en 7.8 puntos porcentuales, la meta de 15 por ciento.
  - Diconsa aplica a las familias beneficiarias de la Tarjeta Sin Hambre una aportación de 16.47% en los productos que adquieren, lo que significa un apoyo adicional de 110 pesos mensuales.
  - En 2014, Diconsa inició la instalación de una red de 11 almacenes graneleros con la finalidad de acopiar y resguardar maíz y frijol, para garantizar el abasto y la seguridad alimentaria. Al mes de junio de 2016, se han instalado dos en Chiapas y el estado de México, que en conjunto abastecen a 2,421 tiendas comunitarias (1,220 en Chiapas y 1,201 en el estado de México).

Es fundamental **incorporar componentes de carácter productivo a las acciones y programas sociales, con objeto de mejorar los ingresos de los mexicanos, proveerles empleo y garantizar el acceso a los alimentos indispensables** para el ejercicio de sus derechos.

1/ La variación porcentual anual en términos reales se calculó utilizando el deflactor 1.0215, obtenido de la serie del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

2/ En esta modalidad de operación, PROSPERA realiza una transferencia económica a través de la Tarjeta Sin Hambre, para que la población beneficiaria pueda adquirir los productos alimenticios exclusivamente en tiendas Diconsa.

3/ La línea de bienestar está constituida por el valor monetario de una canasta de alimentos, bienes y servicios básicos.

Acciones y resultados de la Cruzada Nacional contra el Hambre para mejorar las opciones de empleo e ingreso

- El Programa de Empleo Temporal a cargo de SEDESOL, entre septiembre de 2015 y junio de 2016, benefició a 83,725 personas de 16 años o más con el pago de 2,895,030 jornales. De enero de 2013 a junio de 2016, el Programa de Empleo Temporal realizó 22,737 proyectos en municipios de la Cruzada, en beneficio de 1,656,734 personas de 16 años o más, que vieron afectado su patrimonio o disminuido temporalmente su ingreso, con el pago de 54,129,935 jornales.
- El Programa de Opciones Productivas (a partir de 2016 denominado Fomento a la Economía Social), de septiembre a diciembre de 2015 apoyó 1,260 proyectos en la modalidad de Impulso Productivo en 349 municipios, para beneficio de 6,238 personas. De enero a julio de 2016, se apoyó en la modalidad de Impulso Productivo a 555 proyectos en 258 municipios.
- De septiembre de 2015 a junio de 2016, el Programa de Coinversión Social (PCS) benefició a 178,438 personas mediante el apoyo de 254 proyectos. Entre enero de 2013 y junio de 2016, el PCS apoyó a 1,670,943 personas con 5,058 proyectos en coinversión con organizaciones de la sociedad civil, centros de investigación e instituciones de educación superior.
- Con las estancias afiliadas al Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, localizadas en municipios de la Cruzada, entre enero de 2013 y julio de 2016 se benefició a 363,491 madres trabajadoras y padres solos para que permanecieran en su empleo, buscaran trabajo o estudiaran.
- El Instituto Nacional del Emprendedor en colaboración con los gobiernos estatales apoyó, de septiembre de 2015 a junio de 2016, el desarrollo de 442 proyectos productivos que beneficiaron a 54,800 empresas ubicadas en los municipios pertenecientes al programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia, así como de la Cruzada Nacional contra el Hambre[1/].
- La Secretaría de Turismo firmó el 30 de marzo de 2016, un convenio de colaboración, con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, mediante el cual la SECTUR aporta 75 millones de pesos para la realización de proyectos en favor de indígenas que son objeto de la Cruzada.

[1/] El Fondo Nacional Emprendedor participó de manera coadyuvante, a través de la aprobación de proyectos de micro, pequeñas y medianas empresas que se encuentran ubicadas en alguno de los municipios participantes en dichos programas. En 2015, se reportaron los impactos de las convocatorias 1.3, 1.4, 1.7 y 5.2, mientras que en 2016 únicamente participan las convocatorias 1.3 (antes 1.4) y 5.2.

- De septiembre de 2015 a julio de 2016, el Instituto Nacional de la Economía Social apoyó 419 proyectos productivos de Organismos del Sector Social de la Economía, en los que participan 701 personas en condición de pobreza extrema por carencia de alimentación, que se ubican en 270 municipios.

- Entre septiembre de 2015 y julio de 2016, a través de la modalidad de Apoyos para Impulso Productivo el Programa de Opciones Productivas, denominado a partir de este año Fomento a la Economía Social[1/], se apoyaron financiera y técnicamente 2,340 proyectos para fortalecer las capacidades productivas de 11,281 personas a nivel nacional, 8,352 mujeres y 2,929 hombres, dotándolas de una fuente permanente de ingresos para superar su condición de pobreza.

  – De enero de 2013 a julio de 2016 se apoyaron 10,785 proyectos productivos en beneficio de 59,315 personas, de las cuales 38,993 son mujeres, es decir 65.7 por ciento.

Con el fin de **adecuar el marco jurídico para fortalecer la seguridad alimentaria y el derecho a la alimentación**:

- A partir de un trabajo coordinado entre el Poder Legislativo y el Ejecutivo, en febrero de 2016, la Cámara de Diputados aprobó el dictamen de una minuta del Senado que reforma el artículo 182 de la Ley de Desarrollo Rural Sustentable, para que dentro de las acciones para la soberanía y la seguridad alimentaria, se considere de manera prioritaria a los pequeños productores, incluyendo los de autoconsumo, impulsando la integración de las cadenas productivas de alimentos. Dicha modificación se turnó a la Cámara de origen para su atención procedente.

Se busca establecer un **padrón con identificación única de beneficiarios de programas sociales**, mediante el uso de las nuevas tecnologías de la información.

- Con el propósito de contribuir a la focalización adecuada de los recursos públicos y orientar la política social a resultados concretos, se generó el Padrón Único de Beneficiarios (PUB) de conformidad con la Ley General de Desarrollo Social, para la identificación única de beneficiarios de programas sociales, y el SIFODE como una herramienta de planeación que atiende problemas específicos a partir del monitoreo y seguimiento de las condiciones socioeconómicas de los hogares. Al mes de junio de 2016:

[1/] Derivado de la reingeniería del gasto público, para 2016 el Programa de Opciones Productivas de la SEDESOL se fusionó con el Programa de Fomento a la Economía Social a cargo de la Secretaría de Economía, resectorizándose este último en la SEDESOL.

- El PUB registra un universo de 84 millones de personas pertenecientes a 109 padrones de 52 programas federales[1/], y es fundamental en la coordinación de acciones para aprovechar sinergias entre programas, hacer más eficiente el uso de los recursos públicos y mejorar la atención de las personas en condición de pobreza.
- El SIFODE, que se integra a partir de la homologación de información socioeconómica proveniente de la Encuesta de Características Socioeconómicas de los Hogares, la cual es aplicada por los distintos programas sociales de la SEDESOL, cuenta con un universo de 6.2 millones de hogares y 19.2 millones de personas.

- En diciembre de 2015, se realizó una reingeniería al Sistema de Información Social Georreferenciada (SISGE), a fin de permitir a los usuarios visualizar y consultar información estadística y geográfica en distintos niveles de agregación y de diversas fuentes: censales, del SIFODE y de programas sociales.
  - En el SISGE se visualizan geográficamente la cobertura por entidad federativa, municipio y localidad de los 18 programas de la SEDESOL, la ubicación geográfica de 9,731 lecherías Liconsa, de 9,233 estancias infantiles, de 5,137 comedores comunitarios y de 26,978 tiendas Diconsa.
  - De igual manera, se pueden generar mapas temáticos por entidad federativa, municipio y localidad de los 84 millones de beneficiarios de los programas sociales. Esta herramienta contribuye a transparentar las acciones implementadas y, proporciona elementos de apoyo para la intervención coordinada de los programas sociales para elevar los índices de bienestar de la población.

2.1.2 Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva

Es necesario **propiciar que los niños, niñas y jóvenes de las familias con carencias tengan acceso a la educación básica y media superior de calidad**, y no abandonen sus estudios por falta de recursos.

- PROSPERA durante el ciclo escolar 2015-2016, proporcionó becas a cerca de 6.2 millones de niños y jóvenes, cifra similar al ciclo precedente. Del total de becarios en el ciclo 2015-2016, 4.9 millones se encuentran en educación básica (2.8 millones en primaria y 2.1 millones en secundaria), en tanto que 1.3 millones cursan la educación media superior.
- La SEP contribuye a reducir el rezago educativo de las madres jóvenes y jóvenes embarazadas, entre los 12 y 18 años 11 meses de edad, mediante la entrega de becas de alfabetización y educación básica. Durante el ciclo escolar 2015-2016, se otorgaron 16,780 becas de este tipo.
- Por medio del Programa de Becas de Educación Media Superior se busca contribuir al acceso, la permanencia y el egreso de los estudiantes pertenecientes a grupos vulnerables en riesgo de abandonar sus estudios, o quienes abandonaron sus estudios de educación media superior y desean inscribirse en un curso de capacitación. Durante el ciclo escolar 2015-2016, a través de este programa, se benefició a cerca de 426 mil alumnos.
- El Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas, entre septiembre de 2015 y julio de 2016, benefició a 6,104 menores de 18 años con estímulos para la asistencia y permanencia escolar. Mientras que de 2013 a julio de 2016 el número de beneficiarios asciende a 62,491 menores.
- El Programa de Apoyo a la Educación Indígena, que opera la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), durante los ciclos escolares 2013-2014, 2014-2015 y 2015-2016 otorgó apoyos (alimentación, hospedaje y artículos de higiene personal) a 75,420 niñas, niños y jóvenes indígenas en promedio por ciclo escolar, inscritos en escuelas públicas, mediante 1,064 Casas y Comedores del Niño Indígena distribuidos en 21 estados de la república[2/], en los que se atendió a beneficiarios de 54 pueblos indígenas; y en 255 Casas y Comedores Comunitarios del Niño Indígena ubicados en 14 entidades federativas[3/], en los cuales se dio atención a

1/ Los programas que proporcionan información al PUB pertenecen a las secretarías de Comunicaciones y Transportes, de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (SEDATU), de Economía, de Educación Pública (SEP), de Hacienda y Crédito Público, de la SEMARNAT, de Salud, del Trabajo y Previsión Social y de la SAGARPA, además de la SEDESOL.

2/ Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

3/ Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa y Veracruz.

beneficiarios de 42 pueblos indígenas para que no abandonen sus estudios.

Se procura el **acceso efectivo de las familias, principalmente aquellas en pobreza extrema, a sus derechos sociales**.

PROYECTOS PARA EL COMBATE A LA POBREZA Y EL REZAGO SOCIAL, 2014-2016

Concepto	Proyectos		Financiamiento del FAIS	
	Proyectos	Porcentaje	Millones de pesos	Porcentaje
Total	**251,851**	**100.0**	**126,071.1**	**100.0**
Salud	3,955	1.6	3,670.6	2.9
Agua y Saneamiento	63,856	25.3	44,084.7	35.0
Vivienda	100,652	40.0	33,617.3	26.6
Urbanización	43,310	17.2	26,611.0	21.1
Educación	29,875	11.9	11,570.3	9.2
Otro tipo de proyectos	10,203	4.0	4,871.5	3.9
PRODIM[1/] y gastos indirectos	n.d.	n.d.	1,645.7	1.3

[1/] Programa de Desarrollo Institucional Municipal.

n.d. No disponible.

FUENTE: Matriz de Inversión para el Desarrollo Social (MIDS). Secretaria de Desarrollo Social.

- El Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAIS) financia obras que contribuyen a la disminución del rezago social y la pobreza.
  - De 2014 a julio de 2016, los gobiernos locales llevaron a cabo 251,851 proyectos con recursos por 126,071.1 millones de pesos.
  - Los proyectos que en este lapso incidieron de manera directa o complementaria en el combate a la pobreza ascendieron a 246,756 e involucraron el ejercicio de 121,587.4 millones de pesos.
    - Por su participación en el total de estos proyectos, destacan el rubro de agua y saneamiento con 25.3%, vivienda con 40%, urbanización con 17.2%, educación con 11.9% y salud con 1.6 por ciento.
    - En términos de los recursos presupuestarios erogados, la participación es la siguiente: agua y saneamiento 35%, vivienda 26.6%, urbanización con 21.1%, educación 9.2% y salud 2.9 por ciento.
  - Entre 2014 y 2016, derivado de la focalización de las prioridades del FAIS, los rubros de agua y saneamiento, así como vivienda fueron los principales receptores de inversión del FAIS.
- El Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias[1/] (PDZP) contribuye a la construcción de un entorno digno que propicie el desarrollo a través de la mejora en los servicios básicos, la calidad y espacios de la vivienda y la infraestructura social comunitaria, mediante la reducción de los rezagos asociados a estas carencias.
  - En noviembre de 2015, se determinaron las Zonas de Atención Prioritaria 2016, mismas que fueron definidas en el ámbito rural con 1,080 municipios y en el urbano con 18,139 Áreas Geoestadísticas Básicas, cuya población registra marcadas insuficiencias y carencias.

Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias

- De enero de 2013 a diciembre de 2015, el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias:
  - Realizó 525,525 acciones en viviendas con rezagos por carencia de acceso a los servicios básicos con una inversión federal de 5,431.6 millones de pesos.
  - Efectuó 639,189 acciones en viviendas con rezagos asociados a carencia de calidad y espacios para lo cual erogó 6,418.4 millones de pesos.
  - Se rehabilitaron y equiparon 1,213 centros comunitarios de aprendizaje con una inversión federal de 209.4 millones de pesos.
- Durante la primera mitad de la presente administración, las acciones del PDZP permitieron elevar la calidad de vida de los habitantes de las zonas con mayor marginación, al mejorar las condiciones de 1.2 millones de viviendas habitadas por 4.1 millones de personas.

  - Entre septiembre y diciembre de 2015, estando el PDZP aún a cargo de la SEDESOL, se destaca que:
    - Se realizaron 39,420 acciones a fin de atender rezagos asociados a la carencia de servicios básicos en las viviendas: 804 para provisión de servicio eléctrico; 16,361 para suministro de agua; 2,161 para conexión a drenaje, 15,206 para dotación y construcción de baños y 4,888 con el fin de sustituir fogones tradicionales de leña por estufas ecológicas con chimenea.
    - Se llevaron a cabo 62,593 acciones con el propósito de mejorar la calidad y los espacios de la vivienda: 54,345 para dotación de techos fijos,

[1/] Este programa hasta el 31 de diciembre de 2015 estuvo a cargo de la SEDESOL, y para 2016 como resultado de la reingeniería del gasto público se resectorizó en la SEDATU.

1,795 para sustitución de pisos de tierra por pisos firmes de concreto, 2,266 para construcción de muros firmes y 4,187 para construcción de cuartos adicionales en viviendas con hacinamiento.

- Se rehabilitaron y equiparon ocho centros comunitarios de aprendizaje, para promover el acceso a las tecnologías de la información y comunicación en las localidades más vulnerables del país.

- Dentro de la CNcH, en este lapso se beneficiaron 1,933 localidades, ubicadas en 376 municipios. Al cierre de 2015, se realizaron 10,241 pisos firmes, 83,507 techos fijos, 8,048 muros reforzados y se dotó de agua potable a 17,697 viviendas, de drenaje a 4,352 y de energía eléctrica a 1,526 viviendas.

- De diciembre de 2012 a julio de 2016, la Comisión Federal de Electricidad realizó, con la participación de la SEDESOL, la CDI y diversos gobiernos locales, 9,450 obras de electrificación con una inversión de 6,541 millones de pesos, en beneficio de 1,208,274 habitantes.

  – En este mismo lapso, dentro de la Cruzada Nacional contra el Hambre se llevaron a cabo 5,644 obras con una inversión de 4,284 millones de pesos, para beneficiar a 754 mil habitantes.

- El Programa 3x1 para Migrantes contribuye al desarrollo comunitario a través de proyectos de infraestructura social, servicios comunitarios, educativos y/o productivos seleccionados por los migrantes para llevarse a cabo en sus localidades de origen.

  – De enero de 2013 a julio de 2016, se realizaron 6,289 proyectos para beneficio de 3,062 localidades seleccionadas por los clubes de migrantes. Por vertiente de acción, 4,569 se destinaron a infraestructura social, 780 a aspectos productivos, 828 fueron para servicios comunitarios y 112 se vinculan a temas educativos.

  – Entre septiembre de 2015 y julio de 2016, se realizaron 480 proyectos cofinanciados por los migrantes y otros órdenes de gobierno, de los cuales 190 pertenecen a la vertiente de infraestructura social, 115 a la vertiente productiva, 117 a servicios comunitarios y 58 son proyectos educativos, modalidad incluida a partir del ejercicio 2015. En este periodo se atendieron proyectos de 353 Clubes de Migrantes que participaron en el programa.

Para **otorgar los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud**:

- De septiembre de 2015 a junio de 2016, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) alcanzó 54.9 millones de beneficiarios, cifra que supera en 3.8% los 52.9 millones registrados al inicio de la actual administración.

- A través del Componente de Salud de PROSPERA Programa de Inclusión Social, de octubre de 2015 a junio de 2016:

  – Se proporcionó de manera gratuita a los integrantes de las familias beneficiarias, el Paquete Básico Garantizado de Salud y la ampliación progresiva a las 27 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud del Sistema de Protección Social en Salud, con el propósito de impulsar los servicios de salud preventivos, el autocuidado de la salud y una mejor nutrición de todos los integrantes de las familias beneficiarias.

  – Se estima una atención de 5.7 millones de familias en control registradas a través de 15,120 unidades de salud.

  – Se proporcionaron 30.3 millones de consultas a niñas, niños, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, así como a demás integrantes de las familias beneficiarias.

- Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, el Programa IMSS-PROSPERA brindó cobertura a 6.7 millones de personas afiliadas al SPSS, un incremento de 29% respecto de la población beneficiaria del programa que contaba con dicho seguro médico en 2013.

  – De enero de 2013 a junio de 2016, IMSS-PROSPERA otorgó 20,262,894 consultas a personas afiliadas a dicho Sistema.

Se brinda **capacitación a la población para fomentar el autocuidado de la salud**, priorizando la educación alimentaria nutricional y la prevención de enfermedades.

- Dentro del Componente de Salud de PROSPERA, se estima que entre septiembre de 2015 y junio de 2016 se llevaron a cabo las siguientes acciones:

  – Se impartieron 1,162,375 cursos sobre temas relacionados con alimentación y salud; adolescencia y sexualidad; sobrepeso y obesidad; prevención de adicciones; detección de cáncer de mama y desarrollo infantil, entre otros.

  – Se modificaron los menús que las guarderías del IMSS brindan a los niños. Los nuevos menús cumplen con los más altos estándares nacionales e internacionales en nutrición y se elaboraron tomando en cuenta las investigaciones más recientes sobre las causas de enfermedades como diabetes y las cardiovasculares.

- Dentro del componente "Detección y Atención Oportuna" del Modelo de Promoción y Atención del Desarrollo Infantil:
  - Se realizaron 345,919 pruebas de tamizaje, con las cuales se logró identificar 10.7% de niños y niñas con rezago y 2.1% con riesgo de retraso en su desarrollo.
  - Se efectuaron con un equipo de expertos en neurodesarrollo del Hospital Infantil Federico Gómez, 336 talleres sobre prácticas de crianza positivas, así como actividades de estimulación a los niños desde el periodo prenatal.
  - En unidades de salud de primer nivel de atención, se llevaron a cabo 271,307 intervenciones de estimulación temprana a población PROSPERA.
- A través de los Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana de Aguascalientes, Coahuila de Zaragoza, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa y Yucatán, se brindaron 16,363 servicios de atención al desarrollo, entre ellos, terapia de lenguaje, terapia psicológica, terapias de rehabilitación física, pediatría y estimulación temprana.

Se implementan acciones para **contribuir al mejor desempeño escolar a través de la nutrición y buen estado de salud de niños y jóvenes**.

- Derivado de la coordinación de los sectores salud y educación se realizaron, en escuelas de educación básica y media superior, acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, de septiembre de 2015 a junio de 2016, se validaron 4,736 escuelas como promotoras de la salud, en las que se efectuaron más de 5.7 millones de acciones preventivas y de detección de problemas frecuentes en este ámbito y se refirieron 662,374 alumnas y alumnos a las unidades de salud.

Dentro de las **acciones de desarrollo infantil temprano**, se destaca lo siguiente:

- En abril de 2016, se firmó un Convenio de colaboración entre la SEP y la SEDESOL para implementar la estrategia "Por una Educación Preescolar para todas las niñas y todos los niños".
- La SEP revisa el Modelo de Atención Integral, utilizado en las estancias infantiles que apoya la SEDESOL, desde el punto de vista técnico pedagógico para valorar la equivalencia entre sus propuestas formativas para los niños de tres años de edad, con las del programa de educación preescolar vigente.

2.1.3 Garantizar y acreditar fehacientemente la identidad de las personas

En el marco de las acciones implementadas "Por un México en Paz, con Justicia y Desarrollo", se obtuvieron avances para la **modernización de los Registros Civiles**, entre los cuales destacan los siguientes:

- Desde el inicio de esta administración y hasta julio de 2016, se asignaron 280,404,179 pesos a las entidades federativas para la modernización de los Registros Civiles. En 2016 se asignaron 39.6 millones de pesos a 29 entidades federativas, que se destinaron a la Campaña Nacional para el Registro Universal y Oportuno de Nacimientos instrumentada conjuntamente con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y los sistemas DIF en las entidades federativas, así como a campañas de registro en coordinación con la CDI, a campañas especiales para regularizar el estado civil de las personas, para la actualización tecnológica de oficialías y juzgados, y para la captura y digitalización de las actas del estado civil de las personas.

Garantizar la identidad de la población migrante de retorno a México

- El 14 de junio de 2016, la Secretaría de Gobernación suscribió un acuerdo con la Asociación Nacional de Estadísticas y Sistemas Informáticos de Salud Pública de los Estados Unidos de América, para acreditar la identidad de los mexicanos nacidos en ese país que se encuentran en territorio nacional sin la posibilidad de inscribir su nacimiento en México por la falta de documentos apostillados y traducidos al español.
  - El acuerdo permitirá validar de forma electrónica el nacimiento de una persona en dicho país y con ello, facilitar la obtención del acta de nacimiento mexicana (al no requerir la apostilla), así como su correspondiente Clave Única de Registro de Población.
  - Esta medida pretende beneficiar a más de 200 mil menores de edad al registrar sus actas de nacimiento en los registros civiles del país, sin costo alguno.

- El 12 de mayo de 2016, se llevó a cabo la presentación del Formato Único de Acta de Nacimiento, medio en el cual se imprime este documento sin importar el lugar donde se encuentre el solicitante, ya sea a través de las oficialías y juzgados, o en las oficinas consulares de México en el exterior. Para ello, se concluyó la distribución de 22 millones de formatos únicos a los Registros Civiles del país y a la Secretaria de Relaciones Exteriores.

- A julio de 2016, la Base de Datos Nacional del Registro Civil contenía 162,183,607 registros de los diversos actos del estado civil, 161,890,466 registros más que los existentes en enero de 2013.

- Por medio de la interconexión de las Unidades Coordinadoras Estatales del Registro Civil del país, de septiembre de 2015 a julio de 2016, se logró la impresión de 2,241,896 actas interestatales, por lo que desde el inicio del programa en enero de 2015 y hasta julio de 2016, se han emitido 2,906,682 actas en beneficio de la población mexicana, al tener acceso pronto y expedito a su acta de nacimiento sin trasladarse al lugar donde se levantó el registro.

- De septiembre de 2015 a julio de 2016, se realizaron tres reuniones del Consejo Nacional de Funcionarios del Registro Civil (CONAFREC)[1/], en las que se analizaron los resultados del Programa de Modernización Integral del Registro Civil, y se continuó con los trabajos para la homologación de normas y procedimientos, y los demás formatos únicos de actas del estado civil.

- Con la finalidad de garantizar la identidad de la población indígena:

  – El 27 de enero de 2016, la Secretaría de Gobernación y la CDI firmaron en San Cristóbal de las Casas, Chiapas el "Convenio Marco de Colaboración para promover y garantizar el Derecho a la Identidad de la Población Indígena", cuya finalidad es realizar campañas especiales de registro en lenguas indígenas, instalar módulos de Registro Civil en los centros coordinadores de la CDI y traducir los formatos de actas de nacimiento a las principales variantes lingüísticas de México, como el huichol del este, maya, tarahumara del norte, tzeltal, tzotzil, náhuatl de la Huasteca, otomí del Valle del Mezquital, zapoteco de la planicie costera y mixteco del oeste de la costa, entre otras.

    - Derivado del convenio y, hasta julio de 2016, se han entregado más de cinco mil actas de nacimiento a personas de diversas comunidades indígenas del país.

  – Hasta julio de 2016, se contaba con seis módulos de Registro Civil: San Quintín, Baja California; Hopelchén y Escárcega, Campeche; Cuernavaca, Morelos; Monterrey, Nuevo León y Valladolid, Yucatán.

En cuanto al fortalecimiento del uso y **adopción de la Clave Única de Registro de Población (CURP)**:

- A julio de 2016, la Base de Datos Nacional de la CURP contenía 187,211,563 registros.

- De septiembre de 2015 a julio de 2016, se realizaron 114,022,245 consultas exitosas a través de *Internet*; se asignaron 4,298,001 claves nuevas y se depuraron 903,653 registros.

Con relación a los esfuerzos para consolidar el **Sistema Nacional de Identificación Personal**:

- De septiembre de 2015 a julio de 2016, se realizaron diversas reuniones técnicas con las secretarías de Relaciones Exteriores y de Desarrollo Social, el Servicio de Administración Tributaria, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto Nacional de Migración y Plataforma México, para establecer los mecanismos que permitan el aprovechamiento de la información biométrica contenida en sus bases de datos y vincularla con las bases de datos del registro civil y de la CURP, a fin de lograr la unicidad y verificación de la identidad, insumo indispensable para la consolidación del sistema y la conformación del Registro Nacional de Población (RENAPO).

Con el propósito de adecuar el **marco normativo en materia de población** se continúa la revisión y análisis del proyecto de la Nueva Ley General de Población. Para reflejar la realidad demográfica del país:

- Contempla acciones relativas a fenómenos emergentes y a rezagos en grupos poblacionales específicos.

- Destaca los temas vinculados con la estrategia nacional de embarazo adolescente y la atención a adultos mayores.

- Prioriza el abordaje de las distintas aristas de la migración internacional y el desarrollo urbano sostenible.

- Prevé el fortalecimiento de los consejos estatales y municipales de población, y de educación y comunicación en población.

- Fortalece el RENAPO y las atribuciones concurrentes entre los tres órdenes de gobierno, para atender las necesidades de la población por medio de un sistema eficaz y efectivo de identificación.

[1/] XXXVI Reunión Nacional del CONAFREC del 23 al 25 de septiembre de 2015 en Zacatecas, Zacatecas; Reunión Regional Zona Centro celebrada del 28 al 29 de abril en Guanajuato, Guanajuato y Reunión Regional Zona Sur celebrada del 19 al 20 de mayo en Huatulco, Oaxaca.

2.2 Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente

En el tránsito hacia una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades, la Estrategia Nacional de Inclusión garantiza que todos, pero en especial, los grupos más vulnerables, tengan las mismas posibilidades de ejercer sus derechos de manera plena.

La actual política social reconoce las particularidades de cada grupo social. Los cambios en las estructuras familiares y la transición demográfica obligan a diseñar acciones específicas para la atención e inclusión de toda la sociedad, por lo que la participación del ciudadano es indispensable. El empoderamiento y reconocimiento de los ciudadanos como derechohabientes rompe con el ciclo del asistencialismo.

A través de los comités comunitarios y los mecanismos de corresponsabilidad, se crea un nuevo diálogo con las personas, familias y comunidades, que incide en la transparencia de la ejecución de los recursos públicos. A ello, se suma la coordinación interinstitucional y entre los distintos órdenes de gobierno, sectores privado y social, para asegurar el acceso a los derechos sociales básicos, en especial de los grupos más vulnerables.

2.2.1 Generar esquemas de desarrollo comunitario a través de procesos de participación social

Para **fortalecer a los actores sociales que promueven el desarrollo social de los grupos en situación de vulnerabilidad y rezago**:

- El Programa de Coinversión Social (PCS) otorga recursos públicos a organizaciones de la sociedad civil (OSC), centros de investigación e instituciones de educación superior, para la ejecución de proyectos que coadyuven al desarrollo de grupos, comunidades o regiones que viven en situación de vulnerabilidad o exclusión.
  - Entre diciembre de 2012 y junio de 2016, el PCS apoyó 4,464 proyectos de coinversión de 4,144 actores sociales, para beneficio de 1,674,282 personas en situación precaria en todo el país. Destacan temáticas como la mejora alimentaria, nutrición y salud, inclusión social y fortalecimiento de la igualdad y equidad de género, entre otras. En este periodo, se impartieron 1,228 talleres dirigidos principalmente a temas como reglas de operación, elaboración de proyectos, dictaminación y aspectos normativos a considerar. Los talleres contaron con la participación de 22,942 OSC.
  - De septiembre de 2015 a junio de 2016, el PCS apoyó 864 proyectos e impartió 206 talleres a 4,376 actores sociales en materias como elaboración de proyectos, dictaminación y reglas de operación de los programas sociales 2016.

Cobertura del Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad Civil
• De enero de 2013 a junio de 2016, se inscribieron 13,731 organizaciones al Registro Federal de las OSC, con el fin de poder acceder a los apoyos y estímulos públicos establecidos en las disposiciones jurídicas y administrativas de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. A la fecha se encuentran inscritas un total 33,555 OSC, que superan en 69.3% a las 19,824 registradas en diciembre de 2012.

- El Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL) realizó entre diciembre de 2012 y junio de 2016, un total de 3,839 eventos de capacitación presencial y a distancia en temas como elaboración de proyectos, reglas de operación, igualdad de género, entre otros, con una asistencia de 279,181 integrantes de OSC. De manera presencial, se realizaron 3,700 cursos. En este periodo, se impartieron 1,228 talleres dirigidos principalmente a temas como reglas de operación, elaboración de proyectos, dictaminación y aspectos normativos a considerar. Los talleres contaron con la participación de 22,942 OSC.
  - De septiembre de 2015 a junio de 2016, el INDESOL efectuó 724 eventos de capacitación a 54,721 actores sociales.

Con el propósito de **potenciar la inversión conjunta de la sociedad organizada y los tres órdenes de gobierno en proyectos de infraestructura social básica, complementaria y productiva**:

- Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016, el Gobierno de la República realizó lo siguiente:
  - Con el propósito de contribuir al desarrollo regional del país, a través de la creación de infraestructura que beneficia a las localidades con mayores rezagos al brindarles una mayor accesibilidad a servicios y en muchos casos a los centros de abasto locales, para la colocación de su productos:
    - Se otorgó registro a 48 proyectos dirigidos a lograr una mayor conectividad de poblaciones rurales y zonas marginadas, 69% de ellos en beneficio de los estados de Guerrero, Michoacán, Oaxaca y San Luis Potosí.
    - Se modernizaron caminos intermunicipales para beneficio de 24 municipios que se encuentran en las faldas del Pico de Orizaba, en el estado de

Veracruz, con lo cual se concretó el Compromiso de Gobierno CG 221 "Construir el libramiento de la ciudad de Coatepec". Así, se favorece el crecimiento de las actividades agropecuarias de la región como la producción de café, caña de azúcar, chayote y maíz, entre otros productos agropecuarios.

- Se construyeron y renovaron más de 26 mil kilómetros de caminos rurales y alimentadores con una inversión superior a los 45 mil millones de pesos, en beneficio de más de 62 millones de habitantes de las zonas con mayor marginación en el país, entre las que destacan los estados de Chiapas, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Tabasco y Veracruz.

– En materia de educación:

- Se autorizaron 13 proyectos de infraestructura social para la construcción de nuevos planteles, laboratorios, así como nuevas áreas deportivas en beneficio de 1.4 millones de estudiantes, principalmente para los alumnos de educación media superior en Campeche, Ciudad de México, Hidalgo, Jalisco, México, Morelos, Puebla, Quintana Roo, Tlaxcala y Yucatán, con un monto de inversión asociado de 257.5 millones de pesos.

- Se registraron 11 proyectos de mantenimiento sustantivo, entre los que destacan los de las instalaciones de diversas facultades, escuelas e institutos de investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México, con un monto de inversión de 781 millones de pesos en beneficio de más de 800 mil estudiantes.

- Igualmente, se otorgó el registro a 86 programas de adquisiciones de bienes informáticos, mobiliario y equipo para apoyar las actividades educativas en aulas, talleres y laboratorios de educación media superior y superior, con un monto de inversión de 3,683.7 millones de pesos.

– Para el desarrollo y fortalecimiento de infraestructura en salud:

- Se aprobó el registro de 39 proyectos para construir, ampliar, remodelar, fortalecer y sustituir unidades médicas, así como 22 proyectos para su equipamiento, que en conjunto significan beneficios para 19 millones de habitantes. Cabe destacar la construcción y equipamiento del Hospital de Traumatología y Ortopedia en Puebla, la construcción del Hospital de la Mujer de Fresnillo, Zacatecas y la construcción del Hospital General de Tekax, Yucatán.

- Dentro de los compromisos de gobierno, inició la ejecución de obra y equipamiento del Nuevo Hospital Hidalgo en Aguascalientes, CG 31 "Terminar la construcción y equipamiento del nuevo Hospital Hidalgo"; Hospital General de Tapachula en Chiapas, CG 235 "Construir el Hospital General de Tapachula"; Hospital General en Ciudad Madero en Tamaulipas, CG 130 "Construir un nuevo Hospital General en Ciudad Madero"; el nuevo Centro Estatal de Rehabilitación y Educación Especial en Toluca, CG 260 "Construir y equipar el nuevo Centro Estatal de Rehabilitación y Educación Especial en la Ciudad de Toluca" y dos centros de salud en Oaxaca, CG 16 "Consolidar la operación de la Red Hospitalaria del estado", para un incremento en la infraestructura en salud de 428 camas, 139 consultorios y 20 quirófanos en beneficio de más de 1.4 millones de personas.

Es necesario **fortalecer el capital y cohesión social mediante la organización y participación de las comunidades**, promoviendo la confianza y la corresponsabilidad.

- Mediante la integración de comités de promoción comunitaria y vocales unitarias, PROSPERA Programa de Inclusión Social, fomenta la participación de la población beneficiaria. Los comités de promoción comunitaria y vocales unitarias orientan a las titulares beneficiarias, las representan ante el personal del programa, con autoridades locales, municipales y otras instituciones y realizan acciones para el fortalecimiento de la contraloría social.

  – A julio de 2016, existen 112,692 representaciones a nivel nacional integradas por 60,039 comités de promoción comunitaria y 52,653 vocales unitarias que, en conjunto agrupan a 377,529 vocales. Los comités y vocales registrados, superan en 33 y 63.1%, respectivamente, a los 45,142 comités de promoción comunitaria integrados por 231,430 vocales al cierre de 2013.

  – Entre enero de 2013 y junio de 2016, se realizaron 226,454 sesiones de orientación exclusivamente a vocales. En las sesiones de orientación bimestrales, se proporciona información acerca de los trámites, derechos, compromisos y corresponsabilidades que deben cumplir las familias beneficiarias para asegurar su permanencia en el programa.

- El Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas cuenta con una red social integrada por promotores y gestores, así como voluntariado que promueven la participación de los beneficiarios en su desarrollo familiar o comunitario, en la defensa de sus derechos y fortalecen sus habilidades y competencias sociales.

  – De enero a julio de 2016, esta red contó con 999 personas gestoras voluntarias, que realizaron 86,270

acciones de promoción y participación social en 1,612 localidades de 18 entidades federativas. Entre enero de 2013 y julio de 2016, el número de acciones de promoción y participación social ascendió a 381,719.

- A través de la red social que opera el Programa Pensión para Adultos Mayores (PPAM), conformada por gestores y facilitadores, se promueve la participación social de las personas beneficiadas, con el fin de desarrollar diversas capacidades y facilitar el proceso de recepción de los apoyos y servicios.
  - De enero a julio de 2016, el PPAM tenía registradas 4,501 personas gestoras voluntarias que realizaron 823,649 acciones para el beneficio de este grupo etario, entre las que destacan las de contraloría social, campañas de orientación y jornadas de información, entre otras.
  - De diciembre de 2012 a julio 2016, los gestores efectuaron cinco millones de acciones.

La mejora en la eficacia y eficiencia de la política social, se fundamenta en la **evaluación y rendición de cuentas de los programas, mediante la participación de instituciones académicas y el fortalecimiento de la contraloría social comunitaria**.

- Durante 2015, la Secretaría de la Función Pública (SFP) aprobó esquema, guía operativa y programa anual de trabajo de contraloría social de 59 programas federales de desarrollo social sujetos a reglas de operación, de tres no sujetos a reglas de operación y de dos distintos del desarrollo social, los cuales registraron 39,291 Comités de Contraloría Social constituidos por 159,813 beneficiarios, en el Sistema Informático de Contraloría Social.
- De enero a junio de 2016, la SFP aprobó el esquema, guía operativa y programa anual de trabajo de contraloría social de 42 programas federales de desarrollo social sujetos a reglas de operación, de 17 no sujetos a reglas de operación y de dos con finalidad distinta del desarrollo social, con un registro de 18,839 Comités de Contraloría Social constituidos por 78,287 beneficiarios en el Sistema Informático de Contraloría Social. Además, se realizaron 147 reuniones de asesoría orientadas al diseño de estrategias de contraloría social con servidores públicos de 162 programas federales.
- En febrero de 2016, se inició el proyecto Red de Orientación de Contraloría Social para los Gobiernos Locales, y se coordinó con los órganos estatales de control la impartición de 24 talleres que registraron la asistencia de representantes de 694 gobiernos municipales.
- Entre enero de 2013 y junio de 2016, se realizaron 297 eventos de capacitación en materia de contraloría social, dirigidos a 9,446 servidores públicos federales, estatales, municipales y de otro tipo.
  - De septiembre de 2015 a junio de 2016, se realizaron 115 eventos de capacitación en materia de contraloría social, dirigidos a 4,298 servidores públicos: 898 de carácter federal, 1,219 estatales, 2,177 municipales y cuatro de otro tipo.
  - En el primer semestre de 2016, se realizaron 72 eventos de capacitación dirigidos a 2,708 servidores públicos, que superan en 135%, a los 1,152 servidores públicos de los tres órdenes de gobierno capacitados durante 2012.

2.2.2 Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población

La política social tiene como fundamento **promover el desarrollo integral de los niños en materia de salud, alimentación y educación**.

- El Componente de Salud de PROSPERA efectúa la vigilancia sistemática del crecimiento y desarrollo infantil para lo cual identifica de manera temprana la mala nutrición y brinda orientación y capacitación a madres/padres de familia, o responsables del niño o niña, sobre una alimentación correcta, así como para el consumo adecuado de suplementos alimenticios. Entre octubre de 2015 y junio de 2016, se estiman los siguientes resultados:
  - Se atendieron 5.7 millones de familias en 15,120 unidades de salud.
  - Se mantuvo bajo control nutricional a 1.4 millones de niñas y niños menores de cinco años.
  - Con la finalidad de atender la desnutrición, se adquirieron 481.3 millones de dosis de suplementos alimenticios para niñas y niños menores de cinco años, así como 88.2 millones de dosis para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
- En el marco del Programa Seguro Médico Siglo XXI se realizan diversas acciones dirigidas a la población menor de cinco años, afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, a fin de garantizar la cobertura contra todas las enfermedades, adicionales a las que cubre el Catálogo Universal de Servicios de Salud y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos:
  - De septiembre de 2015 a junio de 2016, se registró una afiliación total de 5.4 millones de niños y niñas que ya reciben los beneficios del Programa Seguro Médico Siglo XXI, cifra superior en 54.3% a los 3.5

millones de afiliados en el mismo periodo de la administración anterior.

- En este periodo se autorizaron para pago 29,160 casos de niñas y niños beneficiarios, atendidos en la red de prestadores de servicios de salud del programa.

- De septiembre de 2015 a junio de 2016, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) realizó acciones para el desarrollo integral de 29,052 niños y niñas atendidos en las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDI): 19,662 a través de las 123 estancias propias, 9,371 en 116 estancias contratadas y 19 en cinco OSC que se ocupan de niños y niñas con algún tipo de discapacidad. El número de niños y niñas atendidos se incrementó en 1.1% respecto de los 28,727 registrados en el mismo periodo del año anterior.

  - Con el propósito de mejorar la calidad profesional del personal de las estancias, en el segundo semestre de 2015 la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México brindó asesorías a 150 educadoras de las EBDI de la Ciudad de México, para obtener el grado de la Licenciatura en Educación Preescolar, y el 5 de marzo de 2016 inició otro curso con la participación de 152 educadoras de la Ciudad de México.

  - Para garantizar el acceso igualitario de padres y madres trabajadoras al servicio de estancias, al mes de mayo de 2016 se atendió a los hijos e hijas de 1,052 padres derechohabientes, es decir 58 veces más que los 18 padres registrados al inicio de la administración.

  - De septiembre de 2015 a junio de 2016, se realizaron diversas acciones para mejorar las condiciones en que las EBDI ofrecen sus servicios:

    - Concluyó la instalación del Sistema Integral de Gestión y Explotación Inteligente de la Información para la Seguridad de las Estancias en 122 EBDI propias del Instituto.

    - Se instaló en 116 de las 123 estancias propias, el sistema hidráulico contra incendios. Las siete estancias restantes no requieren este tipo de sistemas[1/] y se encuentran debidamente protegidas con un sistema contra incendios a base de extintores, alarmas, detectores de humo y equipo individual de protección[2/].

- El servicio de guardería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende el desarrollo integral del niño(a), a través del cuidado y fortalecimiento de su salud, una sana alimentación y un programa educativo-formativo acorde a su edad y nivel de desarrollo.

  - Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, el Instituto contó en promedio con 1,380 guarderías en las que se atendió mensualmente a 209,477 niños y niñas en promedio. Entre enero de 2013 y junio de 2016, se atendió a un promedio mensual de alrededor de 211,300 niños y niñas.

  - De enero de 2013 a junio de 2016, el IMSS capacitó aproximadamente a 30 mil trabajadores de las guarderías, en temas de fomento de la salud, atención y cuidado Infantil, y no discriminación. Además, con el apoyo de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, los trabajadores recibieron cursos en derechos humanos de los niños.

  - Para fomentar el deporte social, entre septiembre de 2015 y junio de 2016, se implementaron 33,176 acciones que fortalecieron el desarrollo de las habilidades de 155,985 niños y jóvenes mediante la práctica de alguna disciplina deportiva o actividad física. De enero de 2013 a junio de 2016, se desarrollaron 85,528 acciones para beneficio de 532,213 niños y jóvenes.

- En los Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), se atienden y salvaguardan los derechos de las niñas, niños y adolescentes de cero a 18 años de edad, mediante servicios de atención integral.

  - De enero de 2013 a junio de 2016, se otorgaron 6,326,631 servicios como inmunizaciones, terapia rehabilitatoria, odontología, enfermería, educación valoral, asesoría educativa, talleres, atención médica, atención pedagógica (educativa) y de nutrición a 293 niñas, niños y adolescentes en promedio.

  - De septiembre 2015 a junio 2016, se otorgaron 1,555,585 servicios, a 312 niñas, niños y adolescentes en promedio.

- A fin de evitar que los estudiantes abandonen sus estudios, PROSPERA otorga becas para educación básica y media superior.

  - Durante el ciclo escolar 2015-2016, se atendió a cerca de 6.2 millones de niños y jóvenes, similar al

1/ De conformidad con lo establecido en el Artículo 40 de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil y 37 de su Reglamento, por considerarse de Tipo 3 (con capacidad de 51 hasta 100 sujetos de atención).

2/ En apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010 Condiciones de seguridad-prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo.

ciclo 2014-2015. Del total de becarios, 4.9 millones se encuentran en educación básica (2.8 millones en primaria y 2.1 millones en secundaria), mientras que 1.3 millones son de educación media superior.

- Para el ciclo 2016-2017 se tiene previsto atender a 6.3 millones de alumnos: 5.01 millones en educación básica (2.86 millones en primaria y 2.15 millones en secundaria), así como 1.28 millones en el nivel medio superior.

- El Programa Escuelas de Tiempo Completo, tiene como principal objetivo establecer escuelas con jornadas de entre seis y ocho horas diarias para mejorar el desarrollo académico, deportivo y cultural, así como brindar el servicio de alimentación en beneficio de alumnas y alumnos con una alimentación deficiente en comunidades con alto índice de pobreza y marginación.

  - Durante el ciclo escolar 2015-2016, el programa benefició con el servicio de alimentación a más de 1.5 millones de alumnos, pertenecientes a la población escolar ubicada en localidades de alta y muy alta marginación de todo el país.

  - El número de las escuelas de educación básica que operan en el país con el modelo de tiempo completo, ascendió a 24,507, de las cuales 12,804 que representan 52.2% del total, brindaron el servicio de alimentación.

  - De las 12,804 Escuelas de Tiempo Completo con servicio de alimentación, 10,925 se encuentran ubicadas en los municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre, y beneficiaron a más de 1.3 millones de alumnos.

Se busca **fomentar el desarrollo personal y profesional de los jóvenes** del país, para garantizar el desarrollo futuro de nuestra nación.

- El Servicio Nacional de Empleo (SNE), de enero de 2013 a junio de 2016, atendió a través de los servicios de vinculación laboral y de los subprogramas del Programa de Apoyo al Empleo, a 9,810,286 jóvenes (de 16 a 29 años) de los cuales 1,787,393 se colocaron en un empleo u ocupación productiva. Estas cifras representan 54.8% de las 17,890,976 atenciones y 37% de las 4,833,071 colocaciones en este lapso.

  - Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, se atendió a 2,186,437 jóvenes, con la colocación de 379,573 en un empleo u ocupación productiva. Estas cifras representan 52.4 y 38.9% de las 4,172,374 atenciones y 974,681 colocaciones propiciadas por el SNE en este periodo.

- Mediante el Programa de Derechos Indígenas -que inició su operación en 2014-, de enero de ese año a junio de 2016, se apoyó la formación de 286 jóvenes indígenas para salvaguardar la identidad y el patrimonio cultural indígena de México, así como sus derechos culturales. De este total, 189 jóvenes fueron apoyados entre septiembre de 2015 y junio de 2016.

  - Del 22 al 25 de septiembre de 2015, se realizó el Tercer Encuentro Nacional de Jóvenes Hablantes de Lenguas Indígenas en Atlixco, Puebla, con una asistencia de 381 personas, cuyo propósito fue generar un espacio que integrara mecanismos de participación efectiva entre jóvenes hablantes de lenguas indígenas y diversas instituciones públicas que atienden su proceso de desarrollo.

- En los Centros Poder Joven (CPJ), la población juvenil tiene acceso gratuito a tecnologías, recibe orientación sobre temas diversos y participa en múltiples actividades educativas, formativas y recreativas.

  - Al mes de junio de 2016, la Red Nacional de Centros de Poder Joven está conformada por 410 CPJ en las 32 entidades federativas, que entre enero de 2013 y junio de 2016, proporcionaron 7.3 millones de servicios en beneficio de 4.1 millones de jóvenes. De septiembre de 2015 a junio de 2016, los CPJ brindaron 1.4 millones de servicios a 784,310 jóvenes.

  - Al finalizar 2012, la red contaba con 233 centros, por lo que en los últimos tres años se crearon 177 centros adicionales, que superan en 75% el total de centros con los que cerró la administración anterior.

  - De septiembre de 2015 a junio de 2016:

    - En el marco del evento "Municipio y Poder Joven 2015" celebrado del 10 al 12 de septiembre en Xochitepec, Morelos, se entregaron reconocimientos a las mejores prácticas para los equipos de los CPJ de Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo; Mixquiahuala, Hidalgo; Durango, Durango; Mérida, Yucatán; Chignahuapan, Puebla; Actopan, Hidalgo; Tijuana, Baja California; Tlaxcala, Tlaxcala y Chihuahua, Chihuahua.

      - En este evento, se realizó la capacitación de 120 coordinadores de 22 entidades federativas para mejorar la operación de los CPJ.

    - Se colaboró con la Agencia Espacial Mexicana, durante la Semana Mundial del Espacio que tuvo efecto en octubre de 2015, donde a través de la participación de 39 CPJ se difundió información sobre el desarrollo de la ciencia y tecnología espacial mediante talleres, pláticas y proyecciones de videos a más de 12 mil jóvenes.

- Durante octubre de 2015, se tuvo participación en la campaña #YoPuedoProgramar, lanzada a nivel Latinoamérica con la finalidad de incentivar a jóvenes a tomar cursos de programación durante la "Semana del Código". En esta campaña, que tuvo impacto sobre más de cuatro mil jóvenes, participaron 132 coordinadores de los CPJ de 23 entidades.

- La Red Nacional de Programas Poder Joven Radio, Televisión e *Internet* promueve la comunicación entre jóvenes a nivel local y nacional para formar una red de acción e intercambio de ideas.
  - De septiembre de 2015 a junio de 2016, se contó con 266 programas: 156 de radio, 38 de televisión, 63 de radio por *Internet* y nueve de televisión por *Internet*, que beneficiaron a 1,330 jóvenes. Los programas se transmitieron en 31 entidades federativas, con excepción de la Ciudad de México, con la participación de 26 instancias estatales y nueve municipales de juventud, en ambos casos.
  - Durante 2016, la Red Nacional de Programas Poder Joven contó con 13 programas que se transmiten en diversas lenguas indígenas[1/] cuatro en Oaxaca, dos en Querétaro y los demás distribuidos en Durango, Chiapas, Chihuahua, Morelos, San Luis Potosí, Tabasco y Yucatán, lo que apoya la conservación y divulgación de las lenguas indígenas nacionales.

- La convocatoria de "Apoyo a Proyectos Sociales de Colectivos y Grupos Juveniles Projuventudes" estimula la creatividad, el capital social, la conformación y la participación de grupos juveniles que realicen acciones a favor del desarrollo integral de las juventudes mexicanas de 12 a 29 años de edad. Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, se apoyaron 195 grupos juveniles de 24 entidades de la República Mexicana, con lo que se benefició a 975 jóvenes directamente y 9,750 de manera indirecta.

- El PCS conjuntamente con el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) publicaron en marzo de 2016, una Convocatoria denominada Pro Juventudes: Proyectos y Acciones en Pro del Desarrollo Juvenil para fomentar la participación, creatividad y responsabilidad social de la juventud, a través del apoyo a diversas acciones que emprendan los actores sociales en favor del desarrollo integral de la juventud mexicana. De septiembre de 2015 a junio de 2016, el PCS aportó recursos por cinco millones de pesos y el IMJUVE destinó 5.5 millones para apoyar 48 proyectos en beneficio de 19,267 jóvenes.

[1/] Las lenguas indígenas son chinanteco, triqui, tzotzil, rarámuri, tepehuán, náhuatl, guarijío, chontal, maya, otomí, tenek, zapoteco y mixteco.

La aspiración a una sociedad igualitaria requiere de **fortalecer la protección de los derechos de las personas adultas mayores**, para garantizar su calidad de vida en materia de salud, alimentación, empleo, vivienda, bienestar emocional y seguridad social.

- El Programa Pensión para Adultos Mayores (PPAM) registró al mes de junio de 2016, una vez consideradas las altas y bajas naturales, un padrón de 5,533,552 personas, lo que representa una cobertura de 82.5% de la población potencial[2/] de 6,711,167 personas.

Cobertura del Programa Pensión para Adultos Mayores
• En diciembre de 2012, el Padrón Activo de Beneficiarios ascendía a 3,056,816 adultos mayores, por lo que el incremento de 2,476,736 personas observado al mes de junio de 2016, representa un aumento de 81 por ciento. • El programa tiene presencia a junio de 2016, en 84,532 localidades en los 2,457 municipios y delegaciones del país, que superan en 9% a las 77,576 localidades registradas a diciembre de 2012.

- De septiembre de 2015 a junio de 2016, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores realizó las siguientes acciones:
  - Se otorgaron 817,682 credenciales de afiliación, con lo que se calcula que 12,166,308 personas adultas mayores ya cuentan con esta credencial, cifra que representa 97.1% de la población de 60 años y más en el país.
  - Se establecieron 765 convenios de colaboración con dependencias federales, así como gobiernos estatales y municipales, empresas nacionales y trasnacionales, para la coordinación de acciones específicas que fomentan la inclusión social de las personas adultas mayores.
  - Se reportaron en actividad un promedio de 3,428 clubes de la tercera edad, cifra que supera en 51 clubes el promedio del periodo anterior.
  - Se otorgaron 26,761 consultas especializadas y estudios de laboratorio y gabinete.
  - Se vinculó a 20,918 personas adultas mayores en una actividad remunerada, cifra que supera en más del doble a las 8,691 personas vinculadas en el periodo precedente.

[2/] La población potencial del PPAM se define como el conjunto de personas de 65 años o más que no están protegidos por la seguridad social (no tienen ingresos por pensión o jubilación contributiva), o que teniendo acceso a una pensión o jubilación, ésta es menor a lo necesario para adquirir la canasta alimentaria.

Apoyo del Servicio Nacional de Empleo a los adultos mayores

- A través de la Estrategia Abriendo Espacios del Servicio Nacional de Empleo, de enero de 2013 a junio de 2016, se atendió a 292,341 adultos mayores buscadores de empleo, de los que 136,448 lograron colocarse en un empleo u ocupación productiva. Estas cifras superan en 135.4% las atenciones y en 229.3% las colocaciones, que se registraron en igual periodo de la administración anterior.

  – Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, se atendió a 76,045 adultos mayores en busca de empleo, de los que 33,835 lograron ocuparse productivamente.

- Con el propósito de mejorar el estado de salud y la perspectiva de vida de los adultos mayores, de septiembre de 2015 a junio de 2016, el ISSSTE llevó a cabo las siguientes acciones:

  – Se otorgaron 230,998 consultas gerontológicas en 115 módulos ubicados en las unidades de primer nivel de atención, que son atendidos por 121 médicos gerontólogos y 119 enfermeras gerontogeriátricas. Además, se realizaron 283,753 terapias físicas a través de las "Áreas de Apoyo Funcional" de los módulos gerontológicos, en los que se atienden padecimientos músculo-esqueléticos sencillos con equipo básico de rehabilitación.

  – Se ofrecieron 978,037 servicios integrales a jubilados y pensionados, cifra superior en 7.5% a los 909,456 otorgados en el periodo anterior, a través de los programas culturales, deportivos y recreativos del Instituto.

  – Se realizaron 109 acciones de capacitación como diplomados en gerontología y trabajo social, enfermería gerontológica, psicogerontología, tanatología, entre otros, para complementar la formación de 3,018 participantes que atienden a personas adultas mayores.

  – Se llevaron a cabo 154 acciones de capacitación en apoyo al desarrollo gerontológico de 3,779 adultos mayores derechohabientes, entre las que destacan los cursos "Comer Bien es Posible", "Conociendo, Exigiendo y Actuando", "Derechos de las Personas Adultas Mayores" y "Dignidad y Vejez", entre otros.

  – El "Curso de Apoyo para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas" que el ISSSTE puso a disposición en su portal de *Internet* en marzo de 2015, fue consultado por 16,025 usuarios tanto nacionales como extranjeros.

  – Mediante las Casas de Día del Adulto Mayor en la Delegación Regional Poniente de la Ciudad de México, Tlaxcala y Morelos, entre junio de 2014 -año en que operó la primera casa- y junio de 2016, se otorgaron 121,576 servicios de atención diurna de la población adulta mayor en un ambiente seguro y agradable.

  – Por otra parte, funcionan en condiciones similares al modelo de Casa de Día, Oaxaca, Yucatán y la Delegación Oriente, en las que entre enero de 2015, cuando inició operaciones la primer Casa de Día homologada y junio de 2016, se brindaron 91,741 servicios a los adultos mayores que acudieron a esas instalaciones.

  – Se otorgaron 126,046 préstamos personales a personas adultas mayores, en sus siete modalidades vigentes, por un monto de 6,007,557,971 pesos en apoyo a su economía, superior en 6.4%, en términos reales[1/], respecto del monto de 5,508,487,564 pesos, concedido durante el periodo precedente.

  – El Sistema de Tiendas SuperISSSTE continuó con la aplicación del descuento a jubilados y pensionados, de 10% en los productos de la canasta básica y de 5% en los medicamentos que se comercializan a nivel nacional, que les significó un ahorro de 2.5 millones de pesos, equivalentes a 9.7% de las ventas por 25.9 millones de pesos realizadas a este grupo etario.

  – El Fondo de la Vivienda del ISSSTE otorgó 1,358 créditos a los derechohabientes pensionados, de los que 2.2% se otorgaron bajo la modalidad de créditos con subsidio, lo que implicó una inversión de 555 millones de pesos.

  – A través del Centro de Estudios y Apoyo al Adulto Mayor, el ISSSTE realizó 87 actividades educativas con la participación de 2,385 participantes en temas tales como salud y nutrición, seguridad y participación del adulto mayor y desarrollo de actividades tecnológicas, entre otros.

- Dentro del Programa de Envejecimiento Activo del IMSS para mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad e independencia física, mental, emocional y social de los adultos mayores, entre septiembre de 2015 y junio de 2016:

  – Se realizaron en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI), 65,861 evaluaciones gerontológicas, se llevó a cabo el curso nacional de actualización para personal delegacional y operativo de prestaciones sociales en

[1/] La variación porcentual real se calculó utilizando el deflactor 1.0251, con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) al mes de junio de 2016.

el que se capacitó a 217 trabajadores, y se puso en operación el adiestramiento en dos delegaciones con una asistencia de 100 trabajadores de las UOPSI.

- Se distribuyeron 2,500 manuales para el cuidador de personas adultas mayores, se continúa el desarrollo del Modelo de Atención Social a la Salud con la implementación del curso taller en línea de ocupación terapéutica para trasformar los hábitos y rutinas en roles activos y saludables modificando los estilos de vida. Se impartieron cursos y talleres de promoción de la salud, cultura física y deporte, capacitación y adiestramiento técnico y desarrollo cultural a 260,562 personas adultas mayores.

- Se llevaron a cabo 2,257 servicios como pláticas, campañas y eventos, que registraron 769,297 asistentes; en cursos y talleres se inscribieron 30,619 personas, que registraron 295,935 asistencias. Entre los cursos resalta el de Formación de Cuidadores de Adultos Mayores, Acompañantes y Promotores de Adultos Mayores con 9,267 personas.

- En materia de pensiones destaca la eliminación de la comprobación presencial de supervivencia que debían realizar más de tres millones de pensionados, acudiendo a las ventanillas del IMSS dos veces por año.

  - Este logro es resultado de la implementación del Programa de Actualización de Datos de la Población Pensionada, para fortalecer los registros de la Clave Única de Registro de Población (CURP). A junio de 2016, 95% de los pensionados cuenta con un registro de CURP válido, lo que permite que esta población ya no tenga que comprobar su supervivencia en forma presencial para el pago de su pensión.

  - Con el fin de implementar acciones estratégicas para la detección oportuna del fallecimiento de pensionados del IMSS, entre septiembre de 2015 y junio de 2016, se continuó con la confronta de información con el Registro Nacional de Población e Identificación Personal y en abril de 2016, se iniciaron confrontas masivas de información del Sistema de Mortalidad Hospitalaria del IMSS con el Subsistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones de la Secretaría de Salud (SS).

- A fin de disminuir la dificultad que tienen los pensionados para acceder al crédito, se promovió con diversas entidades financieras, el otorgamiento de créditos a los pensionados del IMSS.

  - A junio de 2016, los pensionados contrataron 52 mil nuevos créditos.

  - Desde el inicio de la administración y hasta junio de 2016, 28 entidades financieras han otorgado 223 mil créditos a pensionados del IMSS.

- La SS, a través de 32 Comités Estatales de Atención al Envejecimiento, refuerza la cultura de un envejecimiento activo y saludable. De enero a agosto de 2016, estos comités realizaron lo siguiente:

  - Se efectuaron 170,771 detecciones de osteoporosis, en población de 50 años y más por riesgo de fractura.

  - En octubre de 2015, se realizaron 8,017,651 actividades en la Semana de Salud para Gente Grande, que incluyeron detección en síndromes geriátricos (alteraciones de memoria, depresión, caídas, incontinencia urinaria), revisión dental y vacunación, entre otras. En la presente administración, se llevaron a cabo 24,704,739 actividades.

  - Se aplicaron 6,025,177 dosis de vacunas contra influenza, en adultos mayores sin seguridad social. De enero de 2013 a agosto de 2016, se aplicaron 18,625,135 dosis contra influenza, incluyendo a los adultos de 50 a 59 años con factores de riesgo.

  - En 2016 se fortalecieron las actividades para la detección integral del crecimiento en el tamaño de la próstata, para incidir en la disminución de la mortalidad por cáncer de este tipo en varones de 45 años y más, con 631,887 detecciones. En la presente administración, se realizaron 5,215,054 detecciones.

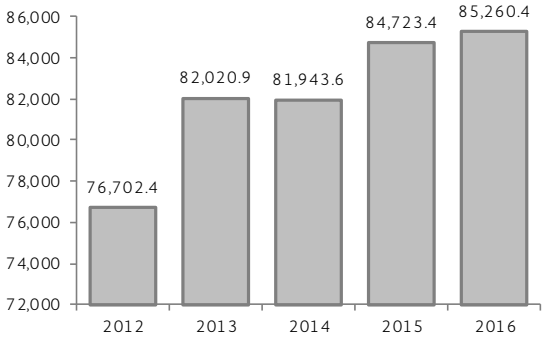
- En los Centros Nacionales Gerontológicos y Casas Hogar para Ancianos del SNDIF, se proporciona atención integral todo el año mediante servicios de atención de día y diurna, tales como: alojamiento, atención médica, psicológica, odontológica, actividades culturales, deportivas, recreativas, terapia ocupacional y rehabilitatoria, atención social, jurídica y de nutrición, entre otros, a personas mayores de 60 años en estado de desamparo o desventaja social.

  - De enero de 2013 a agosto de 2016, se otorgaron 8,792,854 servicios a un promedio de 430 adultos mayores. Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016, se brindaron 1,860,713 servicios a 430 adultos mayores en promedio.

- A partir de 2014, IMSS-PROSPERA implementa el proyecto salud y nutrición de la población adulta mayor, a través del cual al mes de julio de 2016, se realizó el diagnóstico de salud a 7,318 personas de este grupo etario para derivación a su unidad médica en caso necesario, y su acompañamiento y cuidado a cargo de 1,317 adolescentes y jóvenes de 11 a 23 años, que integran la Red de Atención al Adulto Mayor, para mejorar la alimentación y actividades físicas y recreativas de los adultos mayores.

2.2.3 Fomentar el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas, fortaleciendo su proceso de desarrollo social y económico, respetando las manifestaciones de su cultura y el ejercicio de sus derechos[1/]

GASTO FEDERAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, 2012-2016 [1/]
(Millones de pesos a precios de 2016)



1/ Cifras de presupuesto anual aprobado.
FUENTE: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Incremento del gasto para los pueblos indígenas

- En los últimos cuatro años los recursos destinados para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas se incrementaron en términos reales en 11.2 por ciento[1/].
- Destacan los de PROSPERA Programa de Inclusión Social, con un aumento de 5.6 mil millones de pesos, equivalentes a 32.9% real y el programa Pensión para Adultos Mayores, que creció 33.2 mil millones de pesos, igual a 32.8% real, entre 2012 y 2016.

1/ La variación real se calculó tomando como base el deflactor que resulta de la variación del índice de Precios Implícito del PIB de 2016 respecto a 2012 (1.1259).

1/ De acuerdo con los compromisos asumidos por el Gobierno de la República, las acciones realizadas contribuyen con la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNcH), al cumplimiento del Compromiso Presidencial 257 "Apoyo a comunidades indígenas", al Plan Michoacán y al Plan Nuevo Guerrero.

Reestructuración de los programas para el desarrollo de los pueblos indígenas

- El número de programas presupuestarios con incidencia en el desarrollo de los pueblos indígenas ascendió a 65 en 2015, mientras que para 2016 fue de 60, como resultado de las fusiones, eliminaciones y/o resectorización llevada a cabo en este año, con el propósito de fortalecer y mejorar la focalización de acciones y contribuir a las prioridades señaladas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y en el Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018.

- En 2016 se aprobaron 85,260.4 millones de pesos para los programas y acciones en beneficio de la población indígena. Este monto superó en 0.6% real al presupuesto aprobado en 2015.
  - Los programas orientados a Desarrollo Social contaron con 28,642.5 millones de pesos, que representan 33.6% del presupuesto total aprobado y se integran, principalmente, por los programas PROSPERA y Pensión para Adultos Mayores, cuyo presupuesto en conjunto suma 26,522.5 millones de pesos.
  - Para los programas de Educación y Salud, incluyendo el Programa IMSS-PROSPERA, se autorizaron 18,299.2 millones de pesos, cantidad que representa 21.5% del presupuesto total aprobado.
  - El presupuesto aprobado para los programas de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), asciende a 11,900.5 millones de pesos, esto es, 14% del presupuesto total, de los cuales, 63.8% es aportado por el Programa de Infraestructura Indígena.
  - De los recursos del Ramo 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios, se asignaron 10,160.1 millones de pesos, cifra equivalente a 11.9% del presupuesto total, para la atención de los municipios catalogados como indígenas.
  - El resto del presupuesto (16,258.1 millones de pesos) fue aprobado para la ejecución de programas de fomento rural, desarrollo forestal, caminos rurales y vivienda, entre otros.
- De enero a junio de 2016 se ejercieron 42,108.4 millones de pesos, que equivalen a 49.4% del presupuesto aprobado anual.

