

**Programa de Acción:  
Programa de Atención a la Infancia**

Versión Preliminar

# C O N T E N I D O

1. Presentación
  2. Misión
  3. Visión
  4. Antecedentes
  5. Justificación
    - 5.1. Marco Jurídico
    - 5.2. Situación de Salud
    - 5.3. Respuesta Social Organizada
  6. Priorización
  7. Análisis estratégico
  8. Políticas
  9. Objetivo
  10. Componentes por grupo poblacional
  11. Metas para el periodo 2001 – 2006
  12. Estrategias, líneas de acción y actividades
  13. Control
    - 13.1. Información
    - 13.2. Supervisión
    - 13.3. Evaluación
  14. Bibliografía
- Anexos

## 1. PRESENTACIÓN

Tradicionalmente, en México se han realizado innovaciones importantes en la atención a la salud de los diferentes grupos poblacionales. Para la atención de los menores de cinco años, en 1997 se integró el Programa de Atención a la Salud del Niño que abordó las principales causas de daño en ese grupo de población. Los logros se identifican principalmente en la reducción de la mortalidad general en el grupo de edad mencionado y la específica por enfermedades diarreicas e

infecciones respiratorias agudas; así como en la capacitación al personal de salud tendiente a mejorar la calidad de la atención de esas causas mediante el establecimiento de la consulta completa y atención integrada.

El éxito se fundamenta también en la capacitación que se ha dado a las madres o responsables del cuidado de los menores de cinco años sobre la identificación de signos de alarma, que permite solicitar la atención médica antes de que se presenten complicaciones.

Ahora se busca ampliar el grupo blanco al que se dirigen las actividades. El enfoque se orienta no al daño sino a la salud, esta decisión es de vanguardia en nuestro país, ya que se fundamenta en el mantenimiento de la salud en el continuo que va desde que el ser humano nace hasta que