Con la finalidad de **desarrollar mecanismos para que la acción pública dirigida a la atención de la población indígena sea culturalmente pertinente**, se desarrollaron las siguientes acciones:

- En Tabasco se capacitó en el "Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado y seguro", a 40 personas (personal médico

y de enfermería de las unidades toco quirúrgicas y áreas afines) de 15 hospitales que atienden a población indígena[1/].

- En el Hospital de Amealco, Querétaro se impartió un curso denominado "Modelo de competencias de partería tradicional: Atención normal y de urgencias de las mujeres en el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido". El curso se impartió el 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2015 para 10 parteras tradicionales indígenas que están en proceso de autorización de su práctica en las jurisdicciones sanitarias 1 y 2 del estado.
- Se participó en el Conversatorio Nacional en Querétaro, sobre los derechos de las mujeres indígenas para atenderse con el modelo, en el cual participaron parteras tradicionales de 15 entidades federativas con población indígena[2/].
- Se elaboró el diseño de la "Unidad de Parto Humanizado" en un documento guía de difusión y promoción, como propuesta funcional de espacio de atención desmedicalizada del parto y puerperio de bajo riesgo[3/].
- Se conformaron seis grupos interinstitucionales e intersectoriales para la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en las siguientes entidades federativas: Ciudad de México, México, Michoacán, Quintana Roo, Sonora y Veracruz, los cuales se suman al grupo conformado en Puebla entre septiembre de 2014 y agosto de 2015.
- Para difundir entre la población indígena sus derechos en materia de salud, a través de la página de *Internet* de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico[4/] se publicaron 11 folletos con la traducción de los derechos generales de los pacientes, los cuales regularmente se transmiten por medio de las radiodifusoras culturales indigenistas que opera la CDI.
  - De septiembre de 2015 a agosto de 2016 en el Hospital Regional de Alta Especialidad, Ciudad Salud, en Chiapas, se atendieron 39 pacientes monolingües de etnias de la misma entidad: Cho'l, Tojolabal, Tzeltal, Tzotzil, Zapoteco y Zoque.
- A efecto de ampliar las perspectivas educativas y fortalecer la identidad de niños y niñas de regiones indígenas, a través de la Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe, se llevaron a cabo, de mayo de 2013 a mayo de 2016, dos encuentros nacionales y seis regionales, en los que se contó con la participación de 860 niños y 171 docentes y padres de familia de los pueblos indígenas Mazahuas de México, Hñähñú, Otomí, Náhuatl y Tepehua de los municipios de Ixmiquilpan, Tenango de Doria, Huejutla. Jaltocán, Chilcuautla y Acaxochitlán, de Hidalgo, Rarámuri, Makurawe (Guarijío), y Odami de Chihuahua, Wixárika y Huichol de Nayarit, Chichimeca y Maya de Yucatán, y Mame y Tzeltal de Chiapas.

En lo que concierne a la **armonización del marco jurídico nacional en materia de derechos indígenas, así como el reconocimiento y protección de su patrimonio y riqueza cultural, con el objetivo de asegurar el ejercicio de los derechos de las comunidades y pueblos indígenas**, las acciones del Gobierno de la República presentan los siguientes resultados:

Apoyo a indígenas

- Del 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016, mediante el Programa de Derechos Indígenas[1/] se benefició a 511,186 personas indígenas: 226,544 hombres y 284,642 mujeres, mediante 17,444 apoyos para la ejecución de proyectos de acceso a la justicia, actividades culturales, de comunicación, género y de salud; en estas acciones se ejerció un presupuesto acumulado en el periodo por un monto de 565.5 millones de pesos.

1/ Este programa inició sus operaciones en 2014 y concentra las acciones que hasta 2013 se realizaban a través de los siguientes programas: Programa Promoción de Convenios en Materia de Justicia, Programa de Acciones para la Igualdad de Género con Población Indígena, Programa de Fomento y Desarrollo de las Culturas Indígenas, Proyecto Excarcelación de Presos Indígenas, Proyecto de Comunicación Indígena, Proyecto para la Atención a Indígenas Desplazados y Proyecto Atención de Tercer Nivel.

- Del 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016 se otorgaron 947 apoyos para la realización de proyectos presentados por el mismo número de organizaciones de la sociedad civil y núcleos agrarios, con el propósito de realizar acciones sobre el conocimiento y ejercicio de los derechos reconocidos en el orden jurídico nacional, en beneficio de 301,868 personas indígenas, de las cuales 158,661 son hombres y 143,207 mujeres. De este total, 472 apoyos para la ejecución de proyectos en beneficio de 139,624 personas indígenas, se realizaron entre el 1 de septiembre de 2015 y el 30 de junio de 2016.

1/ Hospitales comunitarios y Generales de Centla, Jalapa, Jalpa de Méndez, Jonutla, Nacajuca, Tacotalpa, Tenosique, Villa La Venta, Balancán, Cárdenas, Comalcalco, Cunduacán, Emiliano Zapata, Huimanguillo y Macuspana.

2/ Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua Durango, Guerrero, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luís Potosí, Veracruz y Yucatán.

3/ La Unidad es un modelo de espacio físico contiguo al hospital diseñado para la atención del parto y puerperio de bajo riesgo, donde se permitirá y facilitará el acompañamiento del familiar, la libre deambulación de la paciente, la atención de parto en posiciones fisiológicas y el apego inmediato. Se propone que sea atendida preferentemente por parteras tradicionales, parteras profesionales, enfermeras obstétricas y médicos generales.

4/ http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/inali.html.

- De 2013 a junio de 2016 se logró que 4,148 personas indígenas[1/] que por distintas razones enfrentaron a la justicia sin una defensoría legal adecuada, obtuvieran su libertad. De este total, entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de junio de 2016 fueron excarcelados 3,066 indígenas, con el apoyo del Programa de Derechos Indígenas. Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016 los indígenas liberados ascendieron a 632 (66 mujeres y 566 hombres).
- Del 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016, se otorgaron 3,151 servicios de asistencia de intérpretes-traductores en lenguas indígenas en diligencias de carácter judicial o administrativo; 1,156 fueron proporcionados entre el 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016.
- En 2016 se incorpora el tipo de apoyo Asistentes en materia penal y registro civil; al 30 de junio se otorgaron 101 apoyos a igual número de personas que participaron en estas acciones.
- Para impulsar el derecho a la igualdad de género, del 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016 se otorgaron 578 apoyos para la realización de proyectos en beneficio de 169,243 personas indígenas, de las cuales, 125,014 son mujeres. Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se atendieron 53,952 personas indígenas, mediante 288 apoyos para la realización de proyectos.
  - Los apoyos para impulsar el derecho a la igualdad de género se otorgaron mediante las siguientes modalidades:
    - Casa de la Mujer Indígena. En estos espacios se contribuye a la atención y prevención de la violencia contra las mujeres y al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, mediante el apoyo a proyectos de organizaciones y grupos de trabajo constituidos por mujeres indígenas, para ampliar la cobertura y mejorar los servicios públicos de salud y facilitar el acceso de las mujeres indígenas a la jurisdicción del Estado. Entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de junio de 2016 se abrieron tres nuevas Casas de la Mujer Indígena: en Baja California, México y Puebla, con lo que suman 24 casas establecidas en 14 entidades federativas[2/], en las que se otorgaron 72 apoyos en beneficio de 47,986 personas indígenas, de las cuales 37,932 son mujeres y 10,054 hombres. Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016 se beneficiaron 26,536 personas indígenas (20,720 mujeres y 5,816 hombres) en las Casas de la Mujer Indígena. Adicionalmente, en el primer semestre de 2016 se apoyó a cinco Casas de Apertura[3/], para beneficio de 1,940 personas indígenas (940 hombres y mil mujeres), dos de estas casas se ubican en Chiapas, y las tres restantes en Chihuahua, Guerrero y Yucatán.
    - Coordinación para la Prevención y Atención de la Violencia contra Mujeres con Enfoque Intercultural. Del 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016 se atendió a 69,202 personas indígenas: 17,762 hombres y 51,440 mujeres, a través de 169 apoyos para la realización de proyectos en temas relativos a: prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y canalización de personas indígenas portadoras del virus; fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos y nuevas masculinidades con enfoque intercultural. Entre el 1 de septiembre de 2015 y el 30 de junio de 2016, se otorgaron 85 apoyos para proyectos, en beneficio de 12,499 personas indígenas, de las cuales 8,447 son mujeres.
    - Fortalecimiento para el Ejercicio de Derechos de las Mujeres Indígenas. Desde el 1 de enero de 2014 hasta el 30 de junio de 2016, se apoyó a 48,569 personas indígenas: 16,248 hombres y 32,321 mujeres, mediante 316 apoyos a proyectos en temas que forman parte de las agendas de las comunidades y pueblos indígenas, y que no se atendían antes de manera institucional (partería tradicional, prevención del VIH, formación de formadores(as) con perspectiva de género, violencia obstétrica hacia mujeres indígenas y derechos de las mujeres indígenas con discapacidad). Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016 se atendió a 12,718 personas indígenas, mediante 145 apoyos a proyectos.
    - Otras Acciones para el Fortalecimiento de Capacidades de la Población Indígena para el Ejercicio de los Derechos de las Mujeres Indígenas[4/]. De enero de 2014 a junio de 2016 se otorgó apoyo a 3,486 personas indígenas, de las cuales 165 son hombres y 3,321 mujeres, mediante 16 apoyos para acciones de capacitación en temas como prevención primaria y secundaria del VIH, a efecto de que puedan brindar atención culturalmente pertinente y en su propia lengua a

1/ Incluye 1,082 personas indígenas excarceladas mediante el Proyecto de Excarcelación de Presos Indígenas correspondientes al ejercicio 2013.

2/ Baja California, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán.

3/ El apoyo a las Casas de Apertura se otorga para la obtención de un inmueble, compra del terreno, construcción, materiales de construcción, y equipamiento, entre otros conceptos.

4/ Se incorporó esta modalidad para impulsar acciones de capacitación, elaboración de diagnósticos, diplomados, y el pilotaje de proyectos, que incidan de manera general en la atención de la problemática de la población indígena y de manera particular, en la agenda de las mujeres indígenas.

las personas indígenas que así lo requieran para la aplicación de pruebas, consejería, canalización y seguimiento. Entre estas acciones destaca la realización del VII Diplomado para Fortalecer el Liderazgo de Mujeres Indígenas 2016, en el marco del Convenio General de Colaboración entre la CDI y la Universidad Nacional Autónoma de México, mediante el cual el Gobierno de la República reforzó su compromiso con las mujeres indígenas, con el propósito de fortalecer su liderazgo para la participación e incidencia política en sus distintos niveles de gestión, en sus pueblos y comunidades. En el diplomado participaron 38 mujeres indígenas.

- Del 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016 se otorgaron 1,458 apoyos para proyectos culturales y de comunicación que beneficiaron a 28,132 personas indígenas: 15,797 hombres y 12,335 mujeres, quienes recibieron recursos para rescatar y fortalecer sus manifestaciones culturales para la producción de proyectos de comunicación intercultural. De este total, 953 apoyos para la realización de proyectos que beneficiaron a 17,813 personas indígenas, corresponden al periodo del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016.
- Para el rescate y salvaguarda de las culturas indígenas, entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de junio de 2016, se formó a 286 jóvenes indígenas: 146 hombres y 140 mujeres, en temas relacionados con: técnicas de elaboración de artesanías, enseñanza de la música y la danza, tradición oral, gastronomía, medicina tradicional, saberes ancestrales y ceremonias tradicionales, entre otros. Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016 el número de jóvenes formados en estos temas fue de 189.
- Entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de junio de 2016 se otorgaron 219 apoyos para proyectos de comunicación intercultural, en beneficio de igual número de personas indígenas, de las cuales 138 son hombres y 81 mujeres; de estos, 141 apoyos para proyectos beneficiaron a igual número de personas indígenas, entre el 1 de septiembre de 2015 y el 30 de junio de 2016.
- Para apoyar a pacientes indígenas de escasos recursos que requirieron atención médica de tercer nivel, del 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016, mediante acciones de coordinación con hospitales, institutos de salud y asociaciones civiles de atención médica especializada y laboratorios, se otorgaron 7,354 apoyos a 4,836 personas indígenas (2,373 hombres y 2,463 mujeres). Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se benefició a 1,439 personas indígenas, a quienes se les entregaron 1,887 apoyos, con los cuales, los pacientes que lo requirieron pudieron adquirir medicamentos, y realizarse estudios y tratamientos de alta especialidad.
- Entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2015, se apoyó a 284 familias de indígenas desplazadas de los estados de Chiapas y Guanajuato, que se vieron obligadas a abandonar sus lugares de origen debido a problemas étnicos o religiosos; los apoyos consistieron en la adquisición de tierras para cultivo, solares urbanos y materiales para la construcción de vivienda.
- A través de la CDI se brindó asistencia técnica y jurídica a los congresos locales, con el objetivo de llevar a cabo las adecuaciones normativas a nivel constitucional y legal, para que se reconozcan los derechos de los pueblos y comunidades indígenas.
- En lo que va de la actual administración, se emitieron opiniones jurídicas para 134 iniciativas presentadas en las Cámaras del H. Congreso de la Unión, y que involucran derechos de personas, pueblos y comunidades indígenas[1/].
  - De este total, entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2016, la CDI, a través de la Coordinación General de Derechos Indígenas, emitió la opinión jurídica de 22 iniciativas[2/].

1/ Remitidas por la Subsecretaría de Enlace Legislativo y Acuerdos Políticos de la Secretaría de Gobernación, a través del Sistema de Automatización de Opiniones de la Administración Pública Federal.

2/ Iniciativa con proyecto de decreto que reforma los artículos 45 del Código Nacional de Procedimientos Penales y 10 de la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas; Iniciativa con proyecto de decreto por el que se expide la Ley General de Consulta Previa a los Pueblos y Comunidades Indígenas; Iniciativa con proyecto de decreto que expide la Ley General de Consulta de los Pueblos y Comunidades Indígenas de México; Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma la fracción V y se adicionan las fracciones VI y VII, recorriéndose la subsiguiente en su orden, todas del artículo 3 de la Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; Iniciativa con proyecto de decreto que reforma diversas disposiciones de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos; Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan disposiciones a la Ley para el Desarrollo de la Competitividad de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa; Iniciativa que reforma la Fracción IX del apartado B del Artículo 2 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la fracción VI del artículo 3 de la Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; Iniciativa con proyecto de decreto que adiciona el artículo 2 de la Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de las Leyes General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas, de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Federal de Defensoría Pública, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación; e Iniciativa que reforma el artículo 35 de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente; entre otras.

Sistema para la asistencia de abogados intérpretes o traductores hablantes de lenguas indígenas

- El 29 de octubre de 2015, el Gobierno de la República suscribió el Convenio de Colaboración para la Implementación del Nuevo Sistema de Justicia Penal con Perspectiva Intercultural y Multilingüe, con el cual se garantiza el debido proceso a la población indígena, y se reconocen sus Sistemas Normativos como una nueva forma del Estado mexicano para impartir justicia en plena valoración de la composición pluricultural de la Nación.
- En el marco de este Convenio, a través de la CDI se diseñó el Sistema para la asistencia de abogados intérpretes o traductores hablantes de lenguas indígenas y Casa de la Mujer Indígena (CAMI), el cual opera con el objetivo de promover la comunicación entre servidores públicos y los hablantes de lenguas indígenas, y coadyuvar a garantizar el acceso a la justicia y el ejercicio de los derechos de la población indígena que así lo requiera frente a diversas instituciones gubernamentales.
- El Sistema contiene un padrón de 198 abogados indígenas bilingües; un padrón de 31 representantes integrantes de las 24 CAMI y un padrón nacional de 655 intérpretes-traductores en lenguas indígenas. Entre los tres padrones referidos se encuentran disponibles 121 variables lingüísticas de 39 lenguas indígenas.
- El Sistema también cuenta con cápsulas de audio para la identificación de las lenguas y variantes lingüísticas. En total, el sistema incluye 37 audios de identificación de variante lingüística.
- El Sistema considera además, mapas estatales de la República Mexicana, en los que se detalla el número de población indígena, desglosada por hombres y mujeres, así como lenguas indígenas ubicadas por entidad federativa.
- Al 30 de junio de 2016, se dieron de alta en el Sistema, 796 usuarios de diversas instancias federales y estatales, como las Procuradurías Estatales, el Poder Judicial Estatal, los Centros de Justicia Estatales, la Seguridad Pública Estatal, los Institutos Estatales de Defensoría Pública, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y los Centros Estatales de Prevención y Reinserción Social, entre otros.

– Del 1 de enero de 2013 al 31 de agosto de 2016, de manera conjunta con el Instituto Federal de Defensoría Pública, la Organización de los Estados Americanos, el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación y el Tribunal Superior Agrario, fueron capacitados 198 abogados indígenas bilingües en los estados de Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán. Los cursos realizados abordaron las siguientes temáticas: actualización en materia penal, justicia y litigio electoral, y derechos de los pueblos indígenas en el Sistema Interamericano, y derechos agrarios de los pueblos y comunidades indígenas.

- Las radiodifusoras culturales indigenistas que opera la CDI, son un medio para asegurar el derecho de los pueblos indígenas a la información e interlocución con otros actores de la sociedad.

Cobertura de las radiodifusoras culturales indigenistas

- En los casi cuatro años de la actual administración, a través de las 21 radiodifusoras culturales indigenistas ubicadas en 16 entidades federativas[1/], se transmitieron 317,910 horas-radio, de las cuales 191,252 fueron en lenguas indígenas y 126,658 en español.
  - Durante este lapso se difundieron mediante noticieros, cápsulas y mensajes en español y en las 36 lenguas[2/] que cubren las radiodifusoras, contenidos sobre las acciones que el Gobierno de la República realiza para impulsar el desarrollo de los pueblos indígenas, con amplia difusión sobre los avances de los diversos programas sociales.

[1/] Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán.

[2/] Amuzgo, Cora, Cuicateco, Chatino, Chinanteco, Cho'l, Guarojio, Mam, Maya, Mayo, Mazahua, Mazateco, Mexicanero, Mixe, Mixteco, Náhuatl, Ñhañhu, Otomí, Pame del Norte, Pame del Sur, Purépecha, Popti (Jacalteco), Rarámuri, Tlapaneco, Tenek, Tepehuano del Norte, Tepehuano del Sur, Tojolabal, Triqui, Totonaco, Tzeltal, Tzotzil, Wixárika, Yaqui, Zapoteco y Zoque.

– De septiembre de 2015 a junio de 2016 se transmitieron 82,067 horas-radio; de estas, 49,240 fueron en las 36 lenguas indígenas en las cuales transmiten las Radiodifusoras Culturales Indigenistas y 32,827 en español. Se difundieron acciones vinculadas a las siguientes temáticas: seguridad social para todos los jóvenes estudiantes; certificación de estudios; promoción del registro de los niños y niñas en educación preescolar; salud de la población indígena y el cuidado del medio ambiente; prevención del embarazo adolescente; el derecho al acceso al Seguro Popular; adquisición de casa-habitación; salud reproductiva; Casa de la Mujer Indígena y del Derecho a la Identidad; seguridad alimentaria; y el apoyo al microempresario y a la mujer rural.

- Con la colaboración de diversas dependencias federales, estatales y municipales, del 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016, el Gobierno de la República, a través de la CDI impulsó la difusión de la riqueza cultural indígena; se preservó y difundió el patrimonio cultural que se tiene en resguardo y se generó información relevante sobre particularidades de las culturas. En este periodo, el presupuesto ejercido fue de 128,192.2 millones de pesos.

Promoción y difusión de las culturas

- Del 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016 se realizaron 255 eventos, entre los que destacan los vinculados con celebraciones relevantes como: el Día Internacional de la Lengua Materna, el Día Internacional de los Pueblos Indígenas, el Día Mundial de la Diversidad Cultural para el Diálogo y el Desarrollo, la Semana Santa y las Celebraciones del Día de Muertos como Patrimonio de la Humanidad. Del total de eventos realizados en lo que va de la presente administración, 54 corresponden del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, con temas de gastronomía, música, danza, cine, artesanía, literatura indígena contemporánea y medicina tradicional, entre otros.

– Se realizaron 15 investigaciones en temas de etnografía, arte y gastronomía indígena, y se editaron ocho publicaciones en el marco de dos colecciones "Alimentos y bebidas de los pueblos indígenas de México" y "Pueblos indígenas de México en el siglo XXI", así como los títulos "Arte y memoria de los pueblos indígenas de México" y "Un instante en el paraíso. Fiestas y ceremonias tradicionales de los pueblos indígenas de México".

– A efecto de contribuir a mejorar los instrumentos de política pública orientados a la revaloración y gestión del patrimonio cultural indígena en Chile y México, la CDI y la Agencia de Cooperación México-Chile trabajaron en el proyecto "Revaloración y resignificación de las culturas indígenas: Modelo de atención a la población indígena en zonas metropolitanas".

– Entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de junio de 2016 se desarrollaron 21 exposiciones, de las cuales dos fueron itinerantes: "Norte infinito" y "México Megadiverso", mismas que se presentaron en los estados de Guanajuato, Michoacán, Puebla y Querétaro, así como en la Ciudad de México.

– En este periodo, en el marco de la Política de Fomento a la Gastronomía Nacional impulsada por la Presidencia de la República, se incorporó como categoría de atención el tema de gastronomía, con lo cual esta manifestación cultural incrementó su presencia con proyectos de fortalecimiento a las manifestaciones culturales, y de comunicación intercultural.

Con un enfoque incluyente de todos los sectores de la sociedad, el Gobierno de la República avanzó en el propósito de **fomentar la participación de las comunidades y pueblos indígenas en la planeación y gestión de su propio desarrollo comunitario, asegurando el respeto a sus derechos y formas de vida**.

Indicadores del Programa Especial de los Pueblos Indígenas, 2014-2018

- De enero de 2014 a junio de 2016, suman ya 23 las entidades federativas[1/] que reconocen derechos de los pueblos indígenas en sus constituciones y legislaciones. Con estos resultados, el indicador "Porcentaje de entidades federativas que en sus constituciones y legislaciones establecen los derechos indígenas" presenta un avance de 71.8% con relación a la meta sexenal, que incluye a las 32 entidades federativas.
- Entre 2014 y 2015[2/] se proporcionó apoyo metodológico a municipios indígenas para la formulación de planes municipales; al término de este último año, se registraron 328 municipios indígenas con un plan municipal de planeación y gestión del territorio comunitario, formulado de manera participativa. Con estos resultados, el indicador "Porcentaje de municipios indígenas que cuentan con un plan elaborado participativamente a través de asambleas o comités comunitarios con apoyo institucional", llegó a 52.6% de los 624 municipios indígenas del país[3/].

1/ Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

2/ Debido a la reorientación de las acciones institucionales, derivadas de la reestructuración de la CDI, a partir de 2016, ya no se contempla la elaboración de planes municipales. En 2016, la CDI fortalece sus esquemas de planeación y desarrollo comunitario con la estrategia denominada Cobertura Total, la cual se menciona en el apartado correspondiente a la línea de acción "Asegurar el ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas en materia de alimentación, salud, educación e infraestructura básica de este Informe.

3/ Corresponde a los municipios con 40% o más de población hablante de lengua indígena, de acuerdo con el criterio definido por la CDI, el Consejo Nacional de Población y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

- Del 1 de enero de 2013 al 31 de agosto de 2016, el Consejo Consultivo de la CDI[1/] realizó 15 sesiones ordinarias, en las cuales se impulsaron acciones para promover el desarrollo de los pueblos y comunidades indígenas, con respeto a su propia cosmovisión y pertinencia cultural.

1/ Está integrado por 146 consejeros indígenas representantes de los 68 pueblos indígenas de México, quienes son elegidos democráticamente mediante las formas propias de cada grupo étnico, y cuenta con la participación activa de la mujer indígena, la cual ha logrado mayor representatividad, llegando a cubrir 42% del total de consejeros indígenas; además, cuenta con 12 organizaciones sociales, siete representantes de instituciones académicas, siete del Congreso de la Unión y 32 representantes de los gobiernos de las entidades federativas.

- En la XLIII sesión ordinaria del Consejo Consultivo, realizada el 28 de noviembre de 2015, sus integrantes revisaron las Reglas de Operación 2016 de los programas operados por la CDI y emitieron propuestas para que las mismas consideren la posibilidad de impulsar un desarrollo incluyente, en el que se destinen recursos para promover la inversión, el crecimiento económico y el empleo; todo ello para fomentar una mejor calidad de vida para los pueblos indígenas de México.
- El 31 de marzo de 2016, se llevó a cabo el Taller de Fortalecimiento de Capacidades de los Consejeros Indígenas, con el objetivo de proporcionar al Presidente del Consejo Consultivo y a los miembros de las Comisiones Coordinadora y de Honor, los elementos teórico-metodológicos que les permitan enriquecer sus conocimientos y experiencia profesional de manera sustantiva, para impulsar y fortalecer las propuestas de desarrollo de los pueblos indígenas que representan en el Consejo, mediante la reflexión de los siguientes temas centrales: Liderazgo y Trabajo en Equipo, Concertación y Estructuración de Acuerdos, Control de Gestión y Políticas Públicas.
- En su XLIV sesión ordinaria celebrada el 2 y 3 de abril de 2016, el Consejo Consultivo acordó establecer el vínculo con el Instituto Nacional Electoral (INE) para que sus integrantes conozcan, difundan y participen en el proceso de consulta sobre el rediseño de los distritos electorales que realizará en este año dicho Instituto.
- En la XLV sesión ordinaria el Consejo Consultivo acordó participar en la decimotercera Conferencia de las Partes (COP-13)[1/], a realizarse en México en diciembre de 2016, en la ciudad de Cancún, Quintana Roo, con el objetivo de aportar conocimientos y experiencias en la conservación y cuidado de la biodiversidad y mitigar el impacto del cambio climático en México y el mundo, generando con ello mejores condiciones de vida para las nuevas generaciones.
- En la XLVI sesión ordinaria del Consejo Consultivo, en cada uno de los grupos de trabajo, los Consejeros Indígenas analizaron las reglas de operación vigentes de los programas sustantivos de la CDI, con el propósito de realizar propuestas y recomendaciones con pertinencia cultural, para ser incorporadas en las Reglas de Operación 2017, en beneficio de los pueblos y comunidades indígenas.

1/ La COP-13 tiene entre otros objetivos: la integración de la conservación y uso sustentable de la biodiversidad en los planes, programas y políticas sectoriales e internacionales, con énfasis en los sectores: agrícola, forestal, pesquero y turismo.

Consejo Consultivo de la CDI en su ámbito internacional

- En abril de 2016, el Presidente del Consejo Consultivo, fue electo como Experto Independiente para Temas Indígenas en la Región América Latina y el Caribe, del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de la Organización de las Naciones Unidas para el periodo del 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2019. Ello permite encabezar las reflexiones y los debates sobre el desarrollo y la implementación de los compromisos adquiridos por parte de los Estados miembros en la Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas.

- Con el propósito de promover la participación de los pueblos y comunidades indígenas en su propio desarrollo comunitario, a partir de la publicación, el 23 de febrero de 2013, del "Protocolo para la implementación de consultas a pueblos y comunidades indígenas", y hasta el 30 de junio de 2016, se asesoró a 15 dependencias federales[2/] para la elaboración de los Protocolos de Consulta Indígena específicos, según la acción institucional de cada una de estas dependencias. Asimismo, se realizaron 38 consultas sobre proyectos de desarrollo.
  - Entre enero y junio de 2016, se realizaron asesorías a 14 entidades federativas[3/], sobre Redistritación[4/] de municipios indígenas, con el INE y dos más en Campeche y Yucatán, en las que se realiza la Consulta sobre Soya Genéticamente Modificada.

2/ Comisión Federal de Electricidad (CFE); Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT); Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT); Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS); Petróleos Mexicanos (PEMEX); Instituto Federal de Telecomunicaciones; Comisión Nacional del Agua (CONAGUA); Secretaría de Energía; Comisión Nacional Forestal; Comisión Nacional de Acuacultura y Pesca; Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación (SAGARPA); Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación; Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas y Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados; e Instituto Nacional Electoral.

3/ Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila de Zaragoza, Colima, Guerrero, Guanajuato, México, Nuevo León, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco y Yucatán.

4/ Es el proceso que realiza el INE, para determinar los límites geográficos electorales a nivel federal y en cada una de las entidades federativas. Se realiza con la finalidad de poder elegir a los diputados locales y federales, lograr una mejor distribución de los habitantes por cada distrito electoral y con ello lograr que cada diputado represente al mismo número de pobladores con lo que se preserva el valor del voto.

Convenios de colaboración

- Para fortalecer las acciones transversales en beneficio de la población indígena, por medio de la CDI se suscribieron diversos convenios de colaboración, entre los que destacan los siguientes:
  - Convenio General de Colaboración entre la CDI, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), suscrito el 18 de diciembre de 2015, con el objetivo de realizar actividades conjuntas en materia de promoción de los derechos de seguridad social y lingüísticos de los pueblos y comunidades indígenas, así como acciones para la promoción, fortalecimiento y desarrollo de las lenguas indígenas, garantizando el acceso a las prestaciones que el ISSSTE otorga a los trabajadores del Estado. En reuniones de trabajo, se acordó que el Instituto desglose las cifras de los 307,292 derechohabientes indígenas, indicando la clínica de adscripción, el estado y el municipio al que pertenecen. Lo anterior, para que la CDI identifique si son localidades indígenas y la lengua y/o variante que se habla, para que a partir de ello, el INALI pueda llevar a cabo el levantamiento de la cédula de identificación y dar inicio a la capacitación a los trabajadores. Adicionalmente, el ISSSTE, tiene la tarea de realizar folletos de información de los servicios que brinda. La CDI debe trabajar en el acompañamiento de la pertinencia cultural y de respeto a los derechos indígenas y el INALI tiene el cargo de realizar la traducción a las lenguas que considere pertinentes.
  - Convenio Marco de Colaboración entre la CDI y la Secretaría de Gobernación para Promover y Garantizar el Derecho a la Identidad de la Población Indígena, suscrito el 27 de enero de 2016, con la finalidad de realizar acciones de colaboración interinstitucional para promover y garantizar el ejercicio pleno del derecho a la identidad de la población indígena. En el evento de firma del Convenio se entregaron 5,166 actas de nacimiento En total al 30 de junio de 2016 se entregaron 8 mil actas. Desde el 6 de mayo de 2016, en el Centro Coordinador para el Desarrollo Indígena que opera la CDI en San Quintín, Baja California, está funcionando el primer módulo de registro civil que es atendido por personal del Registro Civil de esa entidad federativa.

Con la finalidad de **promover el desarrollo económico de los pueblos y comunidades indígenas, a través de la implementación de acciones orientadas a la capacitación, desarrollo de proyectos productivos y la comercialización de los productos generados que vaya en línea con su cultura y valores**, el Gobierno de la República llevó a cabo las siguientes acciones:

- En el marco del Programa para Mejoramiento de la Producción y Productividad Indígena, se ha logrado avanzar en el desarrollo económico de los pueblos indígenas, debido a las estrategias impulsadas para la generación de ingresos que permiten a los beneficiarios consolidar sus proyectos productivos y promover su comercialización, mediante el fortalecimiento de la actividad económica, comercial y de turismo, sus procesos de producción y transformación, de servicios, comercialización y de apoyo para facilitar el acceso de la población indígena al financiamiento de la banca de desarrollo.

Programa para Mejoramiento de la Producción y Productividad Indígena

- Desde su puesta en marcha, el 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016, este programa ejerció 3,840.4 millones de pesos[1/] para apoyar la ejecución de 20,051 proyectos productivos, en beneficio de 230,570 productores indígenas de 30 entidades federativas[2/].

1/ No incluye gastos de operación: 61.2 millones de pesos en 2014, 71.8 en 2015 y 31.1 millones de pesos en 2016.
2/ Excepto Aguascalientes y Tamaulipas.

  - Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se otorgaron apoyos para la ejecución de 9,314 proyectos productivos (Mujer Indígena, Proyectos Productivos Comunitarios, Turismo de Naturaleza), Acciones para la Adaptación y Mitigación del Cambio Climático, y Apoyos Complementarios en materia de: comercialización, promotoría social, capacitación y asistencia técnica, en beneficio de 108,438 productores indígenas de 28 entidades federativas[1/]. Estos resultados comparados con los del 1 de septiembre de 2014 al 30 de junio de 2015[2/], superan en 2,155 los proyectos apoyados y en 23,234 los productores indígenas beneficiados.

Proyectos productivos

- Mujer Indígena. Del 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016 se ejercieron 1,130.3 millones de pesos, con los cuales se apoyaron 8,471 proyectos productivos, en beneficio de 55,967 mujeres indígenas.
  - Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se apoyaron 2,424 proyectos productivos de igual número de organizaciones y/o grupos de trabajo, con lo que se beneficiaron 12,293 mujeres indígenas.

1/ Excepto Aguascalientes, Coahuila de Zaragoza, Nuevo León y Tamaulipas.
2/ En este periodo se apoyaron 7,159 proyectos y 85,204 productores indígenas.

- Proyectos Productivos Comunitarios. Del 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016, se ejercieron 1,524.8 millones de pesos, otorgándose apoyos para 9,648 proyectos productivos comunitarios, en beneficio de 73,355 personas indígenas: 38,966 hombres y 34,389 mujeres.
  - Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se apoyaron 5,883 proyectos productivos comunitarios, beneficiándose a 42,094 indígenas, de los cuales 21,905 son hombres y 20,189 son mujeres.
- Turismo de Naturaleza. Del 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016, se ejercieron 524.8 millones de pesos, para apoyar el desarrollo de 613 proyectos turísticos, beneficiando a 25,980 indígenas (19,236 hombres y 6,744 mujeres).
  - Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se apoyaron 371 proyectos turísticos, en beneficio de 19,281 indígenas, de los cuales 14,932 son hombres y 4,349 mujeres.

Marca "Paraísos Indígenas"

(Continúa)

- En el ejercicio fiscal 2015, se creó y registró la marca distintiva en el ámbito turístico denominada "Paraísos Indígenas", con el propósito de promover la riqueza cultural y natural de los pueblos y comunidades indígenas para lograr un posicionamiento a nivel nacional e internacional de las empresas turísticas indígenas en el contexto del turismo rural y de aventura.
- En el Tianguis Turístico, llevado a cabo en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, del 25 al 28 de abril de 2016, se presentó la página *web*[1/] de la marca "Paraísos Indígenas", cuyo objetivo es impulsar la comercialización a nivel nacional e internacional de las mejores empresas turísticas indígenas. A dicho evento asistieron representantes de seis redes de Paraísos Indígenas: Campeche, Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Quintana Roo, Yucatán y Jalisco, como estado anfitrión; se efectuaron 116 citas de negocios entre compradores, medios y gobiernos de 11 entidades federativas, (Baja California, Ciudad de México, Chiapas, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Puebla, San Luis Potosí, Quintana Roo y Yucatán), así como de nueve diferentes países (Argentina, Canadá, Corea del Sur, España, Estados Unidos de América, Francia, Marruecos, Nueva Zelanda y Perú).
- El 26 de abril de 2016 se realizó el evento "Paraísos Indígenas, camino hacia la consolidación de empresas turísticas indígenas", en la cual se hizo entrega del distintivo "M" Moderniza Ecoturístico, en su edición especial para Paraísos Indígenas a 16 representantes de

Marca "Paraísos Indígenas"

(Concluye)

las ocho entidades federativas que en ese entonces conformaban la marca "Paraísos Indígenas" (Campeche, Chiapas, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán).

- En la Tercera edición de la Expo de los Pueblos Indígenas, se contó con la participación de la marca "Paraísos Indígenas" a través de un representante de cada uno de los ocho estados que formaban parte de la marca.
- Al 30 de junio de 2016, la marca está constituida por 12 entidades federativas, que incluyen a la Ciudad de México, México, Morelos y Querétaro, en las cuales ya se cuenta con 96 sitios turísticos.

1/ www.paraisosindigenas.com.

Acciones para la adaptación y mitigación del cambio climático

- Entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de junio de 2016 se ejercieron 660.5 millones de pesos, en el apoyo de 866 proyectos para la adaptación y mitigación del cambio climático, en beneficio de 47,594 personas indígenas, de las cuales 28,310 son hombres y 19,284 mujeres; asimismo, se apoyaron 453 acciones que contribuyeron al fortalecimiento de capacidades de la población indígena en materia organizativa, formativa, de autogestión, participativa, comercialización y enfoque de género, en beneficio de 27,674 personas (10,376 hombres y 17,298 mujeres).
  - Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se desarrollaron 636 acciones en materia organizativa y participativa en los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán, en beneficio de 34,770 personas indígenas; de las cuales 21,510 son hombres y 13,260 mujeres, para la implementación de la "Estrategia de impulso productivo y competitivo del café en zonas indígenas para la conservación de los recursos naturales", mediante la instalación de 316 viveros, 24 proyectos dentro de la "Estrategia de impulso a la producción de *Stevia* en zonas indígenas de Veracruz", 58 proyectos en apoyo a productores establecidos en torno a la Reserva de la Biosfera de Montes Azules, así como 158 proyectos para la protección, recuperación, conservación de flora y fauna nativa, conservación de suelos, construcción de "Estufas lorena", saneamiento y limpieza de bahías, establecimiento de Unidades de Manejo Ambiental, limpieza y desazolve de ríos, establecimiento de palma camedor y reforestación con plantas melíferas para la producción de miel, entre otras acciones.

Apoyos complementarios para el desarrollo indígena

Impulso a proyectos de productores cafetaleros

- Por su vinculación social y económica en las regiones indígenas, se estableció un modelo para promover el desarrollo integral de la producción y productividad del café en zonas cafetaleras indígenas, mediante el cual se ha logrado proporcionar apoyos a productores cafetaleros para el establecimiento de viveros comunitarios tecnificados, paquetes tecnológicos con insumos para la nutrición y sanidad en cafetales, incentivo económico para el pago de jornales por hectárea y la asistencia técnica a través de una red de técnicos seleccionados y capacitados.
- Se cuenta con la orientación técnica de la SAGARPA, para ampliar la superficie de cultivo en los municipios atendidos, con lo que se han mejorado los cafetales, conservado los recursos naturales y se ha dado valor agregado para la comercialización, resultando una mejora en los ingresos de las familias cafetaleras.

- Promotoría Social. Del 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2016, con el fin de apoyar a las unidades operativas y administrativas de la CDI, se han implementado diversas acciones en materia de promotoría social, para el seguimiento y acompañamiento en campo de los grupos de beneficiarios indígenas, desde la difusión del programa hasta la puesta en marcha de los proyectos productivos apoyados.

Impulso a la comercialización de productos indígenas

- En la presente administración se han realizado Expos de los Pueblos Indígenas, espacios de promoción comercial y venta de productos a través del contacto directo entre el productor indígena y el consumidor, permitiéndoles mejorar sus ingresos monetarios, establecer vínculos comerciales a futuro y posicionar en el consumidor la calidad de sus productos.

- Comercialización. De 2015 a 2016 se realizaron tres Expos: de los Pueblos Indígenas, la primera y la segunda se llevaron a cabo en la Ciudad de México del 15 al 18 de octubre y del 13 al 16 de noviembre de 2015, respectivamente, la última de ellas también se realizó en la Ciudad de México del 16 al 19 de junio de 2016. En esta última Expo, mediante convocatoria se seleccionaron 163 productores y artesanos indígenas, quienes presentaron productos de calidad, con la marca "Manos Indígenas Calidad Mexicana". Dicho evento contó con la participación de 21 entidades federativas[1/] con 163 expositores.

- Capacitación y Asistencia Técnica. Desde enero de 2014 a junio de 2016 se llevaron a cabo acciones para apoyar los servicios de capacitación y asistencia técnica a grupos de trabajo y sociedades o empresas indígenas beneficiadas con proyectos productivos del programa de capacitación y asistencia técnica, para que cuenten con las condiciones necesarias para producir bienes y/o servicios de calidad, que permitan su desarrollo económico, ambiental, humano y social.
  - Entre los resultados obtenidos en este periodo destacan: el diseño y aplicación de una nueva estrategia de capacitación y asistencia técnica orientada directamente a los proyectos productivos apoyados por el programa, que consiste en la integración de programas estatales con cuatro componentes según cadena y/o actividad productiva, y que se implementó a través de convenios con instituciones locales de educación tecnológica o universitaria, superior o media superior.
  - Para el ejercicio fiscal 2016, en el marco del Convenio General de Colaboración entre la CDI y la Universidad Autónoma de Chapingo, se emitió la Convocatoria para la realización de Estancias Pre-Profesionales, para hacer trabajo de campo con opción a titulación, o bien realizar servicio social en zonas indígenas.
  - En colaboración con el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, se realizó una capacitación en línea para el acompañamiento a promotores comunitarios en el desarrollo productivo del café, que les permita incrementar la producción y la calidad con fines de comercialización en siete estados de la república: Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz.
  - Asimismo, se diseñó una estrategia de trabajo para sumar esfuerzos con la Universidad Intercultural del Estado de Hidalgo e incorporar a los estudiantes que se encuentran concluyendo su preparación profesional a realizar acciones de capacitación y/o asistencia técnica a los productores indígenas, así como a los promotores sociales voluntarios de Hidalgo, que participan en el Programa para Mejoramiento de la Producción y Productividad Indígena y elaborar manuales técnicos de buenas prácticas en el sector productivo.

Cobertura de servicios financieros formales para productores indígenas

- Como resultado del convenio suscrito entre la CDI y Financiera Nacional de Desarrollo Agropecuario, Rural, Forestal y Pesquero, se ha logrado ampliar la cobertura de los servicios financieros formales en comunidades indígenas, lo que ha permitido, a través del Fondo de Garantías Líquidas Simples, apoyar empresas integradas.

1/ Campeche, Ciudad de México, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

- Fondo Nacional de Atención a Comunidades Indígenas. El 21 de abril de 2016 se firmó el Segundo Convenio Modificatorio con Financiera Nacional de Desarrollo Agropecuario, Rural, Forestal y Pesquero, mediante el cual se establece la transferencia de hasta 30 millones de pesos, como ampliación del Fondo de Garantías Líquidas Simples, por 50 millones de pesos, acumulado con lo transferido en 2015 (20 millones de pesos) y 900 mil pesos para el seguimiento y acompañamiento de los proyectos apoyados.

Marca "Manos Indígenas Calidad Mexicana"

- En el ejercicio fiscal 2015, se creó y registró ante el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial, la marca "Manos Indígenas Calidad Mexicana", como símbolo distintivo de la población indígena que se dedica a la elaboración de artesanías y a la producción y transformación de bienes en beneficio del núcleo familiar indígena.
- A partir del ejercicio fiscal 2016 se puso en operación una estrategia comercial que tiene como objetivo mejorar la presentación de los productos que cuentan con la marca "Manos Indígenas Calidad Mexicana", apoyados a través del Programa para Mejoramiento de la Producción y Productividad Indígena, para mejorar su envase, empaque, etiqueta, tablas nutrimentales y análisis bromatológicos, entre otros aspectos.
- Se encuentra en proceso de autorización el uso de marca, mediante un convenio suscrito con 120 grupos de trabajo y sociedades legalmente constituidas, que a junio de 2016, fueron identificadas para ser portadoras de la marca "Manos Indígenas Calidad Mexicana" en la Tercera Expo de los Pueblos Indígenas.

- En el marco de la Cruzada Nacional contra el Hambre, para apoyar a pequeños productores agrícolas en las zonas de alta concentración de población en pobreza extrema de alimentación, para que incrementen la producción y la productividad, desde 2013 a junio de 2016, con el apoyo de la CDI se invirtieron 3,140 millones de pesos para realizar 18,646 proyectos productivos que benefician a 170,501 personas indígenas de 30 entidades federativas[1/].

- A través del Programa Opciones Productivas -a partir de 2016 Programa de Fomento a la Economía Social-, de 2013 a julio de 2016 se han canalizado recursos por 853.1 millones de pesos, con los cuales se atendieron 6,730 proyectos productivos, en beneficio de 39,050 personas que habitan en los municipios catalogados como indígenas, de los cuales 13,775 son hombres y 25,275 mujeres.

- De enero de 2013 a junio de 2016, el Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías, atendió a 80,713 artesanos de diferentes municipios catalogados como indígenas: 22,553 hombres y 58,160 mujeres, con un presupuesto de 325.2 millones de pesos.
  - De septiembre de 2015 a junio de 2016, benefició a 26,698 artesanos de municipios indígenas, de los cuales 7,891 son hombres y 18,807 mujeres, con un presupuesto de 88.7 millones de pesos.

Asegurar el ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas en materia de alimentación, salud, educación e infraestructura básica[2/], constituye una prioridad del Estado mexicano. Al cuarto año de esta administración se han logrado los siguientes resultados:

Alimentación

- A través de PROSPERA Programa de Inclusión Social y de la Estrategia de la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNcH), a julio de 2016 se apoyó a 1,331,612 familias de los pueblos indígenas, con la finalidad de garantizar que tengan acceso a alimentos básicos. De diciembre de 2012 a julio de 2016, se incorporaron al programa, 228,758 familias consideradas indígenas.

- El Programa de Comedores Comunitarios cuenta con 5,145 comedores instalados en 18 entidades federativas, que benefician a 545,360 personas. Del total de comedores, 3,349 se ubican en municipios con mayor presencia de población indígena. Los estados que concentran el mayor número de comedores en municipios con presencia de población indígena son: México con 1,287 comedores (38.4%), Chiapas con 341 comedores (10.2%), Guerrero con 610 comedores (18.2%), Puebla con 215 comedores (6.4%), Veracruz con 200 comedores (6%) y Baja California con 183 comedores (5.5%).

1/ Baja California, Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México, Chiapas, Chihuahua, Coahuila de Zaragoza, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

2/ Esta línea de acción contribuye al cumplimiento de las siguientes Metas del Milenio: Meta 2.A. "Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria"; Meta 3.A. "Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005 y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015"; Meta 7.C. "Reducir a la mitad para el año 2015, el porcentaje de viviendas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento" y Meta 7.D. "Haber mejorado considerablemente para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios".

Capacitación del Programa de Comedores Comunitarios
• De septiembre de 2015 a mayo de 2016 se instalaron 1,080 nuevos comedores comunitarios en Baja California, Baja California Sur, Coahuila de Zaragoza, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, México, Michoacán, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tamaulipas y Veracruz, los cuales operan con la participación de voluntarios, quienes ya han sido capacitados, principalmente, por la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina en la preparación de alimentos, así como en el uso del equipamiento, para asegurar que el comedor inicie operaciones de manera óptima. En este periodo, se han capacitado más de 12 mil voluntarias y voluntarios para la preparación de alimentos.

- Por medio del Programa de Abasto Social de Leche, se distribuye leche fortificada de calidad a bajo precio, con el fin de mejorar la nutrición y la alimentación de las personas beneficiarias que tienen un ingreso por debajo de la línea de bienestar. Uno de los grupos de población que es beneficiado por el programa, es el de la población indígena. A junio se benefició a 156,864 indígenas, con la distribución de poco más de 8.6 millones de litros de leche en 2,602 localidades.
- A julio de 2016 al Programa de Abasto Rural se destinaron 973.3 millones de pesos para apoyar a población indígena. El programa cuenta con 14,698 tiendas en municipios indígenas y 10,953 tiendas en localidades indígenas.
- En el marco del Programa de Apoyo Alimentario para Familias Indígenas con Carencia o Riesgo Alimentario[1/], en 2013 el Gobierno de la República impulsó una acción emergente para el apoyo a familias indígenas afectadas por el paso del huracán *Ingrid* y la tormenta tropical *Manuel,* que consistió en la entrega en ese año de 2,907 toneladas de granos básicos en beneficio de 16 mil familias; las acciones continuaron en 2015, año en que se conforma una acción de apoyo alimentario para familias indígenas con carencia o riesgo alimentario para atender a comunidades de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, a través de la cual, en 2015 se realizó el levantamiento del Padrón de Beneficiarios y se entregaron más de 18 mil toneladas de alimentos a 49,575 familias. Esta acción complementó la entrega en 2014 de más de 8 mil toneladas de alimentos, en el marco del Plan Nuevo Guerrero, y a las cerca de 1,300 toneladas distribuidas en 2013.
- Con el propósito de fortalecer la cohesión social, en el marco del Proyecto Fortalecimiento de la Cohesión Social en Microrregiones Indígenas de México, el Gobierno de la República y la Unión Europea suscribieron un convenio de cooperación denominado, "Fortalecimiento de la Cohesión Social en Microrregiones Indígenas de México", derivado del contrato de Subvención No. DCI-ALA/2011/282-781, que tuvo como objetivo estratégico contribuir al desarrollo de capacidades en materia de seguridad alimentaria y nutricional, cultura y derechos. Al 31 de diciembre de 2015 concluyeron los trabajos derivados de este convenio, obteniendo resultados como: el desarrollo de capacidades de 12,908 indígenas, a través de talleres de capacitación en temas de seguridad alimentaria y nutrición, y derechos humanos indígenas y agrarios con perspectiva de género. También se establecieron 179 huertos de autoconsumo, en beneficio de 2,115 personas de los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

Salud

- En materia de Protección Social en Salud (SPSS), la afiliación en localidades con 40% o más de habla indígena, de septiembre de 2015 a junio de 2016 se mantuvo en alrededor de 5 millones de beneficiarios.

Población registrada en el Sistema de Protección Social en Salud de las localidades con más de 40% de habla indígena
• En lo que va de la presente administración, 437,209 beneficiarios se incorporaron al SPSS, con lo cual la afiliación acumulada ascendió a 5,025,864 beneficiarios a junio de 2016, lo que representó un incremento de 9.5% con relación a la población afiliada en 2012 (4,588,655).

  - Se proporcionó capacitación en línea con el curso "Discriminación, Salud y Pueblos Indígenas", a través del Aula Virtual de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud; asimismo, se ofrecieron los cursos de Formación de Tutores en Línea e Inducción y Actualización del Gestor al Seguro Popular con énfasis en el enfoque de interculturalidad, entre otros, en el que se inscribieron 1,783 participantes de los 32 Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.
  - En coordinación con la CDI, se realizaron 36 entrevistas, proporcionadas por médicos especialistas del SPSS, entre otros, destacan los temas relacionados con los beneficios y tutela de derechos

[1/] La CDI programó la entrega para el segundo semestre de 2016 de más de 14 mil toneladas de maíz, cerca de 1,500 toneladas de frijol, una cantidad similar de arroz y cerca de 300 toneladas de sal en beneficio de 49,975 familias indígenas. No se tienen acciones que reportar antes de septiembre de 2016.

del Seguro Popular, prevención y promoción de la salud contra el cáncer, adicciones, hipertensión, hepatitis y dermatosis infantil, medicina preventiva y vacunación, desnutrición crónica y prevención del embarazo adolescente, las cuales se transmitieron en el programa "Ecos Indígenas", a través de las 21 Radiodifusoras Culturales Indigenistas que opera la CDI.

Cobertura de atención de salud del Programa IMSS-PROSPERA

- De diciembre de 2012 a junio de 2016, a través del Programa IMSS-PROSPERA se dio cobertura en servicios de salud a 3.9 millones de personas que habitan en localidades predominantemente indígenas, mediante 1,674 unidades médicas de primer y segundo niveles de atención.

- En colaboración con la CDI, desde 2014 se ha fortalecido la infraestructura destinada a este sector poblacional, a través de las siguientes acciones:
  - Adquisición en el bienio 2014-2015 de 89 Unidades Médicas Móviles, con una inversión de casi 142 millones de pesos. Dichas unidades se ubican en 15 entidades federativas[1/] para beneficiar a 856 localidades y a 371,391 personas, 86% de ellas indígenas.
  - De julio de 2014 a agosto de 2016, se construyeron 20 Unidades Médicas Rurales, dos de ellas con recursos de IMSS-PROSPERA, con una inversión de 156.9 millones de pesos en obra; de estas unidades, 10 fueron construidas entre septiembre de 2015 y agosto de 2016. Entre los servicios que se ofrecen se encuentran: el Centro de Atención Rural al Adolescente y estimulación temprana; además, seis de estas unidades tienen Centro Rural de Atención Integral a la Mujer, para el control prenatal para embarazadas de bajo y alto riesgo. Estos establecimientos se ubican en localidades predominantemente indígenas de siete entidades federativas[2/], y brindan atención a cerca de 90 mil personas.
  - Construcción de dos albergues comunitarios de 80 camas en hospitales rurales de Chihuahua y de San Luis Potosí, este último de agosto de 2015 a junio de 2016, con los que se prevé beneficiar a más de 389 mil personas. La construcción de estos inmuebles tuvo una inversión de más de 25 millones de pesos en obra.

1/ Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Veracruz y Yucatán.

2/ Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca y San Luis Potosí.

Acceso de la población indígena a los servicios de alta especialidad en salud

- Los pacientes son atendidos en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad sin importar sus condiciones socio-culturales o lengua, brindándoles las mejores condiciones para la resolución de sus problemas de salud, principalmente en padecimientos oncológicos, crónicos como *diabetes* complicada, problemas de obesidad, cirugía cardiaca u ortopédica, además de brindar procedimientos ambulatorios, hemodinámicos, neurológicos y cardiacos. Con esa perspectiva, en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, y en los que conforman el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas se cuenta con personal para traducción en lenguas como la Zapoteca, Maya o Tzeltal o Tzotzil, y se ha capacitado a 90% del personal de Trabajo Social y Admisión en temas de interculturalidad.

- Con el propósito de contribuir a favorecer el acceso adecuado a los servicios de salud y el mejoramiento de entornos saludables de la población indígena y afrodescendiente, del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se conformaron seis grupos interinstitucionales e intersectoriales para la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en las siguientes entidades federativas: Ciudad de México, México, Michoacán, Quintana Roo, Sonora y Veracruz, los cuales se suman al grupo conformado en Puebla en el periodo pasado.

Educación

- En el ciclo escolar 2015-2016 se atendió una matrícula de 412,830 alumnos de preescolar y a 818,349 estudiantes de primaria, que en conjunto suman más de 1.2 millones de niños. Los estudiantes se formaron en 19,984 escuelas con el apoyo de 55,770 docentes. Asimismo, en otros servicios de educación básica (cursos comunitarios, y de educación secundaria general, telesecundaria y técnica)[3/] se atendió a 704.6 mil jóvenes indígenas.

Indicadores de rendimiento escolar en educación primaria indígena

- Entre los ciclos escolares 2012-2013 y 2015-2016, los indicadores de rendimiento escolar indígena en primaria mostraron niveles favorables: la eficiencia terminal pasó de 89.8 a 97.6%, el abandono escolar de 1.8 a 0.6% y el índice de reprobación de 2.2 a 1.8% en dicho lapso.

- Por medio del Programa de Apoyo a la Educación Indígena (PAEI), en los últimos cuatro años se ha brindado apoyo para la permanencia en la educación de niñas, niños y jóvenes indígenas, inscritos en escuelas

3/ Estos servicios de educación básica no están diseñados exclusivamente para niñas, niños y jóvenes indígenas.

públicas, mediante modelos diferenciados de atención, priorizando a aquellos que no tienen opciones educativas en su comunidad.

Avances del Programa de Apoyo a la Educación Indígena

- Con el PAEI, a través de 1,064 Casas y Comedores del Niño Indígena, distribuidos en 21 estados de la República Mexicana[1/] y de 255 Casas y Comedores Comunitarios del Niño Indígena en 14 entidades federativas[2/], se atendió con servicios de alimentación, hospedaje y actividades complementarias, en promedio por año a 75,420 niñas, niños y jóvenes indígenas inscritos en escuelas públicas, durante los ciclos escolares 2013-2014, 2014-2015 y 2015-2016 para que no abandonen sus estudios, cifra que supera el promedio de 69,263 atendidos durante el mismo periodo (2006-2007, 2007-2008 y 2008-2009), de la administración anterior.
- Lo anterior contribuyó a que durante los ciclos escolares 2013-2014 al 2015-2016, un total de 48,804 niñas, niños y jóvenes indígenas concluyeran sus estudios por ciclo escolar: 939 de preescolar, 20,742 de primaria, 18,634 de secundaria y 8,489 de bachillerato.
- Estos resultados, superan los alcanzados en los tres primeros ciclos escolares de la administración anterior (2006-2007, 2007-2008 y 2008-2009), en los cuales concluyeron sus estudios 42,339 niñas, niños y jóvenes indígenas.
- En comparación con los tres primeros ciclos escolares de la administración previa, se percibe una mejora en la conclusión de estudios de secundaria y bachillerato, al superar en 1.4 y 1.9 veces respectivamente el número de beneficiarios que concluyeron sus estudios en estos niveles educativos; secundaria 18,634 contra 12,977 y bachillerato 8,489 frente a 4,421, respectivamente.
- En las Casas y Comedores del Niño Indígena y Casas y Comedores Comunitarios del Niño Indígena, se otorgaron servicios de alimentación, hospedaje y actividades complementarias a los 75,420 beneficiarios que se atendieron en promedio anualmente. Para contribuir a mejorar la nutrición y la salud de los niños, niñas y jóvenes indígenas, el PAEI cuenta con un sistema de control que incluye un módulo de nutrición, a través del cual se generan planes de alimentación para que esta sea adecuada, nutritiva y balanceada.
- Adicionalmente, en la actual administración, se han proporcionado en promedio anual 1,830 becas en favor de estudiantes indígenas de educación superior, que han favorecido el egreso de 739 beneficiarios, 147 de ellos han obtenido su título profesional. En los primeros seis meses de 2016, se entregaron 2,040 becas y 86 jóvenes indígenas lograron concluir sus estudios de licenciatura.

1/ Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

2/ Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa y Veracruz.

– Para mantener en condiciones de seguridad e higiene las Casas y Comedores del Niño Indígena, entre enero y junio de 2016 se realizaron 35 acciones de rehabilitación y mantenimiento que benefician a 10,948 niñas, niños y adolescentes indígenas y seis de equipamiento.

  - La CDI suscribió Convenios y Acuerdos de Colaboración con el propósito de lograr un mayor número de acciones de rehabilitación y equipamiento de Casas del Niño Indígena, así como la capacitación de los beneficiarios. Al 30 de junio de 2016 se realizaron entre otras, las siguientes acciones: se rehabilitaron siete Comedores y cuatro Casas del Niño Indígena, se realizó la rehabilitación media en dos Casas Comunitarias del Niño Indígena, tres talleres formativos de urdido de hamacas, panadería y agua potable en la Casa del Niño Indígena "CECILIO CHI", en la localidad de Maxcanú, municipio del mismo nombre, en el estado de Yucatán, se capacitó a 22 jefes y promotores de las Casas del Niño indígena y a 50 promotores culturales de las Casas del Niño Indígena.

- En el marco de la Cruzada Nacional contra el Hambre, con el apoyo de la CDI se realizaron acciones para disminuir la carencia por acceso a la educación, a través de las Casas y Comedores del Niño Indígena y Comunitarios. De enero de 2013 a junio de 2016 se otorgaron 192,774 apoyos al mismo número de niños y jóvenes estudiantes de primaria y secundaria de 21 estados de la república[1/], con una inversión de 1,265 millones de pesos.
- En el Modelo Educativo de Telesecundaria, se dio inicio al desarrollo de un fichero lúdico-formativo, que considera líneas de trabajo educativo (Leer y escribir, Leer y escribir en mi lengua, Expresar y crear con arte, Jugar con números, Vivir saludablemente y Convivir), que coinciden con los ficheros de actividades del Programa Escuelas de Tiempo Completo de educación básica. El propósito se centra en incorporar el enfoque intercultural para el fortalecimiento de la formación de las y los jóvenes que cursan sus estudios en este servicio educativo, basada en el reconocimiento, valoración, difusión y respeto de la diversidad cultural, lingüística y social de México.
- De igual manera, se promovió la inserción del enfoque intercultural en la oferta existente de la educación media superior, mediante la realización de seis talleres de inducción al enfoque intercultural para 18 docentes de Puebla, 84 de Hidalgo, así como 26 docentes de cinco planteles de Durango, Hidalgo, Sonora y Yucatán, sumando 128 participantes.

1/ Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

Infraestructura

Estrategia de Cobertura Total

- Con información del Censo General de Población y Vivienda 2010[1/], publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) sobre el rezago por acceso a los servicios básicos a la vivienda, se llevó a cabo un análisis de las condiciones de rezago en el conjunto de 15,800 localidades, cuyas características son: 1) tienen 40% o más de población indígena, 2) se encuentran en los estratos de marginación alta o muy alta, y 3) tienen más de 100 y hasta 15 mil habitantes. En estas localidades se identificaron 1,371 que presentan carencia en un servicio básico; 1,591 tienen dos rezagos y 288 tres rezagos.
- A partir de este análisis se diseñó la Estrategia de Cobertura Total con el objetivo de lograr en un horizonte de cuatro años, la disminución del rezago por acceso a los servicios básicos a la vivienda: agua potable, drenaje y electricidad, en las 3,250 localidades indígenas de más de 100 habitantes indígenas identificadas.
- La Estrategia de Cobertura Total como instrumento de planeación, fue anunciada por el Titular del Ejecutivo Federal en 2015 en el marco de la Celebración del Día Internacional de los Pueblos Indígenas, y ha permitido la mejor articulación de las inversiones del Programa de Infraestructura Indígena, para orientarlas conforme a las prioridades de las localidades con carencia de agua potable, drenaje y electricidad, con lo cual la planeación institucional en la materia se ha fortalecido.
- La estrategia permite que cada integrante de las familias indígenas, especialmente cada niño y cada joven, cuente con mejores condiciones de higiene que impacten positivamente en su salud, alimentación y educación.
- Entre enero de 2013 y junio de 2016 se ejecutaron obras en 302 localidades; de estas, 177 se atendieron en 2013 y 2014, las cuales ya tienen cubiertas las necesidades de agua potable, drenaje y electricidad, lo que representa 9.3% de la meta (3,250 localidades). Con lo anterior, se benefició a las familias de esas localidades con servicios básicos para su desarrollo.

1/ Datos por localidad obtenidos a partir de la información del Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI.

- El Programa de Infraestructura Indígena[1/] tiene como objetivo contribuir al abatimiento de las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas en materia de infraestructura básica (comunicación terrestre, electrificación, agua potable, drenaje y saneamiento), así como vivienda de la población indígena.

1/ Este programa inicia sus operaciones en 2014 y concentra las acciones que hasta 2013 se realizaban a través del Programa de Infraestructura Básica para la Atención de los Pueblos Indígenas (PIBAI). Asimismo, se adiciona una nueva modalidad: Vivienda Indígena.

Programa de Infraestructura Indígena

- Del 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2015, se destinó al Programa de Infraestructura Indígena, una inversión de 21,880[1/] millones de pesos, en la ejecución de 5,904 obras[2/] de agua potable, electrificación, drenaje, caminos, carreteras y puentes vehiculares; obras que han beneficiado a 1.9 millones de personas en promedio por año que habitan en 6,528 localidades de 26 entidades federativas[3/].
- De 2013 a diciembre de 2015, producto de la colaboración entre la CDI y el Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares (FONHAPO), se invirtieron 1,940.9 millones de pesos en la construcción de 14,421 viviendas culturalmente pertinentes, acordes con las necesidades específicas de la población indígena en 16 estados de la república[4/]. De igual manera, mediante acciones convenidas con la Comisión Federal de Electricidad (CFE) y la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), se ejecutaron 2,426 obras de electrificación y 1,570 obras de agua potable y saneamiento.
  - Para 2016, de un presupuesto modificado que asciende a 3,511.3[5/] millones de pesos, al 30 de junio se ejercieron 2,761.4[6/] millones de pesos para la ejecución de 1,713 obras, de los cuales 1,845.5 millones de pesos fueron aplicados en el proceso de ejecución de obras y acciones en el marco de los acuerdos de coordinación suscritos con los gobiernos estatales o por ejecución directa; 313.9 millones de pesos para la realización de 497 obras de infraestructura eléctrica, como parte de los convenios de colaboración y coordinación suscritos con la CFE en 15 entidades federativas[7/] y 532.8 millones de pesos para cubrir compromisos devengados en 2015 con cargo al ejercicio fiscal de 2016.
  - Para 2016 se invierten 383 millones de pesos para impulsar la construcción de 2,986 viviendas en beneficio de igual número de familias.

1/ 17,132.7 millones de pesos forman parte del presupuesto del programa, 3,849.3 millones de los gobiernos estatales y municipales, 821.1 millones de la CFE y 76.9 millones de la CONAGUA.
2/ De este total, 1,561 obras se realizaron en 2013 mediante el Programa de Infraestructura Básica para la Atención de los Pueblos Indígenas.
3/ Baja California, Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.
4/ Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Nayarit, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Yucatán.
5/ Incluye 131 millones de pesos para transferir al FONHAPO y 178.4 millones de pesos de gastos de operación.
6/ Incluye 69.2 millones de pesos de gastos de operación.
7/ Campeche, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí y Veracruz.

- En el ámbito de la Cruzada Nacional contra el Hambre, a través de la CDI, de 2013 al 30 de junio de 2016 se realizaron las siguientes acciones:
  - Se construyeron 1,546 obras de infraestructura eléctrica en 25 estados[1/] de la república, en beneficio de 509,973 personas, con una inversión de 1,245.1 millones de pesos.
  - Se realizaron 706 obras de infraestructura de agua que benefician a 601,855 personas de 24 entidades federativas[2/], con una inversión de 2,131.6 millones de pesos.
  - Se construyeron 283 obras de drenaje y saneamiento en beneficio de 339,898 personas de 20 estados[3/] de la república, con una inversión de 1,224.2 millones de pesos.
  - Como parte del convenio de colaboración con el FONHAPO, se impulsó la construcción de más de 3 mil viviendas en zonas indígenas del país en los estados de Chiapas, Durango, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán, en beneficio de igual número de familias indígenas, con una inversión de 414.8 millones de pesos.
- Mediante las acciones realizadas por los programas presupuestarios de la CDI, de enero de 2013 a diciembre de 2015 se dio cumplimiento al Compromiso de Gobierno 257 "Apoyo a comunidades indígenas", el cual es considerado un compromiso de continuidad, por lo que el total de obras y acciones que realice la CDI hasta la conclusión de la administración, contribuirán en el recuento final[4/].

1/ Baja California, Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

2/ Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

3/ Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tlaxcala y Veracruz.

4/ El Compromiso de Gobierno 257 "Apoyo a comunidades indígenas" fue cumplido en 2015.

Acciones realizadas en el marco del Plan Michoacán
• En 2014 y 2015 se apoyaron 275 proyectos productivos, se otorgaron 835 becas y apoyos a la educación, se realizaron 155 acciones para el ejercicio de los derechos y acceso a la justicia, se apoyó la construcción de 56 obras de electrificación y se concluyeron 300 viviendas[1/], 25 obras de agua potable, nueve obras de drenaje y saneamiento, 15 caminos rurales, se adquirieron 10 Unidades Médicas Móviles, se concluyó la construcción de dos Unidades Médicas Rurales; y se otorgó el servicio de alimentación y hospedaje a estudiantes de distintos niveles académicos, entre otras acciones.

1/ Estas acciones forman parte del convenio entre la CDI y el FONHAPO, suscrito el 21 de marzo y el convenio modificatorio del 19 de mayo de 2014.

En la búsqueda por **impulsar políticas para el aprovechamiento sustentable y sostenible de los recursos naturales existentes en las regiones indígenas y para la conservación del medio ambiente y la biodiversidad, aprovechando sus conocimientos tradicionales**, el Gobierno de la República implementó las siguientes acciones:

- El 6 de junio de 2016, se publicó en la página *web* de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT)[5/] los "Lineamientos para el otorgamiento de subsidios a Organizaciones de la Sociedad Civil; Desarrollo sustentable con perspectiva de género y en beneficio de comunidades y pueblos indígenas". Ejercicio 2016. Mediante el Programa hacia la Igualdad y la Sustentabilidad Ambiental, entre 2014 y 2015[6/] se otorgaron subsidios a 35 Organizaciones de la Sociedad Civil para el desarrollo de proyectos productivos sustentables con perspectiva de género y atención diferenciada a pueblos y comunidades indígenas. El monto subsidiado fue de 24.3 millones de pesos, en beneficio de 1,277 personas indígenas: 942 mujeres y 335 hombres de los pueblos Huasteco, Maya, Mayo, Mazahua, Mixe, Mixteco, Cuicateco, Zapoteco, Náhuatl, Mazateco, Otomí, Tepehuano del Sur, Totonaca, Tzeltal, Tzotzil y Zoque.
  - En cumplimiento a los acuerdos establecidos en el Gabinete México Incluyente y al Anexo 10 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2016: Evolución de las Erogaciones para el Desarrollo

5/ http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/100239/U022_Lineamientos_2016.pdf.

6/ Para 2014 la entrega de subsidios a las Organizaciones de la Sociedad Civil se realizó del 23 de mayo al 11 de julio. En 2015 la entrega se llevó a cabo del 11 de mayo al 9 de junio. Para 2016, los Lineamientos se publicaron el 6 de junio, la convocatoria se cerró el 22 de junio, los resultados se publicaron el 29 de julio y la entrega de los subsidios se realizó en agosto.

Integral de los Pueblos y Comunidades Indígenas, de diciembre de 2012 al primer cuatrimestre de 2016, se benefició a 1.4 millones de personas de pueblos y comunidades indígenas en el país.

– A través de la SEMARNAT, de 2013 a 2016, se realizaron 17 consultas indígenas: siete en 2013, cuatro en 2014, cuatro en 2015 y dos en 2016 (una en abril y otra en mayo) en los estados de Sinaloa y Sonora, respectivamente, a efecto de dar cumplimiento a la obligación del Estado mexicano de garantizar el Derecho a la Consulta, consagrado en los artículos 6o. y 7o. del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, correlacionado con los artículos 1o. y 2o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como con las Recomendaciones 37/2012 y 56/2012, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Las consultas fueron realizadas en los municipios y entidades de: San Juan Bautista Tlacoatzintepec, San Pedro Sochiapam, San Carlos Yautepec, San Miguel Quetzaltepec, Tamazulapan, San Antonio Monteverde, San Juan Bautista Valle Nacional, Santo Domingo Tomaltepec, en el estado de Oaxaca; San Sebastián Tlacotepec en Puebla; Amatepec en México; Tlanchinol en Hidalgo; y en los municipios de Guaymas y Yécora en Sonora.

El Gobierno de la República, avanzó en el propósito de **impulsar acciones que garanticen los derechos humanos y condiciones de seguridad de los grupos indígenas que realizan migraciones temporales en el territorio nacional**. Mediante el Servicio Nacional de Empleo se instrumentan mecanismos de movilidad laboral para mejorar las condiciones de vida, de traslado y de trabajo de la población que migra por motivos laborales; la población apoyada se mueve segura y con pleno respeto a sus derechos humanos. La movilidad laboral en el sector agrícola constituye un factor de articulación demandado por los jornaleros, en especial de los grupos indígenas, para ocuparse en empleos temporales; para ello, se les brinda asistencia en la ubicación de vacantes de interés en localidades distintas a las de su residencia y apoyos para su traslado.

- De enero de 2013 a junio de 2016, a través del subprograma Movilidad Laboral Sector Agrícola se atendieron 290,529 personas provenientes de comunidades con población indígena, de las cuales 199,655 se colocaron en un empleo, logrando una tasa de colocación de 68.7 por ciento.
- De septiembre de 2015 a junio de 2016, mediante el subprograma Movilidad Laboral Sector Agrícola, se atendió a 65,105 personas provenientes de comunidades con población indígena y se logró la colocación de 34,673. Con ello, se obtuvo una tasa de colocación de 53.3 por ciento.

2.2.4 Proteger los derechos de las personas con discapacidad y contribuir a su desarrollo integral e inclusión plena

Se trabaja en el establecimiento de esquemas de atención integral para las personas con discapacidad, a través de **acciones que fomenten la detección de discapacidades, estimulación temprana y su rehabilitación**.

- Entre enero de 2013 y agosto de 2016, la SS a través de la Beneficencia Pública, entregó 122,612 apoyos a 101,040 personas con alguna discapacidad mediante sus programas Jornadas Protésicas (prótesis de cadera y rodilla), Para Oírte Mejor (auxiliares auditivos), Para Verte Mejor (Lentes Intraoculares y Anteojos), una Rodada de Vida (sillas de ruedas) y Apoyos Funcionales (muletas, andaderas y bastones). El número de apoyos concedidos en esta administración, supera en 36 veces los 3,418 apoyos proporcionados en igual lapso del pasado sexenio.

  – Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016, se entregaron 82,011 apoyos a 69,921 personas con alguna discapacidad.

- El SNDIF, dentro del Programa de Servicios de Asistencia Social Integral, coordina 21 centros de rehabilitación en donde la población con discapacidad y sus familias reciben servicios integrales de rehabilitación, para permitir su inclusión en todos los ámbitos de la vida social. De septiembre de 2013 a agosto 2016:

  – Se realizaron 19,354 pláticas, para la prevención y detección de la discapacidad, a las que asistieron 330,499 personas con y sin discapacidad y se detectaron 145,199 personas en riesgo potencial de presentarla.

  – Se proporcionaron 2,942,845 consultas y se realizaron 147,034 estudios de diagnóstico como audiometrías, potenciales evocados, rayos X y electromiografías.

  – En materia de rehabilitación, se efectuaron 7,846,916 sesiones de terapia, se entregaron 68,823 piezas de órtesis y 5,465 prótesis para coadyuvar en el proceso de rehabilitación integral.

  – Se llevó a cabo la formación de 188 médicos residentes en medicina de rehabilitación, y en estudios de licenciatura, la matrícula de estudiantes en terapia física fue de 1,566 alumnos y en terapia ocupacional de 142.

  – Se incrementó el número de módulos del Programa de Credencial Nacional para Personas con

Discapacidad, de 44 a 65 años, 47.8% más que en el año anterior, con los cuales se logró la incorporación de 174,035 personas con discapacidad permanente al programa, para llegar a 363,617.

- El Instituto Nacional de Rehabilitación de enero de 2013 a junio de 2016, realizó 854,673 consultas, 177,444 de nuevo ingreso y 677,229 a pacientes subsecuentes. Se llevaron a cabo 53,138 cirugías, de las cuales 40,400 fueron cirugías mayores: 23,039 en ortopedia, 10,519 en oftalmología, 5,026 en otorrinolaringología y 1,816 a pacientes con quemaduras, así como 12,738 cirugías menores de diversas especialidades como son ortopedia, oftalmología y quemaduras. Igualmente, se efectuaron 3,394,861 terapias y 879,811 estudios y exámenes de laboratorio.
  - Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, se llevaron a cabo 197,057 consultas, 38,841 de ellas a pacientes de nuevo ingreso y 158,216 a pacientes subsecuentes. Se efectuaron 10,376 cirugías, 8,977 de ellas fueron cirugías mayores: 5,333 en ortopedia, 2,235 en oftalmología, 893 a otorrinolaringología y 516 en pacientes con quemaduras, mientras que las 1,399 restantes correspondieron a cirugías menores de ortopedia, oftalmología y quemaduras. De igual manera, se otorgaron 776,670 terapias en los diferentes servicios y 205,945 estudios y exámenes de laboratorio y gabinete.
  - Dentro del programa de estimulación temprana dirigido a la población infantil, de enero de 2013 a junio 2016, se revisaron 11,163 pacientes. Durante el periodo de septiembre de 2015 a junio de 2016, se examinaron 2,796 pacientes.
  - Por lo que se refiere a formación profesional, de enero de 2013 a junio de 2016, egresaron 199 médicos residentes de distintas especialidades y se titularon 184 alumnos de la Escuela Superior de Rehabilitación. Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, se encontraban en formación 233 médicos residentes distribuidos en siete especialidades de medicina de rehabilitación y, en licenciatura la matrícula en terapia física fue de 95 estudiantes, en terapia ocupacional de 22 y en terapia de comunicación humana de 44.
- En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en octubre de 2015 se realizó exitosamente la segunda cirugía bilateral de brazos, a un paciente masculino de 51 años, a quien se le trasplantaron ambos brazos en su totalidad.
- El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, dentro del Programa Nacional Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana otorgó de enero de 2013 a junio de 2016, un total de 221 auxiliares, 56 para niños con hipoacusia severa y 165 con hipoacusia profunda. De septiembre de 2015 a junio de 2016, se otorgaron 41 auxiliares, de los cuales cuatro fueron para niños con hipoacusia severa y 37 para niños con hipoacusia profunda.
- Entre enero de 2013 y agosto de 2016, como parte de los esquemas de atención integral para las personas con discapacidad, la Secretaría de Salud brindó 1,479,569 consultas de psiquiatría y psicología, que significaron un incremento de 6% en comparación con el mismo periodo de la anterior administración. De septiembre de 2015 a agosto de 2016, realizó 322,956 consultas.
- En el marco del modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, que al aplicarse por medio de villas de atención y casas de medio camino elimina el sistema de asilo o granjas, de enero de 2013 a junio de 2016, se capacitó a 2,126 médicos de centros de salud de 13 entidades federativas en la Guía de Intervención *Mental Health Gap Action Programme* para los Trastornos Mentales, Neurológicos y por Uso de Sustancias en el Primer Nivel de Atención de la Salud no Especializada, a fin de detectar oportunamente los trastornos, y en su caso, proceder a la canalización de las personas afectadas.
- Como parte del seguimiento a la evaluación que durante 2014 se realizó a 12 unidades hospitalarias médico-psiquiátricas en 11 entidades federativas[1/], de enero de 2015 a junio de 2016, se destinaron más de 15 millones de pesos (en recursos extraordinarios) a Jalisco, Oaxaca y Yucatán, para fortalecer la cobertura de atención a los trastornos mentales con enfoque familiar, comunitario y que garantice el respeto a los derechos humanos de los usuarios que se encuentran ingresados en el hospital.

Diseñar y ejecutar estrategias para **incrementar la inclusión productiva de las personas con discapacidad**, mediante esquemas de capacitación laboral y de vinculación con el sector productivo.

- El ISSSTE realiza acciones con la participación de la derechohabiencia en reuniones de sensibilización y concientización, que dan sustento a la Campaña Nacional Informativa "Rompe Barreras" ABC de la Discapacidad. De enero de 2013 a junio de 2016, se efectuaron 1,049 reuniones con la participación de 21,338 personas, donde se implementaron 261,780 acciones de difusión (videos, trípticos, glosario, entre otros).

1/ Campeche, Ciudad de México, Chiapas, Chihuahua, Durango, Jalisco, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

- De septiembre de 2015 a junio de 2016, se llevaron a cabo 334 reuniones con una asistencia de 6,549 personas y se implementaron 135,970 acciones de difusión, en las que se resaltaron los trabajos de innovación y reedición de materiales de difusión, que conservaron la inclusión de la Lengua de Señas Mexicanas en el video "ABC de la Discapacidad".

- Se visibilizaron los diferentes temas de discapacidad, y se incluyeron en material impreso: Manual ABC de la Discapacidad; Polidíptico de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU; Accesibilidad; Derechos Sexuales de las Mujeres con Discapacidad; Discapacidad Psicosocial; Cómo Tratar a las Personas con Discapacidad; Envejecimiento Activo; Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; Personas Adultas Mayores y VIH/SIDA.

- Para proteger los derechos de las personas con discapacidad y su inclusión, entre septiembre de 2015 y junio de 2016, el IMSS inscribió a 3,253 usuarios con discapacidad de manera gratuita a los cursos y talleres de capacitación y adiestramiento técnico, que se brindan como prestación social institucional a derechohabientes y población interesada. El Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo, recibió a 161 usuarios con discapacidad para rehabilitarlos y vincularlos laboralmente.

  - Además, se continuó con la campaña permanente "Date cuenta, toma en cuenta" con el objetivo de sensibilizar al personal del IMSS, se imprimió el Manual para el Trato Adecuado a las Personas con Discapacidad, con la impresión y distribución de 20 mil ejemplares y se sensibilizo a más de 10 mil trabajadores del IMSS a través de cursos y talleres. También, se elaboró un estireno con mensajes por especialidad (Pediatría, Cardiología, Oncología, Traumatología, Gineco-obstetricia), con el fin de mejorar la comunicación entre médico y pacientes con problemas de comunicación, para colocarse en las salas de urgencias de las unidades médicas familiares.

Apoyo del Servicio Nacional de Empleo a las personas con discapacidad

- A través de la Estrategia Abriendo Espacios del Servicio Nacional de Empleo, de enero de 2013 a junio de 2016, se atendió a 132,938 personas con discapacidad buscadoras de empleo, y se logró la colocación de 50,712 en una ocupación productiva, cifras que superan lo realizado en igual periodo de la administración anterior en 74% para las atenciones y en 154.4% para las colocaciones.

  - Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, se atendió a 34,668 personas con discapacidad desempleadas, de las que 13,054 se lograron colocar en un puesto de trabajo u ocupación productiva.

- Mediante las acciones de inclusión laboral para personas con discapacidad, a cargo del SNDIF, de enero de 2013 a agosto de 2016, se logró la incorporación de 11,062 personas con discapacidad al ámbito laboral, de las cuales 2,512 correspondieron al periodo de septiembre de 2015 a agosto de 2016.

Asegurar la **construcción y adecuación del espacio público y privado, para garantizar el derecho a la accesibilidad**.

- De septiembre de 2015 a junio de 2016, el ISSSTE en congruencia con las líneas de acción del Programa Nacional para el Desarrollo y la inclusión de las Personas con Discapacidad, consolidó el mejoramiento de la infraestructura de sus instalaciones de primer contacto, al adoptar medidas para asegurar el acceso de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con los demás.

  - Destaca la realización de 212 acciones que se tradujeron en la colocación de rampas, barandales cajones de estacionamiento, adecuaciones de sanitarios y elevadores en las delegaciones estatales y regionales, unidades de medicina familiar, clínicas de medicina familiar, clínicas hospital y hospitales regionales del Instituto.

  - Se efectuaron 66 acciones de capacitación, en las que se tuvo una asistencia de 12,363 personas y la participación de personal que atiende a personas con discapacidad y de estancias infantiles. Asimismo, se implantó la orientación denominada "Cómo tratar a las personas con discapacidad", dirigida al personal de vigilancia y aseo del ISSSTE.

  - Se benefició a 56,313 derechohabientes con la realización de 99 acciones de difusión efectuadas, a través de las cuales se dan a conocer los derechos de las personas con discapacidad, así como de las prestaciones y servicios que otorga el Instituto. Es de señalar que estos temas se agregaron en las Pautas/Videos del ISSSTETV.

- El IMSS efectuó la actualización de los criterios del proyecto de arquitectura para la accesibilidad de las personas con discapacidad 2015 y, en marzo de 2016 liberó la página *web* accesible "IMSS digital para todos"[1/].

  - A través de "IMSS digital para Todos" los 2.1 millones de personas con discapacidad motriz, auditiva o

[1/] Ver http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201603/033.

visual que son derechohabientes podrán realizar trámites vía electrónica en el portal de la institución a través de mecanismos de voz, colores y botones que les facilitarán el acceso a la página *web*.

- La SS mediante la ejecución del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, enfocado a contribuir a que la población con discapacidad mejore su calidad de vida, entre septiembre de 2015 y agosto de 2016, autorizó 18 proyectos, 11 fueron de sistemas estatales DIF y siete de OSC para personas con discapacidad sin fines de lucro.

  – Desde el inicio de la administración, se han autorizado 167 proyectos, 147 fueron de sistemas estatales DIF y 20 de OSC de y para personas con discapacidad sin fines de lucro. Con las acciones del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, se coadyuva a la protección de sus derechos y se contribuye a su desarrollo e inclusión plena.

2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud

Una de las acciones más recientes para cumplir este objetivo ha sido el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, mediante el cual se conducirá gradualmente a la cobertura general de la atención médica en el país.

Características del Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud

Lo que es:

- Un esfuerzo de coordinación y articulación interinstitucional para desarrollar acciones encaminadas a:
  - Aprovechar la capacidad instalada de las unidades médicas en los distintos niveles de atención.
  - Reducir al máximo la duplicación innecesaria de servicios.
  - Acciones en favor del acceso de la población a los servicios de salud con una mayor oportunidad.
  - Reducir la fragmentación y segmentación que generan barreras en la prestación de los servicios de salud.
  - Impulsar la formación y capacitación de especialistas médicos.

Lo que no es:

- La privatización del sistema de salud
  - La pérdida de prestaciones y derechos laborales para el personal de salud.
  - El debilitamiento de las instituciones públicas de salud.
  - Vulnerar el derecho a la salud de la población mediante el cobro por los servicios a los que tiene derecho.

Actualmente se tienen convenios específicos con ocho entidades federativas del país (Aguascalientes, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Querétaro, Sinaloa, Tabasco y Yucatán). Con el mismo propósito, se cuenta con avances significativos en la implementación de instrumentos, como el convenio de emergencia obstétrica, a través del cual se ofrece atención médica a las mujeres y a sus recién nacidos en la Secretaría de Salud (SS), en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), sin importar su afiliación.

Las acciones de protección, promoción y prevención se mantienen como un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. En la presente administración se realizó una inversión superior a los 20 mil millones de pesos en inmunización[1/]. En 2015, se alcanzaron las siguientes coberturas preliminares: del esquema completo de vacunación: en niños menores de un año de edad fue de 90.7%; del esquema completo de vacunación en niños de un año, de 96.7%; y la vacunación en niños de un año contra sarampión, rubéola y parotiditis fue de 100.9 por ciento.

En la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y la *Diabetes* también se han logrado avances. Destaca la instalación en mayo de 2014, del Sistema Nominal de Información en Crónicas (SIC) en las Unidades de Primer Nivel de Atención, y en 2015 se consolidó la expansión del SIC (versión 3.0) que ha permitido atender, tratar y dar seguimiento a más de 1.7 millones de pacientes a julio de 2016. Este Sistema proporciona información diaria de los pacientes que se atienden en las 12,495 unidades de la SS, lo que permite tomar decisiones a nivel nacional, estatal, jurisdiccional y local.

El 23 de marzo de 2016, se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Acuerdo por el que se dan a conocer las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que debe figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, a partir del 24 de marzo de 2016 y hasta el 30 de noviembre de 2017, a efecto de concientizar a la población de los efectos que produce el tabaco en la salud del consumidor.

En materia de vigilancia epidemiológica, se difundieron las alertas del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional sobre las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para promover medidas de control y de protección, a fin de reducir el riesgo de exposición por el brote del ébola, *Zika* y fiebre amarilla, así como actualizaciones sobre las Declaratorias de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.

Por otro lado, las diferentes acciones dirigidas a la prevención de lesiones no intencionadas, se han traducido en un descenso en la mortalidad por accidentes de tráfico.

Indicador del Programa Sectorial de Salud, 2013-2018
Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor

- Entre 2012 y 2014[1/] se logró reducir la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor, pasando de 14.6 defunciones por cada 100 mil habitantes en 2012, a 13.3 en 2014, lo que representó un decremento de 8.9%. Se estima que con esta reducción se evitó la muerte de 5,030 personas, es decir, alrededor de cinco personas por día.

1/ Este indicador se calcula a partir de los registros de defunciones publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), los cuales son actualizados cada dos años; por ello el indicador para 2015 estará disponible en 2017.

También se han logrado avances para mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.

1/ Cifra estimada de la inversión anual de 2013 a 2015 y parte de 2016.

Indicador del Programa Sectorial de Salud, 2013-2018
Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud

- La carencia por acceso a los servicios de salud medida por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social disminuyó en 3.3 puntos porcentuales, al pasar de 21.5% en 2012, a 18.2% en 2014[1/]. Recientemente, se incorporaron al Seguro Popular más de 2 millones de habitantes de todos los municipios del país, donde actualmente opera la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNcH), de septiembre de 2015 a mayo de 2016. Con esta cobertura adicional la población afiliada suma 10.3 millones en esos municipios.

1/ La actualización del indicador de carencia por acceso a los servicios de salud se realiza con base en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) que tiene una periodicidad bianual. La ENIGH 2016 y el indicador estarán disponibles alrededor de julio de 2017.

El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica que coordina la SS, cuenta con 788 Unidades Médicas Móviles (UMM) federales a nivel nacional (133 de ellas puestas en operación en la actual administración), brindando servicios de atención primaria en 11,543 localidades pertenecientes a 715 municipios, en beneficio de más de 2.4 millones de personas, al otorgar 2.5 millones de consultas médicas y 9.2 millones de acciones de prevención y promoción de la salud.

En el marco del Programa "6 Pasos de Salud con Prevención", se da continuidad al fomento sanitario en comunidades vulnerables mediante la promoción del saneamiento básico, con el objetivo de disminuir las enfermedades del rezago[1/]. Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se reforzó la atención sanitaria a nivel familiar y comunitaria[2/] en comunidades indígenas, mediante el convenio de colaboración suscrito entre la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI). Con el apoyo de traductores se transmite información en 17 lenguas indígenas[3/] y se tradujeron materiales de difusión.

A través de la CNcH, en junio de 2016, se benefició con la dotación de suplementos alimenticios a 221,158 mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, así como a 1.1 millones de menores de cinco años del Programa de Inclusión Social, a los que se realizó la medición de peso y talla, coadyuvando al fortalecimiento nutricional de estos grupos poblacionales.

En apoyo a la salud de los migrantes que se encuentran en los Estados Unidos de América (EUA), por medio de las 49 ventanillas de salud ubicadas en los Consulados de México en EUA y las tres ventanillas de salud móviles (Kansas City, Nueva Jersey y Detroit), de enero de 2013 a julio de 2016, se atendieron aproximadamente a 4.7 millones de personas y se otorgaron casi 10 millones de servicios.

Mediante los Módulos de Atención a la Salud del Migrante Repatriado (ubicados en los cruces fronterizos de Tijuana en Baja California y Matamoros en Tamaulipas), de enero de 2013 a julio de 2016, fueron atendidos 16,217 migrantes repatriados y se ofrecieron 148,563 servicios. De enero a julio de 2016, un total de 9,742 migrantes repatriados se afiliaron al Seguro Popular. Con lo anterior, en la presente administración, 33,460 migrantes mexicanos fueron afiliados a dicho Seguro.

Para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad, en lo que va de este sexenio, se han realizado acciones para mejorar las condiciones de trabajo del personal de salud y fortalecer la oferta de servicios. Con una inversión inicial de 1,578.7 millones de pesos en 2015 y un costo de 3,399 millones de pesos en 2016, se llevó a cabo la Fase II del Programa de Formalización Laboral, con lo cual se benefició directamente a 22,541 trabajadores de los Servicios Estatales de Salud (SESA), que sumados a los de la Fase I, hacen un total de 44,944 trabajadores beneficiados en todo el país, quienes reciben el pago de las diferencias de sueldos y prestaciones de Ley, incluyendo las de seguridad social y las que se derivan de las Condiciones Generales de Trabajo, suscritas con el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Con la acreditación de estudios superiores, se benefició a 2,613 trabajadores (2,259 enfermeras, 316 trabajadores sociales y 38 de terapia física y rehabilitación), que fueron promovidos a un nivel salarial superior al que ostentaban.

En esta administración, se han concluido, fortalecido o modernizado en el sector salud[4/], más de 640 unidades hospitalarias y más de 2,920 unidades de consulta externa, con una inversión superior a los 39 mil millones de pesos.

A efecto de promover la cooperación internacional en salud se han establecido esquemas de cooperación con Alemania, Dinamarca, Francia y Reino Unido, entre otros.

En mayo de 2016, México fue electo por la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS como miembro del Consejo Ejecutivo, uno de los principales órganos de gobernanza de la Organización. La participación del país permitirá

1/ La OMS considera como enfermedades de rezago a la fiebre por dengue y la tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas.

2/ Desinfección y manejo adecuado del agua, manejo higiénico de alimentos, lavado de manos, disposición de residuos, manejo de excretas y control de la fauna nociva.

3/ Amuzgo, Huichol, Maya, Mazahua, Mazateco, Mexicano de Guerrero, Mixteco, Náhuatl de la Husteca, Náhuatl de la Sierra, Otomí del Centro, Otomí del Valle, Tarahumara del Norte, Tlapaneco, Totonaco, Tzeltal, Tzotzil y Zapoteco.

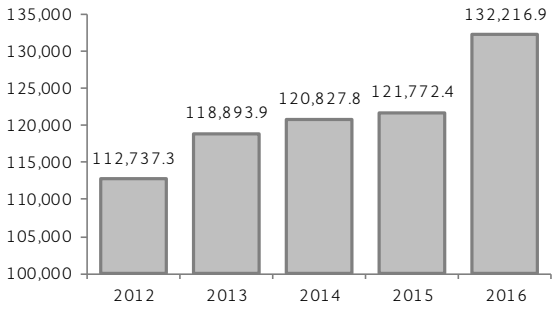
4/ Se considera a la SS, IMSS e ISSSTE.

incidir en la toma de decisiones de la agenda de la OMS, dar continuidad a la posición activa en foros multilaterales y compartir los avances del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Si bien se han logrado estos avances, persisten importantes retos a los que el sector salud seguirá atendiendo en los próximos años. Destaca el acercar los servicios de salud sexual y reproductiva a la población más joven con el objetivo de prevenir el embarazo adolescente, reforzar los servicios de salud mental, cerrar aún más las brechas en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, así como preparar gradualmente los servicios de salud para ofrecer atención integral a la población mexicana sin importar su condición laboral o socioeconómica.

A la SS se le autorizó un presupuesto para el ejercicio fiscal de 2016 de 132,216.9 millones de pesos, monto superior en 5.3[1/] y 4.2%[2/] real con relación a 2015 y 2012, respectivamente.

GASTO EN SALUD, 2012-2016[1/]
(Millones de pesos)



1/ Para el periodo 2012-2015 gasto ejercido con datos del Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal. Para 2016, presupuesto aprobado en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2016.
FUENTE: Secretaría de Salud.

Los programas a los que se destinó el gasto en salud fueron: Seguro Popular (57%); Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud (15.5%); PROSPERA Programa de inclusión social (5%); Formación, Equipamiento óptimo e insumos seguros para la salud (4%); Capacitación de recursos humanos acorde a las necesidades y demandas de atención a la salud (2.6%); Seguro Médico Siglo XXI (2%); Ciencia, tecnología e innovación (2%); y otros programas[3/] con menor participación porcentual (11.9 por ciento).

Presupuesto Base Cero

- En el marco del Presupuesto Base Cero para el ejercicio 2016, se establecieron tres ejes principales: reducción en las asignaciones de servicios personales (personal eventual y de honorarios, así como una propuesta para hacer más eficiente su estructura); priorización del gasto de operación y de inversión, mediante la reducción de gastos administrativos, como el de alimentación, telefonía, asesorías y consultorías, viáticos, pasajes, materiales y suministros, impresiones, así como gastos de orden social, además de la priorización en gasto de inversión de aquellos programas y proyectos que presentaran las mejores condiciones para la dependencia, y priorización de los programas presupuestarios, de tal manera que su agrupación, fusión o cancelación permitiera un ejercicio de programación más eficiente.
- Con base en ello, se formuló el Proyecto de Presupuesto de Egresos 2016, bajo la visión del Presupuesto Base Cero, cuyo objetivo es analizar la información relativa al gasto de operación de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF), a fin de optimizar la asignación de recursos de las Unidades Responsables de la Secretaría de Salud y Organismos Descentralizados que conforman el Ramo 12: Secretaría de Salud.

Para la SS, los cambios programáticos tuvieron un efecto de compactación de seis programas presupuestarios, al pasar de 40 a 34. Destaca la

1/ La variación real se calculó tomando como base el deflactor que resulta de la variación del Índice de Precios Implícito del Producto Interno Bruto de 2016 respecto a 2015, considerado para la elaboración del Presupuesto de Egresos de la Federación para 2016 (1.0309).

2/ La variación real se calculó con base en el deflactor implícito del PIB (1.1259).

3/ Estos programas son: Actividades de apoyo a la función pública y buen gobierno; Actividades de apoyo administrativo; Asistencia social y protección al paciente; Atención a la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud; Capacitación técnica y gerencial de recursos humanos para la salud; Cuotas, Apoyos y Aportaciones a Organismos Internacionales; Prevención y atención contra las adicciones; Prevención y atención de Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y *Diabetes*; Programa Comunidades Saludables; Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable; Programa de Atención a Personas con Discapacidad; Programa de Desarrollo Comunitario "Comunidad Diferente"; Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras; Programa de Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia; Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia; Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones; Protección contra Riesgos Sanitarios; Proyectos de inmuebles (oficinas administrativas); Rectoría en Salud; Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación; Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica; Servicios de Atención a Población Vulnerable; y Vigilancia epidemiológica.

incorporación de dos programas presupuestarios, correspondientes a actividades sustantivas en materia de protección y restitución de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (E041) y de regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica (G005).

2.3.1 Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal

Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, constituye uno de los compromisos establecidos al inicio de la administración por el actual Gobierno de la República. Aunado a ello se busca **garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral**.

Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud

- El 7 de abril de 2016, en el marco de la conmemoración del Día Mundial de la Salud, se suscribió el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud por parte de la SS, el IMSS y el ISSSTE. En mayo de 2016 se acordaron 715 intervenciones que darán lugar a la elaboración de convenios específicos de colaboración en cada una de las entidades federativas, que permitirán redefinir los mecanismos de coordinación, para garantizar el uso racional de los recursos financieros, la mejor utilización de la infraestructura hospitalaria, determinación de estándares de calidad y el óptimo desempeño de los recursos humanos, a fin de hacer efectiva y equitativa la protección de la salud para toda la población.

- En el marco del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), durante esta administración se incorporaron 14,645,235 beneficiarios al Seguro Popular en 113,815 localidades de todos los municipios del país.
  - De septiembre de 2015 a junio de 2016, se registró una afiliación acumulada al SPSS de 54.9 millones de beneficiarios, superior en 3.8% a la registrada a diciembre de 2012, de 52.9 millones.

Población afiliada en el marco de la Cruzada Nacional contra el Hambre

- Para dar cobertura en servicios de salud a la población que aún carece de un esquema de protección, de septiembre de 2015 a junio de 2016, se incorporaron al Seguro Popular 2,435,505 personas de todos los municipios del país donde actualmente opera la Cruzada Nacional contra el Hambre, que sumados a la población afiliada desde el inicio de la administración actual, alcanzan 10.6 millones de afiliados en esos municipios.

- En mayo de 2016, se puso en marcha la estrategia de afiliación al Seguro Popular de 4.8 millones de beneficiarios de PROSPERA y 3.5 millones de beneficiarios del programa 65 y más. Al cierre de junio, se registró un avance de 50% (2,428,271 afiliados) y 40% (1,445,638 afiliados), respectivamente.

- A partir de 2016, se redoblaron esfuerzos para que todos los estudiantes de instituciones públicas de los niveles medio superior y superior, cuenten con los servicios de salud a través de la estrategia Seguro Joven IMSS. Con ello, los estudiantes estarán protegidos ante enfermedades y accidentes, y tendrán acceso a información útil para cuidar su salud y ejercer su sexualidad con responsabilidad, con el fin de revertir la incidencia de embarazos en jóvenes estudiantes. En lo que va de 2016, se entregaron 6.6 millones de números de seguridad social a estudiantes de preparatorias y universidades públicas para su afiliación al Seguro Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Indicador del Programa Sectorial de Salud, 2013-2018 Porcentaje de población con aseguramiento público en salud, que usa servicios públicos de atención médica

- El porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica subió casi 10 puntos porcentuales en lo que va de la administración, al pasar de 53.8%, en 2012, a 63.3% en 2014[1/].

1/ Este indicador se calcula con base en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares bianual. La información disponible de 2016 estará disponible hasta 2017.

- Durante 2015, se atendieron 134,389 casos de padecimientos de alto costo validados a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Para ello, se destinaron 8,111.2 millones de pesos. Destacan: 3,631 casos nuevos de cáncer cérvico-uterino; 11,254 casos de cáncer de mama y 22,577 casos nuevos de cuidados intensivos neonatales. En septiembre de 2015 se incorporó el diagnóstico y atención del Síndrome de *Turner* al listado de enfermedades que generan gastos catastróficos, y a partir de marzo de 2016, el cáncer de ovario epitelial, asegurando así la cobertura total de este padecimiento.

- Entre septiembre de 2015 y mayo de 2016, se revisaron las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud en coordinación con los Institutos Nacionales de Salud. La cobertura del catálogo pasó de 285 a 287 intervenciones.
  - En 2016, se incorporó la cobertura de la "Estabilización de Urgencias" y del "Manejo Ambulatorio de Cuidados Paliativos y Dolor Crónico". Asimismo, se complementó la cobertura de la intervención "Diagnóstico y Tratamiento de Dengue Clásico", para incluir la atención de Fiebre por Virus de Chikungunya y la Enfermedad del Virus *Zika*.

- También en esta administración, en 2013, se incorporó el "Diagnóstico y Tratamiento de Catarata" y para los menores de cinco años el diagnóstico y atención de Catarata Congénita, se incorporó al Seguro Médico Siglo XXI.

- Los recursos federales líquidos transferidos a las entidades federativas en 2015 ascendieron a 58,999.5 millones de pesos, mientras que de enero a mayo de 2016, se han transferido a esas instancias por los mismos conceptos, 26,046.1 millones de pesos.
- El Consejo de Salubridad General (CSG), a través de la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos, de septiembre de 2015 a agosto de 2016 actualizó seis protocolos técnicos de atención: tumor maligno de encéfalo, parte no especificada (astrocitoma); trasplante de médula ósea (autólogo y alogénico); cáncer cérvico-uterino; cáncer de endometrio; cáncer de ovario epitelial, y hepatitis crónica tipo C.
- En los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) se han acreditado 91 servicios para padecimientos cubiertos por el FPGC, Seguro Médico Siglo XXI y el Catálogo Universal de Servicios de Salud.

Programa Seguro Médico Siglo XXI

- Del 1 de enero de 2013 al 30 de junio de 2016 se han incorporado 5.7 millones menores de cinco años de edad a este programa. Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se atendió a más de 29,160 de este segmento de población.

- De septiembre de 2015 a agosto de 2016 a través del Programa IMSS-PROSPERA se brindó cobertura en salud a 12.3 millones de personas que carecen de seguridad social en comunidades rurales y urbano-marginadas del país; entre ellas, 6.6 millones de personas beneficiarias de PROSPERA. Destaca el crecimiento de esta última cifra en 1.5% respecto al periodo anterior, cuando se atendía a poco menos de 6.5 millones de personas beneficiarias de dicho programa.
  - De septiembre de 2015 a agosto de 2016, se otorgaron 17,559,940 consultas médicas, se atendieron 997,460 urgencias, 234,665 egresos hospitalarios y 103,829 intervenciones quirúrgicas.
  - Adicionalmente, con el Programa IMSS-PROSPERA se acercaron a la población beneficiaria servicios de tercer nivel y cirugías de alta especialidad con apoyo del IMSS en su régimen obligatorio. Lo anterior permitió la valoración de 11,508 personas y la realización de 4,050 procedimientos quirúrgicos.
  - Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se logró la acreditación de 193 Unidades Médicas Rurales IMSS-PROSPERA, y en 40 más está pendiente la emisión de dictamen. Entre enero y diciembre de 2016 se tiene contemplado lograr la acreditación de 494 establecimientos en total (tres de segundo nivel y 491 de primero). Con la finalidad de fortalecer la infraestructura y obtener esta acreditación, en el ejercicio fiscal 2016 se destinaron cerca de 39 millones de pesos para dignificar 396 unidades de primer nivel y los hospitales rurales de San Carlos y Soto La Marina (Tamaulipas), a fin de mejorar la calidad de sus servicios. De enero de 2013 a junio de 2016, mediante el Programa IMSS-PROSPERA se ha logrado la acreditación de 705 establecimientos médicos.

- Como parte de los mecanismos y modalidades del intercambio de servicios no planificados entre las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), desde 2011 se cuenta con el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, cuyo objetivo es que exista "Cero Rechazo" al proveer servicios médicos con oportunidad y sin costo alguno a las mujeres que presenten una emergencia obstétrica y a sus recién nacidos en hospitales con capacidad resolutiva, sin importar su derechohabiencia o afiliación, eliminando las barreras para el acceso efectivo.

Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas

- Del 1 de diciembre de 2012 al 15 de julio de 2016, en el Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas (SREO), se registraron 3,502 atenciones (2,205 madres y 1,297 recién nacidos).

  - Entre el 1 de septiembre de 2015 y el 15 de julio de 2016, se brindaron 1,149 atenciones a 718 mujeres y 431 a recién nacidos. De las acciones realizadas, 55% fueron proporcionadas por el IMSS, 42% por la SS y 3% por el ISSSTE.
  - Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 fueron proporcionadas por el IMSS 1,924 atenciones, de las cuales, 1,214 correspondieron a la madre y 710 al recién nacido.

Iniciativas para mejorar la calidad y calidez de la atención médica en el IMSS

(Continúa)

- Durante la presente administración se han diseñado iniciativas para mejorar la calidad y calidez de la atención médica y reducir los tiempos de espera. Entre las principales se encuentra el sistema de Unifila, Urgencias (Triage), Gestión de camas y Referencias a 2o. nivel de atención. No existían en 2012. Este modelo se está implementando a nivel nacional. Actualmente se benefician 42.4 millones de derechohabientes. Se prevé concluir la implementación en 2017 alcanzando un total de 460 unidades médicas del IMSS.

Iniciativas para mejorar la calidad y calidez de la atención médica en el IMSS

(Concluye)

- Por otra parte, la atención de pacientes con eventos cardiacos, a través de la implementación del "Código Infarto" ha logrado disminuir las fatalidades en 57% y ahorrar 46 millones de pesos. Esta medida no existía en 2012.

Reducción de tiempo de espera para la atención médica en los servicios de urgencias

- Con el propósito de reducir los tiempos de espera para la atención médica en los servicios de urgencias y brindar atención prioritaria al paciente con urgencia real, en el segundo semestre de 2015 en el IMSS se realizó una prueba piloto de la iniciativa "Mejorar los servicios de urgencias/Triage"[1/] en 10 hospitales de segundo nivel de nueve delegaciones[2/]. Con esta iniciativa, se logró en los hospitales intervenidos una cobertura de 94% de atención inicial en el Triage, lo cual representó un incremento en 51 puntos porcentuales, ya que el valor inicial fue de 43%. El tiempo promedio de recepción fue de tres minutos.
- Con base en estos resultados, en marzo de 2016 inició el despliegue nacional, y en agosto de 2016 se implantó en 78 unidades de segundo nivel de todo el país.

1/ Es una evaluación breve que se realiza para establecer la gravedad de un paciente respecto a otro, dando prioridad a la enfermedad y no al turno.

2/ Aguascalientes, Ciudad de México, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Querétaro, Nuevo León y Veracruz.

- En el ISSSTE del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se continuó con el proyecto de fortalecimiento de los servicios de urgencias, a través de la implementación del Triage en 38 unidades médicas con servicios de urgencias. Del total, 13 corresponden a clínicas-hospital, 12 a hospitales generales y 13 a hospitales regionales. En comparación con las cuatro unidades implementadas en el mismo periodo del año previo, este resultado significó un incremento de 850 por ciento.
  - Con estas acciones se logró que una tercera parte de las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención con servicio de urgencias, cuenten con módulo de registro del Triage.
  - Asimismo, se capacitó a 980 personas para el uso del módulo del Triage en el Sistema Médico Financiero (SIMEF): personal administrativo, de enfermería y médicos del servicio de urgencias.

Logros derivados de la implementación del Triage

Para mejorar la calidad del servicio de urgencias se implementó el Triage, que permite priorizar la atención de los pacientes en función de la gravedad diagnosticada, de forma tal que aquellos pacientes que presenten una urgencia real que pone en peligro su vida o la función de sus órganos son atendidos de manera prioritaria.

- Actualmente 87% de las personas atendidas en el área de urgencias son valorados por un médico en 15 minutos o menos.
- Al finalizar la primera fase de la implementación fue posible elaborar el Manual de Procedimientos y utilización de la herramienta del Triage en el SIMEF, el cual está en proceso de revisión para su formalización y publicación en la normateca institucional.
- A fin de homologar el conocimiento y referencia rápida de la atención del Triage en el servicio de urgencias, se elaboró el Manual de Usuario para la Clasificación de Urgencias en el SIMEF y el Manual de Captura de Información de Urgencias en el SIMEF[1/].
- Con base en la elaboración de Planes Regionales que refieren la interoperatividad que se puede generar mediante el mismo sistema de clasificación de pacientes Triage, se generó el modelo de distribución de pacientes con urgencia sentida clasificados con color verde a la Unidad de Medicina Familiar (UMF). Estos pacientes presentan patologías de mínima complejidad, por tanto pueden ser resueltas en el primer nivel y realizarse un seguimiento de su estado de salud, ya que en el servicio de urgencias no se lleva un seguimiento por la naturaleza del servicio. Esta estrategia permite focalizar los esfuerzos al paciente grave y detectarlo oportunamente, limitando el daño y con los parámetros de seguridad.

1/ Pueden ser consultados en: http://estadistica.issste.gob.mx/infoissste/.

  - Con el propósito de contribuir a incrementar el acceso a los servicios de salud, de enero a junio de 2016 el ISSSTE continuó con la mejora de la gestión hospitalaria para facilitar el flujo de los pacientes de los servicios de urgencias hacia las áreas de hospitalización, para lo cual se desarrollaron tres estrategias: gestión de camas, planificación de egresos y la programación quirúrgica. Las dos primeras enfocadas a la liberación de espacios en las áreas de hospitalización y la última a la optimización de los quirófanos instalados.
  - Las estrategias fueron implementadas en cuatro hospitales regionales (Lic. Adolfo López Mateos en la Ciudad de México; Puebla en Puebla; Veracruz en Veracruz, y el de Monterrey en Nuevo León); en dos hospitales generales (Dr. Darío Fernández Fierro en la Ciudad de México y el de Tlaxcala en Tlaxcala), y en la Clínica Hospital Constitución en Nuevo León. Entre los principales beneficios se encuentran:

- En los servicios de mayor demanda (Medicina Interna y Cirugía General) con la gestión de camas, se busca que el intervalo de sustitución disminuya y se mantenga entre siete y ocho horas.
- En Medicina Interna se obtuvo una disminución de tres horas con 33 minutos, al establecerse el intervalo de sustitución promedio en 13 horas con cinco minutos.
- En Cirugía General, se disminuyó en 2.75 horas, al establecerse el intervalo de sustitución promedio a 11 horas con 48 minutos.
- En cuanto a planificación de egresos, aplicado en los mismos servicios se busca disminuir los días de estancia en hospitalización y con ello incrementar el número de ingresos.
- Con la aplicación de la estrategia, se logró incrementar el número de ingresos al servicio de Medicina interna en 13.5% respecto de su línea base, al pasar de un promedio de 34 ingresos mensuales a 38.6.
- Se logró incrementar el número de ingresos al servicio de cirugía en 43.6% respecto de su línea base, al pasar de un promedio de 36.5 ingresos mensuales a 52.4.
- El Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro llevó a cabo un promedio de 502 cirugías mensuales, lo que le representa un incremento de 9.3%, en tanto que en el Hospital Regional Puebla, se realizaron 586 cirugías mensuales (24.2% más que antes de su implementación).
- Estos resultados redundan en el beneficio de brindar atención quirúrgica a 114 pacientes más en el Hospital Regional Puebla y 43 pacientes más en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro al mes.

– Con el propósito de contribuir con la mejora de la gestión hospitalaria para coadyuvar a hacer más eficiente la atención en los servicios de urgencias, se realizó la gestión de camas, planificación de egresos y la programación quirúrgica, a través de la liberación de espacios en las áreas de hospitalización y la optimización de los quirófanos instalados.

  - Estas acciones fueron implementadas en siete unidades médicas: cuatro hospitales regionales (Lic. Adolfo López Mateos en la Ciudad de México; Puebla en Puebla; Veracruz en Veracruz, y el de Monterrey en Nuevo León); en dos hospitales generales (Dr. Darío Fernández Fierro en la Ciudad de México y el de Tlaxcala en Tlaxcala), y en la Clínica Hospital Constitución en Nuevo León, en las cuales ha sido posible optimizar la infraestructura existente y la reducción de la estancia en hospitalización y en los servicios de urgencias.

- La iniciativa "Gestión de Camas" en el IMSS tiene como objetivo optimizar la infraestructura de camas censables al mejorar el flujo de ingresos hospitalarios desde las áreas de urgencias, disminuir la estancia y la saturación de las áreas de observación en urgencias, así como el tiempo que una cama permanece vacía.

  – La prueba piloto inició en junio de 2014, en 20 hospitales, y se obtuvo una disminución de 22 a 14 horas en el tiempo en que una cama de hospital permanece vacía. En 2015 se alcanzó la reducción de tiempo "cama vacía" de 35 horas, al pasar de 50 a 14.5 horas. A agosto de 2016, un total de 81 hospitales trabajan con el programa en 34 delegaciones.

  – Para reducir el rezago en cirugías de traumatología y ortopedia, se implementó el programa de Uso Eficiente de Quirófanos los Fines de Semana en el IMSS. Al respecto, de marzo al 21 de agosto de 2016 se han realizado 2,889 cirugías.

  – De septiembre de 2015 a agosto de 2016 se incrementó en 3.5% la atención de pacientes con padecimientos psiquiátricos de manera hospitalaria en los Servicios de Atención Psiquiátrica. Asimismo, el promedio de estancia hospitalaria se redujo de 22 a 20 días, lo que significa eficiencia en el manejo del paciente hospitalizado y un avance muy importante, ya que de acuerdo con el estándar internacional, el promedio de días de estancia en los hospitales psiquiátricos debe ser menor a 30 días.

Indicador del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas
• El porcentaje de surtimiento completo de recetas se incrementó de 65.2% en 2012 a 69% en 2015[1/], con un aumento de 3.8 puntos porcentuales en lo que va de la presente administración.

[1/] Este indicador del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) se calcula con base en la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2012 y la siguiente medición disponible hasta el momento es a 2015, obtenida a partir de la Encuesta de Seguimiento para los Indicadores del PROSESA 2013-2018. La próxima encuesta que permitirá tener una medición será la ENSANUT 2018.

- La receta resurtible en la consulta de especialidades de segundo nivel para pacientes con enfermedades crónicas controladas, es una estrategia que mejora el acceso y oportunidad de atención, tanto a los pacientes con enfermedades crónicas, como en pacientes de primera vez.

  – El proyecto piloto para pacientes con una patología crónica inició en noviembre de 2014 y concluyó en mayo de 2015. La implantación de esta estrategia en los siguientes meses exigió la capacitación de 164 directores de los hospitales de segundo nivel, así

como directivos de las 35 delegaciones del IMSS. Esta segunda etapa incluyó 19 padecimientos en hospitales con Expediente Clínico Electrónico. Dentro de dichas patologías se incluye el cáncer de mama y de próstata con tratamiento oncológico, donde se pueden prescribir medicamentos de uso domiciliario. De septiembre de 2015 a agosto de 2016, se estima liberar 74,077 espacios en la consulta externa de especialidades.

Recetas resurtibles

- De agosto de 2013 a junio de 2016, se emitieron en el IMSS 10 millones de recetas resurtibles en el primer nivel de atención, representando una tasa de uso de 50.3 por ciento.
- En unidades de segundo y tercer nivel, de noviembre de 2014 al 29 de mayo de 2016, se emitieron 36,820 recetas resurtibles, que dejaron 73,640 espacios en la consulta externa de especialidades.
- Desde el inicio del programa "Tu receta es tu vale" y hasta el 31 de julio de 2016, el IMSS ha emitido 169,100 vales, de los cuales se han canjeado 66,100. El Centro de Canje atendió 30,600 vales, en los otros casos, los derechohabientes regresaron a su propia Unidad de Medicina Familiar o a una cercana a su domicilio.

- El Programa de Receta Resurtible para pacientes crónico controlados en el ISSSTE, contempla 111 medicamentos que se utilizan para atender los 10 padecimientos crónicos degenerativos que son tratados en el primer nivel de atención[1/].
  - Del 18 de noviembre de 2014 al 30 de junio de 2016, se otorgaron 7,513,979 consultas, se entregaron 506,635 recetas resurtibles y se incorporaron 230 unidades médicas, en las que dan consulta 1,935 médicos a 271,271 pacientes registrados. Con estas acciones se logró liberar 488,638 consultas en beneficio de la derechohabiencia.

En lo que va de esta administración se han promovido diversas acciones para **fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria.**

- A través del Padrón General de Salud se busca integrar información básica de asegurados y usuarios de servicios de salud (incluyendo derechohabientes, beneficiarios y afiliados), profesionales de la salud, así como de patologías, síndromes y condiciones de salud de poblaciones específicas. En el rubro de asegurados, de diciembre de 2015[2/] se habían captado 110,600,117 registros vigentes de las principales instituciones de salud públicas federales. Asimismo, se recibió información de 864,828 profesionales de la salud. Uno de los beneficios de este padrón es conocer con certeza el establecimiento de salud en el que el profesional labora, así como las jornadas y días laborales de los mismos.

Reglamento de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista[1/]

- Este Reglamento entró en vigor a partir del 22 de julio de 2016. El ordenamiento tiene por objeto reglamentar en el ámbito de la APF dicha Ley General, a fin de impulsar la plena integración e inclusión a la sociedad de las personas con la Condición del Espectro Autista, a través de la protección de los derechos humanos que garantiza la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como de sus necesidades fundamentales. De igual forma, prevé la coordinación entre las dependencias y entidades competentes de la APF con las autoridades competentes de los tres órdenes de gobierno para dichos efectos, y la concertación e inducción de acciones con los sectores privado y social, con el mismo fin.

1/ Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5445374&fecha=21/07/2016.

- Para 2016, se destinaron a la Comisión Federal contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) 344.4 millones de pesos para la operación del Sistema Federal Sanitario. Con estos recursos se han fortalecido los siguientes rubros: calidad microbiológica de los alimentos; rastros; zoonosis y brucelosis; productos de la pesca; uso ilegal del clembuterol; plaguicidas en alimentos; moluscos bivalvos; agua y hielo purificados; agua de calidad bacteriológica y fisicoquímica; playas limpias; farmacovigilancia; vigilancia del tabaco; emergencias sanitarias, y cambio climático[3/].
- Actualmente se implementan tres acciones para simplificar y modernizar diversos procedimientos y trámites: I. simplificar y digitalizar al menos 50 trámites, para disminuir los tiempos de espera, en cumplimiento a la Estrategia Digital Nacional del Gobierno de la

1/ Hipertensión arterial esencial, *diabetes mellitus*, enfermedad de glándula tiroides, EPOC (bronquitis crónica, asma bronquial), artropatías, epilepsia (adultos), dislipidemias, enfermedad ácido péptica y colon irritable, hipertrofia prostática benigna, y glaucoma.

2/ La última cifra reportada por las instituciones (excepto el IMSS) para el mismo periodo, es al cierre de diciembre de 2015.

3/ Los 344.4 millones de pesos se destinaron a las entidades federativas, quienes con dichos recursos realizaron verificaciones en materia de calidad microbiológica de alimentos, cumplimiento de buenas prácticas de higiene y sanidad en establecimientos, así como muestreo de clenbuterol. Dicho recurso se aplicó también para realizar inspecciones en materia de vigilancia sanitaria en tabaco, alcohol, productos milagro y dispositivos médicos, entre otras actividades.

República; II. fortalecer la estrategia para la promoción de la exportación, mediante la Guía Fácil del Exportador, utilizando estrategias de inteligencia, para eliminar insumos que representan un riesgo a la salud de la población, y III. orientar regulatoriamente a sectores para fomentar el crecimiento ordenado de la economía. Para ello se prevé establecer mesas de trabajo permanente con cámaras industriales, para identificar oportunidades de mejora regulatoria y asegurar el cumplimiento con la regulación sanitaria, con la finalidad de promover el crecimiento ordenado de los sectores económicos.

Donación de órganos

- En el IMSS, del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, la donación cadavérica aumentó 38.5% (de 519 a 719) y el número de trasplantes realizados creció 10.5% (de 2,514 a 2,777), en cumplimiento a la instrucción presidencial (IP-324 Agilizar la atención de los pacientes con enfermedades crónicas de riñón, hígado y corazón que requieren un trasplante).
- Del 1 de diciembre de 2012 al 31 de agosto de 2016, la donación cadavérica en el IMSS se incrementó en 154% y los trasplantes en 28.7%, comparado con el mismo periodo de la administración anterior.
- En septiembre de 2015, en el marco de la celebración del "Día Nacional de la Donación de Órganos", destacaron la campaña "Amigo Secreto" en colaboración con Organizaciones de la Sociedad Civil y el reconocimiento al mérito altruista a donantes de órganos.
- En octubre de 2015 por primera vez el país fue sede para la celebración del Día Mundial por la Donación de Órganos y Tejidos, posicionando a México a nivel internacional.

– Con relación al Programa de Trasplantes del Hospital Infantil de México Federico Gómez, del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 se realizaron 60 trasplantes de corazón, hígado, riñón, córneas y médula ósea en pacientes en edad pediátrica.

– Entre diciembre de 2012 y julio de 2016, en los Hospitales Federales de Referencia se incrementó en 12.3% el número de donadores con muerte encefálica, cuya tasa a nivel nacional es de cuatro donantes por cada millón de habitantes.

– Debido a las acciones implementadas a través del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), del 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2015, el número de personas que han manifestado la voluntad de donar sus órganos al morir, se incrementó 75 por ciento.

– Con el propósito de fortalecer la donación y trasplantes de órganos y tejidos, el 25 de septiembre de 2015 se firmó un convenio con la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y la Secretaría de Salud Federal, para agilizar y dar certeza jurídica a los casos médico-legales en los procesos de donación. Asimismo, el seguimiento al convenio entre el CENATRA y la COFEPRIS ha permitido prevenir irregularidades y fomentar las buenas prácticas con equidad y transparencia a nivel nacional.

Con el propósito de **desarrollar los instrumentos necesarios para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud**, se establecieron medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto, así como para la modernización de la APF, relativo a promover la compra consolidada de medicamentos a través de licitaciones públicas en una coordinación interinstitucional, adoptando las mejores prácticas nacionales e internacionales para tal efecto en el seno del Consejo Nacional de Salud (CONASA).

Compra consolidada de medicamentos en los estados

- Por tercer año consecutivo, y en función de la coordinación existente entre la SS y el IMSS, se acordó dar continuidad a la incorporación de los estados para su abasto a través del proceso de licitación pública. En 2016 participan en el proceso de la compra consolidada 18 estados de la república, 17 Institutos Nacionales de Salud, el ISSSTE, las secretarías de la Defensa Nacional y Marina, y Petróleos Mexicanos (PEMEX).

- Para dar continuidad a las acciones que promueven la universalidad de los servicios de salud, y con el propósito de brindar atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica[1/], en la IV Reunión Ordinaria del CONASA, realizada en noviembre de 2013[2/], se acordó analizar las ventajas de ampliar el alcance del convenio interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica, a fin de incluir otras instituciones del sector como PEMEX, la Secretaría de Marina (SEMAR) y el sector privado.

1/ Solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

2/ Acuerdo 11/IV/CONASAVI/2013, celebrado en Guanajuato, Guanajuato.

Decreto por el cual se adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

- El 12 de noviembre de 2015 se publicó en el DOF el Decreto por el cual se adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para la prestación expedita de la atención a mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de referencia de otra unidad médica, en unidades con capacidad para la atención, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

  – Uno de los primeros ejercicios operativos de integración funcional entre las instituciones del sector público del país, lo constituye el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, que opera a través de un intercambio de servicios no planificado, cuyo registro de atenciones se realiza a través del Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas.

- Con la finalidad de homogeneizar y mejorar el desempeño de los servicios de salud, se consensuó el documento de arranque del Modelo de Atención Integral en Salud (MAI), publicado en septiembre de 2015, basado en la atención centrada en la persona, familia y comunidad.

  – En septiembre de 2015, se inició la implementación piloto del MAI en los estados de Durango, Guanajuato, Hidalgo y Yucatán. Su establecimiento se complementa con la capacitación en línea, a través del *Campus Virtual* de Salud Pública[1/], con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud, en el que participan alrededor de 200 servidores públicos, quienes promoverán y operarán el MAI en sus áreas de influencia.

En congruencia con el propósito de **fomentar el proceso de planeación estratégica interinstitucional, e implantar un proceso de información y evaluación acorde con esta**, el Gobierno de la República ha llevado a cabo diversas acciones:

- A partir de diciembre de 2015, se inició la implementación del Certificado Electrónico de Nacimiento, el cual actualmente se expide en 14 hospitales de 13 entidades federativas del país (Aguascalientes, Coahuila de Zaragoza, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco y Zacatecas). Al 1 de agosto de 2016, se han expedido 19,413 Certificados Electrónicos de Nacimiento.

Aplicación móvil RadarCiSalud

- Con la finalidad de entregar a la población información útil, oportuna y de fácil acceso, en noviembre de 2015, se dio a conocer la aplicación móvil RadarCiSalud[1/], la cual mediante servicios de georreferencia, permite la consulta de más de 33 mil establecimientos de salud, públicos, privados y sociales a nivel nacional, como hospitales, consultorios, laboratorios, bancos de sangre y establecimientos de asistencia social, así como consultorios adheridos a farmacias. Indica si pertenecen a la SS, IMSS, ISSSTE, Cruz Roja, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) o PEMEX. A agosto de 2016 tiene más de 18 mil descargas.

[1/] La aplicación se encuentra disponible, en forma gratuita, en las tiendas digitales de las plataformas móviles para *iOS, Android y Windows Phone*.

- En marzo de 2015 se puso en marcha la primera aplicación móvil del Instituto "App IMSS Digital". Actualmente se han digitalizado ocho trámites relacionados con la afiliación y recaudación. En 2012 ningún trámite se realizaba de manera digital. Con IMSS Digital, se dejaron de realizar trámites presenciales. Entre 2013 y lo que va de 2016 se han registrado 77.3 millones de trámites no presenciales. Se prevé que al final del sexenio se generen 120 millones de atenciones no presenciales.

  – Se destaca la habilitación de cinco servicios digitales de los más demandados por los derechohabientes: asignación o localización del número de seguridad social; consulta de clínica, alta y cambio de clínica; ubicación de inmuebles; y consulta de vigencia de derechos.

  – Desde su liberación, "App IMSS Digital" ha sido descargada casi 190 mil veces y a través de ella se han realizado más de 470 mil trámites. Esto ha evitado filas y ha ahorrado tiempo a los ciudadanos, gracias a que es accesible, portátil y está disponible las 24 horas, los 365 días del año.

- La consolidación del Catálogo de Establecimientos en Salud (CLUES) ha permitido integrar información de todos los establecimientos de salud en funcionamiento (unidades médicas, de asistencia social, de apoyo y administrativas). Al 30 de junio de 2016, se contó con 33,805 establecimientos en operación: 27,415 de consulta externa (81.1%), 4,487 hospitales (13.3%), 666 de asistencia social (2%) y 1,237 establecimientos de apoyo (3.6 por ciento).

[1/] Disponible en www.campusvirtualsp.org.

– En materia de georreferencia, al 30 de junio de 2016 se tienen identificados los datos de latitud y longitud de 99.8% de los establecimientos en operación.

- La SS, promueve con las áreas de planeación de los Servicios de Salud de las Entidades Federativas el uso del Sistema de Georreferencia para la Planeación y Desarrollo del Sector Salud, el cual contiene información estadística en salud a nivel sectorial, infraestructura carretera y de vías de comunicación, rasgos físicos, límites administrativos, y condiciones sociodemográficas, entre otros. De mayo a junio de 2016 se ha capacitado a 20 entidades federativas[1/].

- Con el objetivo de fortalecer los mecanismos de evaluación del desempeño, el 30 de abril de 2015 se constituyó el Grupo de Trabajo en Materia de Evaluación del Desempeño Hospitalario[2/], el cual ha tenido dos reuniones: el 22 de octubre de 2015, y el 4 y 5 de abril de 2016. El propósito del Grupo de Trabajo es coordinar las tareas de monitoreo del desempeño de los servicios de salud a nivel hospitalario, mediante la definición colegiada de los indicadores esenciales y la discusión de los resultados de los mismos, con el fin de impactar positivamente en la calidad de los servicios que se brindan. Como parte de los productos discutidos en las reuniones, en diciembre de 2015 fue publicado un informe de resultados con la estimación de nueve indicadores de las dimensiones de efectividad, eficiencia y pertinencia, con datos de 2014 para las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud Federal y los Servicios Estatales de Salud[3/].

- En el seno de los Grupos de Trabajo Estratégico de Guías de Práctica Clínica, coordinados por la SS, y con la participación de representantes de las instituciones del sector salud, se presentó en noviembre de 2015 la propuesta de indicadores de difusión[4/] de Guías de Práctica Clínica. Estos indicadores son una aportación metodológica para evaluar y dar seguimiento a la estrategia de difusión de Guías de Práctica Clínica.

Con el propósito de **contribuir a la consolidación de los instrumentos y políticas necesarias para una integración efectiva del Sistema Nacional de Salud**, optimizar los recursos e incrementar su eficiencia, bajo el marco de la universalización de los servicios de salud, se cuenta con el Programa de Intercambio de Servicios Planificado. Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 se tienen los siguientes resultados:

- El registro ante la Comisión Interinstitucional para la Operación del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud, actualmente cuenta con convenios específicos en Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Querétaro, Sinaloa, Tabasco y Yucatán, lo cual representa un incremento en tres entidades federativas, respecto del periodo anterior.

  – Derivado de la Séptima Reunión Ordinaria de dicha Comisión, el 23 de febrero de 2016 se aprobó la reorganización del Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, y del Tabulador de Tarifas Máximas Referenciales para quedar conformado por 715 intervenciones. Las tarifas máximas referenciales de esas intervenciones se actualizaron con base al Índice Nacional de Precios y Cotizaciones a diciembre de 2015.

- En el IMSS durante el primer semestre de 2016, se renovaron convenios interinstitucionales para el intercambio de servicios de salud en Baja California Sur (uno), Chihuahua (uno), Sinaloa (uno) y Yucatán (tres). Además, se firmó un nuevo convenio en Aguascalientes y Yucatán, que aunado a los convenios de Durango y Tabasco, suscritos en años anteriores, representan 10 convenios de intercambio de servicios.

  – En este Instituto se realizó un diagnóstico de demanda de servicios en cada delegación, y se realizaron cursos de capacitación en el tema de universalización de servicios de salud a nivel nacional.

- En el ISSSTE se tienen convenios establecidos con Baja California Sur, Durango, Querétaro y Tabasco. Entre los compromisos establecidos en el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, se plantea redefinir las directrices de coordinación para garantizar

1/ Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

2/ En el Grupo de Trabajo han participado las áreas de planeación y directivos hospitalarios de los Servicios Estatales de Salud de Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Colima, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Sonora y Veracruz, así como representantes a nivel federal de la Dirección General de Información en Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA), y asesores de la OPS y la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

3/ El informe se denomina MH 2015 Mejores Hospitales de la Secretaría de Salud Federal y Servicios Estatales de Salud http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/58338/MH_2015.pdf.

4/ La propuesta contempla cuatro indicadores: difusión total, *web*, digital e impresa. Su medición será por etapas y acorde con la disponibilidad de la plataforma para llevar a cabo el registro.

el uso efectivo de los recursos financieros, la mejor utilización de la infraestructura hospitalaria y el óptimo desempeño de los recursos humanos entre las instituciones, a fin de hacer efectiva y equitativa la protección de la salud.

– Derivado de ello, se realizaron reuniones de trabajo a nivel interinstitucional, con objeto de que cada institución identifique la oferta y demanda de servicios por tipo de unidad médica.

2.3.2 Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud

A efecto de **garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud**, del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se recibieron 171 solicitudes de actualización para todos los Comités Técnicos Específicos del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, de las cuales 93 fueron aceptadas: 66 para incluir medicamentos, 11 de material de curación, seis de instrumental o equipo médico, seis para auxiliares de diagnóstico, y cuatro solicitudes aceptadas para osteosíntesis y endoprótesis.

- En el Instituto Nacional de Higiene y el Instituto Nacional de Virología (INV), se realizaron acciones para renovar los certificados de Buenas Prácticas de Fabricación ante la COFEPRIS, conforme a la NOM-059. En el INV, se llevó a cabo la adecuación de la planta de producción, la incorporación de nuevos equipos industriales y el fortalecimiento del equipamiento del sistema eléctrico.
- Se formalizó un Contrato de Asociación Público-Privada bajo la modalidad de autofinanciable, para concluir, calificar, validar y poner en marcha la planta Cuautitlán, así como recibir transferencia tecnológica para producir la vacuna tetravalente de influenza y los combos pediátricos, para garantizar el abasto de dichos biológicos en el país, con producción 100% nacional.

ACCESO EFECTIVO Y SEGURO A MEDICAMENTOS DE CALIDAD, 1 DE SEPTIEMBRE DE 2015 AL 31 DE AGOSTO DE 2016

(Continúa)

- Estrategia de Liberación de Genéricos para el Acceso a Medicamentos. Se liberaron dos paquetes de genéricos, compuestos por cinco sustancias activas que corresponden a 134 nuevos registros de medicamentos genéricos que atienden 71% de las causas de mortalidad en el país. Adicionalmente, se emitió el registro sanitario de un medicamento biocomparable.
- Política de Innovación. Se emitieron 62 registros para nuevas medicinas que atienden 21 clases terapéuticas distintas, y

ACCESO EFECTIVO Y SEGURO A MEDICAMENTOS DE CALIDAD, 1 DE SEPTIEMBRE DE 2015 AL 31 DE AGOSTO DE 2016

(Concluye)

- representan 73% de las causas de muerte en la población. En México, (primer país de comercialización), se lanzaron dos nuevos medicamentos y se emitió el registro sanitario de 14 medicamentos biotecnológicos.

  Compras Consolidadas. La SS impulsó la compra consolidada de medicamentos y material de curación para 2016, coordinada por el IMSS, en la cual participaron 17 Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Federales de Referencia, 18 Secretarías de Salud Estatales, así como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR y SEDENA. La licitación se realizó al finalizar 2015 y ascendió a más de 48 mil millones de pesos. Se espera obtener un ahorro aproximado de 2,521 millones de pesos, en las compras 2016. El ahorro acumulado 2014-2016, asciende a 10,862 millones de pesos.
- En octubre de 2015, la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, concluyó las negociaciones de la compra pública de medicamentos de patente y fuente única aplicable para 2016, con un ahorro potencial de 1,083 millones de pesos para las instituciones del SNS, lo que representa un incremento de 29.2%, respecto al año anterior. El ahorro acumulado para las compras 2013-2016 asciende a 3,849 millones de pesos.

FUENTE: Secretaría de Salud.

Programa de Vales de Medicamentos

- En marzo de 2015, inició en las unidades de primer nivel de atención del IMSS en la Ciudad de México el programa de Vales de Medicamentos, denominado "Tu Receta es tu Vale". En lo que lleva este programa en operación, se ha promovido el uso de la receta electrónica, la cual pasó de 70 a 96%. Al cierre de 2015, el índice de atención de recetas se mantuvo por arriba de 99%, comparado con el 97% promedio previo al inicio de este programa. En junio de 2016, se han emitido 93,180 vales en el IMSS, de los cuales se canjearon 34,291, siendo atendidos por el Centro de Canje 14,513 vales. Con estas acciones, el promedio de atención de recetas en la Ciudad de México fue de 99.3 por ciento.

  – Las quejas por falta de medicamentos en las unidades del IMSS en la Ciudad de México han disminuido en 93% y las encuestas de satisfacción indican en el 100% de los casos, un nivel de atención entre bueno y excelente.

- En el ISSSTE se cuenta con cuatro Centros de Canje en la Ciudad de México, en los que del 15 de marzo de 2015 al 31 de julio de 2016, se emitieron 3,498 vales de medicamentos en beneficio de 2,493 derechohabientes.

Reconocimiento de calidad en los servicios de salud

- Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de mayo de 2016, la Clínica de Especialidades "Leonardo y Nicolás Bravo" del ISSSTE, participó en las convocatorias del Programa Calidad en la Atención Médica de la Secretaría de Salud, siendo acreedora a un premio de 184,928 pesos por el Proyecto de Investigación Operativa Calidad de Vida en Pacientes en Procedimientos de Hemodiálisis y sus Familiares.

- Derivado de la reforma al Estatuto Orgánico del ISSSTE, se llevó a cabo la actualización de los siguientes instrumentos normativos, relacionados con los servicios de salud:
  - Lineamientos que regulan el proceso para la celebración de los convenios de incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio de la Ley del ISSSTE;
  - Reglas para la regionalización operativa del Sistema Institucional de Servicios de Salud en el ISSSTE, y
  - Manual de Integración y Funcionamiento del Consejo Consultivo de las Delegaciones Estatales y Regionales del ISSSTE.
- Se estableció que los servidores públicos del Instituto, en el ejercicio de sus responsabilidades, atribuciones y funciones, deben promover, respetar y proteger los derechos humanos de los usuarios, consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, bajo criterios de legalidad, honestidad, igualdad, transparencia, no discriminación e integridad. Asimismo, deben aplicar el principio por persona e incorporar la centralidad del derechohabiente en sus procesos y actividades, con el propósito de que el Instituto ofrezca seguros, prestaciones y servicios de calidad, con oportunidad y calidez.

Durante esta administración, el Gobierno de la República ha reforzado esfuerzos con el propósito de **reducir la carga de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente *diabetes* e hipertensión.** Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de julio de 2016, se realizaron 30,427,488 pruebas para la detección de enfermedades crónicas: 9,589,129 para *diabetes*, 9,956,781 para hipertensión arterial, 8,604,344 para obesidad, y 2,277,234 para dislipidemias.

Pruebas de detección de enfermedades crónicas

- En lo que va de la administración, en la SS se realizaron 131,426,626 pruebas para la detección de enfermedades crónicas: 41,529,838 corresponden a *diabetes*, 43,054,672 a hipertensión arterial, 38,148,796 para detectar sobrepeso/obesidad y 8,693,320 para detección de dislipidemias, entre otras.

- En 101 Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME-EC), en los casi cuatro años de este Gobierno, se han atendido más de 80 mil pacientes con alto riesgo cardiometabólico. Se logró controlar a 29.3% de pacientes con *diabetes* y a 67.8% con hipertensión arterial. En las personas que no alcanzaron control, se redujeron los niveles de hemoglobina glucosilada 1.8%, lo que se traduce en una disminución del riesgo cardiometabólico.
- Al 30 de junio de 2016, se registraron 4,260 Grupos de Ayuda Mutua, con 69,884 integrantes, de los cuales 21 lograron la acreditación.

Indicador del Programa Sectorial de Salud, 2013-2018
Tasa de hospitalización por *diabetes* no controlada[1/] con complicaciones de corto plazo

- La tasa de hospitalización por *diabetes* no controlada con complicaciones de corto plazo, disminuyó de 16.8 egresos por cada 100 mil habitantes de 15 años o más en 2012, a 15.7 egresos en 2014; es decir, se observó una reducción en la tasa de hospitalización de 1.1 egresos por cada 100 mil habitantes de 15 años o más. Dicho valor sobrepasó la meta establecida para 2018 de 16 por cada 100 mil habitantes.

[1/] La fuente de información es Egresos del Sector, que publica la Dirección General de Información en Salud; los datos de 2015 para calcular este indicador estarán disponibles a finales de 2016.

- En diciembre de 2015, se puso en marcha la instalación de la versión 3.0 del Sistema Nominal de Información en Crónicas[1/] en las unidades de primer nivel de atención.
  - Al 18 de julio de 2016, con el uso de un tarjetero de control digital se da seguimiento a más de 1.7 millones de pacientes atendidos con al menos una consulta, de los cuales 72.2% son mujeres y 27.8% hombres.
    - Del total de pacientes, 985,968 viven con *diabetes* y reciben tratamiento. Este sistema electrónico proporciona información diaria de los pacientes con enfermedades crónicas que se atienden en las 12,489 unidades de salud, lo cual permite tomar decisiones a nivel nacional, estatal, jurisdiccional y local.
- En el Programa IMSS-PROSPERA, entre septiembre de 2015 y agosto de 2016 se realizaron 2,734,135 detecciones de *diabetes mellitus* y 3,487,980 de hipertensión arterial, lo que permitió identificar de manera temprana a 9,045 y 11,274 nuevos pacientes, respectivamente.

[1/] Disponible en: http://oment.uanl.mx/tablero-de-control-de-enfermedades/. La información que se registra en la página se actualiza diariamente, por lo que puede haber variaciones en las cifras reportadas en este Informe.

– Del total de detecciones, se dio tratamiento y control a 206,941 personas por *diabetes mellitus* y a 226,028 por hipertensión arterial, quienes gracias a la identificación temprana pudieron disminuir el riesgo por complicaciones graves o la muerte.

Programas Integrados de Salud

- De septiembre de 2015 a agosto de 2016, personal de Trabajo Social y Promotores de Salud capacitaron en Estrategias Educativas de Promoción de la Salud PREVENIMSS[1/] a: 87,145 niñas y niños de tres a seis años de edad en ChiquitIMSS; 142,616 adolescentes de 10 a 19 años de edad en JuvenIMSS; 68,456 mujeres y 37,433 hombres de 20 a 59 años de edad en Ella y Él con PREVENIMSS; 65,375 adultos mayores de 60 años y más en Envejecimiento Activo PREVENIMSS; 133,093 mujeres embarazadas y 26,341 parejas de embarazadas en Embarazo PREVENIMSS; así como a 104,939 derechohabientes con sobrepeso, obesidad, *diabetes mellitus* y/o hipertensión arterial en Yo puedo.

[1/] Temas básicos de las Cartillas Nacionales de Salud y habilidades para la vida, desarrolladas a través de sesiones educativas, vivenciales, reflexivas y participativas.

- La estrategia en el IMSS[1/] para consolidar las acciones de prevención y promoción de la salud, se concentra en incrementar el acceso a la consulta médica y mejorar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención. En este sentido, se continúa con los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), estrategia que consolida la protección a la salud de los derechohabientes, al otorgar un conjunto de acciones de promoción y protección a la salud por grupo de edad, sexo y factores de riesgo.

  – Uno de los propósitos de PREVENIMSS es lograr que los derechohabientes regresen cada año a recibir su Chequeo Anual, con el cual se otorga un conjunto de acciones de promoción de la salud, vigilancia del estado de nutrición, prevención y detección de enfermedades, así como de salud reproductiva. De septiembre de 2015 a agosto de 2016, se benefició a 24,529,136 derechohabientes.

Chequeo Programas Integrados de Salud

- En la presente administración, en promedio anual se realizaron 32.2 millones de Chequeos PREVENIMSS, registrándose en 2015 la cifra más alta (31.4 millones), al superar en 4.7 la meta propuesta de 30 millones para dar cumplimiento a la instrucción presidencial[1/].

[1/] El 14 de octubre de 2014, en el marco de la celebración de la 105 Asamblea General Ordinaria del IMSS, el Ejecutivo Federal, dictó la siguiente Instrucción Presidencial: "Que en 2015, al menos 30 millones de derechohabientes se hagan el chequeo de PREVENIMSS".

[1/] Información estimada a agosto de 2016, con base en el comportamiento de 2015.

  – Como parte de las acciones de PREVENIMSS, se intensificaron las actividades encaminadas a llevar la atención a grupos de población que no acuden a las unidades médicas, mediante brigadas extramuros en escuelas y empresas. De septiembre de 2015 a marzo de 2016 se atendieron 278,615 alumnos en planteles públicos de educación media superior y superior, lo que representa 58.7% más que en el año previo, de las cuales se benefició a 175,576 estudiantes. Se atendió a 685,037 trabajadores en más de 8 mil centros laborales, lo que representa 18.4% más que en el mismo periodo del año previo (578,757 trabajadores).

  – El impacto de las acciones preventivas se observa al contrastar el número de muertes ocurridas por estos padecimientos.

    - Para el caso de la *diabetes mellitus*, al cierre de 2012 se presentaban 74.9 defunciones por cada 100 mil derechohabientes de 20 años y más. El número de eventos disminuyó para 2015, en el que se presentaron 71.5 muertes por cada 100 mil derechohabientes en ese mismo grupo de edad.

    - En cuanto a la hipertensión arterial, en 2015 ocurrieron 20.4 defunciones por cada 100 mil adultos de 20 años y más, cifra menor a la de 2012, en el que se reportaron 21.8 muertes en ese mismo grupo de edad.

Programa Preventivo Personalizado de Salud

- A través del Programa Preventivo Personalizado de Salud (PREVENISSSTE), Cerca de Ti, del 1 de diciembre de 2012 al 30 de junio de 2016, se registraron 431,616 Evaluaciones en Riesgos de Salud contestadas, de las cuales 63.9% fueron de mujeres y 36.1% de hombres. Del total de evaluados, 12.2% se identificó con bajo riesgo, 73.7% con riesgo medio y 14.1% con alto riesgo.

- El programa cuenta con 80 médicos en 66 unidades de salud. El 61% del total de derechohabientes que contestaron las encuestas, acudieron a su clínica de adscripción para recibir tratamiento con el médico PREVENISSSTE.

  – Al respecto, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se otorgaron 131,748 consultas, a través de las cuales se diagnosticaron 36,340 casos con obesidad y 72,688 con sobrepeso, 9,237 casos nuevos de *diabetes*, 12,084 de hipertensión arterial, 14 casos de cáncer de mama y cinco de cáncer cérvico-uterino, y siete casos nuevos de cáncer de próstata, entre otros.

Nuevos alcances del programa de Manejo Integral de *Diabetes* por Etapas

- En el ISSSTE se cuenta con 151 módulos del Programa de Manejo Integral de *Diabetes* por Etapas, mediante los cuales de septiembre de 2015 a junio de 2016, se brindó atención a 45,652 derechohabientes con *diabetes*, de ellos, 26,222 lograron el control glucémico. De lo anterior, 57.4% de los pacientes resultaron con menos de 7% de hemoglobina glucosilada.
- Además de las atenciones otorgadas, el programa fue escalado para llegar a 163 unidades médicas, con el propósito de ampliar la cobertura efectiva y lograr un mayor impacto con una atención mejorada, que incluye la atención y educación de excelencia a la derechohabiencia con *diabetes*, sustentada en cinco iniciativas: el registro nominal de pacientes con *diabetes*; la segmentación de pacientes por riesgo cardiovascular; la implementación de protocolos gerenciales de atención por riesgo, las incorporaciones de coordinadores de cuidado y la de especialistas de primer nivel de atención.

– Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, en el Instituto, se estableció el Observatorio de *Diabetes* y Enfermedades Crónicas, con una plataforma electrónica de registro[1/], consulta y generación de reportes de pacientes con diagnóstico previo de *diabetes* y comorbilidades a nivel nacional, con el fin de construir un padrón nominal de derechohabientes con estas condiciones. Desde su liberación en diciembre de 2015 a junio de 2016 se han registrado 50,909 pacientes, de los cuales 14,378 corresponden al segmento 1. Controlados sin complicación, 4,148 se encuentran en el segmento 2. Controlados con complicación, 22,385 están en el segmento 3. Descontrolados sin complicación y 9,998 corresponden al segmento 4. Descontrolados con complicaciones.

Con la finalidad de **instrumentar acciones para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y *diabetes***, a partir del ciclo escolar 2014-2015, se puso en marcha la implementación de los Lineamientos Generales para el Expendio y Distribución de Alimentos y Bebidas Preparados y Procesados en las Escuelas del Sistema Educativo Nacional[2/]. Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se tienen 36 productos registrados, de los cuales 14 han sido aprobados, ya que cumplen con los criterios nutrimentales establecidos.

1/ http://prevenissste.issste.gob.mx.

2/ Publicados en el DOF el 16 de mayo de 2014.

Avances de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y la *Diabetes*

- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se incorporaron ocho nuevos indicadores al Sistema de Indicadores del Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles para el componente de salud pública, con lo que se logra identificar si las acciones estatales se están alineando a la Estrategia Nacional, y así cumplir con el objetivo de revisar y, en su caso, proponer cambios a la política pública en materia de prevención de enfermedades no transmisibles.
- Al 30 de junio de 2016 se cuenta con 103 Unidades Móviles de Orientación Alimentaria, las cuales han realizado 3,091 visitas a los entornos escolares, comunitarios y laborales, 53,152 eventos educativos de promoción de alimentación correcta, consumo de agua, lactancia materna y actividad física. En este periodo se crearon 25 nuevas Unidades Móviles.
- En julio de 2016, existen 26 Redes de Excelencia en Obesidad y *Diabetes*[1/] en 25 entidades federativas[2/], que atienden a 1,010,257 personas mayores de 20 años, a 440,189 de ellos se les realizó la detección oportuna de factores de riesgo y se dio seguimiento a 56,274[3/] pacientes, de los cuales 33,677 tienen diagnóstico de *diabetes*, 36,208, hipertensión arterial y 22,301 de obesidad. Esta estrategia incluye capacitación al personal que atiende a los pacientes; a la fecha, se ha capacitado a 979 profesionales, que atienden a los pacientes, y diariamente se monitorea en línea el abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio.

1/ Disponible en: http://oment.uanl.mx/tablero-de-control-de-enfermedades/. La información que se registra en la página se actualiza diariamente, por lo cual puede haber variaciones en las cifras reportadas en este Informe.

2/ Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Ciudad de México, Coahuila de Zaragoza, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

3/ Esta cifra puede no coincidir con la suma de sus componentes, debido a que un paciente diagnosticado con *diabetes* puede presentar dos o más enfermedades de cada componente.

- Como parte de los esfuerzos de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la *Diabetes*, se ha participado activamente en varias vertientes:

  – El distintivo nutrimental se otorga a aquellos productores que así lo soliciten y que cumplan con los estándares nutricionales emitidos por la SS, los cuales son concordantes con las mejores prácticas internacionales. La inclusión de este distintivo incentiva la reformulación de productos a una mejor

composición nutrimental. Al 30 de junio de 2016, se han recibido 792 solicitudes de distintivo nutrimental, de las cuales se han otorgado 126; 326 solicitudes han sido rechazadas; 297 prevenidas, mientras que 43 más están en proceso de dictamen.

- En el IMSS, de septiembre de 2015 a agosto de 2016, se realizó la detección de *diabetes mellitus* a personas de 20 años y más, con un logro de 6 millones de detecciones y con la identificación de 446 mil casos sospechosos; cifra similar a la reportada en el mismo periodo del año anterior (5.9 millones de detecciones con 498 mil casos sospechosos).
  - En el mismo periodo, a través de la Estrategia Educativa de Promoción de la Salud "Yo puedo"[1/], dirigida a los derechohabientes de 10 años y más, con diagnóstico de sobrepeso, obesidad, *diabetes mellitus* o hipertensión arterial, se capacitó a 104,939 derechohabientes.

Estrategia de la educación nutricional

- En 2015 se inició la capacitación de la estrategia denominada NutrIMSS "Aprendiendo a Comer Bien" en las unidades médicas de primer nivel del IMSS con servicio de nutrición y dietética. A partir de enero de 2016, las UMF iniciaron la intervención con los derechohabientes para contribuir a la mejora de hábitos de alimentación saludable y práctica de actividad física en pacientes con padecimientos crónicos no transmisibles (obesidad, sobrepeso, prediabetes, prehipertensión, *diabetes*, hipertensión y dislipidemias).
- La estrategia NutrIMSS está implementada en 240 UMF y se han capacitado a más de 30 mil derechohabientes mayores de 20 años de edad.

  - Posterior a la sesión, los pacientes tienen seguimiento en la consulta nutricional, en la que se establece un plan de alimentación individualizado con el propósito de lograr un peso corporal saludable, el control metabólico y prevenir complicaciones.
- Mediante el Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y la Obesidad (PPRESYO), en el ISSSTE se promovió la adopción de estilos de vida saludables. Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se logró que 17,512 pacientes redujeran 5% de su peso corporal.
  - Se encuentra en desarrollo el Sistema de Información PPRESYO, con el cual será posible dar seguimiento estandarizado de los pacientes que ingresan al programa en las 35 delegaciones del Instituto.
- Por medio del Programa IMSS-PROSPERA, de septiembre de 2015 a junio de 2016, se monitoreó la prevalencia de obesidad y sobrepeso con el índice de masa corporal, a un promedio de 4.2 millones de personas de cinco años en adelante, acción que se refuerza con la orientación alimentaria a través del "Plato del Buen Comer", durante la consulta.

Con el propósito de impulsar acciones que contribuyan a la **reducción de la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas**, a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), se han establecido mecanismos de vinculación y colaboración intersectorial y con los tres órdenes de gobierno, a fin de implementar acciones de prevención, capacitación e integración ciudadana, para lo cual, entre septiembre de 2015 y julio de 2016, se firmaron convenios específicos de colaboración con 11 entidades federativas[2/], así como tres convenios con jefes delegacionales de la Ciudad de México: Miguel Hidalgo, Iztapalapa y Cuauhtémoc.

- Como parte del Programa Nacional de Prevención de Adicciones, se prevé capacitar 24,377 promotores que desplieguen acciones preventivas al interior y exterior de sus instancias, estimando beneficiar a 1,814,170 personas, principalmente adolescentes y jóvenes.
- En el marco de colaboración entre la SEMAR y SEDENA para hacer sinergia en la prevención de adicciones, a través del Esfuerzo Nacional Frente a las Adicciones. Súmate, en 2015, se formó a 7,094 promotores voluntarios del Servicio Militar Nacional, quienes mediante jornadas nacionales, transmitieron el mensaje preventivo sobre los daños y consecuencias que ocasionan las sustancias psicoactivas, y promovieron alternativas de estilos de vida saludable en sus comunidades, logrando una cobertura de 138,291 personas.
  - En junio de 2016 se llevó a cabo un taller informativo sobre los daños que ocasionan las drogas, el cual fue impartido a nivel nacional en los más de 160 Centros de Adiestramiento de la SEDENA y la SEMAR en beneficio de 27,839 personas. Asimismo, se formaron 9,537 promotores voluntarios más del Servicio Militar Nacional que participaron en tres jornadas comunitarias, con lo cual se estima que al término de agosto se benefició a aproximadamente 66 mil personas.
- Para prevenir los accidentes de tránsito relacionados al consumo de alcohol, se ha capacitado a 19 entidades

[1/] Complementa y fortalece las acciones del resto del equipo transdisciplinario relativas al tratamiento no farmacológico, con material educativo especialmente diseñado para cumplir con sus objetivos.

[2/] Baja California Sur, Chiapas, Ciudad de México, Durango, Guanajuato, Michoacán, Oaxaca, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Veracruz.

federativas[1/] para implementar, homologar o fortalecer a nivel nacional el Programa de Alcoholimetría "Conduce sin Alcohol".

- Entre septiembre de 2015 y julio de 2016, se instalaron y pusieron en operación 317 Consejos Municipales contra las Adicciones, con los cuales se establecen mecanismos para impulsar acciones de prevención y atención de las adicciones entre instituciones y organismos públicos, privados y sociales.

- Para reducir la prevalencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, el Gobierno de la República cuenta con la más extensa red de servicios de prevención y atención a las adicciones, conformada por 340 Unidades de Especialidad Médica-Centro de Atención Primaria de Adicciones (UNEME-CAPA) ubicadas en 266 municipios de las 32 entidades federativas.
  - Entre septiembre de 2015 y julio de 2016 se benefició a 10.5 millones de personas de 12 a 65 años de edad, por medio de orientación, consejería y talleres de sensibilización sobre el impacto del uso de drogas; además se brindaron 402,570 sesiones de tratamiento, se aplicaron 751,923 pruebas de tamizaje a estudiantes, mediante las cuales se identificaron a 120,493 adolescentes con factores de riesgo para el consumo de drogas, de estos, 67,884 acudieron a las UNEME-CAPA a solicitar tratamiento.

Atención a jóvenes de entre 12 y 17 años de edad

- Con el fin de brindar atención al grupo más vulnerable para el consumo de sustancias psicoactivas, en la presente administración, se han aplicado 2,856,231 pruebas de tamizaje en escuelas de enseñanza básica y media superior, en donde 413,160 jóvenes (14.5%) se identificaron con factores de riesgo y consumo; de estos, 196,098 jóvenes (47.5%) iniciaron tratamiento en alguna de las UNEME-CAPA.
- Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016, en las UNEME-CAPA se aplicaron 765,675 pruebas de tamizaje a población estudiantil, a través de las cuales se identificó a 122,492 (16%) adolescentes con factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas; de estos, 68,620 (56%) iniciaron tratamiento en alguna de las UNEME-CAPA.
- Del 1 de septiembre de 2015 al 15 de julio de 2016, se brindó información con respaldo científico a 396,870 adolescentes y jóvenes, sobre los riesgos y consecuencias asociadas al consumo de sustancias adictivas[1/].

[1/] Esta información se encuentra disponible en el portal *web* konectate.org.mx.

[1/] Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila de Zaragoza, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala y Zacatecas.

- Los Centros de Integración Juvenil, A. C. (CIJ) tienen como objetivo contribuir en la reducción de la demanda de drogas, con la participación de la comunidad, a través de programas de prevención y tratamiento, con equidad de género, basados en la evidencia para mejorar la calidad de vida de la población. La institución cuenta con una red de atención de 116 unidades que operan en todo el país. Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016, se atendió a 9.4 millones de personas por medio de 880 mil acciones en prevención y tratamiento.
  - Mediante el programa preventivo "Para vivir sin adicciones", se realizaron 480 mil acciones con una cobertura de 9.3 millones de personas; del total, 53% fueron mujeres y 47% hombres.
  - Con el programa de atención curativa a cargo de los CIJ, entre septiembre de 2015 y agosto de 2016 se realizaron 400 mil acciones, con una cobertura de 99,200 pacientes y sus familiares; de los pacientes atendidos, 79% son hombres y 21% mujeres.

Iniciativa para permitir el uso de la marihuana con fines médicos

- El 21 de abril de 2016 el Ejecutivo Federal presentó a la Cámara de Senadores una iniciativa con Proyecto de Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud y reforma el párrafo tercero del Artículo 195 del Código Penal Federal. Tiene los siguientes propósitos:
  - Permitir que la *cannabis sativa*, índica y americana o marihuana, pueda ser utilizada en actividades de investigación y con fines médicos, así como ubicar a la sustancia psicotrópica denominada tetrahidrocannabinol en la fracción II, del Artículo 245, de la Ley General de Salud, con lo cual, no obstante de que se le consideraría como una sustancia que constituye un problema grave para la salud pública, se le estarían reconociendo algunas cualidades terapéuticas, y con ello autorizando su uso médico.
  - No tipificar como delito la posesión para uso estrictamente personal de los narcóticos en las cantidades señaladas en la tabla a que se refiere el Artículo 479 de la Ley General de Salud (hasta 28 gramos en el caso de la *cannabis sativa*, índica y americana o marihuana), para lo cual propone modificar diversos artículos de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal.
  - Esta iniciativa fue turnada a las comisiones unidas de Salud, Gobernación, Derechos Humanos y Estudios Legislativos Segunda de la Cámara de Senadores y se prevé que su estudio se realice en el periodo de sesiones extraordinarias de la LXIII Legislatura.

- En mayo de 2016 se presentaron los resultados de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2015, la cual tiene representatividad nacional y estatal para población urbana y rural. Los resultados indicaron que entre 2009 y 2015 la exposición al humo de tabaco disminuyó en: edificios de gobierno (de 17 a 14.1%), restaurantes (de 29.6 a 24.6%) y hogares (de 17.3 a 12.6%). Sin embargo, la exposición al humo de tabaco se mantiene elevada en bares y centros nocturnos (de 18.2 a 72.7 por ciento).

Riesgos asociados a la exposición del humo de tabaco

- Con el objetivo de proteger la salud de la población de los riesgos asociados a la exposición al humo de tabaco, y en respuesta a la Instrucción Presidencial No. IP 343 (28 de enero de 2015)[1/], entre septiembre de 2015 y julio de 2016, mediante el Programa de Reconocimiento de Espacios Libres de Humo de Tabaco, se reconocieron 5,247 espacios libres de humo de tabaco, entre los que 2,301 son edificios públicos y 1,369 son unidades de salud de primer nivel.

[1/] "A través de la Comisión Nacional contra las Adicciones, conseguir más espacios libres de humo de tabaco".

- El IMSS, se suma al Día Mundial sin Tabaco, atendiendo a trabajadores y derechohabientes que desean dejar el consumo del tabaco, mediante un programa que abarca terapia psicológica, reemplazo de adicción a la nicotina y atención médica a pacientes con problemas de salud, como cáncer de pulmón, enfermedad obstructiva crónica, enfermedades cerebro vasculares e infarto agudo de miocardio.
  - En la Clínica de Atención al Fumador en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI se otorga atención durante nueve sesiones, a fin de concientizar a los pacientes acerca de los daños a la salud que causa el tabaquismo. En este programa integral participan psicólogos y neumólogos que se encargan de realizar estudios radiológicos de tórax y espirometría para identificar el grado de daño en la salud de los pacientes. Parte fundamental del tratamiento consiste en proporcionar apoyo psicológico con terapia cognitivo conductual, técnicas de relajación y de respiración y apoyo nutricional.
  - En el evento de conmemoración por el Día Mundial sin Tabaco, encabezado por la SS, se entregaron reconocimientos a diversas instalaciones del IMSS, como Espacios Libres de Humo de Tabaco. En mayo de 2016, 53% de los centros de trabajo del Seguro Social han obtenido el citado reconocimiento y se constituye como la institución federal con el mayor avance en esta materia.
- Con el propósito de prevenir la morbilidad y mortalidad asociada al consumo de tabaco, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, en el ISSSTE se logró la implementación del servicio de Clínica para Dejar de fumar en 10 unidades médicas, que sumadas a las ya existentes totalizan 141, en las que se atendieron 3,968 derechohabientes mediante una sesión de una hora por semana durante 12 semanas.
  - Del total de pacientes atendidos, 71% dejó de fumar al término del tratamiento, siendo el ISSSTE la institución con mayor número, tanto de pacientes atendidos, como de servicios para dejar de fumar, y la única que otorga tratamiento farmacológico a sus pacientes.
  - A fin de contribuir a la protección de la salud de los trabajadores y derechohabientes, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se implementó el programa de Edificios libres de humo de tabaco, con el que se obtuvo el reconocimiento de 44 unidades médicas, edificios administrativos y Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil, que a la fecha suman 249 para la protección a las personas de aspirar el humo de tabaco ajeno y la prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo involuntario.

Convenio de colaboración contra las adicciones

- El 3 de febrero de 2016 se firmó un convenio de colaboración entre la CONADIC y el ISSSTE, con el cual se busca beneficiar a la población derechohabiente con acciones de prevención, a través de cursos de capacitación dirigidos al personal de salud de los tres niveles de atención[1/], sobre identificación temprana, detección y tratamiento, campañas intensivas para prevenir el consumo dirigidas a los derechohabientes y sus familiares, así como referencia de pacientes con problemas de consumo de alcohol y otras drogas ilícitas a los Centros de Atención Primaria a la Salud que dependen de esa Institución.

[1/] Se refiere a los siguientes criterios: primer nivel, en el cual se realizan las acciones para prevenir enfermedades, atienden las patologías más frecuentes y menos graves; segundo nivel, en el cual se atienden patologías complejas, y el tercer nivel en donde se tratan patologías más complejas que exigen técnicas de diagnóstico y tratamiento sofisticadas.

Para contribuir a la **reducción de la morbilidad y mortalidad por accidentes**, se coordinó la implementación de diversas estrategias y acciones, entre las que destacan:

- De septiembre de 2015 a agosto de 2016, se trabajó de manera coordinada con las entidades federativas para incrementar a 31 el número de Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRA) instalados, quedando pendiente el de la Ciudad de México.
- En la presente administración se contribuye a reducir la morbilidad y mortalidad por accidentes viales, mediante el trabajo multisectorial, a través del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) y la definición de diversas estrategias, entre las que

destaca el impulso a la gestión en seguridad vial de las entidades federativas, incrementando la instalación de COEPRA, al pasar de 17 a 30 en 2015. Asimismo, la implementación de la Acción Estratégica de Alcoholimetría que opera actualmente en 158 municipios de 30 entidades federativas[1/], lo que representa 89 municipios y 14 entidades federativas más que en 2012.

- Se consolidó el Observatorio Nacional de Lesiones en materia de información, al dar continuidad al trabajo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, y el Instituto Mexicano del Transporte, entre otras instituciones, a efecto de contar con un registro único nacional en materia de accidentes viales. Asimismo, se impulsó la instalación de Observatorios Estatales de Lesiones en las entidades federativas, logrando, hasta junio de 2016, que 26 de ellas cuenten con un Observatorio y que 17 utilicen la plataforma Registro de Accidentes Viales en México, herramienta que les permite contar con información oportuna y geo-referenciada sobre los accidentes viales de su localidad.
- Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de mayo de 2016, se capacitaron 3,765 nuevos promotores en Seguridad Vial, con lo que en las entidades federativas se pudieron sensibilizar 868,011 personas sobre los principales factores de riesgo en la movilidad: uso de distractores, conducción bajo los efectos del alcohol, velocidad inadecuada, no uso de sistemas de sujeción infantil y para adulto, y no uso de casco en motociclistas.
- Se impartieron tres cursos de primeros respondientes[2/] del 1 de septiembre de 2015 al 31 de mayo de 2016, a Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud en Aguascalientes, Ciudad de México y Durango, además de dos cursos para la capacitación de instructores en la formación de primeros respondientes Habilidades Básicas para la Docencia, en Villahermosa, Tabasco y Yucatán.

Entre las acciones realizadas para **controlar las enfermedades de transmisión sexual, y promover una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable**, se encuentran:

Compra centralizada de métodos anticonceptivos

- De enero a agosto de 2016, para asegurar el abasto de las unidades médicas de la SS, se realizó por tercer año consecutivo, la compra centralizada de métodos anticonceptivos de 14 tipos diferentes, para atender las necesidades de la población en las 32 entidades federativas, por un monto de 892.9 millones de pesos.

- En la SS se han fortalecido las acciones orientadas a garantizar el derecho a decidir cuántos hijos e hijas tener en forma responsable e informada. Al 30 de junio de 2016, se tienen registradas 4.2 millones usuarias activas de un método anticonceptivo proporcionado por la institución, lo que representa una cobertura de 50.1% del total de mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años de edad que son responsabilidad de la SS. En comparación con el avance registrado en 2012, el número de usuarias activas de métodos anticonceptivos se incrementó en poco más de 553 mil usuarias.
- Para favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, se impulsaron en la SS acciones de capacitación y prestación de servicios con igualdad de género. Por primera vez se cuenta con la información desagregada por sexo. Así, de enero a junio de 2016, se han otorgado 341,163 consultas de primera vez orientadas a la salud sexual y reproductiva para adolescentes, de las cuales 63.2% se proporcionaron a mujeres y 36.8% a hombres.
- Con la finalidad de crear conciencia entre la población sobre el uso del preservativo, se difundieron las campañas de prevención del embarazo en adolescentes, versión "Embarazo no deseado", así como la campaña de prevención del VIH/sida, versión "Usa condón".
- En el marco de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo no Planeado en Adolescentes, de septiembre de 2015 a agosto de 2016, a través del Programa IMSS-PROSPERA se capacitó a 312,782 personas de este grupo etario en los temas de salud sexual y planificación familiar. Además, se logró que 58,978 adolescentes del medio rural aceptaran un método anticonceptivo.

Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

(Continúa)

- Hasta el 30 de junio de 2016, en la SS operan 1,494 Servicios Amigables para Adolescentes, que otorgan servicios de salud sexual y reproductiva a este grupo de la población, representando un aumento de 10.8% en comparación con el cierre de 2015, en el que operaban 1,348. Respecto a 2012, se presentó un aumento de 41.6 por ciento.

1/ En 2012 se implantó la Acción Estratégica de Alcoholimetría en las siguientes entidades federativas: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Ciudad de México, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tlaxcala, Yucatán, y Zacatecas. En 2015 se implementó en 30 entidades, quedando fuera Nuevo León y Tlaxcala.

2/ Los primeros respondientes son aquellas personas ajenas al ámbito de la atención prehospitalaria que acuden en primera instancia al lugar de ocurrencia de algún accidente, por lo que es necesario capacitarlos de manera sistemática y permanente para asistir a las víctimas.

Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

(Concluye)

- De septiembre de 2015 a agosto de 2016, mediante los 3,677 Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA) que opera el Programa IMSS-PROSPERA, 60,743 adolescentes aceptaron un método anticonceptivo y se capacitó a 229,373 adolescentes en salud sexual y planificación familiar. La proporción de adolescentes embarazadas disminuyó al pasar de 28.4, en el lapso de septiembre de 2014 a agosto de 2015, a 27.7% de septiembre de 2015 a agosto de 2016.
- En el IMSS, como resultado de la cobertura anticonceptiva en el grupo de adolescentes, en 2015 se registró una disminución de 16,397 (24.1%) embarazos, comparando con 2014, al pasar de 68,140 a 51,743 embarazos. En atenciones *post* evento obstétrico, la proporción pasó de 8.5 a 7.6% del total de mujeres atendidas, lo que se traduce en el fácil acceso a los servicios.
- En el ISSSTE, a través del Programa de Salud Reproductiva se proporcionó del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016 un total de 34,757 consejerías en adolescentes y se otorgaron 73,035 métodos anticonceptivos, tanto a la población derechohabiente y no derechohabiente, con perspectiva de género y respeto a sus derechos sexuales y reproductivos.

- En el IMSS, la cifra de cobertura de protección anticonceptiva *post* evento obstétrico al inicio de la administración fue de 84.5%; y para enero a diciembre de 2015 se alcanzó una cobertura de 79.6%. De enero a abril de 2016, se tiene una cobertura de 79.1%; la tasa de partos por mil mujeres en edad fértil, en el mismo periodo fue de 37.2 (valor de referencia <52.9). La tasa de abortos fue de 5.1 (valor de referencia <7), cifras inferiores a las registradas al inicio de la administración: 45.9 y 6.4, respectivamente, situación favorable para el impacto del programa.

- En el ISSSTE se capacitaron 634,101 personas en temas relacionados con anticoncepción y planificación familiar y se aplicaron 235,523 métodos anticonceptivos a usuarias nuevas.

Avances en el control del Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida e Infecciones de Transmisión Sexual[1/]

(Continúa)

- En 2015, se presentaron 60 casos menos de transmisión vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en comparación con 2013.
- Al 31 de diciembre de 2015, en el país, se encuentran cerca de 118 mil personas viviendo con VIH, las cuales tienen acceso gratuito a tratamiento antirretroviral y pruebas de seguimiento: 63% son atendidos en la SS; 36% en las instituciones de seguridad social y menos de 1% en el sector privado, lo que representó un incremento de 45% en comparación con 2014. Esto muestra el impacto del acceso universal al tratamiento antirretroviral, a un año de la ampliación de la cobertura para toda persona diagnosticada con VIH en el país, independientemente de sus niveles de infección (criterio anterior).
- En el marco del Día Mundial de la Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se realizaron acciones conmemorativas en las 32 entidades federativas. Asimismo, se desarrolla anualmente el Día Nacional de la Prueba Rápida de Detección de VIH, que busca promover la detección del VIH y la vinculación de las personas con diagnóstico positivo a los servicios de salud.

1/ Se reportan resultados de 2015, debido a que los casos que se registran pueden presentar un retraso en la notificación hasta de un año.

- En la SS se han fortalecido las estrategias de prevención del VIH, a través del uso de línea telefónica y redes sociales electrónicas. Al respecto, se cuenta con más de 30 mil seguidores en *twitter*, 100 mil en *facebook* y alrededor de 10 mil llamadas anuales atendidas de manera personalizada, brindando asesoría y orientación sobre prácticas de riesgo, acciones de prevención, capacitación y referencia a lugares de detección, mediante el número 01-800-712-0889 TelSida.

Indicador del Programa Sectorial de Salud, 2013-2018
Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de Virus de Inmunodeficiencia Humana por transmisión vertical

- En 2015, la cobertura nacional de detección de Virus de Inmunodeficiencia Humana para mujeres embarazadas fue de 65.2%, con un aumento de 7 puntos porcentuales respecto a 2014, en donde se registró 58.2%. Asimismo, se registraron 71 casos de transmisión vertical, lo que refleja una disminución de 45.8%, respecto al año base (131 casos).

  – En la SS, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, un total de 519 mujeres embarazadas recibieron tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión vertical del VIH[1/], lo que representó un incremento de 58.7%, con relación al periodo anterior en donde se presentaron 327 mujeres que recibieron tratamiento antirretroviral.

1/ Se refiere a la transmisión de la madre al feto o recién nacido durante el embarazo, parto y lactancia.

- Al corte del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, en la SS se encontraban 78,563 personas en tratamiento antirretroviral, lo que significa un aumento de 13.4% en comparación con el mismo periodo del año anterior. Estas personas recibieron atención integral de calidad en los 138 Servicios Especializados para la Atención del VIH e ITS Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual y Servicios de Atención Integral.
- Se aseguraron los insumos de prevención necesarios para las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad a la epidemia: 16,360,850 piezas de condones; 930 mil jeringas para reducción del daño en personas usuarias de drogas y 1,184,500 pruebas rápidas de detección para VIH.
- A finales de 2015, se implementó la campaña de prevención del VIH, que incluye la promoción de la salud sexual y reproductiva y consta de 24 materiales informativos con diferentes temas, dirigidos al público y a las poblaciones en riesgo, los cuales estarán vigentes hasta 2018. Con estos materiales se pretende homogeneizar la información de prevención de VIH a nivel federal, estatal y Organizaciones de la Sociedad Civil.

Con el propósito de **fortalecer los programas de detección oportuna de cáncer de mama, de cáncer cérvico-uterino y de cáncer de próstata**, el Gobierno de la República ha logrado los siguientes avances:

- En la presente administración, en el sector salud se realizaron 23,171,323 pruebas de detección de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 64 años de edad.
  - Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016 en el sector salud se realizaron 3,663,603 citologías a través del ISSSTE, la SS, SEDENA y PEMEX; y se efectuaron 621,278 pruebas de detección biomolecular del Virus de Papiloma Humano (VPH) en mujeres de 25 a 64 años de edad.
  - La vacuna contra el VPH se aplica de forma gratuita para todas las niñas de 5o. año de primaria o de 11 años no escolarizadas. En la presente administración, se han aplicado más de 7.7 millones de dosis a través del Sistema Nacional de Salud (SNS).
  - En el SNS, durante la Tercera Semana Nacional de Salud, se aplicó la primera dosis de vacuna contra el VPH y durante la Segunda Semana Nacional de Salud, la segunda dosis, con un total preliminar de 2,259,718 dosis.
  - En la SS, del 1 de septiembre de 2015 al 31 de julio de 2016 se realizó la detección de cáncer de cuello uterino a 1,638,435 mujeres de 25 a 64 años de edad (1,137,080 citologías y 501,355 detecciones biomoleculares de VPH), equivalente a 51% de la meta programada.
- En el IMSS, durante la Tercera Semana Nacional de Salud de 2015 y la Segunda Semana Nacional de Salud de 2016 se aplicaron 666,096 dosis de la vacuna contra el VPH a las niñas que cursan el 5o. año de primaria, lo que representó un logro de 97% de la meta comprometida con el SNS.
  - Para atender y proteger la salud de las mujeres y hacer frente al cáncer-cérvico uterino, de septiembre de 2015 a agosto de 2016, en las unidades médicas del IMSS se benefició a 2,872,225 mujeres de 25 a 64 años con la prueba del *Papanicolaou*; de las cuales, se reportaron 13,205 resultados con sospecha de cáncer, lo que permite su incorporación oportuna a los protocolos de atención médica específica. En 2015, en este Instituto, la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero fue de 9.1 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años y más, logrando una disminución, respecto al año anterior (9.6 muertes por cada 100 mil).
- A través del Programa IMSS-PROSPERA de septiembre de 2015 a agosto de 2016 se efectuaron 593,120 citologías (*Papanicolaou*) a mujeres de 25 a 64 años, con una cobertura acumulada de 98.1% en los últimos tres años. Esto ha permitido identificar 7,624 mujeres que presentaban algún tipo de lesión premaligna del cuello uterino o infección por el VPH, por lo que fueron referidas a módulos de salud ginecológica de los hospitales rurales.
- En el ISSSTE, se efectuaron 341,850 pruebas de *Papanicolaou*; 161,095 detecciones de VPH mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa y se aplicaron 103,702 vacunas contra el Virus del Papiloma Humano en niñas de 5o. año de primaria o de 11 años no escolarizadas.
  - Se capacitó a 532 trabajadores de las 35 delegaciones en los tres niveles de atención del Instituto, con la finalidad de fortalecer la técnica de toma de muestra, la consejería pre y *post* detección y con ello la mejora en las competencias en beneficio de su población derechohabiente.

Indicador del Programa Sectorial de Salud, 2013-2018 Tasa de mortalidad por cáncer de mama y cérvico-uterino
• De acuerdo con datos estimados de defunciones de la SS, en 2014[1/] ocurrieron 5,974 defunciones por cáncer de mama y 4,056 defunciones por cáncer cérvico-uterino. Estas cifras se traducen en una tasa de mortalidad de 17.6 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años y más de edad para el primero, y de 11.9 para el segundo. Se espera observar una reducción en cáncer cérvico-uterino de 37% respecto de la tasa registrada en el año 2000[2/].

1/ La información oficial de defunciones es anual y se publica un año después de que termina el año calendario.

2/ Cifras actualizadas respecto a las que se reportaron en el Tercer Informe de Gobierno.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, en el sector salud se realizaron 1,536,261 mastografías de detección en mujeres de 40 a 69 años de edad. En lo que va de la administración, se han realizado 7,505,617 mastografías en mujeres del mismo grupo de edad.
- En la SS, del 1 de septiembre de 2015 al 31 de julio de 2016, se llevaron a cabo 734,946 mastografías a mujeres del grupo de 40 a 69 años de edad y 1,105,898 exploraciones clínicas en mujeres de 25 años y más.
- Durante 2015, se inauguraron dos unidades de especialidades médicas para la detección y diagnóstico de cáncer de mama (UNEME-DEDICAM), en Sinaloa y Zacatecas, que se suman a las 13 del periodo anterior, por lo que ya se cuenta con 15 unidades de este tipo en el país. Asimismo, de enero a junio de 2016, se dio seguimiento a la construcción de tres nuevas UNEME-DEDICAM en Huixquilucan, Monterrey y Tampico.
- En cuanto a las intervenciones para contender al cáncer de mama, de septiembre de 2015 a agosto de 2016, se realizaron 5,661,973 exploraciones clínicas en mujeres de 25 a 69 años de edad. En ese mismo periodo, se realizaron un millón de mastografías en mujeres de 50 a 69 años de edad y 200 mil en el grupo de 40 a 49 años. La mortalidad por cáncer de mama en el IMSS para 2015 fue de 17.46 defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años y más. Al contrastar esta cifra con la reportada al cierre de 2012 (18.02 muertes por cada 100 mil), es posible certificar que, la tendencia de muertes por esta enfermedad es descendente en la población de mujeres derechohabientes.
- En materia de detección oportuna del cáncer de mama, de septiembre de 2015 a agosto de 2016, un total de 1,534,032 mujeres de 25 años y más fueron exploradas por personal de salud del Programa IMSS-PROSPERA, lo que permitió identificar y derivar a mujeres con lesiones iniciales.
- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, en el ISSSTE se realizaron 428,026 exploraciones clínicas de mama en mujeres mayores de 25 años, así como 85,501 mastografías de detección en mujeres de 40 a 69 años.
- En el IMSS se ejecuta un proyecto piloto en la Delegación Jalisco, que tiene como objetivo la evaluación del diagnóstico temprano del cáncer de próstata, a través de la evaluación del riesgo. De marzo a junio de 2016, se han realizado 711 valoraciones del riesgo a través del cuestionario de sintomatología prostática y antecedente heredofamiliar del cáncer de próstata en población masculina de 50 a 74 años de edad, con los siguientes resultados: 3.2% con riesgo severo, 15.2% con riesgo moderado, 63.6% con riesgo leve y 18% sin sintomatología. Los pacientes con riesgo severo y moderado se encuentran en proceso de evaluación diagnóstica en el primer nivel de atención.
- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, en el ISSSTE se realizaron 168,787 cuestionarios y 156,597 detecciones de antígeno prostático.

Entre las tareas prioritarias del actual Gobierno de la República se encuentra **privilegiar acciones de regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios, así como acciones que fortalezcan el Sistema Federal Sanitario en general**.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se realizaron 1,140 visitas de verificación sanitaria a los establecimientos de servicios de salud y al primer trimestre de 2016, se han llevado a cabo 249 visitas.

Iniciativa turnada a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados

- El 28 de abril de 2016 el Ejecutivo Federal presentó a la Cámara de Diputados una iniciativa, con Proyecto de Decreto, que reforma y adiciona diversas disposiciones a la Ley General de Salud, y tiene por objeto fortalecer el marco jurídico en materia de control y vigilancia sanitarios, especialmente por lo que hace a la prestación de servicios de atención médica. Para lo anterior, se proponen, entre otros supuestos, los siguientes:
  - Establecer como materia de salubridad general y servicio básico de salud, la atención de quejas derivadas de la prestación de servicios de atención médica mediante mecanismos alternativos de solución de controversias, así como facultar a la SS para promover, regular, desarrollar y evaluar dichos mecanismos.
  - Establecer las atribuciones en materia de mecanismos alternativos de solución de controversias en materia de prestación de servicios de atención médica, que ejercerá la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), como órgano encargado de la SS.
  - Crear la Comisión Federal para la Regulación y Vigilancia de los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, que tendrá atribuciones de regulación, fomento, vigilancia y control sanitarios de los servicios de atención médica.
  - Como consecuencia de la creación de la Comisión Federal para la Regulación y Vigilancia de los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, adecuar las atribuciones que al día de hoy tiene la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
  - Esta iniciativa fue turnada a la Comisión de Salud para su estudio, encontrándose pendiente de dictaminar.

- En materia de combate a la ilegalidad, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016 se

aseguraron 4,237,216 litros de alcohol; 68,732,425 cigarrillos; 1,685,702 piezas de productos milagro; 33 toneladas de medicamentos; y 195,938 dispositivos médicos irregulares.

Con el propósito de **coordinar actividades con los sectores productivos para el desarrollo de políticas de detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral**, se obtuvieron los siguientes resultados:

Indicador del Programa Sectorial de Salud, 2013-2018 Tasa de mortalidad por riesgos de trabajo
• En 2012 la tasa de mortalidad por riesgos de trabajo se ubicó en una defunción por cada 10 mil trabajadores, y en 2015, la tasa disminuyó 0.2 defunciones, ubicándose en 0.8 por cada 10 mil trabajadores asegurados en el Seguro de Riesgos de Trabajo del IMSS. Con estos resultados durante la primera etapa de la administración, la tasa de mortalidad por riesgos de trabajo (en 2013) alcanzó la meta establecida para 2018, que es de una tasa de 0.9 defunciones por cada 10 mil trabajadores.

- Se desarrollaron 5,274 investigaciones de probables accidentes y enfermedades de trabajo y 261 investigaciones de accidentes de trabajo con defunción o incapacidad permanente, parcial, igual o mayor a 50%, habiéndose generado recomendaciones para la implementación de mejores prácticas de prevención y evitar la ocurrencia de otros casos similares. También se realizaron 7,255 evaluaciones de factores de riesgo presentes en los ambientes laborales a los que se exponen los trabajadores en las empresas afiliadas, para promover la prevención de posibles enfermedades de trabajo.

Estudios y programas preventivos de seguridad e higiene en el trabajo
• Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de abril de 2016, se realizaron 3,782 estudios y programas preventivos de seguridad e higiene en el trabajo en empresas afiliadas al IMSS de alta siniestralidad, así como en centros laborales del propio Instituto, mediante los cuales se proporcionaron recomendaciones y se implementaron medidas de prevención de accidentes y enfermedades de trabajo.

- En el ISSSTE, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se integraron 915 Comisiones Auxiliares de Seguridad y Salud en el Trabajo, con una cobertura de 35,334 trabajadores en las Delegaciones Estatales y Regionales del ISSSTE a nivel nacional, cuyas funciones consistentes en atender la integración, registro y funcionamiento de las Comisiones Auxiliares de Seguridad y Salud en el Trabajo de las Dependencias y Entidades afiliadas al régimen de la Ley ISSSTE, así como vigilar el desarrollo, organización, supervisión, coordinación, ejecución y evaluación de las actividades en materia de seguridad y salud en el trabajo en su ámbito de competencia.

2.3.3 Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad

En los casi cuatro años de la actual administración, se han realizado diversas acciones para **asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de reducir la mortalidad infantil y materna.**

- En 2015 se registraron 2,248,009 nacimientos[1/], de los cuales 1,027,982 ocurrieron dentro de las unidades médicas de la SS, lo que representa 45.7% del total de los nacimientos ocurridos dentro del territorio nacional, seguido de las unidades médicas privadas con 444,782 nacimientos y un porcentaje de 19.8%; IMSS con 431,775 y un porcentaje de 19.2%; IMSS-PROSPERA con 104,808 y un porcentaje de 4.7%; los nacimientos en el hogar fueron 93,206 (4.2%); en otra unidad pública con 54,163 y un porcentaje de 2.4%; el ISSSTE con 36,833 y un porcentaje de 1.6%; nacidos en otro lugar con 29,772 (1.3%); en la SEDENA hubo 9,734 nacimientos y un porcentaje de 0.43%; en la vía pública 7,554 nacimientos (0.34%); en PEMEX con 4,112 nacimientos (0.18%); en la SEMAR 2,625 nacimientos (0.12%), y 663 registros en donde no se especificó el lugar de nacimiento y corresponde al 0.03 por ciento.

Indicador del Programa Sectorial de Salud, 2013-2018 Tasa de mortalidad infantil
• En el transcurso de esta administración, la tasa de mortalidad infantil disminuyó en 6% al pasar de 13.3 defunciones por cada mil nacidos vivos en 2012, a 12.5 defunciones en 2014. Para 2014[1/], la tasa de mortalidad en menores de un año fue de 12.5 por cada 1,000 nacidos vivos, mientras que la cifra para 2013, fue de 13 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos, lo que representó un decremento de 0.5 defunciones.

1/ La información sobre mortalidad se reporta con un año de retraso. Los datos de 2015 se tendrán disponibles en noviembre de 2016, de acuerdo con el calendario de difusión programado y publicado por INEGI en el sitio web: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/saladeprensa/calendario/.

- En cuanto a las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, en la SS se mantiene el apego a planes de tratamiento, al haberse otorgado 340,186 consultas de primera vez

1/ Datos tomados del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) 2015.

por esta causa, de las cuales 97.7% recibe Plan A de tratamiento[1/]. De igual manera, se otorgaron tres sobres de Vida Suero Oral por caso de diarrea de primera vez en la población menor de cinco años. Para las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), se otorgaron 2,249,135 consultas de primera vez, de las cuales 55.9% los menores de cinco años recibieron tratamiento sintomático, lo que representa un incremento de 2.3%, respecto al periodo anterior.

- En la SS, entre las acciones para la reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, se encuentran:
  - Fortalecimiento de los Comités de Estrategias para el Análisis de la Mortalidad en la Infancia (COERMI), los cuales se retomaron como una estrategia que promueve la participación interinstitucional. En 2016 se cuenta con 30 comités estatales instalados y activos, 30.4% más que en 2014, en donde se contaba con 23 COERMI.
  - Se mejoró la calidad del registro mediante confrontas de las causas de defunciones registradas por EDA e IRA, y las rectificadas y/o ratificadas en el seno de los COERMI, actividades favorecidas por la coordinación entre el área del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASIA), vigilancia epidemiológica e INEGI.
  - Se fortaleció la evaluación por entidad federativa, mediante reuniones personalizadas para capacitar a los responsables del programa para: análisis de la morbilidad, tendencias de mortalidad infantil, EDA, IRA, Indicadores del programa, análisis de autopsias verbales, detección de debilidades en los procesos de prevención, atención y planteamiento de estrategias específicas para cada estado. Supervisión integral a las entidades federativas que presentan tasas de mortalidad Infantil, por EDA e IRA por arriba de la media nacional.
  - Estrategia transversal con impacto en la reducción de la mortalidad en la infancia que tiene por objetivo fortalecer las acciones de evaluación y control del Programa de Atención a la Salud de la Infancia.
  - Capacitación al personal de salud del primer nivel de atención a través de los Centros Regionales y Estatales de Capacitación, basada en el Modelo de Atención Integrada en la Infancia, teniendo de 2012 a junio de 2016, al 82.4% de médicos operativos en contacto con el paciente del primer nivel de atención capacitados.

[1/] El Plan A de tratamiento, se aplica para prevenir la deshidratación en pacientes sin signos clínicos de deshidratación, con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

- Mediante el Programa IMSS-PROSPERA se continuó el otorgamiento de atención médica a menores de cinco años, candidatos a ingresar al Programa Seguro Médico Siglo XXI, a través de la oferta de 51 intervenciones contempladas en el Catálogo de dicho programa, lo que significa 34% de cobertura en 76 hospitales rurales acreditados (95% del total de hospitales del programa). Se brindó atención a 1,406 menores de septiembre de 2015 a agosto de 2016, lo que representa un incremento de 91%, respecto al periodo previo.
- Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se realizaron 2,300 supervisiones a unidades médicas de primer nivel de atención y 84 a unidades médicas acreditadas en la atención oncológica pediátrica. Asimismo, se otorgaron pláticas de "signos y síntomas de sospecha de cáncer" a 1,833,865 padres o tutores de menores de 18 años. También se capacitó en detección oportuna y signos y síntomas de sospecha de cáncer en menores de 18 años, a 1,131 médicos pasantes de servicio social y 2,166 médicos generales, familiares y pediatras. Se realizaron 557,446 exploraciones de fondo de ojo enfocadas a la detección de retinoblastoma y tumores del sistema nervioso central.
  - Con la finalidad de fortalecer la detección oportuna, a partir de enero de 2016, se inició una estrategia de búsqueda intencionada de casos con sospecha de cáncer en menores de 18 años; para ello, en los primeros ocho meses de 2016, se aplicaron 1.7 millones de cédulas de detección y se estima un incremento de 20% de pacientes referidos para la confirmación diagnóstica.
- A fin de contribuir en la disminución de la mortalidad infantil, en el ISSSTE se promueve la salud infantil a través de la detección de enfermedades metabólicas de los recién nacidos, por lo que de septiembre de 2015 a junio de 2016 se aplicaron 36,833 pruebas de tamiz a niños recién nacidos, lo que contribuye a prevenir daños que provocan retraso mental.
- De septiembre de 2015 a mayo de 2016, se realizaron 309,926 detecciones en el IMSS Régimen Obligatorio.

Reducción de la mortalidad materna

- De 2012 a 2014[1/], la Razón de Mortalidad Materna se redujo de 42.3 a 38.9 muertes maternas por cada 100,000 nacidos, pasando de 960 a 872 defunciones, lo que representa una disminución de 9.2%. Las intervenciones oportunas y coordinadas de prevención, promoción de la salud, atención prenatal, seguimiento a embarazos de alto riesgo y mejora en la atención de las emergencias obstétricas, han contribuido sustancialmente a este logro.

[1/] La información sobre mortalidad se reporta con un año de retraso. Los datos de 2015 estarán disponibles en noviembre de 2016.

- En el IMSS, la Razón de Mortalidad Materna disminuyó de 27.6 a 26.4 defunciones, de lo reportado en 2015 a marzo de 2016. Lo anterior, derivado del seguimiento de las siguientes líneas de acción establecidas en el IMSS: impulsar consulta preconcepcional, prevención de embarazos de alto riesgo, equipo de respuesta inmediata, e implantación del triage obstétrico en la atención hospitalaria con trato digno y respeto a los derechos humanos.
- Mediante el Programa IMSS-PROSPERA se mantuvo la tendencia descendente en la tasa de mortalidad materna, al pasar de 46 defunciones en 2013 a 42 en 2015[1/], lo que le permitió reducir la Razón de Muerte Materna de 23 a 19.5 por 100 mil nacidos vivos en el mismo periodo. El programa orientó sus esfuerzos en tres líneas de acción: prevención y reducción de los embarazos de alto riesgo; prevención de complicaciones graves del embarazo, parto y puerperio; y manejo efectivo y oportuno de las principales urgencias obstétricas.
- En el ISSSTE, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se brindó capacitación a 271,947 personas en temas de identificación de signos de alarma en el embarazo, gestación y puerperio.
  - Asimismo, se entregaron 33,593 ejemplares del Carnet Único de Identificación de la Atención a la Mujer Embarazada, en el que se registran factores de riesgo obstétrico, signos de alarma y se documenta el control prenatal de las pacientes, incidiendo en la reducción de muertes maternas derivadas de las complicaciones no detectadas de manera oportuna en esta etapa.
- Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de mayo de 2016, se proporcionó albergue a 28,470 embarazadas y puérperas en 110 Posadas para el Apoyo de la Mujer Embarazada (Posadas AME[2/]), en 20 entidades federativas[3/], favoreciendo el acceso oportuno a unidades de atención médica, principalmente en zonas de alta marginalidad; en el periodo anterior se beneficiaron 25,537 embarazadas y puérperas.
- Con relación a la vigilancia y acompañamiento, se apoyó a 153,423 embarazadas y puérperas con la participación de 165,932 madrinas y padrinos comunitarios para la identificación de señales de alarma, incluyendo el plan de seguridad para las embarazadas, asistencia a la consulta médica y apoyo en caso de traslados de emergencia, en 751 municipios de 13 entidades federativas[4/].

Para **intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal**, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se realizaron las siguientes acciones:

- Se elaboraron cédulas de seguimiento para la supervisión de 86 hospitales y 102 centros de salud de las 32 entidades federativas, para verificar los procesos de atención del embarazo, parto, emergencia obstétrica, puerperio y del recién nacido.
- Se capacitaron 316 profesionales del primer nivel de atención, en el marco de la Estrategia de Salud Materna, que se suman a los 338 capacitados en el periodo anterior. En lo que va de la administración se ha capacitado a 1,316 profesionales del primer nivel de atención.
- En el tema de lactancia materna se brindó capacitación a 811 profesionales de la salud y a 126 evaluadores externos de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña (IHAN). Asimismo, se nominaron 29 hospitales IHAN que cumplieron con los requisitos e indicadores para ello, e iniciaron funciones tres bancos de leche humana: en Aguascalientes, Coahuila de Zaragoza y Quintana Roo.
- En donación de leche humana a bancos, se ha capacitado a 70 recursos humanos, y como instructores de lactancia materna se han formado 120 profesionales.
- Para fortalecer la atención a la salud materna en el primer nivel de atención, se realizaron 27 talleres, reforzando conocimientos sobre el control prenatal, la atención del parto, puerperio y la atención del recién nacido en 10 entidades federativas[5/]. Además, se incrementó el número de personal de salud capacitado a 949 médicos (as) y enfermeras, respecto a los 550 registrados en 2014.
- A través del Programa IMSS-PROSPERA, de septiembre de 2015 a junio de 2016 se implementó la Estrategia para el fortalecimiento de la lactancia materna, mediante la cual se impulsa la capacitación al 100% del

1/ Información preliminar actualizada, sujeta a modificación.

2/ Las Posadas AME son albergues para las mujeres embarazadas que viven a más de dos horas de distancia de un hospital resolutivo, en donde se alojan, alimentan y se brinda asesoría educativa a las mujeres embarazadas y a sus familiares. Las madrinas y padrinos son personas de la comunidad que se capacitan por el personal de salud para acompañar a las embarazadas durante todo el embarazo para asegurar el control prenatal y la identificación de signos de alarma, si los hubiera.

3/ Campeche, Ciudad de México, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Yucatán y Veracruz.

4/ Campeche, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, Tabasco, Tlaxcala y Veracruz.

5/ Baja California, Baja California Sur, Campeche, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nayarit y Tlaxcala.

personal operativo, y la nominación de los Hospitales Rurales como Amigos del Niño y la Niña al finalizar 2018. De septiembre de 2015 a junio de 2016, se capacitó a 4,228 integrantes de los equipos de salud, y de marzo a mayo de 2016, tres Hospitales Rurales en Coahuila de Zaragoza, fueron nominados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva como "Amigos del Niño y la Niña".

Desarrollo Infantil Temprano

- Para mejorar el desarrollo de la niñez en los ámbitos motor, cognitivo y socio-emocional, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, con una inversión federal aproximada de 90 millones de pesos se inauguraron ocho Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana: Coahuila de Zaragoza (17 de noviembre de 2015), Guanajuato (10 de diciembre de 2015), Jalisco (11 de diciembre de 2015), Hidalgo (16 de diciembre de 2015), Aguascalientes (15 de febrero de 2016), San Luis Potosí (8 de marzo de 2016), Nayarit (31 de marzo de 2016) y México (25 de abril de 2016), con lo que suman 15 centros de los 32 que se contempla disponer al concluir la presente administración.
- El Programa IMSS-PROSPERA, en colaboración con la Agencia de las Naciones Unidas para la Infancia, implementó en noviembre de 2015 la Estrategia de Desarrollo Infantil Temprano, cuyo propósito es reducir el retraso en los primeros años de vida para los niños de las zonas más rezagadas del país. Al respecto, se aplicó la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil a 17,176 niños menores de cinco años. De enero a agosto de 2016, se ha proporcionado estimulación temprana a 37,694 menores en Unidades Médicas Rurales y 18,008 menores en los Hospitales Rurales. Asimismo, se capacitó en desarrollo infantil temprano a 25,465 padres de familia y cuidadores de los menores de cinco años.

- En el IMSS, durante 2015, el porcentaje de atención en el primer trimestre de gestación fue de 59.6%, lo que significa que seis de cada 10 embarazadas asistieron a su primera consulta en el transcurso del primer trimestre; y el promedio de atenciones prenatales por embarazada fue de 8.2, cifras similares a las registradas en 2014.
  - A partir del 1 de julio de 2016 en el IMSS se flexibiliza el esquema de incapacidad por maternidad, permitiendo que en una sola consulta se expida la incapacidad total por 84 días, así como la distribución de semanas en embarazadas de bajo riesgo, para que las mujeres puedan transferir desde una y hasta cuatro semanas del periodo de descanso prenatal al postnatal. Todo esto favorecerá que la mujer pueda pasar más tiempo con su bebé y dar por más tiempo lactancia materna exclusiva, y con ello, disminuir el ausentismo laboral por enfermedad de los hijos.
  - En 2015 se nominaron 11 hospitales con atención obstétrica en la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña, y al 30 de junio de 2016 son 23, con 34 hospitales nominados al cumplir con los criterios globales de la OMS[1/]. Del 9 al 12 de febrero de 2016 se realizó un curso para la formación de evaluadores externos con apoyo de la SS, en el que asistió un representante de cada una de las delegaciones estatales.
  - Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se capacitó a 36 trabajadores operativos en el manejo de la hemorragia obstétrica y a 180 jefes de servicio, directores de unidades médicas y equipos de supervisión delegacionales de segundo nivel, para homologar criterios de atención, referencia y supervisión que apoyen la conducción y organización de los servicios de atención obstétrica.
- En el ISSSTE, del 1 de septiembre de 2015 a junio de 2016, se realizaron 127,705 acciones de orientación y capacitación en lactancia materna en las que se promueve la importancia de la lactancia materna en los seis primeros meses de vida.

Para **llevar a cabo campañas de vacunación, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades, así como una estrategia integral para el combate a epidemias y la desnutrición**, la inversión sectorial en inmunización es de aproximadamente 6 mil millones de pesos anuales[2/]. Durante la Tercera Semana Nacional de Salud, efectuada en octubre de 2015, se aplicaron más de 5 millones de dosis de todas las vacunas. En la Primera Semana Nacional de Salud realizada en febrero de 2016, se aplicaron más de 11.8 millones de dosis de todas las vacunas. La cifra preliminar de la Segunda Semana Nacional de Salud que se llevó a cabo en mayo de 2016, reportó la aplicación de más de 3.9 millones de dosis de todas las vacunas, con lo que durante las tres Semanas Nacionales de Salud, se aplicaron más de 20.8 millones de dosis de vacunas. De 2013 a 2016, se han aplicado 298.5 millones de dosis de vacunas con una inversión superior a los 20 mil millones de pesos.

1/ Hospitales nominados en 2015 en la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña: Hospital General de Zona y Medicina Familiar (HGZ/MF) 5 de Tula, Hidalgo; HGZ/MF 6 de Tepeji del Río, Hidalgo; HGR 110 Oblatos, Jalisco; HGR 45 Guadalajara, Jalisco; HGZ/MF 9 Ciudad Guzmán, Jalisco; HGZ 5 Metepec, Puebla; HGZ/MF 2 Apizaco, Tlaxcala; HGO 221 Toluca, México Poniente; HGZ 71 Chalco, México Oriente; HGZ 42 Puerto Vallarta, Jalisco; y HGZ 89 Guadalajara, Jalisco. En 2016: HGZ 2 Tulancingo, Hidalgo y UMAE HGO 4 Luis Castelazo Ayala.

2/ Se consideran a la SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR.

Cobertura con esquema completo de vacunación

- De 2013 al cierre de 2015, la cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de un año de edad se incrementó 8.2%, la cobertura con esquema completo de vacunación en niños de un año de edad aumentó 13.3%, y la cobertura de vacunación en niños de un año de edad contra sarampión, rubéola y parotiditis se elevó 13.7 por ciento.
- En 2015, la cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de un año de edad fue de 90.7%. La cobertura con esquema completo de vacunación en niños de un año fue de 96.7% y la cobertura preliminar de vacunación en niños de un año contra sarampión, rubéola y parotiditis fue de 100 por ciento[1/].

[1/] La compra de vacunas se realiza a partir de estimaciones de población, dado que estas son dinámicas pueden no coincidir con las cifras reales, por lo que la aplicación de los biológicos puede superar el 100% que se calculó a partir de la población estimada.

- De octubre de 2015 a marzo de 2016 se realizó la campaña de vacunación contra la influenza estacional en la que se aplicaron más de 33 millones de dosis de vacunas contra influenza en el Sistema Nacional de Salud.
  - A la población derechohabiente del IMSS, se aplicaron 11.2 millones de dosis de esta vacuna, lo que corresponde a 98.8% de lo programado, logro mayor al establecido como compromiso (95 por ciento).
  - En el caso de la población atendida por el ISSSTE, se aplicaron cerca de 2.1 millones de dosis de vacuna contra influenza, lo que representa 100.9% de la meta. La aplicación de este biológico se incrementó en alrededor de 11%, comparado con las 1.9 millones de dosis aplicadas en la temporada invernal anterior.
  - De septiembre de 2015 a junio de 2016, en el ámbito del Programa IMSS-PROSPERA, se aplicaron 6,326,160 dosis de vacunas. El programa también participó en la campaña de vacunación contra la influenza estacional, y de octubre de 2015 a marzo de 2016 aplicó más de 2.8 millones de dosis, con cumplimiento de 101.6% de la meta establecida.
- En la Tercera Semana Nacional de Salud 2015, se aplicaron 138,809 dosis de vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, lo que significa el cumplimiento de 96.3% de la meta. Durante la Segunda Semana Nacional de Salud 2016 se aplicó una cantidad similar, para completar el esquema iniciado el año previo.

Avances en el control y disminución de enfermedades

- Dengue
  - Se registraron 16,530 casos confirmados de dengue, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, lo que representó una disminución de 37.4% en comparación con el periodo previo, en donde se registraron 26,424 casos confirmados de este padecimiento. En ambos periodos, la letalidad se mantuvo en menos de 1%. El descenso en el número de casos se debe a la implementación de acciones de control oportunas dirigidas por la vigilancia epidemiológica y al estudio de los insectos que transmiten la enfermedad (entomológica).
  - El 8 de diciembre de 2015 se autorizó la comercialización de la vacuna tetravalente de virus vivos atenados (Dengvaxia), la cual es la primera vacuna contra el dengue que se autoriza a nivel mundial.
- Paludismo
  - Se registraron 315 casos confirmados de paludismo, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, lo que representó una disminución de 37.6% en comparación con el mismo periodo anterior, en donde se registraron 505 casos confirmados de esta enfermedad, con lo que se avanza en la eliminación de la transmisión.
  - Se autoevaluaron las 32 entidades federativas y se verificó que al menos 15[1/] podrán ser precertificadas a finales de 2016 como áreas sin transmisión autóctona de paludismo. Con ello se logró reactivar el proceso que se había detenido por más de 10 años en México, teniendo como meta la eliminación del paludismo en el país para el año 2020.
- Tuberculosis
  - Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se registraron 13,899 casos confirmados de tuberculosis, lo que representó una disminución de 2.7% en comparación con los de igual lapso precedente (13,538 casos).
  - Se ha mantenido el éxito terapéutico en los ingresos a tratamiento con alcance de 87.3%, y permanece la garantía de 100% de cobertura de tratamientos de segunda línea para la atención de casos en situación de farmacorresistencia.

[1/] Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila de Zaragoza, Ciudad de México, Guanajuato, Hidalgo, México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se han otorgado más de 8.8 millones de consultas odontológicas, promoviendo la consulta subsecuente. En la presente administración se han realizado 31,315,791 consultas odontológicas.

– Para fortalecer el componente de preescolar y escolar, se realizaron alrededor de 112.6 millones de acciones preventivas y más de 60.1 millones de actividades curativo-asistenciales intramuros. En las Semanas Nacionales de Salud Bucal efectuadas en noviembre de 2015 y abril de 2016, se intensificaron las acciones de prevención y promoción, realizando 57.1 millones de actividades preventivas, en beneficio de más de 13.5 millones de personas, con un incremento de 8% respecto al mismo periodo anterior, en el que se beneficiaron a 12.5 millones de personas.

– En 2015, en la SS se registraron 4,973,633 egresos hospitalarios, se atendieron 432,606 lesiones y 6,897,108 urgencias hospitalarias en salud bucal.

A efecto de **impulsar el enfoque intercultural de salud en el diseño y operación de programas y acciones dirigidos a la población**, del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se realizaron diversas acciones entre las que destacan:

- Para promover los derechos humanos en salud, mediante la SS y la 4a. Visitaduría de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se realizaron cursos de formación de replicadores en "Interculturalidad y Género en el Marco de los Derechos Humanos". En los Servicios Estatales de Salud (SESA) se han formado 270 replicadores en los estados de Durango, Puebla, Tabasco y Yucatán. Mediante el Programa IMSS-PROSPERA se han capacitado 228 replicadores en los estados de Baja California, Campeche, Hidalgo, Nayarit y Sinaloa.
- Los enlaces de interculturalidad de 15 entidades federativas[1/] realizaron actividades de capacitación y sensibilización intercultural a 9,930 personas, entre ellas, promotores de salud, psicólogos, médicos, enfermeras, personal administrativo y de trabajo social de hospitales y unidades de salud.
- Se continúa con la operatividad de cursos en línea[2/], y videoconferencias para personal de las unidades de salud[3/]. A partir de marzo de 2016, se logró la inclusión del Curso de "Interculturalidad en Salud" en el Nodo México del *Campus* Virtual en Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud[4/].
- Con la finalidad de fortalecer el otorgamiento de servicios en un marco de reconocimiento y respeto a las particularidades culturales de la población beneficiaria del Programa IMSS-PROSPERA, desde el inicio del proyecto en 2013, a julio de 2016 se han realizado 412 cursos sobre interculturalidad en salud, con los que se ha capacitado a 16,396 personas de la plantilla del programa.
- Adicionalmente, con la participación de las parteras voluntarias rurales en interrelación con el Programa IMSS-PROSPERA se favoreció el parto intercultural y atención de recién nacidos en más de 8 mil partos; alrededor de mil atendidos de manera conjunta con los equipos de salud.
- De septiembre de 2015 a junio de 2016, con el objetivo de acercar a la población indígena a los servicios de promoción de la salud y prevención con pertinencia cultural y lingüística, se realizaron 25 Ferias de la Salud Interculturales.

Convenios de Colaboración para ampliar y mejorar la infraestructura de los servicios de salud

- Con el propósito de ampliar y mejorar la infraestructura de los servicios de salud en beneficio de la población indígena, entre 2014 y 2016 la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) firmó cinco convenios de colaboración con el Programa IMSS-PROSPERA y uno con la SS, con una inversión de 523.9 millones de pesos.

- El convenio con la SS suscrito el 15 de junio de 2015 implicó la sustitución y/o ampliación de cuatro Centros de Salud en municipios indígenas de Hidalgo, con una población potencial para atender 60,257 indígenas.
- La SS, en coordinación con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) certificó de septiembre de 2015 a junio de 2016, con el Estándar de Competencia "ECO 196 Promoción de los Programas Públicos de Salud en la Población Hablante de Lengua Indígena" a 83 promotores de salud en las regiones más marginadas del país; 12 de ellos pertenecientes al Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya. Dicho esfuerzo intersectorial, representa un incremento de 19% respecto al logro alcanzado en 2014, además de superar en 30% la meta programada para 2015.

Con el fin de **implementar acciones regulatorias que permitan evitar riesgos sanitarios en aquellas personas en situación de vulnerabilidad**, en el marco del Programa "6 Pasos de Salud con Prevención", se realizaron acciones que incluyen desinfección y manejo adecuado del agua; manejo higiénico de los alimentos; lavado de manos; disposición de residuos (basura); manejo de excretas en baños; y control de fauna nociva. En este sentido, se pretende incrementar el número de cursos de capacitación de "6 Pasos de Salud con

1/ Colima, Chiapas, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán.

2/ Disponible en: http://salud-dgtimoodle.salud.gob.mx/course/category.php?id=12.

3/ De los servicios de salud de Campeche, Ciudad de México, Colima, México, Morelos, Nuevo León, Puebla, Tabasco y Yucatán, y de personal del Programa IMSS-PROSPERA con 940 participantes.

4/ Disponible en: https://cursospaises.campusvirtualsp.org/course/index.php?categoryid=64.

Prevención" en la atención en comunidades indígenas mediante el convenio de colaboración de COFEPRIS-CDI-INALI, donde con el apoyo de traductores se transmite información en 17 lenguas indígenas.

- En 2016, se envió a la Cámara de Diputados la propuesta de estructura programática para la creación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, el cual surge de la fusión de los programas presupuestarios S149[1/], S150[2/] y S250[3/], cuyo objetivo es contribuir a que las personas en situación de vulnerabilidad que presentan problemáticas económicas, de salud o sociales, puedan subsanar su situación emergente. De septiembre de 2015 a agosto de 2016 se proporcionaron los siguientes apoyos:
  - Mediante convenios de concertación celebrados el 8 de febrero de 2016 con el Sistema Nacional DIF, se otorgó atención especializada a 4,919 personas con discapacidad y con problemas de salud, portadores de VIH-sida, que por sus condiciones de salud física y/o mental, requieren de esta, y son derivadas a 28 Organizaciones de la Sociedad Civil para que se les brinde atención.
  - Se otorgaron 2,014 apoyos económicos temporales a 168 personas en promedio mensual. En el periodo anterior, se otorgaron 1,726 apoyos con promedio mensual de 144 personas beneficiadas.
  - Se proporcionaron 339 apoyos en especie, tales como: prótesis externas, auxiliares auditivos, órtesis, ayudas funcionales, sillas de ruedas, material preventivo, soportes funcionales, insumos para el cuidado del paciente en casa, medicamentos de línea general y especializada. En comparación con el periodo anterior, se otorgaron 22% más apoyos.

Para **fomentar el desarrollo de infraestructura y la puesta en marcha de unidades médicas móviles y su equipamiento en zonas de población vulnerable**, se cuenta con el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica[4/], el cual a través de 1,502 UMM de diferente capacidad resolutiva, brindó a nivel nacional, servicios de atención primaria a la salud en 1,056 municipios y 25,429 localidades, beneficiando a más de 4 millones de personas[5/].

Unidades Médicas Móviles y su cobertura de atención

- Del 1 de diciembre de 2012 al 30 de junio de 2016 se han puesto en marcha 133 Unidades Médicas Móviles en 11 entidades federativas[1/]. Dichas unidades cubren 1,652 localidades en ruta y alcanzan una población objetivo de 201,126 habitantes, 65.8% (132,349) corresponde a población indígena.

[1/] Baja California, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Sonora.

- Se transfirieron recursos por 403.4 millones de pesos[6/] a 31 entidades federativas[7/] de septiembre de 2015 a agosto de 2016. A través de los equipos itinerantes de salud de las UMM, se brindaron 11.7 millones de acciones, de las cuales 2.5 millones corresponden a atenciones médicas del CAUSES y 9.2 millones a acciones de promoción y prevención de la salud[8/]. En comparación con el inicio de la administración (de septiembre de 2012 a agosto de 2013), se tiene un incremento en atención médica de 10.8% y en acciones de promoción y prevención de 13 por ciento.
- Con el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica se otorgó apoyo a la población afectada por desastres naturales y emergencias epidemiológicas, a través de la atención brindada por el Centro Operativo para la Atención a Contingencias, otorgando servicios de salud en Oaxaca por el brote epidemiológico de *Zika* y brote de fiebre por Chikungunya y dengue; en Colima y Jalisco, apoyando por las afectaciones del huracán Patricia y en la República del Ecuador por el sismo de 7.8 grados en la escala de Richter, entre otros.
- De septiembre de 2015 a junio de 2016, mediante el Programa IMSS-PROSPERA se otorgaron 161,342 consultas a través de 38 UMM. Dichas unidades

[1/] Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia.

[2/] Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable.

[3/] Programa de Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia.

[4/] De 2007 a 2014 al programa presupuestario S-200 se le denominó Programa Caravanas de la Salud; a partir de 2015, cambia su denominación a Programa Unidades Médicas Móviles y para 2016, se fusiona el Programa S-200 Unidades Médicas Móviles con el Programa U-006 Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud, para dar origen al programa presupuestario S-200 Fortalecimiento a la Atención Médica-006, cambiando así su denominación.

[5/] De las 1,502 unidades, 788 corresponden a unidades federales que dan cobertura a 715 municipios y 11,543 localidades, en beneficio de más de 1.6 millones de personas y 714 unidades estatales alineadas, con las que se atienden 567 municipios y 13,886 localidades, en beneficio de más de 2.4 millones de personas. Cabe señalar que el número de UMM disminuyó en tres respecto al periodo anterior, en virtud de los siniestros.

[6/] Las cifras reportadas corresponden del 1 de septiembre de 2015 al 18 de julio de 2016 con proyección de datos de agosto de 2016.

[7/] La entidad a la que no se le transfirieron recursos fue Veracruz.

[8/] Las cifras reportadas comprenden del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016 con proyecciones de datos de junio, julio y agosto de 2016.

itinerantes contribuyen a mejorar las condiciones de salud en comunidades altamente marginadas con escaso o nulo acceso a estos servicios, y realizan en promedio tres visitas por mes a cada localidad de su ruta establecida.

- En septiembre de 2015, se entregaron 21 constancias de acreditación a profesionales de la salud que concluyeron la 4a. emisión del curso Modelo Operativo para la Teleconsulta en Telemedicina, el cual fue desarrollado e impartido por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-Salud). El curso en línea constó de 120 horas y se proporcionó desde la plataforma del *campus* Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
  - La SS, en septiembre de 2015, a través del CENETEC-Salud y la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, desarrolló el Modelo de Equipamiento en Unidades Médicas Móviles y el Modelo Operativo de Atención Médica a Distancia en Unidades Médicas Móviles, con el fin de proporcionar los lineamientos operativos para el equipamiento y el desarrollo del proceso de atención médica a distancia en UMM de la SS.
- En septiembre de 2015, en el ISSSTE se llevó a cabo el curso del Modelo Operativo para la Teleconsulta en Telemedicina, cuyo objetivo es explicar los procedimientos y tecnología necesaria para atender una teleconsulta de calidad, y se desarrolló el Modelo de Equipamiento en Unidades Médicas Móviles, con el fin de fortalecer la confirmación diagnóstica de algún padecimiento o padecimientos entre los profesionales de la salud, a través de la obtención e intercambio de datos e imágenes con las unidades de salud integradas a la red y las UMM, reduciendo así las visitas innecesarias de pacientes a los hospitales de especialidad de segundo y tercer nivel, mejorando la utilización de los recursos de salud.
- A través de la estrategia "Encuentros Médicos-Quirúrgicos" (EMQ) del régimen obligatorio en apoyo al Programa IMSS-PROSPERA, se acercaron servicios médicos de alta especialidad a la población rural que vive en condiciones de marginación y pobreza, y que difícilmente cuenta con los recursos económicos para atender su padecimiento.
  - En los EMQ participa personal médico y de enfermería, especialistas y personal de atención a la salud que de forma voluntaria y altruista deciden contribuir en esta actividad. Dichos Encuentros permiten hacer frente a los rezagos de salud en la población que es susceptible de intervención quirúrgica en las especialidades de ginecología oncológica, cirugía reconstructiva, urología, cirugía pediátrica y oftalmología.

Encuentros Médicos-Quirúrgicos

- Entre enero de 2013 y junio de 2016, se han realizado 62 Encuentros Médicos-Quirúrgicos, en los que se valoraron 45,620 pacientes y se intervinieron quirúrgicamente a 8,585 personas.

Con el propósito de **impulsar acciones para la prevención y promoción de la salud de los migrantes**, de septiembre de 2015 a junio de 2016, se otorgaron 350,513 atenciones integradas de línea de vida, es decir, se entregó un paquete de servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedad acorde a su edad y sexo, logrando un incremento de 30%, respecto al periodo anterior. Asimismo, se validaron 26 albergues agrícolas como entornos favorables a la salud.

Apoyo a la salud de los migrantes

- A fin de impulsar acciones para la prevención y promoción de la salud de los migrantes repatriados, por medio de los Módulos de Atención a la Salud del Migrante Repatriado, ubicados en los cruces fronterizos de Tijuana en Baja California y Matamoros en Tamaulipas, se brinda orientación en prevención de enfermedades, se realiza la detección oportuna del VIH/sida, la medición de presión arterial, niveles de glucosa, índice de masa corporal, se aplican vacunas contra la influenza y se afilia al Seguro Popular.
- En dichos Módulos, de enero de 2013 a julio de 2016, fueron atendidos 16,217 migrantes con 148,563 servicios. De enero a julio de 2016, un total de 9,742 migrantes repatriados se afiliaron al Seguro Popular; así, en la presente administración, se han afiliado 33,460 migrantes mexicanos.

- La Semana Binacional de Salud y la Semana Binacional de Salud Fronteriza permiten la movilización de organizaciones comunitarias, agencias federales y estatales y voluntarios para mejorar la salud y el bienestar de la población migrante, fundamentalmente mexicana, que reside en los EUA, y en las ciudades fronterizas del norte de México, las cuales se realizan anualmente, en octubre. A través de ferias, cursos y talleres, se brinda orientación sobre prevención y promoción de la salud, detección oportuna de glucosa, índice de masa corporal, exámenes de la vista, y detección de VIH, entre otros.
  - En octubre de 2015, fueron atendidas 395,187 personas con la participación de 3,111 organizaciones que llevaron a cabo 1,159 eventos en favor de la salud de los migrantes que se encuentran en localidades alejadas y con difícil acceso a la salud.
- En el marco del acuerdo establecido entre la Secretaría de Relaciones Exteriores y el IMSS para proporcionar atención a la salud de migrantes que atraviesan el país,

hacia los EUA, a partir de 2013 el Programa IMSS-PROSPERA inició el otorgamiento de servicios de salud en apoyo a este grupo vulnerable, en diferentes regiones del país. Desde 2013, se han establecido de manera gradual nueve puntos de atención localizados en Chiapas (cinco), Oaxaca (uno), Tamaulipas (dos) y Baja California (uno). De septiembre de 2015 a junio de 2016 se otorgó atención a 19,664 personas, 90.9% hombres y 9.1% mujeres. Las nacionalidades que registraron una mayor demanda de servicios fueron Honduras (57.6%), El Salvador (17.3%), y Guatemala (12.9 por ciento).

El país es vulnerable a la ocurrencia de diversas emergencias en salud, como desastres y brotes de enfermedades, por lo que para **fortalecer los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes y desastres**, del 1 de septiembre de 2015 al 13 de junio de 2016, se tiene acumulado la atención de 84 desastres y 1,634 brotes, de los cuales 82.3% fueron atendidos de manera oportuna. Lo anterior implica una adecuada respuesta para este tipo de emergencias en salud.

- Los desastres más frecuentes fueron aquellos originados por accidentes y derrame de químicos, deslaves, inundaciones, tormentas y huracanes. Gracias a la atención oportuna y a las acciones integrales y coordinadas, no se presentaron epidemias ni daños mayores a la salud de la población afectada por estos eventos. Entre las tareas coordinadas e integrales, sobresalen la atención médica, vigilancia epidemiológica, vigilancia y control sanitario en alimentos y agua, saneamiento básico, control larvario y nebulización, prevención y control de enfermedades, promoción de la salud y comunicación social.
- De manera particular, se realizó la preparación y atención ante el huracán Patricia en octubre de 2015, el cual fue catalogado como el más poderoso registrado a la fecha, y que implicó la movilización de personal, insumos, equipos y vehículos de salud a las zonas de riesgo, colocando equipos de respuesta en Colima, Guerrero y Jalisco. En los operativos participaron en forma coordinada, todas las instancias del sector salud de los tres niveles de atención. Al respecto, se realizaron las siguientes acciones: se priorizó la atención médica a los grupos de alto riesgo; se llevaron a cabo actividades de prevención y control de enfermedades con la participación de personal federal, UMM y Unidades de Comando para la Seguridad en salud de los estados afectados, y se realizaron acciones de control larvario y nebulización en las localidades afectadas.
- En octubre de 2015, por medio de la SS se emitió el Aviso de Situación Epidemiológica de Infección por Virus *Zika* en América. En diciembre de 2015, se estableció el sistema especial de vigilancia epidemiológica de Infección por Virus *Zika* y se emitieron los Lineamientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica, a fin de obtener información de calidad que orienta las acciones de prevención y control.
  - En mayo de 2016, se actualizaron los Lineamientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico por Laboratorio de Infección por Virus *Zika*, así como el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda para la detección de casos de Síndrome de *Guillain-Barré*, asociados al virus, y se capacitó al personal de las 32 entidades federativas. En México, de noviembre de 2015 al 29 de julio de 2016, se han confirmado 1,285 casos autóctonos (612 en embarazadas) y 12 casos importados; no se han presentado defunciones.
- Las acciones realizadas para el control de vectores incluyen: vigilancia entomo-virológica anticipatoria; promoción, campañas de comunicación y educación para la salud; atención médica oportuna; movilización comunitaria, participación social y municipal; y eliminación de criaderos, control químico del vector en brotes y acciones de saneamiento básico. Asimismo, se realizó la compra centralizada de insecticidas y se llevó a cabo la Primera Jornada Nacional de Intensificación de Acciones contra el Mosquito Vector de Dengue, *Zika* y Chikungunya. En el país, del 1 de enero al 15 de julio de 2016, se han registrado 342 casos autóctonos por enfermedad por Virus Chikungunya.

2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad

A fin de **preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud**, se llevó a cabo la actualización del "Manual de Lineamientos Generales para la Universalización de los Servicios de Salud", principal instrumento para la estandarización de los procesos de atención médica y herramientas de trabajo relacionados con la operación del Programa de Intercambio de Servicios.

Acciones en el Sistema Nacional de Salud
• Con el propósito de optimizar los recursos del Sistema Nacional de Salud e incrementar su eficiencia, al cierre de 2015, se realizó el análisis de la oferta y demanda por tipo de unidad médica, de las instituciones participantes (SS, Servicios Estatales de Salud, IMSS e ISSSTE), con el cual se identificaron y validaron intervenciones susceptibles de intercambio que permitirán la firma de convenios específicos interinstitucionales en las 32 entidades federativas, con la participación de 1,073 unidades médicas del Sistema Nacional de Salud[1/].

[1/] Unidades médicas de las siguientes instituciones: SS (650), Hospitales Regionales de Alta Especialidad (siete), IMSS (264), e ISSSTE (152).

- En la SS se ha iniciado la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud como proyecto piloto en cuatro entidades federativas (Durango, Hidalgo, Guanajuato y Yucatán), como base estructural para la articulación de todas las unidades de salud de los diferentes prestadores de servicios a lo largo de los diferentes niveles de atención. Este proyecto integra una plataforma transversal para impulsar políticas públicas enfocadas hacia el intercambio de servicios de salud entre las diferentes instituciones del sector.

Con el propósito de **consolidar la regulación efectiva de los procesos y establecimientos de atención médica, mediante la distribución y coordinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas**, la acreditación de establecimientos de atención médica, se constituye como el procedimiento de evaluación externa de calidad que se realiza mediante la autoevaluación y evaluación a los establecimientos para la atención médica, a efecto de constatar que cumplen satisfactoriamente con criterios de capacidad, calidad y seguridad para el paciente, así como con un enfoque de gestión de procesos para satisfacer las necesidades de los usuarios y garantizar la calidad de la prestación de los servicios de atención médica en las intervenciones financiadas por el Sistema de Protección Social en Salud.

Acreditación de establecimientos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud
• A partir del 1 de diciembre de 2012 y hasta agosto de 2016, se han acreditado 1,141 establecimientos para brindar las intervenciones establecidas en el CAUSES, incluidas 30 UMM. Asimismo, 306 servicios de alta especialidad para ofrecer las intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC). • De septiembre de 2015 a agosto de 2016 se logró la acreditación de 302 intervenciones en el CAUSES. En lo relativo al FPCGC se han acreditado 65 intervenciones, en el mismo periodo.

- A través del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se estima sean publicadas para agosto de 2016 las siguientes Normas Oficiales Mexicanas (NOM):

NORMAS OFICIALES MEXICANAS PUBLICADAS, SEPTIEMBRE DE 2015 A AGOSTO DE 2016

(Continúa)

- La NOM-002-SSA3-2015. Para la organización y funcionamiento de los servicios de radioterapia.
- La NOM-033-SSA3-2013. Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS PUBLICADAS, SEPTIEMBRE DE 2015 A AGOSTO DE 2016

(Concluye)

- La NOM-037-SSA3-2015. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.
- Los proyectos de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA3-2015. Para la regulación de la atención médica a distancia, el de la NOM-038-SSA3-2014, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos en la prestación del servicio social de enfermería.
- La NOM-003-SSA3-2014. Para la práctica de hemodiálisis.
- La NOM-005-SSA3-2014. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- La NOM-008-SSA3-2014. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

FUENTE: Secretaría de Salud.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se realizaron 1,140 visitas de verificación sanitaria, y al 30 de junio de 2016, se han llevado a cabo 249 visitas a establecimientos de servicios de salud, tales como: bancos de sangre, servicio de transfusión y puesto de sangrado, consultorios, hospitales clínicas o psiquiatría, infecciones nosocomiales, ambulancias, trasplantes y células progenitoras hematopoyéticas, asistencia social, guarderías, asilos, adicciones, medicina alternativa y otros.

Como resultado de **instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud**, en agosto de 2016, un total de 404 hospitales públicos de 60 camas y más, de un universo de 432, realizan acciones en el marco del Modelo de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente, de acuerdo con las recomendaciones internacionales, lo que representó un avance de 3.7 puntos porcentuales adicionales a lo alcanzado de septiembre de 2014 a agosto de 2015.

- En marzo de 2016, se evaluó a 8,722 médicos y enfermeras de 109 unidades hospitalarias de 19 entidades federativas[1/], respecto al desarrollo de la cultura de seguridad del paciente. También se habilitó el Sistema de Registro de Eventos Adversos, para que todos los hospitales que así lo decidan, puedan registrar de manera anónima y confidencial los eventos adversos asociados al proceso de la atención a la salud. El

1/ Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila de Zaragoza, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.

Sistema genera información local, estatal y nacional que favorece la toma de decisiones para prevenir errores asociados a la atención médica.

- Con el fin de estandarizar la prevención y el cuidado de pacientes con heridas crónicas como el pie diabético, úlceras venosas y arteriales, úlceras por presión, quemaduras, estomas, entre otras, se implementaron 93 Clínicas de Heridas en los Servicios Estatales de Salud de Hidalgo, Jalisco, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Tabasco y Zacatecas, las que sumadas a las establecidas de septiembre de 2015 a agosto de 2016, totalizan 183. Además, se capacitaron en la materia a más de 900 profesionales de la salud.
  - Para la estandarización del cuidado de los pacientes sometidos a terapia de infusión, se capacitó a 1,200 profesionales de enfermería. Asimismo, se inauguraron 37 Clínicas de Catéteres de la Secretaría de la Defensa Nacional, correspondientes a 24 entidades federativas[1/], dando un acumulado de 293 clínicas en el SNS.
- Con el propósito de hacer efectivo lo dispuesto en el Artículo 28 Bis de la Ley General de Salud[2/], se concluyó la elaboración de los "Lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a que deberán sujetarse los licenciados en enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras referidas en el numeral 1 a 5 del Artículo 28 Bis, de la Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos".
- En cuanto a los mecanismos implementados para homologar la calidad de los servicios de salud, a través de las acciones autorizadas mediante el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, donde participan las instituciones del sistema público de salud, del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se obtuvieron los siguientes resultados:
  - Autorización de 41 Guías de Práctica Clínica (GPC), para sumar 763 guías publicadas en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, que comparado con el periodo 2014-2015, fueron 53 GPC autorizadas. La reducción en el número de GPC actualizadas se debió al cambio de estrategia sectorial hacia la actualización sobre las GPC de nueva creación.
  - Del 1 de diciembre de 2012 al 31 de agosto de 2016 se han actualizado 98 GPC, de las cuales 25 fueron actualizadas del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, que sumadas a las 163 anteriores, dan 188 GPC. Cabe señalar que de las GPC publicadas destaca la actualización de la guía "Clasificación, diagnóstico y tratamiento integral del dengue", la cual contribuye a las acciones de respuesta ante escenarios epidemiológicos a nivel nacional e internacional.
- El Grupo de Trabajo Interinstitucional de Evaluación de Tecnologías para la Salud (GTI-ETES) fue creado en 2012 y hasta 2014 estuvo conformado por la SS (Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y Unidad de Análisis Económico), el IMSS y el ISSSTE.
  - En 2015 se incorporaron al GTI-ETES: la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la SEDENA, SEMAR, PEMEX y el DIF. Este grupo tiene el objetivo de promover entre las instituciones públicas del SNS, la evaluación de tecnologías para la salud como una herramienta generadora de información, orientada al apoyo en la toma de decisiones relacionadas con la incorporación, uso o retiro de tecnologías, para contribuir al acceso y a la calidad de los servicios de salud, así como al uso óptimo de los recursos. Entre el 1 de septiembre de 2015 y el 31 de agosto de 2016 se realizaron tres reuniones.
  - El GTI-ETES contribuyó a lograr un ahorro de 1,083 millones de pesos en la adquisición de medicamentos a través de su participación en la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud mediante la evaluación de tecnologías para la salud; también se ahorraron 322.2 millones de pesos con la aplicación de correcciones en costos de referencia de equipo médico dictaminado y certificado durante 2015. Ambas acciones suman 1,405.2 millones de pesos, superior en 1,305% a la meta de 100 millones de pesos establecida para 2015.
- Para un uso eficiente y racional de los recursos destinados a la atención a la salud, a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-Salud) se validó el equipamiento médico financiado con recursos federales. Entre el 1 de septiembre de 2015 y el 31 de agosto de 2016 se han generado 56 dictámenes de validación de equipo médico por un valor de 2,345 millones de pesos y se han generado certificados de necesidad para 46 Equipos Médicos de Alta Tecnología (EMAT) por más de 734 millones de pesos.

1/ Baja California, Baja California Sur, Ciudad de México, Coahuila de Zaragoza, Chiapas, Chihuahua, Durango, México, Guerrero, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz y Zacatecas.

2/ DOF: 05/03/2012. Decreto por el que se adiciona un artículo 28 Bis a la Ley General de Salud, ARTÍCULO ÚNICO.- Se adiciona un artículo 28 Bis a la Ley General de Salud, para quedar como sigue: Los profesionales que podrán prescribir medicamentos son: médicos, homeópatas, cirujanos dentistas, médicos veterinarios en el área de su competencia, y licenciados en enfermería; quienes únicamente podrán prescribir cuando no se cuente con los servicios de un médico, aquellos medicamentos del cuadro básico que determine la Secretaría de Salud.

– Aunado a ello, se lleva a cabo la integración de un inventario nacional de disponibilidad de EMAT, donde se incluyeron las instituciones del sector público, privado y social, definiendo un universo de 12 EMAT, que incluye equipos de radioterapia e imagenología. De septiembre de 2015 a agosto de 2016 se ha logrado la integración al 100% de la base de establecimientos públicos y un avance de 60% en los privados.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, a través del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General, se emitió el dictamen de certificación a 52 establecimientos de atención médica, de los cuales, a 18 se los otorgó un plazo perentorio de seis meses para cumplir con los estándares y observaciones de auditoría que se tenían pendientes, y a otros siete no se les otorgó certificación.
- A través de la CONAMED se ofrecen mecanismos alternativos de solución de controversias como una oportunidad para que la sociedad ejerza el derecho de presentar inconformidades con los servicios de salud recibidos sin recurrir a instancias judiciales. Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016, esta Comisión atendió a 16,128 asuntos[1/] relacionados con inconformidades derivadas de la prestación de servicios de salud, de los cuales, 8,179 fueron por orientaciones, 4,049 por asesorías especializadas, 1,430 a través de gestiones inmediatas en instituciones de salud; 2,164 quejas mediante mecanismos alternativos para solución de controversias por conciliación o arbitraje, así como 306 asuntos relacionados con solicitudes de instituciones de procuración e impartición de justicia y órganos internos de control mediante dictamen médico institucional.

Asuntos recibidos y concluidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

- De diciembre de 2012 a agosto de 2016, la CONAMED recibió 62,350 asuntos y concluyó 61,749, de los cuales 33,480 fueron por orientación, 15,473 por asesoría especializada, 5,030 a través de gestiones inmediatas en instituciones de salud, 6,736 quejas por conciliación o arbitraje, y 1,030 dictámenes médicos institucionales para instituciones de procuración e impartición de justicia y órganos internos de control.

- Como parte del compromiso del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán con la calidad y seguridad, en 2014 obtuvo la Certificación ante el Consejo de Salubridad General.
- En el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea se contribuye con la homologación de la calidad técnica de los servicios de salud mediante el envío de un panel de Control de Calidad Externo de la Red Nacional de Laboratorios de Banco de Sangre, al cual se convoca al 100% de los bancos de sangre, obteniendo de septiembre de 2015 a junio de 2016 un incremento en la participación de 77% en serología y de 73% en inmunohematología.
- Con el Programa Calidad en la Atención Médica se han dirigido los esfuerzos para que el financiamiento otorgado por dicho programa se focalice en la mejora de la calidad de la atención de siete temas prioritarios de salud pública del país, con lo que coadyuva a homologar la calidad de la atención en los Establecimientos de Atención Médica, por medio del impulso al desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad.

  – En 2016 del total de proyectos financiados, 33% corresponde a calidad en la atención materna y perinatal; 16% a síndrome metabólico; 15% a salud mental; 15% a infarto agudo al miocardio; 10% a cáncer de mama; 8% a tumores de la infancia y la adolescencia, y 3% a cáncer cérvico-uterino.

Para **mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población**, con relación a los estudiantes de medicina de pregrado, se programaron 5,349 médicos internos, 431 pasantes en servicio social en investigación, 11,696 en atención médica, 545 en regulación sanitaria y 9,072 en medicina.

- De agosto de 2015 a febrero de 2016, se encuentran realizando servicio social de enfermería 36,406 pasantes (25,099 en la SS, 5,219 en el IMSS, 789 en el ISSSTE, 579 en el DIF, 2,070 en el Programa de Vinculación, y 2,650 en otras instituciones).
- Para el servicio social en estomatología, a febrero de 2016 se ocuparon 5,693 campos clínicos en las unidades médicas del sector salud.

Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas y Estomatológicas

- En septiembre de 2015 se realizó el XXXIX Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas en cinco días y 13 sedes de aplicación distribuidas en ocho entidades federativas[1/]: sustentaron 33,697 médicos mexicanos y 932 médicos extranjeros, quedando seleccionados 7,564 y 171, respectivamente. Durante el proceso se desarrollaron tres proyectos de evaluación de la seguridad de la información, con el Equipo de Respuesta a Incidentes de Seguridad en Cómputo y el Centro Nacional de Respuesta a Incidentes Cibernéticos de la Policía Federal.
- El Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas se aplicó a 594 sustentantes y fueron seleccionados 42 nacionales y tres extranjeros para 14 sedes.

1/ Cifras estimadas.

1/ Ciudad de México, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nuevo León y Puebla.

- En el posgrado, se asignaron 9,449 campos clínicos para residencias médicas en 134 unidades hospitalarias de los Servicios Estatales de Salud (SESA), de los que egresaron 2,316 especialistas; en 32 unidades hospitalarias se encuentran 518 médicos extranjeros realizando cursos de especialización. Se programaron 1,595 especialistas del último año de su formación para realizar rotación de campo en 145 unidades hospitalarias.
- Con el objetivo de mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos, específicamente los profesionales de la salud, a través de la CONAMED se realizaron nueve cursos: cinco sobre prevención del conflicto derivado del acto médico, uno de formación docente para la prevención del conflicto, uno de aspectos normativos para la práctica médica y dos de habilidades cognitivas para el análisis de casos. Estos cursos fueron impartidos de forma presencial y en línea en cuatro sedes (CONAMED, Hermosillo, Universidad Panamericana y Oaxaca) con 2,969 participantes.
  - De enero a junio de 2016 se impartió el Diplomado en Dictaminación y Arbitraje Médico, diseñado por la CONAMED, en conjunto con la Licenciatura en Ciencia Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con el propósito de mejorar las competencias de comunicación entre los médicos y abogados y propiciar que sea más efectiva la práctica de los mecanismos alternativos de solución de controversias derivadas del acto médico, el cual contó con 60 participantes.
  - Asimismo, se realizó el curso en línea sobre prevención del conflicto derivado del acto médico en conjunto con la Dirección General de Televisión Educativa, dirigido a profesionistas de la salud, el cual contó con la acreditación de la Facultad de Medicina de la UNAM, con 1,555 participantes inscritos.
- De septiembre a diciembre de 2015 se llevó a cabo el curso "Construcción de Estrategias de Mejora de Calidad de Sistemas de Salud". En el curso participaron asistentes del sector salud, y se abordaron temas relacionados con el marco conceptual sobre calidad y seguridad de los pacientes, así como los elementos necesarios para el diseño e implementación de estrategias para mejorar la calidad.
- Mediante el Programa IMSS-PROSPERA se dio continuidad a la mejora en la prestación de servicios de segundo nivel, a través de la formación de personal médico especialista en Anestesiología, Cirugía y Medicina del Niño y del Adulto para los Servicios Rurales de Salud. De diciembre de 2012 a junio de 2016 han egresado cuatro generaciones, con lo que se han integrado 324 especialistas a la plantilla de 48 hospitales rurales del programa (60% del total de hospitales). En marzo de 2016 inició la octava generación, con 91 becas ofertadas.
  - En materia de capacitación al personal de enfermería de IMSS-PROSPERA, entre septiembre de 2015 y agosto de 2016 se realizaron siete cursos de vacunación segura, con el objetivo de actualizar y reforzar las competencias técnicas del personal, para mejorar la seguridad y calidad de la atención a la población usuaria, particularmente a menores de cinco años de edad. En dichos cursos participaron 130 personas directivas y 12,067 personas del ámbito operativo de los diferentes niveles de atención de las 28 entidades federativas[1/] donde opera el programa.
- En el IMSS, de diciembre de 2012 a agosto de 2016, se implementaron líneas estratégicas a través del Modelo de Gestión Directiva de Enfermería con Enfoque de Riesgo para la Seguridad del Paciente, mediante la capacitación del personal directivo de enfermería de las 35 delegaciones del Instituto.
  - Adicionalmente, se ha fortalecido la función gerencial de los cuerpos directivos de mandos medios de enfermería, desarrollando en promedio cuatro cursos por año, con temas selectos dirigidos a la mejora de la calidad de los servicios en los tres niveles de atención, así como para fortalecer la toma de decisiones en los procesos de salud-enfermedad relacionados con la atención que otorga el personal de enfermería.

Capacitación al personal de enfermería

- Entre 2013 y 2015, se capacitaron 864 directivas de enfermería del IMSS: subjefes de enfermeras, jefes de enfermeras, coordinadoras delegacionales y enfermeras del equipo de supervisión. De septiembre de 2015 a agosto de 2016, se capacitó a 180 directivas de enfermería.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, de la Escuela Nacional de Enfermería e Investigación del ISSSTE, egresaron 101 alumnos de los siete cursos postécnicos en enfermería[2/], impartidos en la sede central de la Ciudad de México, y 112 más egresaron de las seis sedes en: Monterrey, Nuevo León; Guadalajara, Jalisco; Culiacán, Sinaloa; Oaxaca, Oaxaca; Puebla, Puebla y Mérida, Yucatán.

1/ Baja California, Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México, Coahuila de Zaragoza, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

2/ Gerencia y Docencia en Enfermería; Nefrológica; en Urgencias; Quirúrgica; Atención al Paciente en Estado Crítico; Salud Pública; y Gerontología y Geriatría.

- En el ISSSTE, en colaboración con instituciones de educación superior, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se impartieron 47 cursos de especialidad con aval universitario, de los cuales 17 son de entrada directa y 30 de entrada indirecta[1/]; de ellos, 10 cursos fueron para la formación de nuevos especialistas en el manejo de patologías crónico-degenerativas, con 118 egresados.
  - De enero a junio de 2016, el Instituto contó con el ingreso de 428 nuevos médicos residentes en todas las especialidades y 449 cursan actualmente el último año de la especialidad. Se concluyó el Diplomado en "Docencia Universitaria" y se realizaron 13 cursos de capacitación continua para el personal administrativo.

En lo que va de la presente administración, se ha impulsado el esquema de compras consolidadas de medicamentos y bienes terapéuticos para **garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros**.

- En las compras para el ejercicio fiscal 2014 se sumaron 14 entes, entre ellos cinco entidades federativas (Baja California, Colima, Campeche, Tlaxcala y Veracruz); tres Hospitales Federales de Referencia (Hospital Nacional Homeopático, Hospital Juárez del Centro y Hospital de la Mujer) y los Servicios de Atención Psiquiátrica. El monto de la compra ascendió a 43 mil millones de pesos, en la que se obtuvo un ahorro de 3,751 millones de pesos.

Acceso efectivo y seguro a medicamentos de calidad
(Continúa)

- Estrategia de liberación de genéricos para el acceso a medicamentos
  - La estrategia para la liberación de medicamentos Genéricos del Gobierno de la República ha permitido el ahorro de las familias mexicanas, al tener una reducción promedio de 70% en los precios de los mismos, lo que representa en promedio un ahorro de 1,341 pesos para el consumidor. Así, el precio promedio total de las sustancias activas para enfermedades cardiovasculares es de 373 pesos, mientras que en el mercado de genéricos, este oscila en los 134 pesos, esto es 64% menor que el precio de los medicamentos innovadores. En el caso de las sustancias para enfermedades Infecciosas y Transmisibles, el precio promedio total del innovador alcanza 5,987 pesos, mientras que en el mercado de genéricos este precio es de 3,197 pesos; esto es, 47% menor. En el caso de las enfermedades Neurológicas, la reducción promedio entre ambos segmentos de medicamentos es de 63%, ya que los medicamentos genéricos pueden encontrarse en el mercado a un precio de 230 pesos, comparado con los 621 pesos promedio del innovador. El precio promedio de los medicamentos para enfermedades oncológicas en el mercado de innovadores es de 6,776 pesos, mientras que en el mercado de genéricos es de 4,124 pesos, esto es una reducción de 39% en el precio del medicamento. En el caso de las enfermedades pulmonares, las familias pueden obtener medicamentos 48% más baratos en el mercado de genéricos, al pagar un precio promedio de 242 pesos por medicamento, comparado con los 466 pesos promedio del medicamento innovador.
  - Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de agosto de 2016, se emitieron 62 registros para nuevas medicinas que atienden 21 clases terapéuticas distintas, que representan 73% de las causas de muerte en la población mexicana. En el mismo periodo, en México (el primero de comercialización) se lanzaron dos nuevos medicamentos; y se emitió el registro sanitario de 14 medicamentos biotecnológicos.
- Política de Innovación
  - La SS impulsó la compra consolidada de medicamentos y material de curación para 2016, coordinada por el IMSS, en la que participaron 17 Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Federales de Referencia, 18 Secretarías de Salud Estatales, así como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR y SEDENA. La licitación se realizó al finalizar 2015 y ascendió a más de 48 mil millones de pesos. Se espera obtener un ahorro aproximado de 2,521 millones de pesos, en las compras 2016. El ahorro total acumulado 2014-2016, asciende a 10,861 millones de pesos.
- Compras Consolidadas
  - En octubre de 2015, la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, concluyó las negociaciones de la compra pública de medicamentos de patente y fuente única aplicable a 2016, con un ahorro potencial de 1,083 millones de pesos para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, lo que representó un incremento de 29.2%, respecto al periodo anterior.
- Desde el inicio del programa, "Tu receta es tu vale" y hasta el 30 de junio de 2016, el IMSS ha emitido 164,834 vales.

- El número de participantes en las compras para el ejercicio fiscal 2015 ascendió a 42 entes. Participaron los tres Hospitales Federales de Referencia y los Servicios de Atención Psiquiátrica. Las entidades

1/ La entrada directa se refiere a aquellos que ingresan a través del Examen Nacional de Residencias Médicas; la entrada indirecta corresponde a los que ingresaron con el Examen Nacional de Residencias, y además ya cursaron uno o más años de alguna especialidad (anteriormente denominadas como subespecialidades).

federativas participantes aumentaron a 16[1/]. El monto de la compra ascendió a 51 mil millones de pesos, con una economía de 4,590 millones de pesos.

- La política farmacéutica implementada en esta administración se divide en dos vertientes: política de medicamentos innovadores y política de medicamentos genéricos.
  - Política de medicamentos innovadores. De 2012 a 2016 se incrementó la oferta de medicamentos innovadores al pasar de tres en 2010 a 213 en dicho periodo. Estos medicamentos atienden 21 clases terapéuticas distintas, que representan 73% de las causas de muerte en la población mexicana.

Medicamentos innovadores

- Durante la actual administración se han introducido seis nuevos medicamentos (lixisenatide, fluticasona/ vilanterol, empaglifozina, riociguat, padeliporfina dipotásicas, y vacuna tetravalente contra el dengue), cuyo primer país de comercialización fue México, los cuales están disponibles a precios 49%, en promedio, más bajos que en EUA. El último paquete de innovadores fue presentado el 9 de mayo de 2016 y está compuesto de 36 nuevas moléculas. También, de 2012 a la fecha, se ha emitido el registro sanitario de 120 medicamentos biotecnológicos.

  - Política de medicamentos genéricos. De 2012 a 2016, se liberaron 14 paquetes de medicamentos genéricos, compuestos por 37 sustancias activas que corresponden a 491 nuevos registros de medicamentos genéricos que atienden el 71% de las causas de mortalidad en la población mexicana. Los grupos terapéuticos que abarcan las 37 sustancias liberadas son: oncología, endocrinología y metabolismo, cardiología, psiquiatría, enfermedades infecciosas y parasitarias, neumología, urología, hepatología, anestesia y dermatología. También, desde el 1 de diciembre de 2012 al 30 de junio de 2016, se emitió el registro sanitario de cinco medicamentos biocomparables (infliximab, filgastrim, insulina glargina -dos registros- y somatropina).

Como parte de las acciones realizadas para **implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas**, en enero de 2016, en la SS, se impartió el Diplomado "Formación de Tutores para Propuestas Educativas Virtuales en Salud Pública", en el *campus* Virtual de Salud Pública OPS/OMS Nodo México, con el cual se formaron 32 participantes de las diferentes entidades federativas del país.

Avales ciudadanos

- Del 1 de diciembre de 2012 al 31 de agosto de 2016, se han incorporado 3,654 Avales Ciudadanos en unidades del sector salud: 140 en la SS, 36 en el IMSS régimen ordinario, 41 en el ISSSTE, nueve en el DIF, 10 en la Cruz Roja Mexicana, seis en el sector privado y 3,412 en unidades de IMSS-PROSPERA[1/].

[1/] IMSS-PROSPERA inició el despliegue de este mecanismo de participación ciudadana en abril de 2013.

- En agosto de 2016 se cuenta con 14,758 Avales Ciudadanos activos, quienes participan en 14,578 unidades del sector salud en el país. El número de unidades en las que participan los avales registró un incremento de 5.1% en comparación con el mismo periodo del año anterior.

- Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016, los Avales Ciudadanos aplicaron encuestas a la ciudadanía en 9,195 unidades, 1,006 más a las realizadas en el mismo lapso anterior. Adicionalmente, se efectuaron 24,250 sugerencias de mejora y se firmaron 14,227 cartas-compromiso para realizar acciones correctivas, de las cuales se atendieron 8,825 acciones que repercuten en la mejora del trato y la calidad de los servicios.

- Por parte del Programa IMSS-PROSPERA se promovió la incorporación del Aval Ciudadano, cuya función es evaluar la calidad percibida por parte de la ciudadanía en la prestación de los servicios de cada unidad médica. De septiembre de 2015 a mayo de 2016 se han instalado 609 avales; se firmaron 2,194 cartas-compromiso, con atención a 1,352 de ellas (61.6%) y cumplimiento a 1,713 compromisos. De abril de 2013 a mayo de 2016, se cuenta con 3,412 avales en establecimientos médicos del programa.
  - Durante 2015, con apoyo de los Avales Ciudadanos, IMSS-PROSPERA continuó la aplicación de encuestas de surtimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención. En dicho año se incrementó la representatividad de este estudio, al ampliar el universo de unidades médicas para la aplicación de encuestas, que pasó de 249 en 2014, a 1,016 establecimientos de Chiapas, Oaxaca y Puebla en 2015. Entre los resultados, destaca que de los usuarios que asisten a consulta y reciben receta, 85 de cada 100 de estas son surtidas en su totalidad.

[1/] Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México, Colima, Chihuahua, Durango, Guerrero, México, Morelos, Nayarit, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala y Veracruz.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, en el ISSSTE se cuenta con 224 Avales Ciudadanos[1/], distribuidos en 176 unidades médicas en 31 estados de la república[2/]. Estos resultados significaron incrementos de 6.7 y 7.3%, respectivamente, con relación a los 210 avales ciudadanos y las 164 unidades médicas registrados en el mismo periodo del año anterior. Los avales aplicaron 12,078 encuestas de trato digno a derechohabientes en 130 visitas a las unidades médicas. Cabe señalar que las encuestas se aplican a los derechohabientes que acuden al servicio de consulta de medicina familiar.
  - Derivado de los resultados de las encuestas, las unidades firmaron con los avales 102 cartas-compromiso, de las que se desprenden 290 compromisos de mejora, en su mayoría sobre los atributos: instalaciones, trato y tiempo de espera, respectivamente. Por otro lado, se cumplieron 259 compromisos.
- De enero a abril de 2016[3/], el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud monitoreó el desempeño de 10,167 unidades médicas de la SS, IMSS, ISSSTE, IMSS-PROSPERA y otras instituciones del sector salud.
  - Como parte de las acciones enfocadas a mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, a través del Comité Nacional por la Calidad en Salud, se aprobó la aplicación de la Encuesta de Trato Adecuado y Digno para iniciar su medición en el sector salud en 2017. Asimismo, se aprobó continuar con la implementación del Modelo de Gestión de Calidad a nivel sectorial, con lo que se busca fortalecer la atención en salud.
  - Las acciones emprendidas para elevar los niveles de calidad en los establecimientos de atención médica de las instituciones públicas en el sector han sido promovidas mediante la coordinación de mesas de trabajo a nivel sectorial. A la fecha, 38 hospitales de segundo nivel de atención operan el Modelo de Gestión de Calidad en Salud focalizando los esfuerzos institucionales.
- El Sistema Unificado de Gestión, es una herramienta para incrementar la transparencia en las unidades médicas, la capacidad resolutiva y de orientación a las solicitudes de atención de los usuarios o beneficiarios, y se ha implementado, de enero a abril de 2016 en 4,664 unidades tanto de primero, segundo y tercer nivel de atención.
- En el marco de la emisión número 12 del Foro Nacional por la Calidad en Salud, efectuado del 14 al 16 de octubre de 2016 en la Ciudad de México, se otorgaron poco más de 2.1 millones de pesos a los ganadores, tanto del Premio Nacional de Calidad en Salud, como del Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua.
  - El Premio se entregó en la Categoría 1: Unidades de Primer Nivel de Atención, (UMF 27 Tijuana, Baja California del IMSS); en la Categoría 2: Hospitales Generales y de Especialidad (Hospital General Veracruz, de PEMEX); en la Categoría 3: Institutos Nacionales de Salud (Hospitales Regionales, Hospitales de Alta Especialidad y Hospitales Federales de Referencia, al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas" de la Secretaría de Salud); y en la Categoría 5 Áreas Administrativas y de Calidad (Subdelegación Mérida Norte del IMSS, delegación Yucatán).
  - El Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua fue entregado en la Categoría 1: Unidades de Primer Nivel de Atención, a la Clínica de Medicina Familiar (CMF) Cuitláhuac del ISSSTE, y en la Categoría 5 Áreas Administrativas y de Calidad, a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Guerrero.
- Derivado de la participación en la Convocatoria de financiamiento de Proyectos de Mejora de la Calidad, del Programa Calidad en la Atención Médica 2016, se otorgó financiamiento a 14 proyectos de gestión por 37.7 millones de pesos; 14 proyectos de capacitación por 3.8 millones de pesos, y 11 proyectos de investigación operativa por 2.6 millones de pesos. El monto global fue de 44.1 millones de pesos, lo que representa un incremento real de 303.6%[4/] con relación al otorgado en 2015 (10.6 millones de pesos).
- En seguimiento a la creación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos, en febrero de 2016 se publicaron tres documentos en coordinación con la OMS y la Organización Panamericana de la Salud: Resultados del taller hacia la consolidación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos; Resultados del Taller hacia la Consolidación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos Pediátricos; y Programa Nacional de Capacitación en Cuidados Paliativos para Equipos de Primer Contacto en Atención Primaria, con la finalidad de establecer los contenidos básicos en

1/ Cifra acumulada desde 2009, en que el ISSSTE inició la participación de Avales Ciudadanos. De los 224 avales, 41 se incorporaron de 2012 al 30 de junio de 2016.

2/ Pendiente Zacatecas.

3/ Los reportes se generan cada cuatro meses, por lo que el siguiente será en agosto.

4/ La variación real se calculó tomando como base el deflactor que resulta de la variación del Índice de Precios Implícito del Producto Interno Bruto de 2016 respecto a 2015, considerado para la elaboración del Presupuesto de Egresos de la Federación para 2016 (1.0309).

cuidados paliativos para capacitar a los profesionales de la salud en atención primaria con un enfoque integrador centrado en la persona y la familia.

- Con base en este programa, se han realizado tres cursos-taller; dos de ellos en coordinación con el Programa IMSS-PROSPERA con sede en la Ciudad de México y Michoacán, un tercero en coordinación con la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, capacitando a 246 profesionales médicos y de enfermería en la materia.

- A través de visitas de supervisión semanales a cada uno de los seis Hospitales Federales de Referencia, se monitorea continuamente el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente, de tal manera que en julio de 2016 se logró la acreditación del Hospital Juárez Centro, como una Unidad Médico-Quirúrgica de Corta Estancia.

- Mediante el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea y los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea, de noviembre de 2015 a junio de 2016, se aplicaron 3,561 Encuestas de Satisfacción a los usuarios de los servicios, lo que ha permitido implementar acciones de mejora en la atención del donador.

  - El modelo institucional de competitividad se aplicó en 639 unidades médicas, sociales o administrativas, 24% más que en el ejercicio anterior, con lo que estas unidades se encaminan hacia un liderazgo metodológico orientado a realizar acciones integrales y estandarizadas para entregar mejores resultados en la gestión y prestación de servicios a la población derechohabiente.

  - El Hospital de Cardiología No. 34 de Monterrey, Nuevo León, fue galardonado con el Premio Iberoamericano a la Calidad 2015, que reconoce el esfuerzo por la mejora continua y la excelencia de la gestión de las organizaciones premiadas en un contexto internacional.

  - En marzo de 2016, se convocó a las unidades médicas, sociales y administrativas a participar en el Premio IMSS a la Competitividad 2016, inscribiéndose 427 unidades, lo que representa un incremento de 22%, respecto al ejercicio anterior.

- Atendiendo el interés por profesionalizar el recurso humano y promover la mejora en el desempeño del personal, de septiembre de 2015 a junio de 2016, en el IMSS se aplicó la Evaluación del Desempeño Integral, que abarca metas y competencias a 14,076 trabajadoras y trabajadores de confianza "A".

  - En el segundo semestre de 2016, la segunda generación de la Evaluación del Desempeño, considera evaluar metas que estén alineadas al programa institucional y a los programas transversales del Gobierno de la República.

- Durante la aplicación del programa Usuario Simulado en el ISSSTE en la modalidad de visitas en áreas de hospitalización, del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2015, se ofreció acompañamiento a 2,557 pacientes o familiares en los hospitales generales "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez", "Dr. Darío Fernández Fierro" y "San Luis Potosí", así como en los Hospitales Regionales "Lic. Adolfo López Mateos", "Bicentenario de la Independencia", "1o. de Octubre", "Centenario de la Revolución Mexicana", y el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

  - Al respecto, se registraron 119 incidencias, de las cuales 105 se pudieron resolver mediante las gestiones que realizaron cada uno de los usuarios simulados con el personal de las diversas áreas de las unidades médicas, las 14 restantes se resolvieron con la intervención de la Subdirección de Atención al Derechohabiente.

  - De las visitas realizadas, se detectaron 357 compromisos de mejora, de los cuales 240 fueron de tipo operativo, 88 de gestión y 29 estratégicos. En junio de 2016, el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", el Hospital Regional "1o. de Octubre" y el Hospital Regional "Centenario de la Revolución Mexicana" han cumplido al 100% los compromisos establecidos.

Estrategia de Usuario Simulado

- A partir de enero de 2016, en el ISSSTE se inició la aplicación de la Estrategia de Usuario Simulado, en unidades prestadoras de servicios adscritas a las Delegaciones Regionales Norte, Sur, Oriente y Poniente. Este mecanismo permite evaluar el trato que brindan las unidades prestadoras de servicios a los derechohabientes, interactuando directamente con el personal y con los usuarios, para tener una clara percepción de los tiempos de espera en el otorgamiento de los servicios, sin que las unidades tengan conocimiento de la evaluación que se está realizando.

- En enero de 2016, el ISSSTE impartió capacitación teórica al personal del Programa Usuario Simulado, en materia de verificación de los servicios que se ofrecen en unidades médicas y administrativas, a través de los 10 atributos con que cuenta el Sistema Nacional de Atención al Derechohabiente. Al personal le fue entregado material didáctico (cédula de evaluación, presentación ejecutiva y calendario de visitas en campo), y capacitación en campo.

  - La primera fase consta de la aplicación de las evaluaciones en unidades administrativas y de

prestaciones correspondientes a las cuatro Delegaciones Regionales (Zona Poniente, Zona Sur, Zona Oriente y Zona Norte). A partir de mayo de 2016 da inicio la segunda fase del programa de visitas de verificación a unidades médicas en 36 CMF adscritas a las delegaciones regionales antes mencionadas. En junio de 2016 se realizaron 1,172 visitas a 56 unidades prestadoras de servicios.

- A partir de septiembre de 2014, los Módulos de orientación y atención al derechohabiente del ISSSTE existentes, se fortalecen mediante la oficina virtual, transformándose en MOAD-OV, al servir como un espacio que provee acceso al sitio *web* que facilita a los derechohabientes la consulta de trámites y servicios digitales otorgados por el Instituto.
  - Se cuenta con 253 módulos en todo el país funcionando con esta nueva modalidad, con 378 agentes de información trabajando en ellos, y a través de los cuales del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se captaron 17,631 opiniones y se dieron alrededor de 3.2 millones de orientaciones a los derechohabientes.
  - Las unidades de atención al derechohabiente de las delegaciones, captaron mediante audiencias públicas, 421 opiniones y se otorgaron 5,561 orientaciones. Asimismo, en los módulos itinerantes se recibieron 1,485 opiniones y se dieron 124,890 orientaciones.
- Con el propósito de conformar una red de capacitación especializada en bioética para integrantes de Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación, se realizaron jornadas de capacitación para sus integrantes en diversas entidades federativas con 1,361 capacitados. Dichas jornadas representan una acción inédita y marcan un hito en los esfuerzos para consolidar la infraestructura nacional en bioética.

Registro de Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación
• Durante la presente administración, la Comisión Nacional de Bioética (CHB) ha registrado 698 Comités Hospitalarios de Bioética. Asimismo, hasta 2015, se otorgaron 363 dictámenes favorables a Comités de Ética en Investigación, y bajo la nueva normatividad, que entró en vigor desde enero de 2016, la CONBIOÉTICA ha registrado 48 Comités de Ética en Investigación.

- El IMSS al 31 de agosto de 2016 cuenta con 219 CHB, que dan cobertura a las 270 unidades médicas de segundo nivel; de estos, 129 están registrados ante la comisión. Los integrantes de los CHB participaron en 25 de los foros delegacionales de discapacidad, con temas concernientes a la bioética. Analizaron 207 casos con dilema bioético y generaron 249 recomendaciones; desarrollaron 427 sesiones de capacitación para el personal institucional y 267 sesiones para personal de la comunidad.
  - Durante el curso nacional dirigido a los presidentes de los CHB, denominado "Comités Hospitalarios de Bioética como política de mejora de los servicios de salud", celebrado en Metepec, Puebla del 28 al 30 de octubre de 2015, participaron 95 asistentes con 20 horas curriculares.

Para cumplir con el compromiso de universalizar los servicios de salud de la población, es necesario **desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social públicos**. Por ello, el Gobierno de la República ha desarrollado diversas acciones de obra.

Fortalecimiento de la infraestructura física en el sector salud
• En esta administración, se han concluido, construido, fortalecido o modernizado en el sector salud, más de 640 unidades hospitalarias y más de 2,920 unidades de consulta externa, con una inversión superior a 39 mil millones de pesos.

Acciones de infraestructura en la Secretaría de Salud

- Del 1 de septiembre de 2015 al 5 de agosto de 2016, la SS tiene el registro de la conclusión, construcción, modernización o fortalecimiento de 186[1/] unidades de salud (consulta externa y hospitalización) de los Servicios Estatales de Salud en las Entidades Federativas y de la Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad.
  - En el primer nivel de atención a la población, se concluyeron 88 unidades de consulta externa en 20 entidades federativas[2/]. Destaca por su inversión, la construcción y equipamiento de la Clínica Especializada en VIH en la Ciudad de México, que ofrece servicios de Detección de VIH, Sífilis, Tuberculosis, Hepatitis B y C, atención integral de VIH/sida e infecciones de transmisión sexual; para ello, se invirtieron 112 millones de pesos. Esta Unidad

1/ Las obras referidas, solo son las financiadas con recursos de la Secretaría de Salud, no incluyen IMSS, ISSSTE, PEMEX, IMSS-PROSPERA y SEDENA.

2/ Aguascalientes, Ciudad de México, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.

ha permitido triplicar la capacidad de atención que tenían los Servicios de Salud de la Ciudad de México en materia de VIH/sida, beneficiando a 36 mil habitantes.

- Entre febrero y junio de 2016 entraron en operación los nuevos centros de salud con servicios ampliados en Cuerámaro y Santiago Maravatío en Guanajuato, con una inversión de 54.6 y 29.8 millones de pesos, respectivamente. En el estado de Puebla, se concluyeron dos centros de salud con servicios ampliados, de tres núcleos básicos y un consultorio dental en los municipios de Huaquechula con 32.5 millones de pesos, y Cuautlancingo, con 26.2 millones de pesos.
- Se fortalecieron 64 Centros de Salud en 10 entidades federativas (Baja California, Ciudad de México, Colima, Chihuahua, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora y Veracruz) para continuar brindando un mejor servicio, como es el caso de la Unidad Médica "Leona Vicario" en Quintana Roo, la cual se amplió y equipó con una inversión de 37.6 millones de pesos. El Centro de Salud San Andrés Tomatlán en Iztapalapa, Ciudad de México, en la que con 27.3 millones de pesos, se construyeron nuevos consultorios, auxiliares de diagnóstico, así como la remodelación integral de la unidad. En Colima, Colima, se rehabilitó el Centro de Salud Urbano con una inversión de 13.4 millones de pesos.

– Del 1 de septiembre de 2015 al 5 de agosto de 2016, se concluyeron en el segundo y tercer nivel de atención (hospitalización y hospitalización especializada), nueve unidades de hospitalización:

- Segunda etapa del Hospital General Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de la Fuente", en la Ciudad de México, que con una inversión de 350 millones de pesos brinda servicios de terapia intensiva, imagenología, endoscopías y laboratorio.
- Hospital Municipal de Chinconcuac, con una inversión de 100.1 millones de pesos y Centro Estatal de Atención a Personas con Discapacidad Visual, con una inversión de 183.3 millones de pesos, ambos en el estado de México.
- Hospital Comunitario Multicultural de Huejuquilla el Alto, Jalisco, en el que se invirtieron 180.8 millones de pesos.
- Hospital de Traumatología y Ortopedia en Puebla, con una inversión de 755.5 millones de pesos, en beneficio de 430,481 habitantes.
- Hospital Comunitario de Isla Mujeres en Quintana Roo, con una inversión de 101.3 millones de pesos.
- Hospital General en Tampico, Tamaulipas, con una inversión de 548.3 millones de pesos, en beneficio de 300 mil habitantes.
- Centro Médico Chiapas Nos Une, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con una inversión de 849.2 millones de pesos.
- Centro Oncológico de la Región de Tula de Allende, en el estado de Hidalgo, con una inversión de 88.9 millones de pesos.

– A su vez, 25 hospitales más fueron fortalecidos con equipos de mejor tecnología o con remodelaciones en sus áreas de atención, con la finalidad de brindar un servicio de calidad y calidez a la población.

Unidades médicas inauguradas en 2016

- El Ejecutivo Federal llevó a cabo las siguientes inauguraciones:
  - En enero, la nueva torre quirúrgica del Hospital General de México con 118 camas, 15 salas de cirugía y quirófano híbrido, con una inversión de 730.5 millones de pesos; y el nuevo Hospital General de la Ciudad de Tampico, Tamaulipas, que cuenta con seis salas de cirugía y auxiliares de diagnóstico, con una inversión de 936 millones de pesos, en beneficio de más de 760 mil habitantes[1/]. Asimismo, en el estado de México entregó los Centros: Estatal de Rehabilitación y Educación Especial[2/] en la Ciudad de Toluca, y el de Atención a Personas con Discapacidad Visual[3/], en Naucalpan. El Centro Estatal de Rehabilitación, cuenta con tres consultorios médicos, un consultorio de psicología, terapia de lenguaje, rehabilitación, fisioterapia e hidroterapia, área de piscina, electroterapia y estimulación temprana, para lo cual contó con una inversión de 74.2 millones de pesos.
  - En marzo, entregó el Hospital de Zitácuaro, en Michoacán, con lo cual se dio cumplimiento al Compromiso de Gobierno CG 155[4/]; en esta obra que sustituye al Hospital antiguo, con una inversión federal de 200 millones de pesos, se amplió el número de camas, al pasar de 30 a 60, se incrementó la cantidad de consultorios de 13 a 18, y aumentó de tres a cinco el número de salas quirúrgicas.

1/ CG 129. "Construir un Nuevo Hospital General en Tampico".
2/ CG 260. "Construir y Equipar el Nuevo Centro Estatal de Rehabilitación y Educación Especial en Toluca".
3/ CG 202. "Construir un Centro de Atención a Personas con Discapacidad Visual (Naucalpan)".
4/ CG 155. "Modernizar y Equipar el Hospital de Zitácuaro".

- Se equipó con un Acelerador Lineal de Alta Energía, el Centro Estatal de Cancerología en Durango, Durango, con una inversión de 141.8 millones de pesos. También, se remodeló en su segunda etapa, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense en el municipio de Tlapa de Comonfort en Guerrero, con una inversión de 19.3 millones de pesos.
- Asimismo, con una inversión de 88.2 millones de pesos, se concluyó en marzo de 2016 la construcción de una unidad radiológica, con un sistema integrado de radioterapia y área de quimioterapia ambulatoria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA CONCLUIDAS, 1 DE SEPTIEMBRE DE 2015 AL 5 DE AGOSTO DE 2016[1/]

(Unidades médicas)

Tipo de acción/ Tipo de Unidad	Hospitalización	Consulta Externa	Total
Total	**34**	**152**	**186**
Construcción (obra nueva o por sustitución)	9	88	**97**
Fortalecimiento	21	64	**85**
Equipamiento	4	0	**4**

1/ Incluye acciones de infraestructura financiadas por la Secretaría de Salud en los Servicios Estatales de Salud de las entidades federativas y en la Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad.

FUENTE: Secretaría de Salud.

- A través del Fondo de Previsión Presupuestal del Sistema de Protección Social en Salud, durante 2015 se aprobaron 3,942.9 millones de pesos para el financiamiento de 70 acciones de infraestructura: 17 de obra y 53 de equipamiento. En junio de 2016 se aprobaron 2,789.5 millones de pesos para el financiamiento de diversas acciones de obra y/o equipamiento.
- En el marco del Plan Michoacán, la SS llevó a cabo diversas acciones, entre las que destacan:
  - El 14 de marzo de 2016, con una inversión de 200 millones de pesos, se entregó el CG-155 "Modernizar y equipar el Hospital de Zitácuaro".
  - Está en proceso la construcción del nuevo Hospital General de Michoacán, en sustitución que se localiza en Morelia, (CG-153) con una inversión de 965 millones de pesos y el Nuevo Hospital Infantil de Michoacán, (CG-253) en el que se invierten 955.5 millones de pesos.

Acciones de infraestructura en el IMSS

Total de unidades construidas, ampliadas y remodeladas en el Instituto Mexicano del Seguro Social

- Del 1 de diciembre de 2012 al 30 de junio de 2016, con una inversión de casi 6 mil millones de pesos, en el IMSS se concluyeron 112 acciones de obra en unidades de servicio, de las que 11 correspondieron al tercer nivel de atención, 40 al segundo nivel y 17 al primer nivel de atención, el resto se refiere a acciones en unidades de servicio no médico, guarderías principalmente. Del total de acciones en los tres niveles de atención, 16 fueron de obra nueva con una inversión de 3.8 mil millones de pesos y 52 acciones para ampliación y remodelación con una inversión de 2.1 mil millones de pesos.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 31 de julio de 2016, el IMSS concluyó 19 acciones de obra, una de infraestructura nueva, ocho obras nuevas por sustitución, nueve ampliaciones y remodelaciones y la construcción nueva por sustitución de un almacén general, con una inversión de 1,778.9 millones de pesos. Las nueve ampliaciones y remodelaciones, consistieron en la mejora en el servicio de tres áreas de cuidados intensivos, dos áreas de urgencias, dos áreas de quirófanos, un banco de sangre y una casa de máquinas, en unidades médicas hospitalarias. Esta infraestructura se realizó con una inversión de 108.6 millones de pesos, en beneficio de más de 3.2 millones de derechohabientes.
  - El desarrollo de la infraestructura nueva y nueva por sustitución, incrementó la capacidad instalada del IMSS en 14 consultorios y 65 camas censables, en beneficio de más de 359 mil derechohabientes, la cual se desarrolló con una inversión de 1,670.3 millones de pesos.
- Destaca la construcción nueva de las Unidades de Medicina Familiar de seis y 10 consultorios localizadas en Pachuca, Hidalgo y Tacícuaro Michoacán, respectivamente. Cabe señalar la importancia de esta última, en razón de dar cumplimiento al programa implementado por el Ejecutivo Federal denominado Plan Michoacán.
- La construcción nueva por sustitución del Hospital General de Zona de 165 camas, en Villa de Álvarez, Colima; las Unidades de Medicina Familiar número 7, 76, 56, 17, 51, 24 y 37 en Atotonilco de Tula, Hidalgo;

Uruapan, Michoacán; San Pablo Huitzo, Magdalena Apasco, ambas en Oaxaca; Angostura, Sinaloa; Santa Ana, Sonora y Coatzacoalcos, al sur de Veracruz, respectivamente.

ACCIONES DE INFRAESTRUCTURA CONCLUIDAS EN EL IMSS, DICIEMBRE DE 2012 A JULIO DE 2016

(Unidades de servicio)

Tipo de acción/ Tipo de Unidad	Tercer Nivel	Segundo Nivel	Primer Nivel	Otra[1/]	Total
Total	**11**	**40**	**17**	**44**	**112**
Construcción (obra nueva)		2	2		**4**
Construcción (de sustitución)		1	11	1	**13**
Fortalecimiento[2/]	11	37	4	43	**95**

1/ Incluye unidades que ofrecen servicios de guardería, centros de seguridad social y almacenes generales.
2/ Se refiere a acciones de ampliación y remodelación de áreas de servicio como Urgencias y Cuidados Intensivos, así como instalación de escaleras de emergencia.
FUENTE: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Acciones de infraestructura en el ISSSTE

Total de unidades construidas, ampliadas y remodeladas

- Del 1 de diciembre de 2012 al 30 de junio de 2016, con una inversión de 2,897.4 millones de pesos, en el ISSSTE se concluyeron 128 acciones de obra en los servicios de salud, de las que 58 correspondieron al primer nivel de atención, 37 al segundo nivel, 15 al tercer nivel y 18 acciones en seguridad social. Del total, 28 fueron de obra nueva con un monto de inversión ejercido de 333.6 millones y 100 acciones para ampliación y remodelación con una inversión de 2,563.8 millones de pesos.

- Con una inversión de 1,143.4 millones de pesos, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, en el ISSSTE se concluyeron 37 acciones de obras de salud y seguridad social, de las cuales 11 correspondieron a obras nuevas y 26 a ampliación y remodelación, en beneficio de 2,960,188 derechohabientes. En infraestructura en salud se concluyeron las siguientes acciones de obra:
  - Diez acciones de obras nuevas por un monto de 56.4 millones de pesos, de las cuales ocho se realizaron en la Unidades de Medicina Familiar ubicadas en Ciudad Camargo, Chihuahua; Tomatlán, Tuxpan, Mascota, Ahualulco del Mercado, Yahualica de González Gallo en Jalisco; Chiautla, Puebla (dos acciones); San Pablo Ixhuatepec, Oaxaca; y el helipuerto del Hospital General en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en beneficio de 33,927 derechohabientes.
  - 23 acciones de obras de ampliación y remodelación por un monto de 1,072.6 millones de pesos correspondientes a cinco Unidades de Medicina Familiar en San Quintín en Baja California; Loreto en Baja California Sur; El Rosario en Sinaloa; Valladolid y Progreso en Yucatán; una Clínica de Medicina Familiar situada en Ciudad Acuña en Coahuila de Zaragoza; nueve clínicas hospital ubicadas en Fray Junípero Serra en Baja California; Dr. Patricio Trueba Regil, Campeche; Piedras Negras en Coahuila de Zaragoza; Ciudad Guzmán en Jalisco; Dr. Rafael Barba Ocampo en Morelos; Tehuantepec en Oaxaca; Dr. Manuel F. Rodríguez en Tamaulipas; así como Jalapa y Tuxpan en Veracruz; tres hospitales generales: Aguascalientes en Aguascalientes; Querétaro en Querétaro; y Dr. Fernando Ocaranza en Sonora; así como el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, en la Ciudad de México; cuatro Hospitales de Alta Especialidad: General Ignacio Zaragoza y 1o. de Octubre, en la Ciudad de México; Centenario de la Revolución Mexicana en Morelos, y Puebla en Puebla.
  - En infraestructura en seguridad social se terminó la acción de obra nueva de la oficina del Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, por un monto de 1.5 millones de pesos, así como la ampliación y remodelación de tres velatorios en la Ciudad de México con una inversión de 12.8 millones de pesos.

- Se encuentran en proceso 61 acciones de obras de infraestructura en salud por un monto de 2,833.2 millones de pesos con las que se busca beneficiar 8,420,897 derechohabientes.
  - Corresponden a obra nueva siete acciones por un monto de 595.9 millones de pesos en seis unidades de Medicina Familiar: Guachochi y Camargo en Chihuahua; Acatlán de Pérez Figueroa y Unión Hidalgo en Oaxaca; Altamira, Tamaulipas; Muna de Leopoldo Arana, Yucatán, y en el Hospital General en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
  - Las obras de ampliación y remodelación en proceso consisten en 54 acciones de obras por un monto de 2,237.3 millones de pesos, distribuidas de la siguiente forma:
    - En nueve Unidades de Medicina Familiar ubicadas en Loreto y Algodones en Baja California; Nuevo Casas Grandes, Chihuahua (dos acciones de obra); La Huacana y Huetamo de Núñez en Michoacán. Yecapixtla en Morelos, y Valladolid y Progreso en Yucatán.

- Ocho se realizan en las Clínicas de Medicina Familiar en Chalco en México; Ciudad de Acuña en Coahuila de Zaragoza; Tulancingo en Hidalgo (tres acciones de obra); La Piedad de Cabadas en Michoacán; San Martín Texmelucan en Puebla, y Chetumal en Quintana Roo.
- Una en la Clínica de Especialidades Churubusco en la Ciudad de México.
- Nueve acciones en las clínicas hospital ubicadas en Ciudad del Carmen y Campeche, Campeche; Piedras Negras, Coahuila de Zaragoza; Ciudad Guzmán, Jalisco; Sahuayo y Uruapan, Michoacán; Constitución, Nuevo León; Mazatlán, Sinaloa, y Navojoa, Sonora.
- Se realizan 12 acciones en los hospitales generales ubicados en: Aguascalientes en Aguascalientes; "Fray Junípero Serra" en Baja California; "Presidente General Lázaro Cárdenas" en Chihuahua; "Dr. Darío Fernández Fierro" y "Tacuba" en la Ciudad de México; Toluca en el estado de México (tres acciones); Pachuca en Hidalgo (tres acciones), y Zacatecas en Zacatecas.
- Por último, se realizan 15 acciones en los siguientes Hospitales de Alta Especialidad: "Gral. Ignacio Zaragoza" (dos acciones de obra: 1a. y 2a.) y en el "1o. de Octubre" (dos acciones de obra: 1a. y 2a. etapa) en la delegación Gustavo A. Madero en la Ciudad de México; León en Guanajuato; "Valentín Gómez Farías" en Jalisco (dos acciones de obra: 1a. y 2a. etapa); "Centenario de la Revolución Mexicana" en Morelos; "Presidente Benito Juárez" en Oaxaca (dos acciones de obra: 1a. y 2a. etapa); Puebla en Puebla (dos acciones de obra: 1a. y 2a. etapa); "Dr. M. Cárdenas de la Vega" en Sinaloa (dos acciones de obra: 1a. y 2a. etapa), y Mérida en Yucatán.

2.3.5 Promover la cooperación internacional en salud

Con la finalidad de **fortalecer la vigilancia epidemiológica para proteger la salud global en el contexto de emergencia epidemiológica** y en cumplimiento de la implementación y seguimiento del Reglamento Sanitario Internacional en México, de febrero a julio de 2016, se realizaron visitas de asistencia y seguimiento a aeropuertos internacionales de las ciudades de Puebla, Veracruz, Toluca, Monterrey, Tijuana y Querétaro, y al recinto portuario de Veracruz.

Grupo de trabajo para la comunicación de riesgos de salud internacional

- México pertenece al *Global Health Security Iniciative,* formada por los países del G-7, más la Unión Europea y la OMS. La SS ha participado en el grupo de trabajo de comunicación de riesgos mediante la asistencia a 39 teleconferencias semanales, en donde analistas de diversos países revisaron eventos de salud pública que ocurren en todo el mundo, para vigilar los potenciales riesgos para la población y alertar así, de forma temprana, los sucesos de relevancia para la salud internacional.

- La Dirección General de Epidemiología fue designada como el Centro Nacional de Enlace de México para el Reglamento Sanitario Internacional (CNE-RSI) para todo el territorio nacional y todas las instituciones dentro y fuera del sector salud mexicano, entre los cuales se incluye la COFEPRIS. Además, la COFEPRIS y el CNE-RSI mantienen contacto con la OMS y OPS para la correcta aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en territorio mexicano.
  - A finales de 2015, se difundieron con la SS las alertas del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional sobre las recomendaciones de la OMS para promover medidas de control y de protección, a fin de reducir el riesgo de exposición por el brote del ébola, *Zika* y fiebre amarilla, así como actualizaciones sobre las Declaratorias de ESPII.

Para avanzar en el **cumplimiento de los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos**, en septiembre de 2015, se integró el VI Informe Periódico de México[1/] al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y el Informe consolidado XVIII a XXI de México sobre el cumplimiento de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

- En diciembre de 2015, se integró el cuestionario del Informe del Alto Comisionado respecto a la aplicación práctica de las "Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y programas destinados a reducir y eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles de los niños menores de cinco años".

[1/] Sobre el cumplimiento a las obligaciones internacionales de México derivadas del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

- Se integró el estudio del Consejo de Derechos Humanos titulado "Los derechos humanos y los pueblos indígenas", referente al derecho a la salud y los pueblos indígenas, centrado en niños y jóvenes.
- Se participó en la reunión de la creación de la Comisión para el Seguimiento de las Recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, cuyo objetivo es que las instituciones que la integran, en el ámbito de su competencia, coordinen, articulen, promuevan, apliquen y den seguimiento a las recomendaciones emitidas por el Comité de Derechos del Niño a México en 2015, derivadas de la sustentación del 4o. y 5o. Informes Periódicos consolidados, así como a las obligaciones del Estado mexicano en el respeto, garantía y protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
- Se colaboró en la Alianza Global para poner fin a la violencia contra la niñez, impulsada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, a efecto de coadyuvar en la instrumentación del Objetivo 16.2 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra los niños, y específicamente, impulsar el desarrollo e implementación de planes de acción nacionales en la materia.
- En el marco del Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", se aportó al Primer Informe las acciones que se han llevado para dar cumplimiento a los mandatos del Protocolo. Asimismo, México participó en la revisión del Proyecto de Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores, aprobado en el marco de la 45 Asamblea General de los Estados Americanos.

Con la finalidad de **impulsar nuevos esquemas de cooperación internacional en salud pública que permitan fortalecer capacidades locales y regionales**, el Gobierno de la República se relaciona con diversos mecanismos de cooperación multilateral, tales como: el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, Alianza del Pacífico, OMS, OPS, Mecanismos de Cooperación Económica Asia-Pacífico, y Organización Mundial de Comercio, entre otros, donde nuestro valor agregado se suma a través de la participación de Grupos de Trabajo, mediante los cuales se promueve la colaboración técnica para la construcción de capacidades, la armonización regulatoria e incluso la facilitación del comercio, observando las medidas sanitarias y fitosanitarias a nivel internacional como un tema estratégico para mejorar el acceso a la salud, intensificar el control y la vigilancia y reducir las barreras técnicas al comercio.

Colaboración y responsabilidad global

- En el segundo semestre de 2015, se postuló la candidatura de México al Consejo Ejecutivo de la OMS para el periodo 2016-2019.
- En mayo de 2016, México fue electo por la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS como miembro del Consejo Ejecutivo, el cual es uno de los principales órganos de gobernanza de la Organización, integrado por 34 personas, cada una de ellas designada por un Estado Miembro. La participación de México, le permitirá incidir en la toma de decisiones de la agenda de la OMS, dar continuidad a la posición activa en foros multilaterales y compartir los avances del Sistema Nacional de Salud.
- El Servicio de Microbiología Clínica y el Servicio Clínico de Tuberculosis del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas" fue reconocido por la OMS, como Centro Nacional de Referencia de Tuberculosis para diagnóstico y tratamiento, por lo que recibió el apoyo financiero del Programa FIND *(Fundation for Innovative New Diagnostics)* para genexpert tuberculosis mediante biología molecular (PCR en tiempo real), con un costo 80% menor al real de la prueba.

- Entre octubre y noviembre de 2015, se participó en las reuniones del Grupo de Trabajo de Negociaciones Internacionales de la Comisión Intersecretarial de Cambio Climático y se integró y coordinó la información de la SS, a fin de elaborar la posición país rumbo a la 21 Conferencia de las Partes (COP21) de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, realizada del 30 de noviembre al 12 de diciembre en París, Francia.
- En la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre Drogas, efectuada en abril de 2016, se señalaron las 10 propuestas, a fin de hacer frente al problema de drogas de una forma integral, con una estrategia que evite generar mayor violencia y defina mejores soluciones, desde una perspectiva de derechos humanos, prevención y salud pública que ponga en el centro el bienestar de las personas.

2.4 Ampliar el acceso a la seguridad social

Sobre la base del reconocimiento de que la seguridad social es un pilar central para incrementar el bienestar y que los actuales sistemas de seguridad social muestran rasgos de inequidad y exclusión hacia sectores de la población que se encuentran en situación de pobreza, el Gobierno de la República procura incrementar el acceso de la población a este satisfactor, independientemente de la condición económica o social de las personas.

Desde el inicio de esta administración se ha buscado mejorar la integración de los servicios de seguridad social, con el objeto de incrementar la calidad, ampliar la cobertura con menor costo y crear incentivos para la expansión del empleo formal.

2.4.1 Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales

Con el fin de **fomentar políticas de empleo y fortalecer los programas de transferencias para proteger el poder adquisitivo y el ingreso**:

- Mediante el Programa de Empleo Temporal (PET) se entregan apoyos económicos a personas de 16 años de edad o más, por su contribución en proyectos de beneficio familiar o comunitario, dirigidos a la mejora económica de la población afectada por situaciones de emergencia que perjudican su patrimonio o disminuyen su ingreso.
  - La Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, entre enero de 2013 y agosto de 2016, en el marco del PET benefició a 639,297 personas con 2,049.1 millones de pesos. El monto de los recursos erogados superó en más del doble los 992.6 millones de pesos canalizados de enero de 2007 a agosto de 2010. Asimismo, las personas beneficiadas fueron mayores en 89% a las 337,529 personas del periodo previo.
  - La Secretaría de Comunicaciones y Transportes, de diciembre de 2012 a agosto de 2016, dentro del PET generó 75.7 millones de jornales[1/] en beneficio de 1.6 millones de personas.
  - La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) de enero de 2013 a agosto de 2016, con el PET benefició a 2.2 millones de personas, a las cuales se cubrieron 72.5 millones de jornales.
- Mediante el apoyo de proyectos productivos sustentables, el Programa de Opciones Productivas, a partir de 2016 denominado Fomento a la Economía Social[2/], contribuye a mejorar los ingresos de las personas en situación de pobreza.
  - De enero de 2013 a julio de 2016, mediante la modalidad de Apoyos para Impulso Productivo se registró una demanda de 53,714 propuestas de proyectos, de las cuales 11,836 fueron dictaminadas favorablemente por los comités de validación estatal. Se apoyaron 10,785 proyectos en beneficio de 59,315 personas.
  - Entre septiembre y diciembre de 2015, a través de la modalidad de Impulso Productivo se registró una demanda de 3,313 propuestas de proyectos, de las cuales 1,811 fueron dictaminadas favorablemente por los comités de validación estatal. Se apoyaron 1,778 proyectos, en beneficio de 8,979 personas.
- Con el Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras se amplían los esquemas de seguridad social para madres que trabajan, buscan empleo o estudian y para padres solos, mediante apoyos que hacen accesibles los servicios de cuidado y atención infantil.

Cobertura del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras
• De enero de 2013 a julio de 2016, a través de las estancias afiliadas al programa, se brindó atención a 916,579 niñas y niños en beneficio de 819,839 madres trabajadoras y padres solos, que representan incrementos de 43.7 y 41.1%, respectivamente, con relación a los 637,935 niñas y niños y 580,859 madres trabajadoras y padres solos beneficiados, durante el mismo periodo de la administración anterior.

  - Al mes de julio de 2016, se encontraban afiliadas al programa 9,233 estancias infantiles, en las que se brindaron servicios de cuidado y atención infantil a 285,531 niñas y niños, y se benefició a 271,251 madres trabajadoras y padres solos que declararon no tener acceso a esquemas de seguridad social para el cuidado de sus hijas(os) o niñas(os).

1/ El jornal es el apoyo económico que recibe el beneficiario, equivalente a 99% de un salario mínimo general diario vigente en el área geográfica en que se desarrolla el proyecto o en donde se realizan tareas para la atención de emergencias.

2/ Derivado de la reingeniería del gasto público, para 2016 el Programa de Opciones Productivas de la SEDESOL se fusionó con el Programa de Fomento a la Economía Social a cargo de la Secretaría de Economía, resectorizándose este último en la SEDESOL.

- El Servicio Nacional de Empleo (SNE) brinda servicios de información, consejería y vinculación a buscadores de empleo, así como apoyos económicos o en especie para capacitación, autoempleo y movilidad laboral, con la finalidad de facilitar la colocación en un puesto de trabajo o actividad productiva a los buscadores de empleo.

Cobertura del Servicio Nacional de Empleo

- De enero de 2013 a junio de 2016, se atendió a 17,890,976 buscadores de empleo de los cuales 4,833,071 se colocaron en un empleo u ocupación productiva. Estos resultados superan lo realizado en igual periodo de la administración pasada, en 54% para las atenciones y en 64.4% para las colocaciones.

  – Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, se atendieron casi 4.2 millones de personas, de las cuales 974,681 lograron colocarse en un empleo u ocupación productiva.

- PROSPERA Programa de Inclusión Social ofrece servicios que facilitan la incorporación de los integrantes de los hogares beneficiarios a los apoyos de programas de fomento productivo y generación de ingreso, así como de capacitación y empleo para su inserción en el mercado laboral formal. Para ello, de 2014 a julio de 2016, el programa realizó las siguientes acciones:

  – En coordinación con el SNE, se vinculó a 2,172 jóvenes becarios y ex becarios a Bécate, 3,722 jóvenes a la bolsa de trabajo y 1,200 al portal del empleo, para proporcionarles la posibilidad de conseguir un trabajo mejor remunerado.

  – Se registraron 9,052 proyectos ante los programas federales de fomento productivo, de los cuales han sido apoyados 4,594 en las 32 entidades federativas, por un monto aproximado de 414.7 millones de pesos.

  – En conjunto con el Instituto Nacional del Emprendedor se realiza el proyecto piloto "Jóvenes Emprendedores Prosperando", cuyo objetivo es impulsar a los jóvenes de PROSPERA de la Ciudad de México, Chiapas, Guerrero, Michoacán y Oaxaca a desarrollar proyectos productivos que les permitan mejorar el ingreso de sus familias. Se registraron 4,671 jóvenes que participan para la obtención de apoyos financieros a los mejores 500 proyectos productivos. El comité dictaminador sesiona a partir de mayo de 2016 y a julio se han apoyado 241 proyectos por un monto de 11.4 millones de pesos.

- En el marco de la estrategia "Por un México en Paz, con justicia y desarrollo", de septiembre de 2015 a junio de 2016, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) implementó acciones orientadas a mejorar las condiciones de desarrollo integral inmediato de la Región Sur del país, conformada por los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca:

  – Se otorgaron 50,366 préstamos personales: 29% en Chiapas, 35% en Guerrero y 36% en Oaxaca. Los recursos canalizados ascendieron a 2,435.9 millones de pesos: 29% se otorgaron en Chiapas, 37% en Guerrero y 34% en Oaxaca. El Instituto cuenta con 22 cajas pagadoras de créditos personales que acercan el servicio a la derechohabiencia en seis ciudades en Chiapas, siete en Guerrero y nueve en Oaxaca.

  – Se concedieron 2,192 nuevas pensiones en Chiapas por un monto de 195.5 millones de pesos, 1,935 nuevas pensiones en Guerrero por 124 millones y 2,180 nuevas pensiones en Oaxaca por un monto de 189.9 millones de pesos.

  – Con relación a las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDI) propias del Instituto, a fin de ampliar su cobertura se realizó la incorporación de 821 menores de 961 solicitudes para ingreso, lo que representa una reducción de 85.4% de la lista de espera en la región.

- El Sistema de Agencias Turísticas TURISSSTE de septiembre a diciembre de 2015, mes en el que finalizó el Programa de Desarrollo Integral Inmediato de la Región Sur, movilizó a 1,951 derechohabientes mediante la realización de 290 viajes, de los cuales 221 se dirigieron a Guerrero, 33 a Chiapas y 36 a Oaxaca. Se generó una derrama económica aproximada de 39.8 millones de pesos para los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

Para incrementar el bienestar es necesario **reducir la informalidad y generar empleos mejor remunerados disminuyendo los costos que enfrentan las empresas al contratar a trabajadores formales**.

- Por tercer año consecutivo, la generación de empleo formal afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) alcanzó niveles históricos.

Generación de empleo formal afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social

- Entre diciembre de 2012 y mayo de 2016, se crearon 1,962,866 empleos formales. Este comportamiento favorable en la afiliación al IMSS es evidencia de un claro proceso de formalización de la economía, que además de su impacto positivo en la recaudación del Instituto, permite que más trabajadores cuenten con seguridad social en beneficio de sus familias.

  – Al incremento en la formalización del empleo contribuyó la simplificación y digitalización de 18 trámites de alto impacto, realizados cuatro millones de veces al mes por patrones y derechohabientes, de los cuales dos millones se efectúan completamente en línea. La mejora regulatoria al reducir la carga administrativa permitió disminuir costos, fortalecer el

cumplimiento voluntario en el pago de cuotas y aumentar la productividad.

- Con la instrumentación del **Seguro de Vida para Mujeres Jefas de Familia**, se busca disminuir la vulnerabilidad de los hogares en condiciones de pobreza, al otorgar protección social a las hijas e hijos hasta de 23 años que queden en estado de orfandad, por el fallecimiento de la madre, a los cuales se proporciona un apoyo económico mensual para continuar sus estudios. A junio de 2016:
  - Se cuenta con un prerregistro acumulado de 6,144,519 mujeres Jefas de Familia con alguna condición de vulnerabilidad. A cuatro años de la creación de este programa, derivada de la Quinta Decisión Presidencial, la cobertura es de 95% de la población objetivo estimada de 6,460,325 mujeres.
  - Se otorgaron apoyos económicos a 30,214 menores y jóvenes en orfandad, que en una proporción de 55% cursan la educación básica (primaria y secundaria) y reciben 550 pesos mensuales en promedio.

Se procura la **inclusión financiera en materia de aseguramiento de los distintos riesgos que enfrentan los mexicanos a lo largo del ciclo de vida**.

- A junio de 2016, el Programa Pensión para Adultos Mayores (PPAM) registró 5,533,552 personas en su Padrón Activo de Beneficiarios, de los cuales 53.4% recibe el apoyo económico de forma electrónica, esto es, 2,956,634 adultos mayores se encuentran incorporados al sistema financiero nacional.

Incorporación de los beneficiarios del Programa Pensión para Adultos Mayores al sistema financiero nacional

- A lo largo de esta administración, el PPAM logró la incorporación creciente de sus beneficiarios al sistema financiero nacional, que de 45.4% al cierre de 2013 pasó a 53.4% al tercer bimestre de 2016.
- Los casi tres millones de beneficiarios del PPAM que reciben el apoyo por medios electrónicos, duplican los 1.4 millones de beneficiarios que recibían su apoyo por medios electrónicos en 2012.

- PROSPERA avanza en la canalización de los apoyos económicos a sus beneficiarios a través del sistema financiero mediante una tarjeta bancaria asociada a una cuenta de ahorro.
  - Hasta junio de 2016, 18.7% de los titulares utilizó una tarjeta de débito (considera las modalidades con y sin corresponsabilidad), con lo cual pueden disponer del efectivo en cajeros automáticos y tiendas de autoservicio. El restante 81.3% recibió sus apoyos en una sola exhibición, en sedes de pago preestablecidas.
  - Entre diciembre de 2012 y junio de 2016, la proporción de titulares que hacen uso del medio electrónico (tarjeta de débito) para disponer de su apoyo, se incrementó de 15.4 a 18.7%, considerando ambas modalidades (con y sin corresponsabilidad).

Para modernizar su operación se trabaja en el **diseño e integración de sistemas funcionales, escalables e interconectados, para hacer más eficientes las transacciones de los organismos públicos de seguridad social**.

- Desde el inicio de esta administración, el Instituto Mexicano del Seguro Social enfrentó su crítica situación financiera a través de dos objetivos principales, mejorar la calidad y calidez de sus servicios y lograr su saneamiento financiero.

Transformación del Instituto Mexicano del Seguro Social con la Estrategia IMSS Digital

- En 2013, inició la implementación de la estrategia IMSS Digital, a partir de un programa ambicioso de desregulación, simplificación y digitalización. Con esta estrategia se enfrentó el reto de abandonar un modelo de atención presencial anticuado, para adoptar una organización moderna y cercana al ciudadano bajo el paradigma digital. El desafío tecnológico del cambio, significó abatir un importante rezago en la infraestructura tecnológica del Instituto.
- La estrategia IMSS Digital cuenta a junio de 2016, con 46 servicios digitales que se pueden realizar de manera no presencial desde *Internet*, teléfono celular o mediante llamada al Centro de Contacto institucional. De enero de 2013 a junio de 2016, IMSS Digital benefició a más de 77 millones de personas entre asegurados, derechohabientes, pensionados, patrones y público interesado.
- A tres años de su puesta en marcha, IMSS Digital coadyuvó a la disminución del déficit financiero del Instituto y facilitó el acceso a quienes requieren de sus servicios. En ese sentido, esta estrategia disminuyó de manera muy importante el costo de la realización de los trámites y servicios para los agentes económicos.

  - Entre septiembre de 2015 y junio de 2016:
    - El IMSS continuó con la implementación del registro automático del abasto de insumos médicos a nivel nacional, para garantizar que la información financiera de las entradas y salidas de los almacenes de medicamentos y material de curación de las unidades médicas a nivel nacional sea oportuna, confiable y transparente.
    - Se realizó la implementación del registro automatizado de los movimientos generados por concepto de préstamos personales en el Sistema Contable del Instituto, lo que permitió contabilizar 594,352 préstamos en tiempo real, con un importe total de 26.5 millones de pesos.
  - Al mes de junio de 2016, el Instituto cuenta con 785 unidades médicas en los tres niveles de atención como usuarias del Sistema Integral de Abasto de

Medicamentos (SIAM), así como con una conexión entre el Sistema de Información Médico-Financiera y el SIAM, que identifica principalmente a los médicos, el surtimiento de recetas y el número de consultas.

- Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado avanzó en el despliegue del Sistema Nacional de Afiliación y Vigencia de Derechos.
  - A través de su módulo de integración de movimientos afiliatorios eliminó etapas presenciales y, redujo el tiempo de respuesta de 20 a cinco días en promedio, en el proceso de actualización de los movimientos enviados por las dependencias y entidades a través de medios electrónicos. En este lapso, 20 dependencias y entidades utilizaron dicho módulo y enviaron vía *web* 1,286,383 movimientos afiliatorios.
  - El Instituto cuenta con una Red Nacional de Servicios en Telecomunicaciones Privadas, con el objetivo de mejorar el desarrollo de sus actividades sustantivas. De septiembre de 2015 a junio de 2016:
    - Se llevó a cabo la renovación tecnológica del centro de datos de telecomunicaciones con cambio de equipos de seguridad, filtro de contenidos y ruteo y se habilitó el servicio de *Internet* gratis en 56 unidades médicas, así como la infraestructura en telecomunicaciones en 121 estancias infantiles del Instituto, para el proyecto de enseñanza de inglés y computación.
    - Se incrementó el ancho de banda a 2 Mb en las 123 EBDI propias del Instituto para poner en operación el Sistema Integral de Gestión y Explotación Inteligente de Información[1/], así como la integración del Centro Nacional de Gestión a 155 Mb.
    - Se implementó el servicio 01800 desde casetas públicas telefónicas y se iniciaron actividades del Centro Operativo de Monitoreo de la Red Nacional de Servicios de Telecomunicaciones.
    - Como parte del proceso de reingeniería de los sistemas funcionales y escalables del Instituto, se desarrolló el módulo de vales de medicina en el SIAM, con la puesta en marcha de cuatro centros de canje en la Ciudad de México y un alcance de 55 farmacias de los tres niveles de atención. En este periodo, se otorgaron 3,292 vales de medicamento.
    - Se incluyó en el SIAM el módulo de receta resurtible, cuyo objetivo es agilizar las actividades de los médicos generales en el primer nivel de atención y garantizar la atención de los pacientes con enfermedades crónicas no controladas, al facilitar la dotación de sus medicamentos y asegurarles su cita a 90 días. En este lapso, 229 unidades médicas se incorporaron al programa y se otorgaron 337,482 recetas bajo esta modalidad.
    - Se realizó la digitalización de 16 trámites[2/] institucionales y dos cambios de alcance a dos de ellos, y se desarrollaron los aplicativos para siete trámites de afiliación y vigencia de derechos y cinco trámites del FOVISSSTE.
    - La modernización de sus sistemas informáticos, permitió al ISSSTE agilizar el trámite de primer pago a los pensionados y jubilados, a través de la modalidad de dispersión electrónica bancaria a la cuenta del derechohabiente, con lo que se disminuye el tiempo de pago de meses a días y se evita que el pensionado se tenga que trasladar a las oficinas del Instituto a recibir su cheque.
      - A junio de 2016, en 99.9% de los casos el primer pago se realiza bajo esta vía. Cabe mencionar que previo a ello, el otorgamiento y pago de una pensión del Régimen del Artículo Décimo Transitorio de la Ley del ISSSTE, se realizaba en un promedio de 180 días, con la impresión mensual de más de seis mil cheques.
      - En 2016, 100% del otorgamiento de pensiones, se realiza por pago electrónico en un promedio de 10 días.
    - En 2014, se eliminó el pase de vigencia presencial creando un beneficio económico y social para un millón de jubilados y pensionados, generándoles anualmente un ahorro estimado de 395 millones de pesos en gastos por traslados, así como seis millones de pesos en gastos administrativos para el ISSSTE.

La optimización de procesos requiere de **identificar y corregir riesgos operativos críticos con un soporte tecnológico adecuado**.

- El IMSS entre septiembre de 2015 y junio de 2016, continuó sus esfuerzos para optimizar su ambiente tecnológico, disminuir riesgos operativos y generar eficiencias y economías.
  - El Instituto a junio de 2016 cuenta con una red de telecomunicaciones 82% más económica y 17 veces

1/ Este sistema tiene como objetivo contar con un servicio integral que le proporcione al Instituto una solución de seguridad, mantenimiento y soporte, cuyo eje principal sea el procesamiento y análisis de datos que fortalezca la capacidad de respuesta, en caso de un evento o incidente que ponga en riesgo a los niños y personal que labora en las EBDI del Instituto.

2/ Crédito hipotecario FOVISSSTE, Retiro total de recursos SAR-ISSSTE, Solicitud de devolución de pagos en exceso del FOVISSSTE, Retiro total de recursos de la cuenta individual, Retiro parcial de recursos de la cuenta individual, entre otros.

más rápida (por megabit transferido) que la red anterior y, con un Centro de Datos y Plan de Recuperación de Desastres que cubre sus necesidades de operación.

- Con el propósito de fortalecer la infraestructura tecnológica delegacional para los sistemas de salud, se hizo entrega de 277 servidores adicionales a los 317 entregados en 2014, con lo que se mejora la capacidad de procesamiento y almacenamiento local.
- Derivado del esfuerzo realizado en 2013 para homologar y unificar las identidades de patrones, trabajadores, beneficiarios y pensionados, a fin de generar una plataforma única de información, a junio de 2016, el Instituto cuenta con más de 39 mil millones de registros. Sobre esta plataforma se fundó en 2014, el sistema Acceder Unificado, que es un servicio que atiende más de 3.1 millones de consultas diarias sobre vigencia de derechos.

- El ISSSTE dio continuidad a los trabajos en materia de seguridad de datos de la información de los derechohabientes en todos los sistemas que otorgan los seguros, prestaciones y servicios para evitar al máximo la recurrencia de errores, así como en la validación de datos con otras dependencias. De septiembre de 2015 a junio de 2016:
  - Se trabajó en el desarrollo de tres nuevas alertas[1/] sobre movimientos de alta pura, cambios de identidad y modificación de sueldo, así como en alertas de carácter integral para su interoperabilidad en los sistemas institucionales de las áreas de pensiones, otorgamiento de crédito y recuperación de crédito, encargados del otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios que brinda el Instituto. Al respecto, se registraron 24,865 movimientos de modificación a datos de identidad y 244,537 de modificaciones de sueldo, de los cuales fueron alertados 4,961 (19.9 %) en el primer caso y 14,092 (5.7%) en el segundo. En la bitácora de Historia Laboral, se registraron 57,190 trabajadores con actualización a sus periodos de cotización.
  - El Instituto efectuó dos compulsas con el Registro Nacional de Población con el propósito de validar, actualizar y/o corregir el dato de la Clave Única de Registro de Población dentro de la Base de Datos Única de Derechohabientes, en las que se revisaron 24,169,387 registros.

Es un compromiso fundamental **apoyar a la población afectada por emergencias u otras situaciones adversas** mediante la responsabilidad compartida entre la sociedad y el Estado.

- El Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias, de septiembre a diciembre de 2015, canalizó recursos por más de 500 mil pesos para atender a la población afectada por diversos frentes fríos registrados en el estado de Sinaloa, con la entrega de cinco mil apoyos.
- La SEDESOL, mediante la modalidad de PET Inmediato, entre septiembre de 2015 y junio de 2016, aprobó 909 proyectos para mitigar los efectos causados por emergencias que afectaron a la población, a través de la entrega de 964,560 jornales a 45,669 personas. De enero de 2013 a junio de 2016, el PET inmediato apoyó 16,926 proyectos de tipo familiar o comunitario, en beneficio de 1.3 millones de personas, con el pago de 28.2 millones de jornales.
- En apoyo durante las situaciones de desastres naturales, el ISSSTE de diciembre de 2012 a junio de 2016, otorgó 75,927 préstamos extraordinarios para damnificados con una erogación de 2,263.4 millones de pesos, que supera en casi dos veces a los 1,297.9 millones de pesos erogados en el mismo periodo de la administración anterior.
- En el marco del Plan Integral de Michoacán "Juntos lo vamos a lograr", de septiembre de 2015 a junio de 2016, el ISSSTE otorgó 1,202 nuevas pensiones, de las cuales 1,101 corresponden al Régimen de Sistema de Reparto, con un monto anualizado neto de 93.9 millones de pesos y 101 al Régimen de Cuentas Individuales.
  - De enero de 2014 a junio de 2016, se otorgaron 5,760 nuevas pensiones, de las cuales 5,389 corresponden al Régimen de Sistema de Reparto, con un monto total anualizado neto de 490.5 millones de pesos y 371 al Régimen de Cuentas Individuales. Se concedieron 50,365 préstamos personales por 2,000.3 millones de pesos.

2.4.2 Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población[2/]

Con el fin de inducir transformaciones profundas en la calidad de vida de las personas, se emprenden acciones

1/ Alerta es una advertencia, un elemento de seguridad pasiva, que no evita una situación fuera de la normalidad pero que advierte de la probable existencia de ella. Estas alertas o disparadores automatizados se implementaron en apoyo a los procesos de supervisión, con objeto de detectar movimientos inconsistentes o presumiblemente sospechosos, lo que redujo el trabajo manual y aumentó la confiabilidad de la supervisión.

2/ Los avances y resultados del Padrón General de Salud (PGS) se reportan en la Estrategia 2.3.1 Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, de este Informe. Asimismo, lo relacionado con el Programa de Seguro de Vida para Jefas de Familia se incluye en la Estrategia 2.4.1 Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales, de este Informe.

para **facilitar la portabilidad de derechos entre los diversos subsistemas que existen tanto a nivel federal como en las entidades federativas y municipios**:

- Para facilitar la portabilidad de derechos, de diciembre de 2012 a junio de 2016, el ISSSTE recibió y dio trámite a 285 solicitudes de portabilidad de derechos a nivel nacional, de las cuales 84 se efectuaron entre septiembre de 2015 y junio de 2016. Del total, el IMSS reconoció periodos cotizados a 44 solicitantes y el ISSSTE a 23, se rechazaron 181 solicitudes por improcedentes, 10 están en juicio y 27 están en proceso de atención.

- A través de la Compensación Interestatal del Sistema de Protección Social en Salud se garantiza la efectiva prestación de los servicios médicos en cualquier entidad federativa, sin importar su lugar de origen o afiliación, por razones de distancia, tiempo de traslado, tránsito interestatal o por urgencia médica.

  – De septiembre de 2015 a junio de 2016, se registraron de manera preliminar, 35,404 casos interestatales con un importe de 236.9 millones de pesos y, las entidades que más servicios brindaron fueron estado de México y San Luis Potosí, así como Ciudad de México, Jalisco y Zacatecas.

  – Entre diciembre de 2012 y marzo de 2016, se registraron 135,938 casos por un monto de 913.5 millones de pesos.

Se **promueve la eficiencia y calidad al ofrecer derechos de protección social a la población, independientemente de la condición laboral y tomando en cuenta a las personas adultas mayores**.

- Con el propósito de contribuir al desarrollo y fortalecimiento de la seguridad social a través del sistema de pensiones, en un marco de seguridad jurídica y operativa, PENSIONISSSTE como una administradora sin fines lucro continuó de manera eficiente, con la administración e inversión de los recursos de sus cuentahabientes.

  – Al mes de junio de 2016, PENSIONISSSTE administró 7,140,879[1/] cuentas SAR-ISSSTE y 1,607,758 cuentas individuales de Retiro, Cesantía y Vejez, que en conjunto suman 8,748,637 cuentas.

    - El número de cuentas individuales se incrementó en 65.1% respecto de las 973,869 registradas en junio de 2012 y en 10.8% con relación a las 1,450,798 vigentes en igual mes de 2015. De enero de 2013 a junio de 2016, las cuentas netas aumentaron en 591,730.

  – Al mes de junio de 2016, los recursos de los trabajadores registraron un saldo de 138,458.9 millones de pesos, lo que significó un aumento real[2/] de 17% en comparación con los 115,324.6 millones de pesos registrados en el mismo mes de 2015. Con relación al saldo de 100,198.9 millones de pesos a diciembre de 2012, la variación real[3/] es de 24.6 por ciento.

  – De septiembre de 2015 a junio de 2016, el Fondo incrementó en un 4.1% los servicios no monetarios y monetarios[4/], con 1,186,267 servicios otorgados en todos sus canales de atención. El número de trabajadores que se atendieron en oficinas y módulos ascendió a 309,957.

  – Cabe hacer notar que por la atención oportuna a sus cuentahabientes, PENSIONISSSTE ocupó durante 2015, el primer lugar en el Índice de Desempeño de Atención a Usuarios[5/], con una evaluación integral de 8.92 frente a un promedio de 7.50 de las demás instituciones financieras.

  – Se incrementaron los estándares de calidad en los servicios ofrecidos por el Fondo en 11 oficinas de atención ubicadas en diferentes puntos de la República Mexicana, con lo cual se beneficia a alrededor de 360 mil cuentahabientes y sus beneficiarios con instalaciones adecuadas y de fácil acceso.

- El PPAM garantiza un ingreso mínimo para las personas mayores de 65 años que no reciben una pensión o jubilación superior a 1,092 pesos. A junio de 2016, el padrón de beneficiarios del programa es de 5,533,552 personas, lo que representa un incremento de 81%, respecto al cierre de la administración anterior (3,056,816 adultos mayores).

1/ Incluye 4,145,078 cuentas que no registran saldo.

2/ La variación porcentual real, se calculó utilizando el deflactor del Índice Nacional de Precios al Consumidor al mes de junio de 2016 (1.0263).

3/ La variación porcentual real, se calculó utilizando el deflactor de fin de periodo (1.1087) de la serie del Índice Nacional de Precios al Consumidor al mes de junio de 2016.

4/ Se define como monetarios todos aquellos servicios en donde se da una disposición de recursos. Los no monetarios son los catalogados como: unificación de cuentas y/o recursos; modificación de datos, registro y traspasos de cuentas. Consultas y actualizaciones son los servicios que se refieren a solicitudes de estados de cuenta, consultas, orientación y emisión de folio de aviso de traspaso.

5/ Este indicador mide la calidad operativa de atención y servicio, en cuanto a la gestión de las reclamaciones de sus propios clientes que acuden a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

2.4.3 Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos

El Gobierno de la República a través de los dos principales organismos de seguridad social del país[1/], avanzó en su compromiso de **reordenar los procesos que permitan el seguimiento del ejercicio de recursos con apego fiel al logro de resultados.**

- Con el fin de contar con un proceso administrativo estructurado que permita racionalizar eficaz y eficientemente los recursos, y de lograr una mejor integración de los programas presupuestarios existentes, en el IMSS se modificó la estructura programática para la integración del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2016.
  - Al respecto, se fusionó el Programa E001 Atención a la Salud Pública con el componente de prevención del Programa E008 Atención a la Salud Reproductiva, dando lugar al Programa E001 Prevención y Control de Enfermedades. Se modificó la denominación del programa debido a que es más descriptivo con sus objetivos y actividades, los cuales incluyen acciones preventivas, de vigilancia epidemiológica, tanto de las enfermedades transmisibles, como de las no transmisibles, y consultas de salud reproductiva. Las modificaciones en el Programa E001 están orientadas a lograr una mayor eficiencia operativa y mejoramiento de los procesos.
  - Asimismo, se fusionó el Programa E002 Atención Curativa Eficiente, con el componente de Atención del Programa E008 Atención a la Salud Reproductiva, en un nuevo Programa E011 Atención a la Salud. El Programa E002 conjunta los procesos de atención médica que incluyen los servicios de urgencias y consulta en primero, segundo y tercer niveles de atención, así como cirugía y hospitalización en segundo y tercer niveles. De igual forma, provee la atención médica a enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto como *diabetes*, hipertensión arterial sistémica, padecimientos hepáticos y cáncer. A partir de 2016 se incorporaron las acciones de atención médica de maternidad y perinatal del Programa E008, con el fin de mejorar el modelo de atención a la salud al atender de manera integral y coordinada a la población derechohabiente.
  - También se realizó la fusión del Programa E009 Prestaciones Sociales Eficientes y el Programa E010 Otorgamiento de las Prestaciones de Velatorios, Centros Vacacionales y Tiendas, en el Programa E012 Prestaciones Sociales. El Programa E009 tiene como objetivo contribuir al bienestar social de los derechohabientes del IMSS y del público en general, a través de la promoción y fomento a la salud, la cultura, el deporte, la capacitación y el adiestramiento técnico. Por su parte, el Programa E010 tiene como objetivo contribuir a consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, mediante la contribución a la economía familiar, a través del ahorro en cuotas y precios en Centros Vacacionales, Velatorios y facilidades de adquisición en el Sistema de Tiendas IMSS-SNTSS.
  - En concordancia con lo establecido en el numeral 21 de los Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) de los programas presupuestarios 2016, emitidos el 11 de enero de 2016, se estableció que la Unidad de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, emitieran recomendaciones sobre el diseño de las MIR a los operadores de los programas presupuestarios. Derivado de las reuniones para el proceso de mejora de las MIR 2016, los responsables de los programas presupuestarios realizaron las adecuaciones correspondientes y su registro en el primer trimestre en el Portal Aplicativo de la SHCP.
  - En el marco de las actividades inherentes a la ejecución del presupuesto 2016 y a efecto de lograr un ejercicio de recursos que preserve el orden, la eficiencia, eficacia, racionalidad, disciplina, austeridad y transparencia, en enero de 2016 se distribuyeron a las unidades responsables del gasto, los lineamientos para llevar a cabo las adecuaciones presupuestarias en el año en el Sistema Optimizado de Ajustes al Presupuesto y en el Módulo de Control de Compromisos del Sistema Financiero PREI-*Millenium*[2/]. Esta mejora operativa permite que las unidades ejecutoras del gasto realicen en línea modificaciones presupuestarias compensadas diariamente, lo cual ha facilitado de manera significativa la planeación operativa.

[1/] El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

[2/] El Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (PREI–*Millenium*) es la herramienta informática del IMSS para la operación, seguimiento y control de los procesos de contabilidad, presupuesto, tesorería e inversiones financieras.

Módulo de Control de Compromisos

- Bajo un enfoque de flexibilidad presupuestaria, las unidades responsables del gasto, a partir de enero de 2016, pueden realizar directamente en el Módulo de Control de Compromisos, bajo su más estricta responsabilidad, adecuaciones presupuestarias diariamente para reordenar en forma compensada el presupuesto entre Unidades de Información y Centros de Costos, siempre y cuando no se modifique la programación financiera mensual. Esta acción coadyuva a que el programa de gasto del IMSS se ejecute en tiempo y forma.

- En el ISSSTE se llevó a cabo el proceso de integración de su presupuesto para el ejercicio 2016, considerando los servicios y prestaciones que otorga a los derechohabientes.
  - La Estructura Programática del Instituto se redujo de 44 a 20 programas presupuestarios[1/], con los cuales se atienden los 21 seguros, prestaciones y servicios que se otorgan a la población derechohabiente.
  - La proyección del gasto para 2016, se realizó en el marco del Presupuesto Base Cero, orientado a mantener la estabilidad de las finanzas institucionales, por lo que se evaluaron todos los programas y proyectos, de tal manera que se justificarán cada una de las necesidades, buscando privilegiar aquellos que generen mayor beneficio a los derechohabientes.
  - A fin de procurar mayores beneficios a su derechohabiencia, mediante la mejora regulatoria, fue posible liberar del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, los Lineamientos que Regulan el Proceso para la Celebración de los Convenios de Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio de la Ley del ISSSTE.
    - Por otra parte, fueron revisados por la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER) el Manual de Integración y Funcionamiento del Subcomité Revisor de Convocatorias en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de la Dirección de Administración del ISSSTE y el Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto.

En atención al propósito de **racionalizar y optimizar el gasto operativo, y privilegiar el gasto de inversión de carácter estratégico y/o prioritario**, el Gobierno de la República, a través de los institutos proveedores de seguridad social, llevó a cabo las siguientes acciones:

- Los esfuerzos de las áreas administrativas en el IMSS para racionalizar el gasto relacionado con los servicios médicos y administrativos, sin menoscabo de la calidad y oportunidad de la atención a los derechohabientes, lograron dar continuidad, eficiencia y transparencia a los programas enfocados a garantizar la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social, tal es el caso de la compra consolidada de medicamentos y material de curación, que garantiza la oportunidad y la calidad de estos insumos médicos, contribuye a reducir costos y mejora el proceso de suministro. En la última compra se incrementó el número de licitaciones bajo la modalidad de "ofertas subsecuentes de descuento" (subastas en reversa) de siete a 10, y el número de claves licitadas mediante esta modalidad de 119 a 141 respecto a 2014. Con ello, fue posible mejorar las condiciones de compra; así, los ahorros acumulados de 2013 a 2015, por el uso de este esquema, son de poco más de 3 mil millones de pesos.

Compra consolidada de medicamentos, vacunas y materiales de curación

- La compra consolidada liderada por el IMSS en 2015 para atender necesidades de 2016, integró un requerimiento de cerca de 48 mil millones de pesos. En este esfuerzo de coordinación interinstitucional, participaron además del IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de Marina, la Secretaría de la Defensa Nacional y Petróleos Mexicanos, así como 18 entidades federativas[1/] y 17 institutos de la Secretaría de Salud[2/].
- Se realizaron 16 licitaciones y se adquirieron más de 1,700 claves de medicamentos y materiales de curación, con una participación histórica en cuanto a volumen, transparencia y competencia. Los ahorros generados en esta compra, por la disminución de los precios, respecto a los de la adquisición del año anterior, ascendieron a cerca de 2,521 millones de pesos, que sumados a los ahorros de la compra de 2013 y 2014, representan un ahorro de casi 11 mil millones de pesos para todos los participantes durante la presente administración.
- Con estas acciones se garantiza el abasto oportuno y suficiente de medicamentos en beneficio de más de 90 millones de derechohabientes de las distintas instituciones participantes.

1/ En el Tercer Informe de Gobierno los 20 programas reportados correspondieron al Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2016. Los aquí reportados se refieren al presupuesto aprobado para el mismo año.

1/ Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Ciudad de México, Colima, Chihuahua, Durango, Guerrero, México, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Sonora, Tabasco, Tlaxcala y Zacatecas.

2/ Hospital de la Mujer, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Hospital General de México, Hospital Infantil de México, Hospital Regional de Alta Especialidad de Yucatán, Servicios de Atención Psiquiátrica, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de Rehabilitación, Hospital Juárez del Centro, Instituto Nacional de Neurología, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Hospital Juárez de México, Instituto Nacional Homeopático, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, Instituto Nacional de Cardiología y Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

- Mediante el Programa de Arrendamiento Integral de Transporte Vehicular, entre junio, julio y agosto de 2015 inició la recepción y puesta en operación de 300 nuevas ambulancias y la sustitución de las más obsoletas; asimismo, en diciembre de ese mismo año, se formalizó un convenio modificatorio por el incremento de 20% más (60 ambulancias), las cuales fueron puestas en operación en febrero de 2016.
- En febrero de 2016, inició la segunda etapa de arrendamiento por 380 ambulancias, las cuales se prevé que entrarán en servicio en noviembre y diciembre del presente ejercicio con 240 unidades y las 140 restantes en enero de 2017. A través de estas acciones se busca renovar poco más de 50% de la plantilla vehicular de ambulancias con las que cuenta el Instituto a nivel nacional.
- Con la finalidad de disminuir los gastos en fletes y acarreos, que se incrementaron notablemente en los últimos dos años y replicando los beneficios obtenidos con los arrendamientos anteriores, se contrató el servicio integral de transporte terrestre, vehículos de operación para delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) por 554 unidades, ejecutándose en dos etapas: la primera con 242 unidades, la cual inició el 1 de enero de 2016, y la segunda por 312 unidades, que comenzó el 1 de junio del mismo año.
- A efecto de fortalecer la continuidad de los servicios que brindan las Unidades Médicas y no Médicas del ámbito institucional, entre noviembre y diciembre de 2015 se sustituyeron 237 equipos electromecánicos diversos (equipos de aire acondicionado, casa de máquinas y equipos eléctricos), que beneficiaron a 139 unidades, garantizando a través de estas acciones, la generación y distribución de los fluidos y energéticos[1/] en las unidades beneficiadas, así como ahorros a través de la implementación de nuevas tecnologías de uso eficiente de la energía.

Instalación de bebederos de agua para consumo humano en unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social

(Continúa)

- En la 1a. asamblea general del IMSS 105 celebrada el 14 de octubre de 2014, el Ejecutivo Federal instruyó[1/] al Instituto para instalar bebederos de agua potable en sus clínicas. Al respecto, y dentro del marco de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de Sobrepeso, la

[1/] Se refiere a los servicios de energía eléctrica, agua potable, gas, combustible y *diesel*, entre otros, requeridos para la operación de las unidades.

Instalación de bebederos de agua para consumo humano en unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social

(Concluye)

Obesidad y la Diabetes, entre agosto y noviembre de 2015 se instalaron 562 bebederos duales de agua para consumo humano, en 280 Unidades Médicas de segundo y tercer nivel de atención. Con ello, se promueven hábitos de consumo saludables para aproximadamente 2 millones de derechohabientes, así como de sus familiares, visitantes y trabajadores del Instituto.

[1/] Al clausurar los trabajos de la 105 Sesión Ordinaria del Seguro Social, de octubre de 2014, el titular del Ejecutivo giró instrucciones al director del IMSS para instalar bebederos en sus clínicas. En este sentido, en el primer trimestre de 2015, el IMSS emitió el acuerdo No. ACDO.AS3.HCT.040315/34.P.DA, para la Contratación plurianual del Servicio Integral de Bebederos.

- De septiembre de 2015 a julio de 2016, el IMSS concluyó 19 acciones de infraestructura: una nueva, ocho por sustitución, nueve ampliaciones y remodelaciones y la construcción nueva por sustitución de un almacén general, realizada con una inversión de 1,778.9 millones de pesos.
- Entre septiembre y diciembre de 2015, se contrataron los servicios de mantenimiento para 9,253 equipos médicos de alta tecnología del IMSS, con la finalidad de emprender acciones que garanticen la atención continua y oportuna a los derechohabientes del Instituto en todas sus unidades médicas.

Administración de recursos humanos en el Instituto Mexicano del Seguro Social

- Desde el inicio del actual Gobierno, se realizan esfuerzos para mejorar los servicios y elevar la productividad en el IMSS, orientando los recursos a las áreas sustantivas de atención directa a la población derechohabiente. De septiembre de 2015 a junio de 2016, se incrementó en 3,127 plazas la ocupación de base de las categorías de médicos, enfermeras y paramédicos, con lo que aumentó la fuerza de trabajo disponible para la prestación de servicios en los tres niveles de atención médica (Unidades de Medicina Familiar, Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, y Hospitales y Unidades Médicas de Alta Especialidad); con ello, suma en lo que va de la actual administración un incremento de 15,206 plazas en estas categorías.

- En el ISSSTE, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se dio continuidad a las siguientes medidas implementadas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos:
  - Se redujeron las contrataciones por concepto de estudios y asesorías; gastos de alimentación a servidores públicos; viajes internacionales y gastos de congresos y convenciones; los servicios de telefonía

convencional y celulares; se limitó el uso de impresoras; se incrementó el uso de medios electrónicos; y se economizó la utilización de energía eléctrica.

- Asimismo, disminuyeron las contrataciones de servicios con terceros y se revisaron los contratos vigentes de honorarios para evaluar su pertinencia. La subrogación de servicios médicos, se justificó previamente a su contratación y fue cubierta con el presupuesto que se le asignó.
- Derivado del proceso de planeación y preparación de adquisición de insumos médicos mediante compras consolidadas en 2015, en el ISSSTE se adquirieron 1,052 claves, de las cuales 729 fueron de medicamentos y 323 de material de curación. Del total de los recursos erogados en la adquisición de estas claves, 64.4% correspondió a compras consolidadas, que generaron un ahorro de 959 millones de pesos.

Ahorros derivados de compras consolidadas durante el periodo 2013-2016

- Con el objetivo de buscar las mejores condiciones económicas en los procesos de compra consolidada, de 2013 a 2016, en el ISSSTE se registró un ahorro acumulado de 3,210.4 millones de pesos, de los cuales 674.4 millones corresponden a 2013, 1,040 millones a 2014, 959 millones a 2015 y 537 millones a 2016.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se llevó a cabo la adquisición de insumos para la salud para el ejercicio 2016, mediante la cual se adquirieron 989 claves de medicamentos y material de curación.

Obras nuevas concluidas a través del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, con una inversión de 56.4 millones de pesos, se concluyeron 10 acciones de obra nueva en salud, de las cuales nueve se realizaron en las unidades de medicina familiar de Ciudad Camargo en Chihuahua; de Tomatlán, Tuxpan, Mascota, Ahualulco del Mercado y Yahualica de González Gallo en Jalisco; en Chiautla en Puebla con dos acciones (1a. y 2a. etapa) y en San Pablo Ixhuatepec en Oaxaca; y el helipuerto del Hospital General en Tuxtla Gutiérrez en Chiapas, obras con las que se prevé beneficiar a 33,927 derechohabientes.
- En infraestructura en seguridad social, se concluyó la acción de obra nueva de la oficina del Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas por un monto de 1.5 millones de pesos.

Con el propósito de incrementar **mecanismos de verificación y supervisión del entero de aportaciones y cuotas**, se tuvieron los siguientes avances:

Estrategia IMSS Digital

- En lo que va de esta administración se simplificaron y digitalizaron 18 trámites de alto impacto[1/], realizados 4 millones de veces al mes por patrones y derechohabientes; de estos, 2 millones se efectuaron completamente en línea. Esta mejora regulatoria logró disminuir los tiempos y costos que los patrones y ciudadanos invierten en realizar trámites relacionados con su afiliación y el pago de sus cuotas, lo que ha tenido efectos positivos en la afiliación al Instituto, en la formalización del empleo y en el entero de cuotas.

[1/] Actualización de datos de derechohabientes, asignación o localización del número de seguridad social, consulta de semanas cotizadas, contratación de seguros voluntarios e incorporación voluntaria, alta patronal de persona física, consulta de vigencia de derechos, alta patronal de persona moral, consulta del estado de adeudo, correcciones patronales, movimientos patronales, seguro de salud para la familia, corrección de datos de asegurados, continuación voluntaria en el régimen obligatorio, incorporación voluntaria al régimen obligatorio, trabajadores independientes, comprobante fiscal digital por *Internet* (CFDI), constancia de cumplimiento de obligaciones fiscales Artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación (32D), y la eliminación de los trámites de comprobación de supervivencia para pensionados y constancia de baja por desempleo.

- En 2015, destaca la simplificación y digitalización de seis trámites realizados en línea cerca de un millón de veces al mes[1/], y la eliminación de dos trámites: la comprobación de supervivencia para pensionados, que se realizaba alrededor de 6.2 millones de veces al año; y la implementación de la constancia digital para desempleo, que se efectuaba un millón de veces al año; con ello, la persona que pierda su empleo ya no tiene que acudir a las instalaciones del IMSS para llevar a cabo este trámite, sino que únicamente debe presentarse ante su Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE), para que de manera remota realice la consulta para tramitar el retiro por desempleo.
- En la presente administración se implementó un modelo integral de atención institucional, apoyado en la creación de la Unidad de Servicios Estratégicos, enfocada en los grandes patrones, y en la ejecución de un nuevo modelo de fiscalización, con lo que se fortalece el cumplimiento voluntario de las obligaciones de seguridad social y los ingresos del IMSS, a la vez que se beneficia a los trabajadores y patrones del país.

[1/] Seguro de salud para la familia, corrección de datos de asegurados, continuación voluntaria en el régimen obligatorio, incorporación voluntaria al régimen obligatorio, trabajadores independientes, comprobante fiscal digital por *Internet* (CFDI), y constancia de cumplimiento de obligaciones fiscales (32D).

– Con este nuevo modelo mejoró la calidad de los actos emitidos y disminuyeron los actos de molestia a los patrones cumplidos. En 2015 se registró una mejoría en las acciones de fiscalización, recaudando más con menos actos[1/], llevándose a cabo cerca de 60 mil actos con una recaudación de 4,486 millones de pesos. En 2014 se realizaron poco más de 86 mil actos con una recaudación de 4,364 millones de pesos.

– A través de los actos de autoridad en materia de cobro, se recuperan créditos fiscales mediante requerimientos de pago y de embargo de bienes muebles e inmuebles. En 2014 se llevaron a cabo alrededor de 2.8 millones de estos actos, con una recaudación de 7,898 millones de pesos. En 2015 se realizaron cerca de 2.1 millones de estos actos, con una recaudación de 8,307 millones de pesos[2/]. Esto es, una recaudación más eficiente, recaudando más con menos actos.

AVANCES DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 2013-2016

(Continúa)

Modelo de fiscalización

- Implementación de un modelo integral de riesgos que identifica los riesgos por tipo y tamaño de patrones. A través de este modelo se pueden identificar, por ejemplo, las prácticas de evasión, atendiendo a los tipos y tamaño de patrones, ubicación geográfica, industria, tipo de empleados o composición salarial, lo que posibilita mejorar la planeación de los actos de auditoría y cobro.
- Mayor coordinación con autoridades fiscales para dirigir los actos de fiscalización y cobranza. Se fortaleció la coordinación con distintas autoridades, en particular con el Servicio de Administración Tributaria, el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, y la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. La mayor coordinación permite contar con mejor información para dirigir los actos de fiscalización y cobranza a los sectores y empresas que cometen abusos y prácticas agresivas de evasión en el pago de contribuciones.

1/ Los ingresos por fiscalización incluyen pagos derivados de auditorías, dictámenes e invitaciones a regularizar su situación, así como ingresos por Rectificación de la Prima del Seguro de Riesgos de Trabajo, por el Programa de Verificación de la Prima, actualizaciones y pagos virtuales, y montos contabilizados en el rubro de recaudación por cuotas.

2/ Incluye pagos por recuperación de créditos fiscales a través de requerimiento de pago, embargo y remates, así como pagos del segundo mes, y montos contabilizados en el rubro de recaudación por cuotas.

AVANCES DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 2013-2016

(Continuación)

- Implementación del Administrador de Consultas (AdCon) y el Sistema de Normatividad. Se mejoró la atención a las consultas normativas de las áreas operativas de Cobranza y Auditoría a Patrones, así como la difusión del marco normativo que regula la gestión en materia de incorporación y recaudación, a través del Administrador de Consultas y el Sistema de Normatividad de la Dirección de Incorporación y Recaudación, sistemas liberados durante la presente administración.
- Establecimiento del Procedimiento Único para la Generación de Propuestas de Fiscalización (AdPro). Con el inicio de operaciones del AdPro mejoró la administración y priorización de los actos de fiscalización, los cuales se emiten a partir de reglas parametrizables y análisis de riesgo y costo-beneficio, considerando la capacidad operativa de cada unidad administrativa.
- Implementación del trámite para la constancia de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social. A partir de febrero de 2015, los patrones que deseen contratar con la Administración Pública Federal, Centralizada y Paraestatal, así como con la Procuraduría General de la República, pueden obtener dicha constancia, en formato digital, de manera ágil y sencilla, a través del portal de *Internet* del Instituto. Durante 2015 fueron emitidas más de 110 mil opiniones de cumplimiento en materia de seguridad social. De enero a junio de 2016 se alcanzó una cifra de 167 mil opiniones emitidas.
- Indicadores que cubren los procesos punta a punta[1/]. Se cuenta con indicadores de los procesos punta a punta y con mayores controles de operación que dan un seguimiento oportuno a la gestión, lo que ha permitido evaluar de mejor manera los resultados de las personas encargadas de la cobranza y fiscalización, y dirigir los esfuerzos a las áreas con debilidades y que requieren fortalecer su actuación para el cumplimiento de las metas.

Unidad de grandes patrones

- Atención especializada a los patrones más representativos. Se creó un área especializada en la atención de los grandes patrones, lo que ha permitido mejorar y especializar la atención a los patrones más representativos para el IMSS en materia de recaudación, y promover el cumplimiento voluntario de las cuotas, a través de la implementación de acciones dirigidas a disminuir los costos que enfrentan las empresas en el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social.
- Implementación de un esquema de control a nivel central de los principales procedimientos en materia fiscal, relacionados con la atención a las grandes empresas. Gracias a este mecanismo se controló y apoyó la ejecución de diversos actos de fiscalización que llevan a cabo las subdelegaciones del IMSS, para hacer más eficiente su gestión y evitar actos de molestia innecesarios a patrones cumplidos.

AVANCES DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 2013-2016

(Concluye)

- Establecimiento de nuevos criterios internos para la revisión del dictamen formulado por contador público autorizado. La emisión de estos criterios transparenta la actuación del IMSS en materia de fiscalización. A la fecha, se han emitido criterios relativos a la integración del salario base de cotización en conceptos donde los patrones regularmente evaden el pago de cuotas: pago de alimentos y habitación en efectivo, previsión social, indemnizaciones por enfermedades o accidentes de trabajo no acontecidos, días de descanso pagados y fondos de pensiones.
- Liberación del Sistema de Notificaciones por Estrados Electrónicos. Hasta junio de 2016 se realizaron alrededor de 237 mil notificaciones por este sistema.
- Fortalecimiento de la operación del Centro de Contacto de Cobranza IMSS. Al mes de junio de 2016, más de 48 mil patrones regularizaron su situación fiscal a través de este servicio, que inició operaciones en la presente administración, lo que generó una recaudación de más de 216 millones de pesos, con un costo-beneficio de 37 pesos recuperados por cada peso invertido.

1/ Refiere a siete indicadores de los sistemas de Registro y Control de Fiscalización y Cobranza: Oportunidad en la validación y notificación de propuestas de fiscalización aprobadas en el Comité de Programación Subdelegacional; eficacia de los actos de fiscalización; oportunidad y seguimiento en la planeación de las revisiones; celebración de Comités de Seguimiento y Evaluación de Resultados; inventario de revisiones en proceso dentro del plazo normativo; proporción de revisiones concluidas por corrección fiscal; y oportunidad en la notificación de resoluciones.

FUENTE: Instituto Mexicano del Seguro Social.

- En el ISSSTE, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se incorporaron 249 dependencias y entidades en el Sistema Electrónico de Recaudación de Ingresos de Cuotas y Aportaciones Nóminas (SERICA Nóminas)[1/]. Con ello, se cuenta de manera acumulada con 992 dependencias y entidades, que representan 89.1% del total de 1,113 dependencias y entidades aportantes ante el Instituto. De manera acumulada, se observó un incremento de 42.3% respecto de las 697 dependencias incorporadas en el mismo periodo del año previo.
  - Para el uso del SERICA Nóminas, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se impartieron cursos presenciales y a distancia[2/], vía videoconferencias al personal de 261 dependencias y entidades, con lo que 691 dependencias y entidades han sido capacitadas en la presente administración.

Se avanzó en la **determinación y vigilancia de los costos de atención de los seguros, servicios y prestaciones que impactan la sustentabilidad financiera de los organismos públicos.**

- En la perspectiva de largo plazo, la suficiencia financiera de los seguros administrados por el IMSS, entendida como la situación en que los ingresos son mayores a los gastos bajo el esquema de financiamiento vigente, muestra un panorama heterogéneo donde los seguros que otorgan prestaciones económicas de largo plazo (Seguro de Riesgos de Trabajo[3/] y Seguro de Invalidez y Vida) proyectan excedentes de ingresos sobre gastos, mientras que los seguros que otorgan prestaciones en especie (Seguro de Enfermedades y Maternidad y Seguro de Salud para la Familia), estiman gastos superiores a sus ingresos.
- La metodología de Costeo Basado en Actividades (ABC), que se ha desarrollado en el IMSS en los últimos años y fortalecido año con año, tanto en la determinación de los costos de los servicios, como en la aplicación de los mismos, permite analizar el comportamiento de los costos por actividad sustantiva, a partir de una visión organizada por procesos. Con ello se contribuye a:
  - Contar con herramientas de apoyo para la toma de decisiones, con la finalidad de optimizar el gasto y coadyuvar a la viabilidad financiera. Conocer el costo por unidad de servicio y actividad específica permite evaluar el desempeño en cuanto al otorgamiento de servicios y uso de recursos.
  - Disponer de una base para acordar las tarifas referenciales en el proceso de universalización de los

1/ Este sistema brinda transparencia en la recaudación y seguridad en la información, tal y como lo establece el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).

2/ La capacitación proporcionada consiste en mostrar el funcionamiento del sistema, creación del *layout* (archivo de trabajo) para carga de nómina, así como demostración de fases de los procesos de cálculo y de pago.

3/ Además de otorgar las prestaciones económicas de largo plazo (pensiones), el Seguro de Riesgos de Trabajo también otorga: i) prestaciones en especie: asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica; servicio de hospitalización; aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación; y, ii) prestaciones económicas por subsidios, gastos de funeral e indemnizaciones.

servicios con otras instituciones del sector y así coadyuvar a optimizar la capacidad instalada y mejorar la calidad y oportunidad de los servicios de salud.

- Generar costos unitarios, utilizados en las valuaciones actuariales, a partir de perfiles del gasto médico por edad y sexo de la población derechohabiente.
- Durante el segundo semestre de 2015 y primero de 2016 se concluyó la medición de costos de los servicios de prestaciones médicas de los periodos enero-marzo, enero-junio y anual de 2015. Lo anterior incluyó el costo preliminar de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, de los servicios médicos por nivel de atención, de la capacidad instalada y de los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- De esta forma, se distribuyó el costo total institucional hacia las cuatro áreas sustantivas: prestaciones médicas, prestaciones económicas, prestaciones sociales, e incorporación y recaudación. A su vez, se costearon las actividades sustantivas, hospitalarias y ambulatorias del área médica en cada una de las unidades médicas, y a partir de ello, se costearon los servicios siguientes:
  - Para las actividades hospitalarias: 720 Grupos Relacionados con el Diagnóstico.
  - Los servicios médicos por nivel de atención, con base en los cuales se publicaron en el Diario Oficial de la Federación los costos aplicables a 2016 para la determinación de créditos fiscales derivados de capitales constitutivos, inscripciones improcedentes y atención a no derechohabientes: 18 servicios de primer nivel, 33 de segundo y 30 de tercer nivel de atención médica.
  - En capacidad instalada, se costearon 11 conceptos: día-cama en hospitalización, en terapia intensiva; hora quirófano, tococirugía y hemodinámica; minuto de observación en urgencias, de consultorio de medicina familiar, consultorio de especialidad, consultorio dental, consultorio de medicina preventiva y en máquina de hemodiálisis.
  - Por último, 573 estudios o procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, en el ISSSTE se implementaron las siguientes acciones:
  - Para cumplir con la meta del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 que mandata un esquema de universalización de servicios de salud, se trabajó en dos proyectos que contribuyen a evaluar los costos de la atención médica en las diferentes unidades del Instituto:
    - El primero contempla el fortalecimiento del Sistema de Costos Médicos (SCM)[1/], que fue actualizado de acuerdo con lo establecido en el "Manual institucional y guía sectorial para la aplicación de la metodología de costos", emitido por la SS, el IMSS e ISSSTE. Asimismo, en el SCM fue incorporada la información del consumo de medicamentos y material de curación por servicio, variables que se considera tienen el mayor peso dentro del gasto variable del Seguro de Salud del Instituto. Con lo anterior, fue posible la inclusión del cálculo del costo total y costo promedio del quirófano por subespecialidad, que será insumo primordial para la integración del catálogo de tarifas del Instituto.
      - Derivado del fortalecimiento del SCM, al cierre del ejercicio 2015 los medicamentos prescritos en la consulta externa de primer nivel de atención médica representaron 33.5% del costo total de dicho servicio. Por su parte, la participación del gasto de medicamentos prescritos en el segundo y tercer nivel fue de 33.7 por ciento.
    - El segundo proyecto corresponde a la implementación de la metodología de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) para estimar costos por padecimientos específicos, para poder realizar una mejor planeación y administración de los servicios médicos. Para ello, se validaron 74 Cédulas Médico-Económicas, de los procedimientos realizados de manera frecuente en el Instituto, a través de grupos focales y cuestionarios médico-económicos. Con colaboración de especialistas de las unidades médicas, fue posible estimar los primeros costos de las intervenciones médicas por diagnóstico específico.
  - Actualmente se cuenta con estimaciones del gasto y proyecciones del impacto futuro en el Seguro de Salud que se derivaron de la atención a padecimientos como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica, *diabetes mellitus* e hipertensión, que corresponden a las cinco enfermedades de mayor impacto financiero en el ISSSTE. Estas acciones permitieron negociar las tarifas de intercambio de servicios para 47 intervenciones médicas, acordadas para la primera

[1/] A través del SCM, se sistematiza la información del ejercicio del gasto en las unidades médicas y se compara con la productividad de sus servicios.

etapa del Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, en consenso con la Secretaría de Salud, el Seguro Popular y el IMSS.

- La metodología de los GRD permitió diseñar y establecer el Índice de Complejidad Médica (ICM) para la estandarización de indicadores de productividad de las unidades médicas del Instituto. Este índice considera la dificultad de la atención de las patologías atendidas, asumiendo de forma indirecta que las patologías más complejas requieren un mayor consumo de recursos físicos y tecnológicos. El ICM permitió el establecimiento de un común denominador para "estandarizar" el desempeño hospitalario entre las diferentes unidades médicas del ISSSTE, en busca de continuar brindando mejores servicios de salud a la población.
- Con estimaciones del SCM y la metodología de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico, se actualizó el Tabulador de Cuotas de Recuperación por la Atención Médica a Pacientes no Derechohabientes del ISSSTE, para garantizar un reembolso acorde con la cartera de servicios de salud institucional. Al cierre de 2015 se actualizaron 736 componentes del Tabulador.
- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, el ISSSTE avanzó en acciones para articular sistemas de información, innovar procesos y facilitar la interacción con los derechohabientes, teniendo los siguientes resultados:
  - Se desarrolló en el Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF) un módulo que permite automatizar la solicitud de medicamentos hospitalarios a través de la receta colectiva electrónica, lo que posibilita la racionalización del gasto en medicamentos con la adopción de la unidosis (esto es, dosis requeridas por paciente) y con ello hacer más eficientes las labores del cuerpo médico, enfermería y personal de farmacia.
    - Siguiendo con la línea de enlazar los sistemas con los que cuenta hoy en día el Instituto, se implementó el mecanismo que permite que el abasto de insumos médicos a nivel nacional se registre diariamente de forma automática en el Sistema Contable.
    - Esta funcionalidad permite conocer las entradas y salidas de medicamentos y otros insumos destinados a la atención de la derechohabiencia en cada una de las Unidades Médicas del Instituto.
  - Se realizó el registro de manera automatizada de los movimientos generados por concepto de préstamos personales, en el Sistema Contable del Instituto. Lo anterior permite dar certeza del registro contable de las cuentas por cobrar y la identificación del tipo e importe del préstamo personal y su forma de pago, para brindar a la derechohabiencia transparencia en los recursos.
  - Se lleva a cabo la conexión de los Sistemas Integral de Administración de Personal del ISSSTE y el Médico Financiero (SIAPISSSTE-SIMEF) para la medición en tiempo real de la productividad de cada médico.
  - Asimismo, se realizó la conexión de los Sistemas Integral de Abasto de Medicamento y el Médico Financiero (SIAM-SIMEF) con el Módulo de Farmacia, que incluye el total de recetas y medicamentos otorgados en Consulta Externa y Hospitalización.
  - Adicionalmente, como parte del proceso de reingeniería de los sistemas funcionales y escalables del Instituto, se desarrolló el módulo de vales de medicina en el Sistema integral de Abasto de Medicamentos (SIAM), al entrar en operación cuatro centros de canje en la Ciudad de México, con un alcance de 55 farmacias de los tres niveles de atención.
  - Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, se estableció el primer programa de equivalencias terapéuticas en el ISSSTE con 39 claves de medicamentos aprobadas, lo que generó ahorros por 194.4 millones de pesos al Instituto. Dicho programa garantiza la seguridad y eficacia de los medicamentos en los derechohabientes, lo que permite al mismo tiempo generar eficiencias financieras para la Institución.
  - Se diseñaron 32 cédulas de supervisión para cada una de las claves de medicamentos de alto impacto financiero, con objeto de supervisar en las unidades médicas del ISSSTE su correcta prescripción y documentación en los expedientes clínicos y sistemas informáticos: Sistema Integral de Abastos de Medicamentos y Sistema de Información Médico Financiero.

Control de Suministro de Medicamentos al Derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

(Continúa)

- A partir de febrero de 2016 entró en operación la nueva herramienta de Control de Suministro de Medicamentos al Derechohabiente, la cual permite al ISSSTE tener un control más estricto en la dotación de medicamentos, con el propósito de evitar duplicidad en su entrega en un periodo de tiempo acorde al de la prescripción del médico. Esta implementación ayuda a evaluar y controlar de mejor

Control de Suministro de Medicamentos al Derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

(Concluye)

manera el tratamiento médico de los derechohabientes, evitando sobremedicación que puede poner en riesgo su salud y permitiendo generar eficiencias al Instituto.

- La herramienta fue implementada a nivel nacional, para lo cual se realizaron acciones de capacitación para su despliegue, como una reunión a nivel nacional del personal médico y de farmacia de las unidades médicas del Instituto. Al mes de junio de 2016, se documentaron ahorros por 530.2 millones de pesos.

A efecto de apoyar **programas de distribución de medicinas que alineen los incentivos de las instituciones de salud pública, los proveedores de medicamentos y los ciudadanos usuarios**, se tuvieron los siguientes resultados:

- Se realizó la compra consolidada de medicamentos 2015 en el IMSS para atender necesidades en 2016, mediante la cual el número de claves adquiridas bajo el esquema de "consumo en demanda" fue de 28 medicamentos, que representan 38% del consumo nacional en piezas de medicamentos.
  - Continuó la consolidación de los Centros Automatizados de Distribución de Insumos Terapéuticos (CADIT) en las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), a través de la simplificación de los procesos, obteniendo un abasto oportuno y exacto de medicamentos, en beneficio de los pacientes hospitalizados y logrando contener el gasto en los hospitales de tercer nivel, sin que esto implique una disminución en la calidad de la atención brindada a derechohabientes.
  - En marzo de 2015 inició en las unidades de primer nivel de atención de la Ciudad de México, el programa de Vales de Medicamentos, denominado Tu Receta es Tu Vale. Este programa ayudó a promover el uso de la receta electrónica, que se incrementó de 70 a 96% desde su inicio, al cierre de 2015. Durante este mismo periodo, el índice de atención de recetas se mantuvo por arriba de 99%, comparado con el 97% promedio al inicio de este programa.

Vales emitidos a través del Programa Tu Receta es Tu Vale

- Desde el inicio del Programa Tu Receta es tu Vale, y hasta el 31 de julio de 2016, el IMSS emitió 169,100 vales, de los cuales se canjearon 66,100. El Centro de Canje atendió 30,600 vales; en los otros casos, los derechohabientes regresaron a su propia Unidad de Medicina Familiar o a una cercana a su domicilio.

  - En lo que va de 2016, se emitieron 97,446 vales, de los cuales fueron canjeados 36,159, siendo atendidos por el Centro de Canje 15,239 vales. El promedio de atención de recetas fue de 99.7 por ciento.

- Para atender el abasto oportuno y suficiente de insumos para la salud en el ISSSTE, que considera medicamentos y material de curación, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, en coordinación con las áreas participantes en el proceso de abasto, se realizaron las siguientes acciones:
  - A través del Grupo de Seguimiento al Abasto[1/], se realizó el monitoreo del abasto a nivel de clave, mediante el análisis de la situación de compra, distribución y disponibilidad de insumos en las unidades médicas, que se realiza con el apoyo de la herramienta denominada Tablero de Control[2/], para la toma de decisiones en cuanto a la adquisición, cumplimiento de entregas por parte de proveedores y su distribución.
  - Como parte de las acciones de seguimiento y transparencia de la información, se mantiene la versión pública del tablero de control del abasto, disponible en el portal del ISSSTE[3/], el cual puede ser consultado por los usuarios directos de los servicios (población derechohabiente) y el público interesado.
  - En alineación con lo establecido en el Programa de Gobierno Cercano y Moderno, derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, y en lo particular, en lo relacionado con las Bases de Colaboración en Materia de Adquisiciones, en el Instituto se aplican las estrategias de adquisición establecidas, correspondientes a la realización de compras consolidadas, adjudicaciones con posibilidad de presentar propuestas de manera electrónica y aplicación de contrato marco.

Con el propósito de ampliar y mejorar la infraestructura hospitalaria, el Gobierno de la República continuó la promoción de **esquemas innovadores de financiamiento público-privado para impulsar la sostenibilidad financiera de los organismos públicos**.

1/ Este grupo funge como un Comité que eslabona toda la cadena de abasto y considera los procesos de planeación, adjudicación y distribución de insumos médicos.

2/ Este Tablero permite conocer el estatus del abasto de las claves en las unidades médicas del Instituto y en el Centro Nacional de Distribución.

3/ http://isssteapache.issste.gob.mx/transparenciaproactiva/.

- El 21 de junio de 2016, el IMSS publicó la convocatoria para el concurso público internacional No. APP-019GYR040-E17-2016 para el diseño, construcción, equipamiento, operación, mantenimiento, conservación y prestación de servicios en el Hospital General de Zona en Bahía de Banderas, Nayarit, el cual contará con capacidad de 144 camas censables.
  - Además del proyecto citado anteriormente, se incorporaron en el PEF 2016 otros tres proyectos de segundo nivel (Hospital General de Zona de 180 camas en Tapachula, Chiapas; Hospital General Regional de 260 camas en García, Nuevo León; y Hospital General Regional de 260 camas en Tepotzotlán, estado de México), los cuales se encuentran en la etapa de preparación.
- En el ISSSTE se continuó trabajando en el desarrollo y modernización de nueva infraestructura hospitalaria, que contribuya a garantizar la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social del país, a través de la estructuración de proyectos mediante el esquema de Asociación Público-Privada (APP).
  - En este sentido, el Proyecto de Construcción de una nueva Clínica-Hospital de segundo nivel en Mérida, Yucatán, es el primer Proyecto de APP bajo la modalidad de "Propuesta no Solicitada", autorizado en el PEF 2015, con una inversión estimada de 602.6 millones de pesos[1/].
    - El proyecto incluye el diseño, construcción, equipamiento, mantenimiento y operación por 25 años contractuales de la nueva unidad hospitalaria. Se prevé que la Clínica Hospital cuente con 66 camas de hospitalización, 38 camas de tránsito, 21 especialidades, 18 consultorios, 11 servicios auxiliares de diagnóstico, siete servicios auxiliares de tratamiento y cuatro salas quirúrgicas, de las cuales tres son de cirugía general y una de tococirugía. La prestación del servicio médico, de enfermería y de medicamento, sigue siendo provista por el ISSSTE.
    - Con esta nueva unidad se busca beneficiar a alrededor de 170 mil derechohabientes de Yucatán y de manera indirecta a cerca de 760 mil derechohabientes de la región.
  - Asimismo, en el PEF del Ejercicio Fiscal 2016 se autorizó el Proyecto de Sustitución del Hospital General "Dr. Daniel Gurría Urgell" en Villahermosa, Tabasco, para realizarse mediante el esquema de APP, con una inversión inicial estimada de 701.4 millones de pesos[1/].
    - Mediante este proyecto se prevé beneficiar aproximadamente a 191 mil derechohabientes, a través de una infraestructura de 90 camas de hospitalización, 49 camas de tránsito, 29 consultorios, 11 servicios auxiliares de diagnóstico, ocho servicios auxiliares de tratamiento y cinco quirófanos, de los cuales tres son de cirugía general, uno de cirugía ambulatoria y otro de tococirugía.
    - El proyecto plantea el diseño, construcción, equipamiento y mantenimiento, para la operación por 23 años contractuales de la nueva unidad hospitalaria.
- Uno de los principales propósitos del actual Gobierno de la República en materia de seguridad social es **garantizar la sustentabilidad de las pensiones.** Por ello, a través del Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado (PENSIONISSSTE), mantiene su compromiso de incrementar el ahorro pensionario y la tasa de reemplazo, por medio de las siguientes acciones: invirtiendo de manera diversificada los recursos de los trabajadores, bajo el criterio de rentabilidad atractiva y riesgo acotado; reduciendo las comisiones y distribuyendo su remanente de operación entre sus cuentahabientes.
- Al cierre de junio de 2016 los activos de las Sociedades de Inversión de Fondos para el Retiro (SIEFORE) del PENSIONISSSTE, se invirtieron de la siguiente manera: 58.1% en valores gubernamentales, 25.8% en valores privados, 8.8% en renta variable nacional, 4.4% en Certificados de Capital de Desarrollo, 2.7% en Fideicomisos de Infraestructura y Bienes Raíces y 0.2% en deuda internacional.
  - Se fortaleció el proceso de inversión de activos al concluir exitosamente en octubre de 2015 la fase de implementación del Sistema de Gestión de Inversiones y Riesgos contratado[2/], con la participación de la empresa *Blackrock Financial Management Inc.*, el cual inició operaciones en noviembre de 2015.

1/ A precios de 2016.

2/ Este sistema realiza en forma más eficiente la administración de las carteras de las SIEFORE, mejorando las posibilidades de diversificación, rentabilidad y seguridad de los recursos invertidos en las cuentas individuales de los trabajadores afiliados.

Alcances del Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado

- Por segunda vez en la presente administración, el PENSIONISSSTE redujo su comisión de 0.99% en 2014 a 0.92% en 2015 y a 0.89% en 2016, y continuó siendo la más baja del mercado. Así, se refuerza el compromiso que se tiene con los cuentahabientes, sin que con ello se afecte la viabilidad financiera del Fondo.
- Como producto de su eficiencia operativa y financiera, PENSIONISSSTE distribuyó 295 millones de pesos a 675,681 cuentahabientes del Fondo, que cumplieron con los requisitos de distribución por concepto de Remanente de Operación correspondiente al ejercicio de 2014. La reinversión en las cuentas de los trabajadores se realizó en octubre de 2015.
- Con el propósito de incrementar la tasa de reemplazo del trabajador al final de su vida laboral, mediante el Fondo se ofrecieron rendimientos competitivos medidos con el Indicador de Rendimiento Neto (IRN), y se mejoró su posición en el *ranking* de la industria, al alcanzar el primer lugar en las SIEFORE 1, 2 y 3 con un horizonte de 37, 60 y 80 meses, respectivamente; y tercer lugar en la SIEFORE 4 a 80 meses.
- El PENSIONISSSTE recibió de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro 907.4 millones de pesos por 83,500 cuentas, en el proceso de Asignación y Reasignación de cuentas del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016, como reconocimiento al buen desempeño medido con el rendimiento neto, menor comisión, promoción del ahorro voluntario y calidad en la gestión financiera. Durante estos cuatro años se recibieron 3,492 millones de pesos por esta distribución.
- Por segundo año consecutivo las cuatro SIEFORE del PENSIONISSSTE recibieron la máxima calificación que otorga la agencia calificadora *Fitch Rating*: Excelente/AAA(mex)[1/].
- Mediante este Fondo se participó activamente en los proyectos de interés nacional, como es el fortalecimiento de la infraestructura educativa, al orientar 1,401.2 millones de pesos a los Certificados de Infraestructura Escolar Nacional. Las inversiones se realizaron en diciembre de 2015 y marzo de 2016, y representaron 10.3% del total de las emisiones. Es así como los recursos de los trabajadores contribuirán a mejorar la infraestructura de las escuelas del país en los próximos tres años, y el desempeño de esos instrumentos de largo plazo incrementarán el saldo dedicado al retiro.

[1/] Fecha de recepción el 12 de mayo de 2016.

- Del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, el Fondo captó por actividad comercial 9,289 nuevas cuentas por 5,380.8 millones de pesos, lo que significó un incremento real[1/] de 71.2% comparado con los 3,062.8 millones de pesos de septiembre de 2014 a junio de 2015. Por primera ocasión, de enero a junio de 2016, se obtuvo un saldo neto positivo en el proceso de traspasos de la industria por 1,077 millones de pesos.

- El Fondo se mantiene como el segundo mayor promotor del ahorro adicional para el retiro. El saldo de ahorro solidario invertido en las SIEFORE, se incrementó en 28.1% en términos reales[1/], al pasar de 6,205 millones de pesos en junio de 2015 a 8,155 millones de pesos para junio de 2016. El número de cuentahabientes con aportación creció en 27,513 al quedar en 254,710 para el periodo en mención.

- A través de los programas para fomentar el ahorro voluntario se incrementó en 28.9% el saldo de las aportaciones, por lo que a junio de 2016 se acumularon 1,696.5 millones de pesos respecto de los 1,282.6 millones registrados en junio de 2015.

- En materia de concesión de pensiones, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016, el ISSSTE otorgó 65,046 nuevas pensiones, de las cuales 61,415 corresponden al Régimen de Sistema de Reparto, que equivalen a 5,948.2 millones de pesos; y 3,631 al Régimen de Cuentas Individuales, en beneficio de los derechohabientes elegibles de la República Mexicana.

Se avanzó en el **diseño de estrategias integrales para el patrimonio inmobiliario propiedad de los institutos públicos**, obteniendo los siguientes resultados:

- Se administró el patrimonio inmobiliario del IMSS bajo dos esquemas: arrendamiento de inmuebles y Permisos de Uso Temporal Revocable.

[1/] La variación real se calculó tomando como base el deflactor que resulta de la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor del promedio enero-junio 2016 respecto al promedio enero-junio de 2015 (1.0263). Este cálculo aplica a todas las variaciones en términos reales de cifras monetarias relativas a flujo de efectivo que se presentan para el periodo señalado en esta estrategia.

Arrendamiento de inmuebles

- En esta administración inició una revisión detallada de las áreas alquiladas en las delegaciones y en el nivel central del IMSS, encontrando que en muchos casos se trataba de espacios no dedicados a la atención al público y en algunos de ellos la Delegación contaba con inmuebles propios, que con una inversión menor podrían utilizarse en iguales o mejores condiciones que los arrendados, sin el costo para el IMSS.

– Durante 2015, se redujo el número de inmuebles arrendados por el Instituto de 364 a 338, lo que representó una disminución de 7.1%, y una contención del gasto en este rubro de 5.4%, logrando un cierre de 268.4 millones de pesos respecto al presupuesto aprobado de 283.7 millones de pesos. En lo que va del ejercicio 2016, se cuenta con 336 arrendamientos vigentes, derivado de cuatro cancelaciones de inmuebles arrendados y tomando en cuenta que hasta el momento solo se han autorizado dos nuevos arrendamientos indispensables para el otorgamiento de los servicios que brinda el IMSS, procurando así la contención del gasto sobre el presupuesto anual asignado de 279.8 millones de pesos.

– Permisos de Uso Temporal Revocable. Con el fin de lograr un mejor aprovechamiento de los espacios y de atender necesidades complementarias de los derechohabientes, durante 2015 se llevó a cabo una actualización de las cuotas que se cobran a los permisionarios por el uso de áreas institucionales, con base en el tipo de uso de los inmuebles, para brindar servicios adicionales a los derechohabientes, elevando la calidad de los productos a ofrecer y obtener recursos adicionales.

  - De septiembre de 2015 a agosto de 2016, el Instituto generó ingresos del orden de 146 millones de pesos por el cobro de Permisos de Uso Temporal Revocable a diversos establecimientos, lo que representó un incremento de 43%, respecto del periodo previo. Destaca la puesta en operación de tiendas de conveniencia en los Centros Médicos Nacionales de la Raza y Siglo XXI en la Ciudad de México. A través de estos permisos se generaron recursos al Instituto de 1.2 millones de pesos, y se amplían y mejoran los servicios a la derechohabiencia, familiares y visitantes que concurren a estos sitios. Se prevé que en 2016 se obtengan recursos adicionales de 1.2 millones de pesos por el proyecto de operación de estacionamientos en Morelos.

- En el ISSSTE se continuó con una estrecha relación entre las áreas involucradas en el control y registro del patrimonio inmobiliario, estableciendo de manera efectiva los mecanismos administrativos, jurídicos y contables, que permitan su correcta identificación.

  – Al respecto, del 1 de septiembre de 2015 al 30 de junio de 2016 se identificaron 885[1/] inmuebles propios, los cuales cuentan con un título que acredita al ISSSTE como propietario.

  – Asimismo, el Instituto cuenta con 20 inmuebles otorgados mediante el Acuerdo de Destino que se establece en el Artículo 61 de la Ley General de Bienes Nacionales. En el total de inmuebles, se incluye el destinado a la Sede Delegacional de Nayarit.

  – Se tienen 271 inmuebles por Transferencia Administrativa, los cuales se consideran otorgados para su aprovechamiento por el Gobierno de la República.

  – También, se cuenta con un registro de 190[2/] inmuebles irregulares, de los cuales 145 están en proceso de regularización y 45 se encuentran en análisis de baja ante el Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales (INDAABIN).

  – Con el propósito de obtener una mayor certeza de los valores registrados, como son la solicitud, el pago y su respectivo registro contable, se solicitaron 19 avalúos paramétricos[3/] al INDAABIN, los cuales se encuentran concluidos en su totalidad.

  – Adicionalmente, se continúa con la última fase de conciliación e identificación en el rubro de terrenos, en la cual se tienen identificados 40 inmuebles susceptibles de avalúo paramétrico.

1/ Del 1 de septiembre de 2015 a marzo de 2016, se incluyeron siete inmuebles, conforme a los siguientes rubros: por regularización de cinco inmuebles y por la adquisición por donación de dos inmuebles.

2/ Se incluye la totalidad de inmuebles irregulares, los cuales en el Programa Anual de Disposición de Bienes Inmuebles 2016, se muestran las acciones tendientes a su regularización.

3/ Se refiere al dictamen valuatorio que emite el INDAABIN para bienes inmuebles, con base en precios unitarios determinados mediante parámetros de valor de terreno y de construcciones, de acuerdo con sus características físicas y/o calidad, así como su uso o tipo constructivo, considerando deméritos en los casos que aplique; acorde todo ello a los datos que los usuarios de dependencias, entidades y otras instituciones públicas federales capturen en el módulo de paramétricos del sistema de captura al que les da acceso este Instituto una vez que se suscriben al programa.

2.5 Proveer un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna

El Gobierno de la República ha generado políticas públicas encaminadas a garantizar derechos fundamentales. Con la finalidad de proveer vivienda digna a las familias y fomentar ciudades sustentables, seguras, resilientes y compactas, la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (SEDATU) implementa diversas estrategias y líneas de acción para transitar hacia un modelo de desarrollo urbano sustentable, abatir el rezago de vivienda y promover una mejor coordinación interinstitucional para el impulso del desarrollo regional, urbano, metropolitano y de vivienda.

El tránsito a un modelo de desarrollo sustentable ha requerido de la promoción de reformas a la legislación en materia de planeación urbana y uso del suelo. Asimismo, se han impulsado acciones para crear ciudades más compactas y realizado intervenciones para rehabilitar el entorno y mejorar la calidad de vida en desarrollos y unidades habitacionales. De igual manera, se han efectuado acciones de renovación urbana, ampliación y mejoramiento de la vivienda, y se ha procurado la modernización de catastros y de registros públicos de la propiedad, así como la incorporación y regularización de propiedades no registradas.

Con el interés de reducir el rezago de vivienda, se diseñó e instrumentó una nueva política en la materia, acorde con el ordenamiento del territorio con visión de Estado y que privilegia el interés público sobre los intereses particulares. El acceso a la vivienda es hoy un medio para garantizar la inclusión y reducir brechas de desigualdad, así como para evitar el hacinamiento y la violencia de género.

Las acciones en esta materia incluyen un enfoque de derechos, son participativas pues incorporan a las personas en las decisiones arquitectónicas y urbanísticas sobre el espacio en que habitan, e incluyentes porque priorizan acciones para jefas de familia, adultos mayores, jóvenes, personas con discapacidad y grupos indígenas.

Es fundamental para el desarrollo regional, urbano, metropolitano y de vivienda, la promoción de una mejor coordinación interinstitucional, por lo que se han fortalecido las instancias e instrumentos de coordinación y cooperación entre los tres órdenes de gobierno y los sectores de la sociedad.

Las tareas descritas se complementan con la promoción de la certeza jurídica en la tenencia de la tierra, así como la certificación de derechos agrarios colectivos o individuales. Cabe hacer notar la conclusión que se ha alcanzado de conflictos agrarios de larga data, el impulso del desarrollo de los municipios mineros, la promoción de la cultura contractual entre los sujetos agrarios y el abatimiento del rezago del registro agrario.

2.5.1 Transitar hacia un Modelo de Desarrollo Urbano Sustentable e Inteligente que procure vivienda digna para los mexicanos

El nuevo modelo urbano impulsa **ciudades más compactas, con mayor densidad de población y actividad económica**. Para ello, se realizaron las siguientes acciones:

- De enero a diciembre de 2015, se mejoraron las condiciones del entorno urbano y de habitabilidad de los hogares asentados en las zonas de operación del Programa Hábitat[1/].
  - Se financiaron 12,642 proyectos en 443 polígonos prioritarios y 105 zonas de intervención preventiva, en 291 municipios de 223 ciudades.
  - En la vertiente general, se financiaron 10,171 proyectos, de los cuales 2,396 fueron para el mejoramiento del entorno urbano, 7,772 para desarrollo social y comunitario y tres para promoción del desarrollo urbano. A esta vertiente se destinaron 1,996.4 millones de pesos.
  - En la vertiente de intervenciones preventivas, se financiaron 2,442 proyectos, de los que 432 fueron para mejoramiento del entorno urbano y 2,010 para desarrollo social y comunitario. En esta vertiente se erogaron 579.5 millones de pesos.
  - En la vertiente Centros Históricos, se apoyaron 29 proyectos para la protección, conservación y revitalización de los centros históricos inscritos en la Lista de Patrimonio Mundial de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Se intervinieron ocho centros en las ciudades de México (Xochimilco), Guanajuato, Morelia, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tlacotalpan y Zacatecas. Para estas acciones, se canalizaron 53.1 millones de pesos.
  - De enero de 2013 a diciembre de 2015, se realizaron 38,611 acciones de desarrollo social y comunitario, 10,752 obras de mejoramiento del entorno urbano y 111 proyectos de promoción del desarrollo urbano, para beneficio de 2.7 millones de hogares en zonas de alto rezago social. Se construyeron 9.6 millones de metros cuadrados de pavimentación de calles integrales y 1.1 millones de metros lineales de redes

1/ El Programa Hábitat operó hasta diciembre de 2015.

de agua potable, drenaje y electricidad. Asimismo, se apoyó la construcción, habilitación, ampliación y equipamiento de 988 centros de desarrollo comunitario.

- El Programa Rescate de Espacios Públicos (PREP) rehabilitó espacios con deterioro y abandono, para prevenir el delito y la violencia, impulsar la movilidad urbana y fortalecer el tejido social.
  - En 2015[1/], se intervinieron 1,303 espacios, en 503 municipios, para beneficio de 3.8 millones de personas. Asimismo, se efectuaron 61,960 acciones sociales entre las que destacan: cursos y talleres de impulso a la organización social y seguridad comunitaria, prevención de conductas antisociales y de riesgo, violencia y promoción de la equidad de género, torneos de futbol, actividades rítmicas grupales y funciones de cine. Estas acciones se implementaron mediante las estrategias nacionales Espacio Vivo, Arte y Cultura, Manos Unidas y META.
  - De enero de 2013 a diciembre de 2015, se realizaron acciones de rehabilitación y rescate de más de 3,200 espacios, ubicados en más de 500 municipios y delegaciones de las 32 entidades federativas, en los que se benefició a más de 11 millones de personas.
- Con el Programa de Reordenamiento y Rescate de Unidades Habitacionales[2/], se coadyuvó a revertir el abandono de estos espacios y se mejoró la calidad de vida de sus habitantes.
  - De enero a diciembre de 2015, se intervinieron ocho unidades habitacionales con 4,583 viviendas, en las que se aplicó pintura en fachadas, impermeabilización de azoteas y el mejoramiento de áreas verdes y comunes en beneficio de más de 18,300 condóminos. Las unidades habitacionales se asientan en los municipios de Tijuana, Baja California; Ciudad Juárez, Chihuahua; Toluca, estado de México; Pachuca de Soto, Hidalgo y Tuxpan y Xalapa en Veracruz.
  - Entre 2014 -año de inicio del programa- y diciembre de 2015, se intervino en 34 unidades y conjuntos de vivienda horizontal con un total de 25,639 viviendas, en beneficio de 113,979 habitantes, en las que se aplicó pintura en fachadas, impermeabilización de azoteas y el mejoramiento de áreas verdes y comunes. Para este propósito se destinaron 354 millones de pesos.
- Con el Programa de Infraestructura[3/], de enero a junio de 2016, se realizaron las siguientes acciones:
  - En la Vertiente Infraestructura para el Hábitat, se recibieron para su autorización 9,516 proyectos con una inversión de 1,788.2 millones de pesos, en 546 zonas de actuación, ubicadas en 222 ciudades de 301 municipios. Para los Centros Históricos, se han autorizado 27 proyectos para Campeche, Ciudad de México (Xochimilco), San Miguel de Allende, Guanajuato, Morelia, Puebla y Querétaro, por 53 millones de pesos.
  - En la Vertiente Espacios Públicos y Participación Comunitaria, se intervinieron 205 espacios públicos, ubicados en 113 municipios, que beneficiaron a 646 mil personas. Asimismo, se apoyaron siete unidades habitacionales con 6,016 viviendas, en beneficio de 24,064 personas.
  - En la Vertiente Ampliación y/o Mejoramiento de la Vivienda, se apoya la construcción de un cuarto adicional, así como acciones y servicios de ampliación y/o mejoramiento de la vivienda. Para 2016, se cuenta con una meta de 90 mil cuartos adicionales y hasta agosto se identificaron 62,588 hogares en los cuales se realizará la construcción del cuarto adicional, con una inversión federal de 2,816.5 millones de pesos, en 524 municipios de 30 entidades federativas.
- Con la promoción e instrumentación de los Desarrollos Certificados, financiados por la Sociedad Hipotecaria Federal (SHF), se generaron áreas con calidad y criterios de sustentabilidad, en un entorno urbano provisto de plena suficiencia de los servicios de equipamiento e infraestructura que garanticen su total habitabilidad.
  - Entre enero de 2013 y junio de 2016, se certificaron ocho desarrollos que representan la construcción de 243,794 viviendas, en beneficio de 975,176 personas. Los desarrollos se distribuyen en cinco estados: uno en Baja California, uno en Durango, dos en Hidalgo, uno en Michoacán y tres en Quintana Roo. La superficie que comprenden los desarrollos asciende a 5,312 hectáreas integralmente planeadas, para promover una mayor sustentabilidad ambiental, social y económica e impulsar el desarrollo regional.
  - De septiembre de 2015 a junio de 2016, se realizaron reuniones del Grupo de Evaluación, Aprobación y Seguimiento de los Desarrollos Certificados (GEAPS).

1/ El Programa Rescate de Espacios Públicos operó hasta diciembre de 2015.

2/ El Programa de Reordenamiento y Rescate de Unidades Habitacionales operó hasta diciembre de 2015.

3/ En 2016, inició su operación el Programa de Infraestructura, derivado de la fusión de los programas Hábitat, Fomento a la Urbanización Rural (FUR), Rescate de Espacios Públicos, Reordenamiento y Rescate de Unidades Habitacionales y Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP).

- Se presentaron las evaluaciones técnica y financiera de los proyectos de los Desarrollos Certificados: Paseos de Chavarría, en Mineral de la Reforma y Ciudad Bicentenario, en Atotonilco de Tula, ambos en Hidalgo; Haciendas del Sol, en Reynosa, Tamaulipas; Distrito Cultural Universitario, en Zapopan, Jalisco; Territorio de Gigantes, en Aguascalientes, Aguascalientes y Paseos del Mar (Puerta del Mar), en Benito Juárez, Quintana Roo.

- Se realizaron tres reuniones con los patrocinadores y evaluadores financieros de los proyectos de Desarrollo Certificado Jagüey y Ciudad Pitic, ambos en Hermosillo, Sonora. Las evaluaciones financieras se concluyeron en junio y el resultado de las mismas se presentó al GEAPS, para su validación y posterior consideración de la Comisión Intersecretarial de Vivienda, con miras a su eventual certificación.

- También, se celebraron reuniones de trabajo con patrocinadores de nueve proyectos de Desarrollos Certificados que culminaron su registro e iniciaron el análisis de pre-requisitos, fase previa al inicio formal del proceso de certificación. La distribución de los nueve proyectos por entidad federativa es: uno en Chihuahua, uno en Durango, uno en Guanajuato, uno en Jalisco, dos en el estado de México y tres en Quintana Roo.

- De septiembre de 2015 a junio de 2016, dentro de los desarrollos certificados vigentes, la Comisión Nacional de Vivienda (CONAVI) canalizó 8,604 subsidios por un monto de 541.6 millones de pesos, para la adquisición de vivienda.

- Con la finalidad de incluir a las organizaciones de la sociedad civil en la planeación, implementación y evaluación de la política pública, se organizaron tres Diálogos por el Derecho a la Ciudad en los que se expresaron las necesidades, demandas y propuestas ciudadanas: el primer diálogo tuvo lugar el 14 de octubre de 2015 con el tema de accesibilidad universal; el segundo se llevó a cabo el 10 de diciembre con el tema enfoque de género; y el tercero fue organizado el 7 de marzo de 2016, en el marco del Festival MEXTROPOLI con el objetivo de escuchar las propuestas del gremio de los arquitectos.

Con el objeto de **inhibir el crecimiento de las manchas urbanas hacia zonas inadecuadas**:

- La Comisión para la Regularización de la Tenencia de la Tierra (CORETT), otorga certeza jurídica sobre los predios regularizados a familias que habitan o poseen un lote en asentamientos humanos irregulares.

  – Entre diciembre de 2012 y agosto de 2016, se realizaron 197,275 acciones para la regularización de lotes en una superficie de 11,338 hectáreas, para beneficio de 789,100 personas. Las acciones para la regularización de lotes son superiores en 15.7% con relación a las efectuadas en similar periodo de la administración anterior. Asimismo, se publicaron 29 decretos expropiatorios de 27,279 lotes con una superficie de más de 1,359 hectáreas, para la regularización y escrituración de predios irregulares.

  – De septiembre de 2015 a junio de 2016, se entregaron 48,488 escrituras en beneficio de 193,952 personas, y se publicaron 15 decretos expropiatorios con más de 731 hectáreas para regularizar y escriturar 14,328 lotes irregulares. Estos resultados fueron superiores a los alcanzados en igual periodo del año anterior, en 114.3% con relación a los decretos publicados, en 57.8% para la superficie involucrada y en 50.4% para la cantidad de lotes.

- A través del Programa para Regularizar Asentamientos Humanos Irregulares, entre enero de 2013 y agosto de 2016, se otorgaron 70,603 subsidios para la misma cantidad de familias con propósitos de regularizar y titular sus lotes.

  – De septiembre de 2015 a agosto de 2016, se asignaron 18,094 subsidios a igual número de familias para la regularización y titulación de sus lotes. Los subsidios otorgados fueron mayores en 8.3% a los 16,700 concedidos en el mismo lapso del año precedente.

- El Esquema Integral de Regeneración Urbana y Social, que a partir de diciembre de 2015 impulsa el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), propone recuperar la imagen urbana y la integración comunitaria en los conjuntos habitacionales financiados por el Instituto.

  – El esquema inició actividades con la atención de polígonos con alta concentración de vivienda recuperada y abandonada. En diciembre de 2015, se intervinieron de forma simultánea 13 conjuntos habitacionales con más de 84 mil viviendas, para beneficiar a más de 210 mil habitantes en siete estados del país. En enero de 2016, se aprobó la ampliación del programa, con el objetivo de fortalecer los activos financieros que respaldan a los créditos hipotecarios del Instituto, y transitar de intervenciones físicas y sociales correctivas a preventivas, en conjuntos habitacionales con alta densidad de créditos otorgados por el INFONAVIT.

- De octubre de 2015 a mayo de 2016, se implementó la primera edición del Diplomado en Desarrollo Regional en la modalidad del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México, dirigido a formar capacidades en materia de planeación del desarrollo a funcionarios públicos en los tres niveles de gobierno.
- El 5 de noviembre de 2015, en el marco de la Segunda Sesión Ordinaria del Comité Técnico Especializado en Información sobre Desarrollo Regional y Urbano del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se aprobó la Metodología de la Regionalización Funcional de México y, el 10 de noviembre se incorporó al Mapa Digital del INEGI, como herramienta de visualización y consulta.
- El 17 de junio de 2015, se presentó en la ciudad de Tijuana la Estrategia Nacional de Desarrollo Regional de los Corredores Económicos Pacífico-Canamex, en la que se identificaron 248 proyectos regionales de importancia estratégica.

Se promueven **reformas a la legislación en materia de planeación urbana, uso eficiente del suelo y zonificación**.

- El Gobierno de la República trabaja en la elaboración de una propuesta de reforma a la Ley Agraria, en el marco de la convocatoria de la Comisión de Justicia y Reforma Agraria de la Cámara de Senadores. La reforma persigue que para las superficies que cumplan con lo previsto en el artículo 95 del Reglamento de la Ley Agraria en Materia de Ordenamiento de la Propiedad Rural, proceda la reversión de los bienes expropiados con el fin de que se reintegren a los núcleos agrarios afectados, lo que otorgaría certeza y seguridad jurídica en la tenencia de la tierra a los sujetos agrarios, al devolverles dicha superficie.
- Se avanza también en el Proyecto de Ley de Asentamientos Humanos. En noviembre de 2015, se propusieron adecuaciones al marco legal para dar respuesta a las necesidades del México actual, cuya ley data de 1976 y sus últimas modificaciones fueron en 1993.

Para revertir el **abandono e incidir positivamente en la plusvalía habitacional, por medio de intervenciones para rehabilitar el entorno y mejorar la calidad de vida en desarrollos y unidades habitacionales** que así lo necesiten:

- Se dio cumplimiento al Compromiso de Gobierno CG 200 "Establecer un programa de apoyo al mantenimiento de las principales unidades habitacionales en el Distrito Federal", con la implementación del Programa Mejorando la Unidad, en coordinación con los tres niveles de gobierno.

Regeneración urbana

- De enero de 2013 a agosto de 2016, se intervinieron más de 3,405 espacios en las 32 entidades federativas, para beneficio de más de 11 millones de personas. De estos espacios, 1,321 son nuevos por lo que se registra 53% de avance en el Compromiso de Gobierno CG 142 "Rescatar, junto con los ciudadanos y autoridades locales, 2,500 parques y espacios deportivos abandonados".
- En el caso del Rescate de Unidades Habitacionales, se intervinieron 34 unidades y conjuntos de vivienda vertical con un total de 25,639 viviendas, en beneficio de 113,979 habitantes.

  - Durante 2014 y 2015, se intervinieron 14 unidades habitacionales, en beneficio de 4,836 viviendas ocupadas por 14,333 habitantes. Entre las acciones para mejorar las unidades destacan: 5,400 metros cuadrados con murales pintados, 26 bebederos públicos con agua purificada, *Internet* gratuito en 14 plazas públicas, 1,053 piezas de mobiliario urbano, 23 talleres de mantenimiento en áreas comunes y 681 luminarias instaladas.

  - Las unidades habitacionales beneficiadas fueron Águilas Barrioco y Santa Fé Belén, en la delegación Álvaro Obregón; Miguel Lerdo de Tejada y San Pedro Xalpa E y F, en Azcapotzalco; El Hueso Vergel, en Coyoacán; San Lorenzo Tejocotes y San Francisco I, II y III, en Iztapalapa; Anáhuac II, en Miguel Hidalgo; y Periférico-Hueso y Cuemanco I y II, en Tlalpan.

  - Entre enero y diciembre de 2015, se apoyaron cuatro unidades habitacionales. Sobresale la realización de 1,200 metros cuadrados de murales, ocho bebederos públicos con agua purificada, cuatro plazas públicas con *Internet* gratuito, 119 piezas de mobiliario urbano, tres talleres de mantenimiento en áreas comunes y 148 luminarias instaladas.

- En el marco del Compromiso de Gobierno CG 266 "10 compromisos con tu economía familiar, para las mejoras y/o ampliación de la vivienda", el INFONAVIT ofreció a sus derechohabientes una opción de financiamiento para reparar, mejorar y ampliar sus viviendas, pintar, impermeabilizar, cambiar los muebles de cocina o baño, entre otros.

  - De diciembre de 2012 a julio de 2016, se otorgaron 812,645 créditos bajo esta modalidad con una inversión de 21,576 millones de pesos.

  - Entre septiembre de 2015 y julio de 2016, el INFONAVIT facilitó el otorgamiento de 29,777 créditos por parte de entidades financieras, por un monto de inversión de 8,740 millones de pesos.

- El Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (FOVISSSTE), de enero de 2013 a julio de 2016, otorgó 58,309 créditos destinados a ampliación y mejoramiento en el esquema Respalda2m, que generaron una derrama económica por 2,395 millones de pesos.
  - De septiembre de 2015 a julio de 2016, se otorgaron 22,776 créditos destinados para ampliación y mejoramiento en el esquema Respalda2m, con una derrama económica de 953 millones de pesos, con recursos fondeados por la SHF y la banca comercial.
- Por medio de la SHF, entre septiembre de 2015 y junio de 2016, se autorizó una línea de fondeo para acciones de mejoramiento o ampliación de vivienda por 50 millones de pesos.

A fin de **mejorar las condiciones habitacionales y su entorno, en coordinación con los gobiernos locales**.

- A partir de octubre de 2015, se impulsa la estrategia "Un Cuarto Más", mediante la cual se construyen cuartos adicionales para abatir la condición de hacinamiento en la que se encuentran cerca de 2.5 millones de familias y se ofrece un espacio libre de violencia a niñas y adolescentes. También, se invitó a los gobiernos estatales y municipales, a hacer uso de los recursos del Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social para contribuir a construir cuartos adicionales.

Un Cuarto Más

- De enero a agosto de 2016 se han concluido 108 mil cuartos adicionales, en el marco de esta estrategia. A final del año, se estima llegar a 165 mil cuartos adicionales (90 mil del Programa de Infraestructura y 75 mil del Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares).

- Dentro de la estrategia Ciudades Seguras para las Mujeres, entre noviembre de 2015 y junio de 2016, se efectuaron acciones en cinco ciudades: Aguascalientes, Aguascalientes; Ciudad Juárez, Chihuahua; Colima, Colima; Durango, Durango y Tonalá, Jalisco, donde se realizan 25 obras para mejorar el alumbrado público, andadores peatonales, banquetas y pavimentación, entre otras, en 22 colonias, en beneficio de casi 121 mil personas.

Ciudades Seguras para las Mujeres

- Es una estrategia que se realiza conjuntamente con la Secretaría de Gobernación y a la SEDATU le corresponde participar en materia urbana, mediante obras para el mejoramiento del espacio público de uso cotidiano de la población que habita las localidades intervenidas.
  - Se conformaron grupos de coordinación interinstitucional con las autoridades locales y se efectuaron diagnósticos participativos con la comunidad y autoridades locales en cada ciudad, así como talleres de formación de capacidades locales. Con la participación de la comunidad se diseñaron los espacios, a través de 14 comités vecinales para el uso y cuidado del espacio público.

Para **impulsar acciones de renovación urbana, ampliación y mejoramiento de la vivienda del parque habitacional existente**:

- La reforma a la Ley del INFONAVIT, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 27 de abril de 2016, crea el marco legal para adecuar la operación financiera del Instituto a la reforma constitucional que permite la desindexación del salario mínimo y evitar desequilibrios financieros, tanto en el manejo de los activos, como los pasivos del INFONAVIT y apoyar el otorgamiento de cofinanciamientos a través de la banca privada o subsidios del Gobierno de la República.

Se trabaja para **fomentar una movilidad urbana sustentable con apoyo de proyectos de transporte público y masivo, y que promuevan el uso de transporte no motorizado**.

- El Gobierno de la República impulsa el desarrollo de sistemas de transporte masivo de pasajeros con la finalidad de facilitar la movilidad de los usuarios en zonas ampliamente pobladas, con menores costos de transporte y de forma más ágil.
  - En 2016, se dio continuidad a la realización de los siguientes proyectos para beneficio de más de siete millones de habitantes, al disminuir sus tiempos de traslado e incrementar la seguridad, bienestar y calidad del servicio.
    - Se lleva a cabo la construcción del Tren interurbano México-Toluca, que hasta agosto de 2016, tiene un avance físico de 33.1%, así como de la Línea 3 del Sistema del Tren Eléctrico Urbano en la Zona Metropolitana de Guadalajara, que registra un avance físico de 26.4 por ciento.
    - Se apoya la construcción de la Línea 3 del Sistema de Transporte Colectivo Metrorrey, en Nuevo León, que actualmente cuenta con un avance físico de 74.3% y del Corredor 1: Puerta México-El Florido, en Tijuana, Baja California, que presenta un avance físico de 36.5 por ciento.
  - Hasta agosto de 2016, operan 81 autobuses de 100 pasajeros en la Ecovía de Monterrey, cuyo tiempo de recorrido es de 60 minutos de terminal a terminal, y disminuyen la emisión de bióxido de carbono en 17 mil toneladas al año.

- Se trabaja con el gobierno del estado de México para el seguimiento del sistema de Transporte Masivo tipo BRT[1/] "Indios Verdes-Ecatepec", que presenta un avance de 52% en la obra del carril confinado.

Para propiciar la **modernización de catastros y de registros públicos de la propiedad, así como la incorporación y regularización de propiedades no registradas**, destacan las siguientes acciones:

- Entre diciembre de 2012 y agosto de 2016, en el marco del Programa de Modernización de los Registros Públicos de la Propiedad y Catastros, se canalizaron recursos para la ejecución de 68 proyectos de modernización en 26 entidades federativas, por 815.9 millones de pesos, con los siguientes resultados:
  - Como parte de la modernización, en 25 entidades federativas se cuenta con Ley de Firma Electrónica Avanzada, cuatro presentaron su iniciativa al Congreso Local y 11 avanzaron en la vinculación de las bases de datos. Todas las entidades federativas cuentan con un convenio suscrito con el Servicio de Administración Tributaria para el uso de la firma electrónica avanzada.
  - Hasta agosto de 2016, 13 registros públicos de la propiedad y 11 catastros estatales prestan sus servicios en línea, así como 20 registros públicos de la propiedad usan formas precodificadas (incluyen el tracto sucesivo de las operaciones inmobiliarias).
  - De septiembre de 2015 a agosto de 2016, se apoyaron 20 proyectos en 13 entidades federativas, con recursos por 245.9 millones de pesos, que sumados a los 175.8 millones de aportación estatal, totalizan una inversión de 421.7 millones de pesos.
  - Se inició el desarrollo e integración de una Plataforma Nacional de Información Registral y Catastral para coadyuvar en la disponibilidad de información sobre el territorio con fines de planeación, desarrollo económico, competitividad y prevención de riesgos.
- Con el Programa de Modernización del Catastro Rural Nacional, el Registro Agrario Nacional (RAN) actualiza la información registral y catastral de la propiedad social y moderniza los sistemas que contienen dicha información.
  - Entre diciembre de 2012 y agosto de 2016, se actualizaron 1,859 acciones agrarias en el Sistema de Catastro Rural Nacional y 36,189 acciones agrarias o actos jurídicos que reconocen, crean, modifican o extinguen a núcleos agrarios. Se inscribieron 561,858 actos jurídicos y se realizaron 114 mejoras a trámites y servicios, en el Sistema Integral de Modernización Catastral y Registral (SIMCR).
  - De septiembre de 2015 a agosto de 2016, se logró lo siguiente:
    - Se actualizaron 545 acciones agrarias en el Sistema de Catastro Rural Nacional y 5,156 acciones agrarias o actos jurídicos que reconocen, crean, modifican o extinguen a núcleos agrarios.
    - Se inscribieron 97,602 actos jurídicos y mejoraron 56 trámites y servicios, en el SIMCR.
    - De enero a agosto de 2016, se logró la cobertura de cerca de 60.1 millones de hectáreas de superficie de la propiedad social, a través de la atención de trámites y servicios de manera individual. El promedio nacional es de 75 días para la atención de solicitudes.

2.5.2 Reducir de manera responsable el rezago de vivienda a través del mejoramiento y ampliación de la vivienda existente y el fomento de la adquisición de vivienda nueva

Para **desarrollar y promover vivienda digna que favorezca el bienestar de las familias**:

Nueva Política de Vivienda

- El Gobierno de la República se comprometió a construir viviendas de calidad, con una superficie mínima de 48 metros cuadrados, que tengan al menos dos habitaciones, cuenten con equipamientos, estén conectadas a los servicios básicos y a redes de transporte. Asimismo, se estructuró una nueva política de subsidios para familias de bajos recursos.
- De enero de 2013 a junio de 2016, se llevaron a cabo 4,094,810 acciones de financiamiento en materia de vivienda para los mexicanos, de las cuales 1,661,847 son para vivienda nueva, 1,854,768 para mejoramientos y 578,195 para vivienda usada. Por organismo, 2,136,439 acciones fueron realizadas por el INFONAVIT, 690,878 por CONAVI, 587,047 por SHF y las 680,446 restantes por el FOVISSSTE, el FONHAPO y el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias.
- La inclusión es un componente vital de la nueva política nacional de vivienda. Por ello, 1.47 millones de acciones, entre créditos y subsidios fueron para las mujeres, y un poco más de 994 mil para jóvenes menores de 30 años.

- El Programa Acceso al Financiamiento para Soluciones Habitacionales de la CONAVI, entre enero de 2013 y

[1/] El significado de las siglas BRT es *Bus Rapid Transit*, sistema de transporte que combina la calidad del transporte ferroviario con la flexibilidad de los autobuses.

junio de 2016, otorgó 693,599 subsidios a igual número de personas por un importe de 35,171.8 millones de pesos.

- De septiembre de 2015 a junio de 2016, otorgó 152,688 subsidios por 8,886.4 millones de pesos. De los subsidios otorgados, 64.1% se destinó a beneficiarios con ingresos de hasta 2.6 veces el salario mínimo mensual.

- Con los programas Vivienda Digna y Vivienda Rural, operados por el FONHAPO[1/], entre enero de 2013 y diciembre de 2015, se otorgaron 278,267 subsidios a igual número de familias por un monto de 8,485.6 millones de pesos.

  - Entre septiembre y diciembre de 2015, se concedieron 51,234 subsidios por un monto de 1,474.2 millones de pesos.

- De enero a julio de 2016, a través del Programa de Apoyo a la Vivienda, se otorgaron 49,072 subsidios a igual número de familias por un monto de 875.2 millones de pesos.

- El FOVISSSTE, de enero de 2013 a julio de 2016, otorgó 18,336 créditos con subsidio para trabajadores con un ingreso mensual menor a cinco veces el salario mínimo y, 234,107 créditos hipotecarios para adquisición de vivienda nueva o usada, con una inversión total de 136,509 millones de pesos.

  - Desde su publicación en el DOF, el 24 de julio de 2014 y hasta julio de 2016, el FOVISSSTE ha otorgado 125 créditos en pesos.

  - De septiembre de 2015 a julio de 2016, concedió 9,956 créditos con subsidio para trabajadores con ingresos mensuales menores a cinco veces el salario mínimo, que superan en 79% los 5,569 otorgados durante el periodo anterior. Asimismo, otorgó 55,063 créditos hipotecarios para adquisición de vivienda nueva o usada, con una inversión de 34,174 millones de pesos.

  - El 24 de marzo de 2016, se publicó en el DOF la reforma de los artículos 167 y 179 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y se gestiona ante el Senado de la República la aprobación para poder otorgar un segundo crédito a los derechohabientes.

- El INFONAVIT, entre diciembre de 2012 y julio de 2016, otorgó 1,415,530 créditos hipotecarios con una inversión de 403,499 millones de pesos. Del total de créditos, 935,845 son para vivienda nueva y 479,685 para vivienda usada.

  - De septiembre de 2015 a julio de 2016, el INFONAVIT otorgó 361,907 créditos hipotecarios con una derrama de 109,974 millones de pesos. Los estados en donde más se otorgaron financiamientos fueron Coahuila de Zaragoza, Guanajuato, Jalisco, México y Nuevo León.

    - Del total de créditos, 239,163 fueron para vivienda nueva con una inversión de 69,350 millones de pesos y 122,744 para vivienda usada, con un monto de 40,624 millones de pesos. Cabe hacer notar que 62% de los créditos hipotecarios fueron para derechohabientes con ingresos menores a cuatro veces el salario mínimo mensual, por lo que obtienen su crédito con tasas de interés por debajo de las prevalecientes en el mercado.

  - De enero de 2013 a julio de 2016, el INFONAVIT otorgó 482,203 subsidios federales a la misma cantidad de trabajadores, por un monto de 28,267 millones de pesos. Con estas acciones los acreditados pueden adquirir una vivienda de mayor calidad, que cumpla de mejor manera con sus necesidades.

  - Desde mayo de 2013 a junio de 2016, el INFONAVIT ha formalizado 557,160 créditos en pesos, con una inversión de 171,776 millones de pesos.

- Entre septiembre de 2015 y julio de 2016, el INFONAVIT otorgó subsidios federales a 127,216 trabajadores, por 7,885 millones de pesos.

- Para contar con un producto de crédito que atienda a trabajadores con ingresos de 3.5 a cinco veces el salario mínimo mensual, y fomentar la coparticipación de entidades financieras en la colocación de créditos para trabajadores de bajos ingresos, desde el 1 de octubre de 2015, entró en operación el producto INFONAVIT Total Social. De octubre de 2015 a junio de 2016, se otorgaron 16,890 créditos con la participación de dos entidades financieras.

- Con el esquema Conyugal FOVISSSTE-INFONAVIT, se otorga un financiamiento mancomunado a los derechohabientes de ambas instituciones que sean cónyuges, para que puedan adquirir una vivienda de mayor valor. Desde que se aprobó este esquema, el 9 de agosto de 2007, hasta julio de 2016, se otorgaron 14,455 créditos con una inversión de 7,038 millones de pesos.

  - De enero de 2013 a julio de 2016, se otorgaron 5,086 créditos conyugales por un monto de 2,751 millones de pesos, de los cuales 1,225 por 698.5

[1/] Como resultado de la reingeniería del presupuesto para 2016, se fusionaron los programas Vivienda Digna y Vivienda Rural en el Programa de Apoyo a la Vivienda.

millones de pesos fueron entre septiembre de 2015 y julio de 2016.

- El 28 de junio de 2016, se llevó a cabo la firma de un convenio entre el INFONAVIT y el FOVISSSTE para colaborar en el otorgamiento de crédito para vivienda social, digna y decorosa, en beneficio de los trabajadores del sector público y privado.
  - Con el propósito de garantizar la seguridad a los derechohabientes sobre el manejo de sus aportaciones en la subcuenta de vivienda, INFONAVIT y FOVISSSTE mantienen vigente un convenio de colaboración para permitir la portabilidad de los saldos de ambas subcuentas. Entre septiembre de 2015 y julio de 2016, un total de 159 acreditados del FOVISSSTE traspasaron su saldo de la subcuenta de vivienda del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) para amortizar sus créditos originados en este Fondo, lo que significó 14.4 millones de pesos. En tanto que, seis acreditados de INFONAVIT traspasaron su saldo por un monto de 189 mil pesos.
- Entre enero de 2013 y junio de 2016, la SHF destinó 82,289 millones de pesos para la realización de 770,993 acciones de crédito directo para la construcción de vivienda, adquisición, mejoramiento o autoproducción de vivienda asistida[1/], en beneficio de 3,006,873 personas.
  - De septiembre de 2015 a junio de 2016, la SHF otorgó 19,356 millones de pesos en crédito directo para la construcción de vivienda, adquisición, mejoramiento o autoproducción de vivienda asistida, mediante 143,791 acciones con las cuales se beneficiaron 560,785 personas.
  - En cumplimiento del compromiso CG 266 "10 Compromisos con tu economía familiar: 10) Habrá apoyos para que mejores o amplíes tu vivienda", de diciembre de 2012 a junio de 2016, la SHF canalizó 14,830 millones de pesos para realizar 542,670 acciones de mejora o ampliación de las viviendas, con lo que se benefició a 2,116,413 personas.
    - Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, se financiaron 87,211 acciones mediante 2,911 millones de pesos, para beneficio de 340,130 personas.
  - Derivado de los diversos mecanismos de apoyo con los que cuenta la SHF, de diciembre de 2012 a junio de 2016, el crédito inducido fue por 184,535 millones de pesos.
    - Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, el monto del crédito inducido ascendió a 62,477 millones de pesos, mayor en 13.5% real[2/] a los 53,713 millones de pesos registrados en el mismo periodo anterior.
- El Programa de Consolidación de Reservas Urbanas, entre enero de 2014 y julio de 2016 otorgó 15,428 subsidios para adquisición de suelo intraurbano, mismo que está destinado a la edificación de vivienda social vertical, por un monto de 348.7 millones de pesos. Con estos proyectos, la densidad de viviendas por hectárea se incrementó de 125 a 140 viviendas.
  - De septiembre de 2015 a julio de 2016, se concedieron 5,463 subsidios para adquisición de suelo intraurbano, por un monto de 127.7 millones de pesos. La densidad de viviendas por hectárea aumentó de 135 a 140 viviendas, respecto al periodo precedente.
- El 9 de junio de 2016, la CONAVI conjuntamente con la Federación de Colegios de Arquitectos de la República Mexicana, emitió la convocatoria del Concurso Nacional sobre proyectos de Vivienda Rural "Arquitectura para Todos", con el propósito de mejorar la calidad del diseño y construcción de la vivienda en este ámbito geográfico. Al certamen se inscribieron 146 proyectos de toda la república, los cuales se encuentran en proceso de evaluación.

Para **desarrollar un nuevo modelo de atención de necesidades de vivienda para distintos segmentos de la población, y la atención a la población no cubierta por la seguridad social, incentivando su inserción a la economía formal**:

- En el marco de una coordinación interinstitucional encabezada por la SEDATU, se desarrollan estrategias focalizadas de vivienda para los grupos prioritarios de atención.
  - Se implementa, conjuntamente con el FONHAPO, un esquema especial para Jefas de Familia dirigido a mujeres trabajadoras que requieren una solución de vivienda, el cual opera en coordinación con la CONAVI y la SHF. De noviembre de 2014 a agosto de 2016, se establecieron 1,504 garantías, otorgadas por el Fondo Nacional de Garantías para la Vivienda Popular a los intermediarios financieros por un monto de 9.6 millones de pesos, con una derrama económica 156.7 millones de pesos.

1/ La autoproducción de vivienda asistida tiene como objetivo financiar los esfuerzos de las comunidades que se organizan, con la asistencia de agencias productoras de vivienda certificadas por SHF, para producir soluciones habitacionales en sus propios lotes y de acuerdo con sus necesidades de vivienda familiares, culturales, sociales y de su capacidad de pago.

2/ La variación porcentual real se calculó utilizando el deflactor del periodo septiembre-junio del Índice Nacional de Precios al Consumidor (1.0251).

- El programa Jefas de Familia, de la SHF, apoya a las mujeres trabajadoras con dependientes económicos directos, para que tengan acceso a la adquisición de una vivienda digna mediante soluciones de créditos para autoproducción de vivienda asistida. Desde su lanzamiento en julio de 2014 y hasta junio de 2016, se benefició a 5,788 personas en los estados de Campeche, Chiapas, Hidalgo, Puebla y Tabasco, a través de 1,484 créditos con recursos por 48 millones de pesos.

- De enero de 2013 a julio de 2016, el FOVISSSTE otorgó a mujeres 129,730 créditos hipotecarios con una inversión de más de 74,165 millones de pesos.

- Entre enero de 2013 y julio de 2016, el FOVISSSTE otorgó 37,235 créditos hipotecarios para jóvenes trabajadores de hasta 29 años de edad, por un monto de 19,797 millones de pesos.

  - De septiembre de 2015 a julio de 2016, se concedieron 8,569 créditos por 4,740 millones de pesos.

- Entre 2015 y 2016, el FONHAPO otorgó 76,444 subsidios por 2,509.3 millones de pesos, a jóvenes menores de 29 años.

- El INFONAVIT, de enero de 2013 a junio de 2016, entregó 512,347 créditos a jóvenes de 18 a 29 años de edad, por un monto de 138,630 millones de pesos.

- Por su parte, la CONAVI de enero de 2013 a junio de 2016, concedió 264,502 subsidios a la población joven con una erogación de 14,018.4 millones de pesos. El número de jóvenes beneficiados representa un incremento de 37% con relación a los 193,172 atendidos entre enero de 2007 y junio de 2010.

  - Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, se otorgaron 63,444 subsidios a la población joven con recursos por 3,708.2 millones de pesos.

- El Programa Acceso al Financiamiento para Soluciones Habitacionales, que opera la CONAVI de enero de 2013 a junio de 2016, concedió 17,076 subsidios a personas mayores de 60 años, en su mayoría para mejoramientos y autoproducción de vivienda.

  - De septiembre de 2015 a junio de 2016, se otorgaron 2,215 subsidios a personas de este grupo de edad, bajo las mismas modalidades.

- El FONHAPO, durante 2015 otorgó 15,053 subsidios con una aportación de 395 millones de pesos, para brindar vivienda a personas adultas mayores.

- Entre enero y julio de 2016, el FOVISSSTE otorgó 849 créditos hipotecarios a personas con discapacidad[1/] por un monto de 585.7 millones de pesos.

- El programa Hogar a tu Medida de INFONAVIT, brinda soluciones de vivienda con instalaciones y dimensiones adecuadas para personas que viven con algún tipo de discapacidad, a fin de contribuir a mejorar su calidad de vida (y la de sus familiares). Dentro de las medidas de apoyo, se eliminan los gastos de apertura, de titulación, financieros y de operación, así como de administración.

  - De septiembre de 2015 a julio de 2016, se otorgaron 362 créditos. Igualmente, se formalizaron 20 convenios y se realizaron gestiones ante 25 Comisiones Consultivas Regionales, 26 cámaras industriales, 16 fundaciones y con autoridades estatales, municipales, cámaras y organismos no gubernamentales.

- El FOVISSSTE, en colaboración con la Comisión Nacional de Seguridad, puso en marcha en 2013, el Programa Nacional de Vivienda para Elementos de Seguridad Pública.

  - De enero de 2013 a julio de 2016, se otorgaron 6,478 créditos por un monto de 5,477 millones de pesos.

  - Entre septiembre de 2015 y julio de 2016, se otorgaron 1,829 créditos con un ejercicio de 1,546 millones de pesos.

- El FONHAPO, en coordinación con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, durante 2015, otorgó seis mil subsidios, con recursos por 840 millones de pesos. El 25 de febrero de 2016, se firmó un convenio de colaboración entre ambas instituciones, para ejecutar durante el año hasta 4,800 acciones de vivienda en localidades indígenas, con una inversión de 672 millones de pesos.

  - De enero de 2013 a diciembre de 2015, se ejercieron 15,056 subsidios con un monto de 1,994.8 millones de pesos.

- El Programa Manos a la obra, está dirigido a personas con bajos ingresos (hasta 2.6 veces el salario mínimo), se aplica en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca que tienen el mayor rezago

[1/] Al cierre de 2015, con la inscripción al proceso aleatorio, se identificaron los derechohabientes que en la solicitud de un crédito tradicional manifestaron tener algún tipo de discapacidad personal o en sus dependientes económicos.

habitacional, con recursos federales hasta por 61,800 pesos por vivienda. Este recurso está destinado para que las familias puedan invertirlo, a la par del crédito que el INFONAVIT les otorgue.

- Del inicio del programa en noviembre de 2015 a julio de 2016, se otorgaron 169 subsidios con un monto promedio de 60,993 pesos.

– A través de la SHF, se da acceso a créditos al sector no afiliado, con el otorgamiento del Seguro de Crédito a la Vivienda para los intermediarios financieros, a fin de mitigar el riesgo por incumplimiento de pago del acreditado final. Entre diciembre de 2012 y junio de 2016, se suscribieron 23,064 pólizas en beneficio de 89,950 personas, con un monto garantizado de 3,189 millones de pesos.

- De septiembre de 2015 a junio de 2016, fueron otorgadas 6,180 pólizas en beneficio de 24,102 personas, con un monto garantizado de 1,135 millones de pesos.

Para **fortalecer el mercado secundario de vivienda, incentivando el mercado de renta, que eleve la plusvalía de viviendas desocupadas y contribuya a una oferta más diversa y flexible**:

- De diciembre de 2012 a junio de 2016, la SHF otorgó al FOVISSSTE Garantías de Pago Oportuno para dar cobertura a la colocación de certificados bursátiles por 43,072 millones pesos, los cuales se encuentran respaldados por más de 114 mil créditos. Adicionalmente, respaldó una bursatilización de más de 23 mil acciones de vivienda, por un monto de 300 millones de pesos.

A fin de **incentivar la oferta y demanda de vivienda en renta adecuada a las necesidades personales y familiares**:

- En apoyo a las Fuerzas Armadas Mexicanas, se desarrolló un esquema para la adquisición y arrendamiento de vivienda, adaptado a sus necesidades y naturaleza del servicio. Con este programa se apoyan un poco más de 16,500 elementos. Entre enero de 2013 y junio de 2016, se entregaron 15,785 subsidios por un monto de 650 millones de pesos.

  – De septiembre de 2015 a junio de 2016, se otorgaron 5,109 subsidios por un monto de 161.1 millones de pesos.

- Para fortalecer el mercado de vivienda en renta, la SHF entre diciembre de 2012 y junio de 2016, destinó 483 millones de pesos para 616 créditos de vivienda en esta modalidad, en beneficio de 2,402 personas.

  – Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, la SHF colocó 180 acciones en beneficio de 702 personas por 223 millones de pesos, monto mayor en 60% real[1/] respecto de los 136 millones de pesos canalizados el periodo anterior.

Con el propósito de **fortalecer el papel de la banca privada, la Banca de Desarrollo, las instituciones públicas hipotecarias, microfinancieras y ejecutores sociales de vivienda, en el otorgamiento de financiamiento para construir, adquirir y mejorar la vivienda**:

- En marzo de 2014, el Gobierno de la República instruyó a la CONAVI constituir una garantía para sustituir a la subcuenta de vivienda en los créditos para mejoramiento y ampliación de vivienda, y en junio se da cumplimiento a esa instrucción presidencial al iniciar, con la aportación de un fondo de contragarantía de la CONAVI por 388 millones de pesos, la operación de un programa para el mejoramiento del parque habitacional en coordinación con la banca privada, la banca de desarrollo y el INFONAVIT.

  – De junio de 2014 a mayo de 2016, se apoyaron 165,363 créditos, con una derrama crediticia asociada de 3,997 millones de pesos, que beneficiaron a cerca de 660 mil mexicanos.

  – Entre septiembre de 2015 y mayo de 2016, se garantizaron 68,967 créditos, con una derrama crediticia por 1,687 millones de pesos.

- A través de un fondo de contragarantía para apoyar la adquisición de vivienda, creado en marzo de 2012 con la aportación de la CONAVI por 740 millones de pesos, hasta mayo de 2016 se apoyaron 2,753 créditos, con una derrama crediticia asociada de 1,966 millones de pesos.

  – De septiembre de 2015 a mayo de 2016, este fondo mediante mecanismos de financiamiento y asesoría técnica integral por parte de microfinancieras y ejecutores sociales de vivienda, apoyó a cerca de 320 mexicanos, con una derrama crediticia de poco más de 82 millones de pesos.

- De diciembre de 2012 a junio de 2016, la SHF impulsó el fortalecimiento del mercado de vivienda a través de sus programas de garantías[2/].

1/ La variación porcentual real, se calculó utilizando el deflactor del periodo septiembre-junio del Índice Nacional de Precios al Consumidor (1.0251).

2/ Las garantías ofertadas por SHF tienen por objetivo incentivar la participación del sector privado en el mercado de financiamiento de la vivienda en México, al otorgar una cobertura contra el riesgo de crédito de un portafolio de créditos originados por el intermediario financiero.

- Los programas de Garantía de Primera Pérdida de Portafolio, generaron 10,136 acciones de vivienda por 1,925 millones de pesos en beneficio de 30,530 personas, en sus esquemas a cartera individual y puente, con apoyo de intermediarios financieros privados. En la nueva modalidad a cartera de mejoramiento y ampliación de vivienda, contribuyó con 124,913 acciones para apoyar a 905,393 derechohabientes del INFONAVIT, con 5,966 millones de pesos de crédito inducido.
  - El programa de Garantía de Paso y Medida al financiamiento a la cadena productiva de la construcción, apoyó 109,720 acciones por un monto de 29,569 millones de pesos.
- De septiembre de 2015 a agosto de 2016:
  - Los programas de Garantía de Primera Pérdida de Portafolio, realizaron 2,213 acciones de vivienda por un monto de 576 millones de pesos, que beneficiaron a 8,361 personas, mediante sus esquemas a cartera individual y puente. En la nueva modalidad a cartera de mejoramiento y ampliación de vivienda, se llevaron a cabo 82,843 acciones en apoyo de 323,088 derechohabientes del INFONAVIT, con 2,860 millones de pesos de crédito inducido.
  - Mediante el programa de Garantía de Paso y Medida al financiamiento a la cadena productiva de la construcción, se apoyaron 32,869 acciones por un monto estimado en 23,740 millones de pesos.

Para **desarrollar los instrumentos administrativos y contributivos que permitan preservar la calidad de la vivienda y su entorno, así como la plusvalía habitacional de los desarrollos que se financien**:

- Dentro del Modelo de Cobranza del INFONAVIT, entre enero de 2013 y julio de 2016, se proporcionaron 2.1 millones de soluciones de reestructuras en apoyo a los acreditados que enfrentaron problemas con el pago de su crédito; 1.7 millones de prórrogas a acreditados que perdieron su relación laboral; 773 mil apoyos aplicados por Seguro y Fondo de Protección de Pagos (seguro de desempleo) y 68 mil convenios de mediación que evitaron recurrir a tribunales judiciales.
  - De septiembre de 2015 a julio de 2016, se otorgaron 603 mil reestructuras, se recibieron 446 mil prórrogas por pérdida de empleo de acreditados que perdieron su relación laboral y se otorgaron 271 mil apoyos aplicados por Fondo de Protección de Pago.
- A partir de julio de 2014, el INFONAVIT puso en marcha la cobertura de calidad para las viviendas nuevas financiadas totalmente por el Instituto. Esta cobertura protege la vivienda contra el riesgo de daños en la estructura y en su sistema de impermeabilización causados por un vicio oculto en el proceso de construcción. Las empresas desarrolladoras de viviendas son las que adquieren esta cobertura. Entre 2014 y julio de 2016, se otorgaron 262,334 hipotecas con esta cobertura.

A fin de **fomentar la nueva vivienda sustentable desde las dimensiones económica, ecológica y social, procurando en particular la adecuada ubicación de los desarrollos habitacionales**:

Perspectivas de desarrollo urbano: redes de ciudades sustentables y resilientes
• Red de ciudades sustentables. En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, y siguiendo las bases establecidas en el acuerdo de París (COP 21) en materia de mitigación y adaptación al cambio climático, la SEDATU ha puesto en marcha una serie de estrategias en favor del desarrollo sustentable y la protección del medio ambiente. • Red de ciudades resilientes. A fin de incrementar la capacidad de recuperación de las ciudades en caso de desastres y para mejorar la reducción del riesgo en ellas, la SEDATU elaboró y publicó en julio de 2016 la Guía de Resiliencia Urbana. Este documento se realizó en colaboración con la Secretaría de Gobernación, el Sistema Nacional de Protección Civil y la participación especializada de ONU-Hábitat.

- Se integraron a la iniciativa de la red de ciudades sustentables: Cozumel, Campeche, Derramadero (en Coahuila de Zaragoza), Huamantla, Jiutepec, Nuevo Laredo, Tehuacán y Tijuana. Bajo esta iniciativa, se intervienen los espacios públicos para impulsar procesos de promoción de cultura ambiental, uso de ecotecnologías y recuperación del entorno.
- El programa Hipoteca Verde, a cargo del INFONAVIT, es un mecanismo para el financiamiento de ecotecnologías que mitiguen la emisión de gases de efecto invernadero (GEI) en el país. El programa procura disminuir el gasto familiar, optimizar el consumo de agua, energía eléctrica y gas, y mitigar las emisiones de GEI al medio ambiente.
  - Entre diciembre de 2012 y julio de 2016, el programa financió 1,337,585 créditos hipotecarios, por un monto de 382,497 millones de pesos.
  - De septiembre de 2015 a julio de 2016, se otorgaron 341,163 créditos con un ejercicio de 106,456 millones de pesos.
- El INFONAVIT impulsó el Sistema de Evaluación de la Vivienda Verde: Sisevive-Ecocasa, en coordinación con la Agencia de Cooperación Alemana para el Desarrollo y la Embajada Británica en México.

- En 2015, Sisevive–Ecocasa se consolidó como la herramienta transversal para la evaluación de todas las viviendas que forman parte del proyecto de Acciones Nacionales Apropiadas de Mitigación (NAMA) de vivienda sustentable, a través de proyectos como Ecocasa de la SHF y la prelación del subsidio federal para la vivienda de la CONAVI. De enero de 2013 a julio de 2016, se registraron 64,270 viviendas en el Sisevive–Ecocasa, 40,439 de ellas entre septiembre de 2015 y julio de 2016, lo que equivale a más de 62% del registro total en un periodo de tres años.

- Dentro del Programa de Cooperación Financiera para la Oferta de Vivienda Sustentable en México (EcoCasa), entre septiembre de 2015 y junio de 2016, la SHF otorgó créditos para 7,726 viviendas, con una inversión de 1,838 millones de pesos, en beneficio de 30,131 personas. El número de créditos y el monto de los recursos canalizados fueron mayores en casi tres veces, con relación a lo registrado el periodo previo (3,011 viviendas con créditos por un monto de 640 millones de pesos).
  - Desde el inicio de sus operaciones en 2013 a junio de 2016, se financiaron 21,556 viviendas que implican la reducción de las emisiones de bióxido de carbono (CO_2) en 663 mil toneladas, con una inversión de 4,487 millones de pesos.
  - La construcción de las viviendas, durante la operación del programa, es realizada por 32 desarrolladores en Aguascalientes, Ciudad de México, Coahuila de Zaragoza, Durango, estado de México, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Quintana Roo, Sonora, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas, principales zonas bioclimáticas del país.

- De enero de 2013 a junio de 2016, se invirtieron cerca de 26,679 millones de pesos en la modalidad de vivienda nueva del subsidio federal, para construir 453,348 viviendas que incorporan medidas de eficiencia energética en agua, gas y electricidad, y que generan un ahorro económico que va desde los 100 hasta los 400 pesos en el gasto mensual por el consumo de energía, gas y agua a sus habitantes. Las viviendas construidas superan en 37.9% a las 328,693 subsidiadas en similar periodo de la administración anterior.
  - De este total, 35,200 viviendas del segmento de interés social -con las cuales se beneficiaron 137,287 personas- fueron construidas con los estándares del proyecto NAMA, enfocados a elevar el confort en las viviendas y reducir los consumos de energía en 20% para el CO_2 respecto a una vivienda sustentable tradicional, es decir, disminuir 800 mil toneladas de emisiones de CO_2 a lo largo de su ciclo de vida (40 años).
  - Entre enero y agosto de 2016, una de cada 10 viviendas que se subsidian a través de la CONAVI cumplen con el estándar NAMA.

- De enero a agosto de 2016, se autorizaron recursos al Programa Prevención de Riesgos por más de ocho millones de pesos, para la elaboración del Perfil de Resiliencia Urbana en 18 ciudades del país, que conforman de esta manera la Red de Ciudades Resilientes.

- Las estrategias orientadas a impulsar un nuevo modelo urbano para asegurar la conformación de ciudades sustentables, muestran sus resultados a través del crecimiento de la vivienda vertical, ubicada en terrenos aptos y mejor ubicados, con infraestructura y cercanas a fuentes de trabajo. De acuerdo con el inventario actual, 80.8% de las viviendas se ubican dentro de los Perímetros de Contención Urbana (PCU)[1/] definidos por la CONAVI, en los cuales existe concentración de fuentes de empleo así como infraestructura, equipamientos y servicios urbanos instalados que mejoran la calidad de vida de la población.
  - En enero de 2014, 28.6% del inventario de vivienda vigente del Registro Único de Vivienda, estaba fuera de los PCU y 32.1% eran de menos de 48 metros cuadrados. En junio de 2016, estas cifras se redujeron, ya que las viviendas fuera de los PCU representaron 18.9% del inventario y 24.3% eran de menos de 48 metros construidos.

- Actualmente el Gobierno de la República, apoya a los gobiernos de Colombia y Perú en la construcción de una política de vivienda sustentable que replique el caso de México. El impulso a los programas de sustentabilidad en la vivienda en México, fue reconocido mediante premios como el *Lighthouse Activities Award*, UN-COP 19 en Varsovia 2013 y *Green Ashden Award* en Reino Unido 2015.

- Se trabajó en la elaboración de la Cuenta Satélite de Vivienda de México (CSVM), serie 2008-2012, que

---

1/ Los Perímetros de Contención Urbana son polígonos determinados por la CONAVI en las ciudades del país, determinados mediante metodologías geoespaciales a partir de fuentes oficiales, que identifican geográficamente el nivel de consolidación urbana mediante el acceso de sus habitantes a fuentes de empleo, servicios de infraestructura, equipamiento y movilidad. Se clasifican en tres ámbitos o contornos: intraurbano U1, son zonas urbanas consolidadas con acceso a empleo, equipamiento y servicios urbanos; primer contorno U2, zonas en proceso de consolidación con infraestructura y servicios urbanos de agua y drenaje (mayor al 75%) y, segundo contorno U3, zonas contiguas al área urbana, cinturón periférico al área urbana definido de acuerdo con el tamaño de la ciudad.

inició en 2013 con la firma de un convenio de colaboración de los organismos y dependencias del sector y se presentó en 2015. En junio de 2016, se presentó la actualización de la CSVM a 2014.

- El 15 de octubre de 2015, se presentó en el Palacio de Minería de la Ciudad de México el Estudio Metropolitano del Valle de México, realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en colaboración con el INFONAVIT, la SEDATU y los gobiernos de la Ciudad de México y del estado de México.
  - Este estudio presenta un diagnóstico sobre las características sociales, económicas y demográficas del Valle de México, con el objetivo de identificar los retos y oportunidades que enfrenta la zona metropolitana en materia de competitividad, medio ambiente, transporte, desarrollo urbano y gobernanza. Además, emite recomendaciones para que el Valle de México logre detonar su potencial como la región metropolitana más grande del país y la tercera de los países miembros de la OCDE.
- Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016:
  - Se dio seguimiento y asesorías para el ordenamiento de las 59 zonas metropolitanas del país, y otras de carácter estratégico como capitales de estado y zonas metropolitanas fronterizas, y se trabajó en la caracterización de las mismas de acuerdo con su importancia estratégica para el país.
  - Se promovió la elaboración y actualización de los programas de ordenamiento de las zonas metropolitanas y se consolida una Red Nacional de Zonas Metropolitanas.
  - Se participó en los Consejos Estatales de Desarrollo Metropolitano, en los cuales se determina la inversión de recursos del Fondo Metropolitano en obras de importancia para el desarrollo de las zonas metropolitanas.
  - En diciembre de 2015, la SEDATU, los gobiernos de los estados de Michoacán y Guerrero, así como de los municipios de Lázaro Cárdenas y de La Unión de Isidoro Montes de Oca, llevaron a cabo un convenio de conurbación, que busca ayudar a mejorar la calidad de vida de esta importante área urbana.
  - Se trabajó para actualizar el Programa de Desarrollo de la Zona Metropolitana del Valle de México, el Plan de Ordenamiento Territorial del Oriente del Valle de México, el impacto del Nuevo Aeropuerto de la Ciudad de México, y el aprovechamiento futuro del sitio del actual aeropuerto.
  - Se revisó la definición de áreas para las Zonas Económicas Especiales de Lázaro Cárdenas, Coatzacoalcos, Salina Cruz y Puerto Chiapas. En particular, se atendieron los temas de suelo y ordenamiento territorial.
  - A partir del 11 de mayo de 2016, se inició la elaboración del documento base de la Estrategia Binacional de Desarrollo Territorial Fronterizo México-Guatemala, en coordinación con la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia del Gobierno de la República de Guatemala.
  - Se coordinó el Sexto Congreso Nacional de Suelo Urbano, celebrado en Pachuca, Hidalgo, del 13 al 15 de abril de 2016.

Se trabaja para **dotar con servicios básicos, calidad en la vivienda e infraestructura social comunitaria a las localidades ubicadas en las Zonas de Atención Prioritaria con alta y muy alta marginación**:

- El Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias[1/] operó hasta el 31 de diciembre de 2015, fomentando la reducción de las desigualdades regionales mediante acciones que promueven el mejoramiento en la vivienda y proyectos de infraestructura social comunitaria.
  - De enero de 2013 a diciembre de 2015, apoyó 525,525 acciones en viviendas con rezagos por carencia de acceso a los servicios básicos, con una inversión federal de 5,431.6 millones de pesos; 639,189 acciones en viviendas con rezagos asociados a la carencia de calidad y espacios, con una inversión federal de 6,418.4 millones de pesos y la rehabilitación y equipamiento de 1,213 centros comunitarios de aprendizaje con una inversión federal de 209.4 millones de pesos.
  - Entre septiembre y diciembre de 2015, con recursos por 1,255 millones de pesos se apoyaron 39,420 acciones en viviendas con rezagos por la carencia de acceso a los servicios básicos; se realizaron 62,593 acciones en viviendas con rezagos asociados a la carencia en calidad y espacios, con una inversión de 484.1 millones de pesos y se efectuó la rehabilitación y equipamiento de ocho centros comunitarios de aprendizaje con el ejercicio de 1.6 millones de pesos.

Con el fin de **establecer políticas de reubicación de población en zonas de riesgo, y apoyar esquemas de Suelo Servido**:

- El Programa de Prevención de Riesgos en los Asentamientos Humanos (PRAH), contribuyó a

[1/] En 2016, los programas presupuestarios Hábitat, FUR, PREP, Reordenamiento y Rescate de Unidades Habitacionales y PDZP, se fusionaron en el Programa de Infraestructura.

incentivar el crecimiento ordenado de los asentamientos humanos, mediante el fomento a la realización de acciones de prevención y de reducción de riesgos. De enero de 2013 a diciembre de 2015, se otorgaron 331.1 millones de pesos.

  – Entre septiembre y diciembre de 2015, se autorizaron recursos por la cantidad de 169.3 millones de pesos destinados a la ejecución de 54 acciones.

- El Programa de Ordenamiento Territorial (POTER) y Esquemas de Reubicación de la Población en Zonas de Riesgo, contribuyó al ordenamiento territorial con una planeación orientada a optimizar el uso del territorio en función de la vocación y su potencialidad. De enero de 2014 a diciembre de 2015, se canalizaron 98 millones de pesos a través de este programa.

  – Entre septiembre y diciembre de 2015, se ejecutaron 57 proyectos para el ordenamiento del territorio por 42.2 millones de pesos, que permitieron actualizar dos programas estatales, elaborar tres programas regionales, 43 programas municipales, así como tres estudios y proyectos integrales de viabilidad y de costo-beneficio para la reubicación de la población en zonas de riesgo.

- En 2016, los programas PRAH y POTER se fusionaron en el Programa de Prevención de Riesgos, que al mes de junio contó con más de 107 millones de pesos, destinados a la elaboración de 23 atlas de riesgos; dos reglamentos de construcción; 18 perfiles de resiliencia urbana; 15 programas municipales, regionales y estatales de ordenamiento territorial; cuatro estudios de reubicación de la población y 17 acciones y obras urgentes para la reducción de riesgos.

2.5.3 Lograr una mayor y mejor coordinación interinstitucional que garantice la concurrencia y corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno, para el ordenamiento sustentable del territorio, así como para el impulso al desarrollo regional, urbano, metropolitano y de vivienda

Con el propósito de **consolidar una política unificada y congruente de ordenamiento territorial, desarrollo regional urbano y vivienda**, se realizaron las siguientes acciones:

- México se encuentra en proceso preparatorio rumbo a Hábitat III (Tercera Conferencia sobre Vivienda y Desarrollo Urbano Sostenible), a realizarse en octubre, en Quito, Ecuador.

Foros por el Derecho a la Ciudad, rumbo a HÁBITAT III

- La SEDATU, en coordinación con los gobiernos estatales, organizó Foros por el Derecho a la Ciudad en ocho estados como parte del proceso preparatorio rumbo a Hábitat III: Baja California, Durango, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Querétaro, Tlaxcala y Yucatán. En estos foros participaron diferentes actores involucrados en el desarrollo urbano y territorial, tales como la academia, organizaciones de la sociedad civil y expertos en la materia.
- Estos eventos se suman a la Reunión Temática Desarrollo de Financiamiento Urbano: el reto del milenio, organizada en colaboración con el Gobierno de la Ciudad de México y ONU-Hábitat, así como a la reunión regional para América Latina y el Caribe para Hábitat III, realizada en colaboración con el gobierno del estado de México, ONU-Hábitat y la Secretaría de Relaciones Exteriores.

  – Nuestro país participó en las conferencias preparatorias realizadas en la ciudad de Nueva York, en septiembre de 2014 (PrepCom 1) y en Nairobi, Kenia, en abril de 2015 (PrepCom 2).

    - Entre los temas tratados destacan: la productividad, la infraestructura urbana, la calidad de vida, la igualdad e inclusión social, la legislación urbana, la sostenibilidad ambiental y gobernanza, a partir de los cuales se generen indicadores para proveer de información a las metrópolis acerca de sus fortalezas y áreas de oportunidad.
    - La información resultante de los foros, sumada a otras medidas implementadas por el Gobierno de la República, busca proveer de insumos a los gobiernos locales y estatales para la elaboración de sus planes de desarrollo urbano, en materia del conocimiento de los requerimientos de la superficie urbana y las expectativas de crecimiento de las ciudades, así como para la actualización de los códigos de construcción, a fin de desarrollar ciudades prósperas, sustentables y más incluyentes.

- Con el propósito de elaborar un diagnóstico y plan de acción para cada uno de los 136 municipios de mayor originación crediticia, el INFONAVIT, en diciembre 2014 llevó a cabo la asociación estratégica con ONU-Hábitat para medir el progreso en materia urbana, económica, social y ambiental, a fin de realizar una toma de decisiones en línea con el bienestar colectivo. Como resultado de esta colaboración, se generó un índice que incluye cinco dimensiones de prosperidad: productividad, infraestructura urbana, calidad de vida (espacio público y bienes comunes), equidad y sostenibilidad del medio ambiente.

Para **fortalecer las instancias e instrumentos de coordinación y cooperación entre los tres órdenes de gobierno y los sectores de la sociedad, con el fin de conjugar esfuerzos en materia de ordenamiento territorial y vivienda**:

Fondo Minero
• El Fondo Minero se destina para obras de construcción y pavimentación de carreteras, rehabilitación de centros escolares, instalación de servicios básicos, plantas de tratamiento de agua y espacios públicos, entre otros. • Para 2016, se autorizó aplicar 2,080 millones de pesos en 25 estados y 199 municipios. De enero a agosto de este año, se aprobaron 716 proyectos por los comités de desarrollo regional para estados y municipios mineros, por un monto de 1,498.7 millones de pesos.

- Con la reforma fiscal[1/], en 2014 se creó el Fondo Minero, a partir de los derechos que pagan las empresas mineras y, en respuesta a la demanda de las comunidades de las regiones mineras que por décadas reclamaron participar de los beneficios de la actividad extractiva.
  - De septiembre de 2015 a agosto de 2016, se instalaron 25 Comités de Desarrollo Regional Sustentable para Estados y Municipios Mineros. De enero a agosto de 2016, se llevaron a cabo 19 sesiones de comités para la aprobación de proyectos de inversión física.
- En materia energética, la publicación de las leyes de Hidrocarburos y de la Industria Eléctrica, y sus reglamentos respectivos, derivada de las reformas a los artículos 25, 27 y 28 constitucionales, aprobadas el 20 de diciembre de 2013, otorgó facultades a la SEDATU para impulsar en caso de requerirse, la negociación y la mediación sobre las formas o modalidades de adquisición, uso, goce o afectación de los terrenos requeridos para actividades de energía y bienes o derechos involucrados, así como la contraprestación que corresponda.
  - El 18 de diciembre de 2015, se firmó el Convenio de colaboración Secretaría de Energía-SEDATU[2/], cuyo objetivo es dar cumplimiento a lo establecido en las leyes de hidrocarburos e industria eléctrica y sus respectivos reglamentos, en materia de uso y ocupación superficial, evaluación de impacto social y consulta previa.
    - En el marco de este Convenio, en marzo de 2016 la SEDATU aportó a la SENER y a la Comisión Nacional de Hidrocarburos, información sobre la ubicación geográfica y la situación jurídica de 58 núcleos agrarios que tienen superficie en cada una de las 25 áreas contractuales adjudicadas para la exploración y extracción de aceite y gas de hidrocarburos de yacimientos, en su mayor parte maduros en producción, ubicados en los estados de Chiapas, Nuevo León, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz.
  - En mayo de 2016, se concluyó la elaboración del "Programa de la Especialidad en Mediación Energética SEDATU"[3/].
  - El 2 de junio de 2016, con la opinión de la SEDATU, la SENER publicó en el DOF el "Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos y Modelos de Contrato para el uso, goce, afectación o, en su caso, adquisición de los terrenos, bienes o derechos para realizar las actividades de la exploración y extracción de hidrocarburos y de transporte por medio de ductos", en cumplimiento a lo establecido en el artículo 101, fracción VIII, de la Ley de Hidrocarburos y 67 de su Reglamento.
  - El 7 de junio de 2016, la SEDATU firmó un Convenio Marco de Colaboración con la Universidad Autónoma Agraria "Antonio Narro", para contribuir al fortalecimiento de las atribuciones de negociación y mediación de la SEDATU.
  - Al 13 de julio de 2016, se tenían notificados 370 inicios de negociaciones vigentes, y se solicitó el impulso de una negociación debido a que los proyectos se encuentran dentro del plazo mínimo establecido por la ley para negociar.

Se promueve la **adecuación de la legislación en la materia para que responda a los objetivos de la Nueva Política de Vivienda**.

- En marzo de 2016, finalizó el proceso de consulta, iniciado en junio de 2015, de la propuesta de la Ley General para Armonizar y Homologar los Registros

1/ En 2013, se adicionaron a la Ley Federal de Derechos, los artículos 268, 269 y 270 que crearon los derechos especial, adicional y extraordinario sobre minería, así como los artículos 271 y 275 que prevén la integración del Fondo para el Desarrollo Regional Sustentable de Estados y Municipios Mineros, bajo la vigilancia de la SEDATU.

2/ De manera previa al ejercicio de las facultades conferidas a la SEDATU, el 12 de junio de 2015, se publicaron en el DOF los Lineamientos que regulan el proceso de mediación sobre el uso y ocupación superficial en materia de hidrocarburos.

3/ Esta actividad atiende lo dispuesto en el artículo 29 Bis, fracción IX del Reglamento Interior de la SEDATU, que establece "Coordinar un programa de capacitación integral y permanente que permita profesionalizar a los servidores públicos de la secretaría que participan en los procesos de mediación".

Públicos Inmobiliarios y de Personas Morales y los Catastros, cuyo propósito es fortalecer la certeza jurídica de las propiedades y que el país cuente con información articulada de la propiedad privada, pública y social, y como una herramienta de ordenamiento del territorio nacional.

Ley General para Armonizar y Homologar los Registros Públicos Inmobiliarios y de Personas Morales y los Catastros

- El pasado 28 de abril, se presentó ante el Congreso de la Unión la Iniciativa de la Ley General para Armonizar y Homologar los Registros Públicos Inmobiliarios y de Personas Morales y los Catastros. Durante su consulta se revisaron más de mil observaciones y comentarios aportados por 81 instituciones involucradas en el tema, 64 instituciones registrales y catastrales, 13 dependencias federales, organismos descentralizados y autónomos, y cuatro organizaciones civiles.

Para fomentar el desarrollo de los núcleos agrarios se promueve el **uso eficiente del territorio nacional a través de programas que otorguen certidumbre jurídica a la tenencia de la tierra, reduzcan la fragmentación de los predios agrícolas y promuevan el ordenamiento territorial en zonas urbanas, así como el desarrollo de ciudades más competitivas**.

Fin a rezago en trámites ante el Registro Agrario Nacional

- El 6 de enero de 2016, el Gobierno de la República determinó dar solución a las más de 53 mil gestiones de los títulos de propiedad de dominio pleno y que este trámite no dure más de 60 días. Para abril, se logró el abatimiento de 113,375 trámites que se encontraban rezagados.

- Del total de trámites que se encontraban rezagados al inicio de 2016, se concluyeron 112,658 y en 717 no se concretó su ejecución. De estos últimos, 157 por imposibilidad jurídica y 560 por imposibilidad administrativa.

- En enero de 2016, se puso en marcha el Programa de Seguridad Patrimonial "Papelito Habla", cuya estrategia permite otorgar seguridad y certeza jurídica sobre el patrimonio de las familias mexicanas. Con este fin, se formó un equipo interinstitucional que trabaja para disminuir los tiempos y los procedimientos administrativos, en la entrega de los documentos, y garantizar este proceso de justicia.

  – Al mes de junio, en el marco de esta estrategia se realizaron 25 giras de trabajo en los estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, estado de México, Michoacán, Morelos, Oaxaca, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas, donde la CORETT entregó 13,167 escrituras para brindar certeza jurídica patrimonial a igual número de familias mexicanas.

Papelito Habla

- La estrategia "Papelito Habla" se puso en operación para otorgar certeza jurídica a las familias mediante la entrega de escrituras y/o títulos de propiedad a familias que se encuentran en condición de vulnerabilidad, a través de la conjunción de esfuerzos de los tres órdenes de gobierno. La estrategia integra en un solo modelo las acciones referentes a la seguridad patrimonial de suelo y vivienda, con la entrega de escrituras, títulos, certificados, cancelación de hipotecas y cartas de liberación. De enero a junio de 2016, se entregaron 311,239 documentos.

- Para coadyuvar a la seguridad patrimonial de sus acreditados, el INFONAVIT realizó lo siguiente:

  – En enero de 2016, el Consejo de Administración del Instituto aprobó cubrir los gastos de cancelación de hipoteca (registro público de la propiedad y gastos notariales), de 40 mil acreditados con ingresos menores a 2.6 salarios mínimos que se encuentren dentro del grupo de rezago de cancelación de hipoteca. Para este fin se asignaron 220 mil millones de pesos.

  – De septiembre de 2015 a julio de 2016, eliminó los gastos de titulación, financieros y de operación para 131,469 acreditados con ingresos de hasta 2.6 veces el salario mínimo mensual, medida que significó un monto de 900 millones de pesos.

- El FOVISSSTE puso en marcha el Programa Solución Total[1/] para ayudar a los derechohabientes que contrataron un crédito en cofinanciamiento con la banca comercial o el Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, cuyo pago se volvió difícil a raíz de la crisis económica de 1994. Los acreditados con saldo reestructurado menor a 10 mil pesos pueden gozar de una reducción de hasta 100%, mientras que los que tienen créditos superiores a este monto, pueden obtener un descuento de 34%, en caso de pagar en una sola exhibición. De enero a julio de 2016, se beneficiaron 2,133 acreditados con la reestructuración de su deuda.

1/ Se publicó el 26 de noviembre de 2015 en el DOF.

- A través del Programa de Regularización y Registro de Actos Jurídicos Agrarios (RRAJA), se brinda certeza jurídica a la propiedad social en México, mediante el control de la tenencia de la tierra y de los derechos legalmente constituidos de los ejidos y comunidades.
  - Entre enero de 2013 y junio de 2016, se efectuaron 5,643,472 inscripciones, de las cuales 2,168,718 correspondieron a actos jurídicos y 3,474,754 a expediciones de constancias e información de asientos registrales, en beneficio de 13,642,477 sujetos agrarios: 13,512,587 personas físicas y 129,890 personas morales.
  - De septiembre de 2015 a junio de 2016, se realizaron 1,413,725 inscripciones, de las cuales 605,154 fueron actos jurídicos y 808,571 fueron expediciones de constancias e información de asientos registrales, que beneficiaron a 3,165,831 sujetos agrarios: 3,129,985 personas físicas y 35,846 personas morales.
- El RRAJA realiza procesos de ordenamiento y regularización de la propiedad social, para brindar a los integrantes de los núcleos agrarios certeza jurídica y seguridad documental y, permitir así el goce de los derechos legítimos de la tenencia de la tierra.
  - De diciembre de 2012 a julio de 2016, se efectuaron trabajos de regularización en 1,593 núcleos agrarios, en beneficio de 298,451 sujetos agrarios, con la expedición de 476,350 certificados y títulos de solar urbano, que representan una superficie de 1,992,021 hectáreas.
  - Entre septiembre de 2015 y julio de 2016, se concluyeron los trabajos de certificación en 564 núcleos agrarios, en beneficio de 78,637 sujetos de derecho, con la expedición de 108,393 certificados parcelarios y de uso común, así como títulos de solar urbano, que amparan una superficie de 222,801 hectáreas. Del total de núcleos agrarios regularizados 357 contaron con trabajos en sus zonas de urbanización y 340 se encuentran ubicados en 198 municipios de la Cruzada Nacional contra el Hambre.
- Entre diciembre de 2012 y agosto de 2016, se reintegraron más de 599 hectáreas a 17 núcleos agrarios, lo que benefició a 4,233 sujetos agrarios. Estas acciones se inscriben en la iniciativa presidencial en materia de justicia cotidiana, para elevar la calidad de la atención de derechos humanos fundamentales, así como la de los servicios y trámites que el gobierno ofrece a la ciudadanía.
  - De septiembre de 2015 a agosto de 2016, se reintegraron 40 hectáreas a tres núcleos agrarios, en beneficio de 628 sujetos agrarios.
- Con el fin de fortalecer la certeza jurídica y seguridad documental, el Programa de Ordenamiento y Regulación de la Propiedad Rural, de diciembre de 2012 a julio de 2016, expidió 1,182,475 certificados y títulos resultantes de la materialización de los actos jurídicos que crean y modifican derechos y obligaciones sobre la tenencia de la tierra de propiedad social, en beneficio de 670,038 sujetos de derecho.
  - De septiembre de 2015 a julio de 2016, expidió 360,474 certificados y títulos en beneficio de 238,821 sujetos de derecho.
- Entre enero de 2013 y agosto de 2016, se elaboraron 328 proyectos de decretos expropiatorios de bienes ejidales y comunales que afectaron 26,864 hectáreas en beneficio de distintas promoventes. Se publicaron 145 decretos que afectaron una superficie de 10,668 hectáreas, a favor de 26 promoventes.
  - De septiembre de 2015 a agosto de 2016, se elaboraron 53 proyectos de decretos expropiatorios de bienes ejidales y comunales con afectación para 1,210 hectáreas en beneficio de distintas promoventes. Se publicaron 29 decretos que afectaron 581 hectáreas, a favor de siete entidades promoventes[1/].
  - Asimismo, de enero de 2013 a agosto de 2016, se integraron 194 carpetas de expropiación que afectaron 8,709 hectáreas, a favor de 42 promoventes. Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016, se integraron 25 carpetas con afectación para 644 hectáreas, a favor de 10 entidades promoventes.
- En materia de terrenos nacionales, de diciembre de 2012 a agosto de 2016, se emitieron 2,559 títulos de propiedad que amparan una superficie de 19,202 hectáreas en los estados de Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, México, Puebla, Quintana Roo y Veracruz, con lo que se otorga seguridad jurídica y certidumbre documental, además de contribuir a que los propietarios adquieran apoyos económicos para el desarrollo regional. Derivado de los procedimientos de enajenación de terrenos nacionales, se emitieron 116 declaratorias sobre 9,483 hectáreas en 10 estados.
  - Entre septiembre de 2015 y agosto de 2016, se emitieron 1,450 títulos de propiedad con una superficie de 1,157 hectáreas en Baja California, Baja California Sur, Campeche, Puebla, Quintana Roo y

[1/] Las secretarías de Comunicaciones y Transportes y de la Defensa Nacional, la CORETT, los gobiernos de los estados de Campeche, Guanajuato y de México, y la Comisión Federal de Electricidad.

Veracruz. De los títulos emitidos, 1,439 son del programa de titulación social en el estado de Veracruz.

- De diciembre de 2012 a agosto de 2016, se emitieron 334 declaratorias de terrenos nacionales que amparan una superficie de 61,985 hectáreas en los estados de Campeche, Coahuila de Zaragoza, Chihuahua, Chiapas, Durango, Hidalgo, México, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Yucatán y Zacatecas.

- Para contribuir al ordenamiento territorial a través del ordenamiento ecológico, el 26 de enero de 2016, se publicó en el DOF el acuerdo por el que se pone a disposición de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, el polígono de Terreno Nacional denominado "Dunas de la Soledad polígono tres", ubicado en el municipio de Tlahualilo, Durango, con una superficie de 1,164.8 hectáreas.

- Para regularizar la propiedad de lotes en colonias agrícolas y ganaderas y proporcionar certeza jurídica a los legítimos propietarios, de septiembre de 2015 a agosto de 2016, se emitieron 633 títulos de propiedad sobre una superficie de 429 hectáreas en los estados de Nuevo León, Oaxaca, Tamaulipas, Querétaro y Veracruz.

- Con relación a la ejecución de resoluciones presidenciales y/o elaboración de estudios técnico-jurídicos de inejecutabilidad, entre enero de 2013 y agosto de 2016, se entregaron 159 mil hectáreas con la ejecución de 78 resoluciones presidenciales en 23 estados de la República Mexicana, para beneficiar a 11,164 familias campesinas. De igual manera, se emitieron 43 acuerdos técnicos jurídicos de inejecutabilidad, en los estados de Aguascalientes, Coahuila de Zaragoza, Chiapas, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Nayarit, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala y Veracruz.

  - De septiembre de 2015 a agosto de 2016, se realizó la entrega de 32,734 hectáreas al haberse ejecutado 13 resoluciones presidenciales en Ciudad de México, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Tamaulipas y Tlaxcala, lo que permitió beneficiar a 3,852 familias campesinas. Asimismo, se emitieron 11 acuerdos técnicos jurídicos de inejecutabilidad en los estados de Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Querétaro y Veracruz.

- El Fideicomiso Fondo Nacional de Fomento Ejidal (FIFONAFE), de enero de 2013 a junio de 2016, realizó 177 supervisiones que representaron una superficie de 14,751.7 hectáreas. En 97 supervisiones con una superficie integrada de 3,109.1 hectáreas, se determinó el incumplimiento de la causa de utilidad pública. Igualmente, realizó las siguientes acciones:

  - Promovió 88 demandas de reversión ante los tribunales agrarios y propició la reintegración de 599.4 hectáreas a 17 núcleos agrarios para beneficio de 4,233 sujetos agrarios, donde se presentó incumplimiento en la causa de utilidad pública establecida en los decretos expropiatorios.

  - Asimismo, logró el pago de 11,806.7 hectáreas expropiadas en 132 decretos por 901.3 millones de pesos, de los que 653 millones se depositaron en FIFONAFE y 248.3 millones de pesos se pagaron directamente por las promoventes. Igualmente, se entregaron fondos comunes a 704 ejidos y comunidades por 1,053.2 millones de pesos para ser empleados en proyectos productivos y sociales.

  - De septiembre de 2015 a agosto de 2016, realizó 62 supervisiones en una superficie de 4,876.7 hectáreas, que superó en 87.6% al área supervisada el año anterior. En 45 supervisiones con una superficie integrada de 867.1 hectáreas, se determinó el incumplimiento de la causa de utilidad pública y, en 17 con una superficie de 3,692 hectáreas se verificó el cumplimiento descrito en la causa de utilidad pública. En este lapso también se llevó a cabo lo siguiente:

    - Se promovieron 58 demandas de reversión ante los tribunales agrarios y continuó con el trámite de 125 juicios de reversión instaurados previamente. Las demandas superaron en 132% a las presentadas el periodo precedente.

    - Se propició la reintegración de 40.2 hectáreas a tres núcleos agrarios, donde se presentó incumplimiento en la causa de utilidad pública establecida en los decretos expropiatorios, en beneficio de 403 sujetos agrarios. El número de beneficiarios superó en 53.2% a los registrados el periodo previo.

    - Se logró el pago de 6,848.4 hectáreas expropiadas en 22 decretos por 212.9 millones de pesos, de los que 101.5 millones se depositaron en FIFONAFE y 111.5 millones de pesos se pagaron directamente por las promoventes. Se entregaron fondos comunes a 242 ejidos y comunidades por 245 millones de pesos para ser empleados en proyectos productivos y sociales. La superficie pagada se incrementó en 224.3% y los beneficiarios con entrega de fondos en 81%, ambos respecto al mismo periodo del año anterior.

- La Procuraduría Agraria realiza la certificación de derechos agrarios colectivos o individuales, y apoya la regularización de zonas en donde el sector agrario tiene

competencia legal[1/]. Entre enero de 2014 y julio de 2016, realizó 2,140 asambleas de anuencia, 1,282 de aprobación de planos, 1,189 de delimitación, destino y asignación; realizó 1,161 expedientes generales ingresados oficialmente al RAN y 1,101 verificaciones de entrega de carpetas agrarias, certificados y títulos.

- En el lapso de septiembre de 2015 a julio de 2016, efectuó 547 asambleas de anuencia, 622 de aprobación de planos, 586 de delimitación, destino y asignación, preparó 564 expedientes generales ingresados oficialmente al RAN y realizó 245 verificaciones de entrega de carpetas agrarias, certificados y títulos.

- Adicionalmente, la Procuraduría Agraria coadyuva con el objetivo de ordenar la propiedad al otorgar certeza jurídica a los titulares de la misma, a través de dirimir conflictos internos, apoyar en la realización de asambleas de formalidades especiales, así como en la integración de expedientes individuales para la obtención de certificados y títulos de propiedad.

  - De enero de 2013 a julio de 2016, proporcionó 12,576 asesorías sobre procedimientos relativos a la modificación de la tenencia de la tierra y realizó 3,264 asambleas de formalidades especiales relacionadas con la creación, modificación y extinción de la tenencia de la tierra de la propiedad rural, para garantizar certeza jurídica. Asimismo, atendió 1,836,170 audiencias campesinas, proporcionó 995,767 asesorías legales, así como 185,937 representaciones legales y, llevó a cabo 74,534 conciliaciones agrarias, 207 arbitrajes agrarios y 1,130 servicios periciales.

    - Entre septiembre de 2015 y julio de 2016, otorgó 3,939 asesorías sobre los procedimientos relativos a la modificación de la tenencia de la tierra y efectuó 851 asambleas de formalidades especiales para garantizar certeza jurídica. Atendió 462,401 audiencias campesinas, proporcionó 240,860 asesorías legales y 51,506 representaciones legales, atendió 15,651 conciliaciones agrarias con una eficiencia conciliatoria superior a 90%, así como 50 arbitrajes agrarios y 311 servicios periciales.

  - De igual manera, entre septiembre de 2015 y julio de 2016, promovió la cultura contractual entre los sujetos agrarios; así como los esquemas de asociación estratégicos, mediante 22,696 acciones de asesoría, gestión y acompañamiento, con apego a la normatividad agraria vigente. Asimismo, formalizó 381 instrumentos jurídicos para la integración de superficie agraria con la finalidad de establecer esquemas de organización agraria para garantizar la realización de proyectos productivos.

  - Se creó la Representación de la Procuraduría Agraria en el Consulado General de México en Los Ángeles, California, en los Estados Unidos de América (EUA), mediante acuerdo publicado el 3 de marzo de 2016 en el DOF, para dar atención a los ejidatarios y comuneros migrantes y canalizar sus peticiones a las diferentes áreas de la Procuraduría.

  - Se realizaron jornadas para la protección de los derechos agrarios de los ejidatarios y comuneros migrantes, en ciudades de EUA: Newberry, Carolina del Sur; Raleigh, Carolina del Norte; Atlanta, Georgia; Houston y Dallas, en Texas.

  - Se proporcionaron 1,189 asesorías y acciones de difusión relacionadas con derechos agrarios de los ejidatarios y comuneros, radicados en el exterior o con intención de migrar.

Solución de conflictos agrarios

- Entre septiembre de 2015 y junio de 2016, se resolvieron 91 conflictos agrarios en varios estados del país. La superficie liberada de conflicto es de 70,996 hectáreas.
- Las acciones del Programa de Atención a Conflictos Sociales en el Medio Rural beneficiaron a 33,927 sujetos agrarios, que junto con sus familias pueden ya contar con certeza jurídica en su patrimonio y de un contexto social armónico.
- De diciembre de 2012 a junio de 2016, se dio atención y conclusión a 190 conflictos agrarios, por la propiedad y/o disputa de la tierra, lo que representó establecer las condiciones para regularizar una superficie de 95,431 hectáreas, en beneficio de 46,732 personas.

  - Durante abril de 2016, a través del Programa de Atención a Conflictos Sociales en el Medio Rural, se dio solución a cuatro de los conflictos sociales más antiguos:

    - Ejido Casas Grandes, Chihuahua, que llevaba 89 años de conflicto y para su resolución se

[1/] Estas actividades se trabajaron entre 2014 y 2015, a través del Programa de Apoyo para los Núcleos Agrarios sin Regularizar (FANAR); y en 2016, con el Programa Regularización y Registro de Actos Jurídicos Agrarios (RRAJA). Este último deriva de la fusión del Programa Registro de Actos Jurídicos sobre Derechos Agrarios en el FANAR, que a su vez cambia de nombre a RRAJA. El RRAJA (antes FANAR) opera de manera coordinada entre la Procuraduría Agraria y el RAN.

dispersaron 150 millones de pesos, en beneficio de 570 familias.

- Ejido Huahuacherare, Chihuahua, con 64 años de conflicto y para resolverlo se dispersaron 16 millones de pesos, en beneficio de 209 familias Rarámuri.
- Comunidades de Tezoatlán de Segura y Luna y San Antonino Monteverde, Oaxaca, que tenían más de 100 años de conflicto y para su resolución se dispersaron nueve millones de pesos, en beneficio de 2,974 personas.
- Ejido La Camacha, Tlalixcoyan, Veracruz, que registraba casi 50 años de conflicto y para su resolución de dispersaron 12.5 millones de pesos, en beneficio de 72 familias.

– De diciembre de 2012 a julio de 2016, se celebraron 1,473 audiencias con atención a 25 organizaciones sociales y 65,912 sujetos agrarios. Entre septiembre de 2015 y julio de 2016, se realizaron 384 audiencias, con la atención de 20,832 sujetos agrarios y 25 organizaciones sociales.

- A través del Programa Fomento al Desarrollo Agrario[1/] (FORMAR), se realizaron acciones que impulsaron el desarrollo de capital social y humano de los núcleos agrarios. De enero de 2013 a diciembre de 2015, se aprobaron 727 proyectos, con una inversión de 595.6 millones de pesos, en beneficio de 231,282 personas.
- El Programa de Fomento a la Urbanización Rural[2/] atendió a localidades con menos de 2,500 habitantes, que presentaban alto y muy alto grado de rezago social, ubicadas dentro de núcleos agrarios.

  – De enero de 2014 a diciembre de 2015, se apoyaron 436 proyectos con un monto de 323.7 millones de pesos. El programa apoyó la elaboración de 264 proyectos ejecutivos, por un monto de 36.5 millones de pesos y de 172 proyectos de construcción con 287.2 millones de pesos, lo que permitió beneficiar a 82 mil personas de 398 localidades, ubicadas en 167 municipios de 26 entidades federativas.

- Con el Programa de Apoyo a Jóvenes Emprendedores Agrarios[3/], entre septiembre y diciembre de 2015, se apoyaron cuatro solicitudes de proyectos productivos, para beneficio de 94 jóvenes, con un monto de 2.5 millones de pesos.
- De enero a agosto de 2016, se instalaron 30 Consejos Estatales de Desarrollo Agrario, encargados de la coordinación, vinculación interinstitucional y de gestión para la construcción, atención y resolución de una agenda estratégica del sector agrario.

1/ El Programa FORMAR operó hasta diciembre de 2015 como programa presupuestario de la SEDATU. Sin embargo, fue sectorizado, a partir de enero de 2016, a la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación.

2/ Este programa se fusionó, a partir de 2016, en el Programa de Infraestructura.

3/ Este programa fue resectorizado a partir de 2016 a la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, para fusionarse en el Programa Arráigate.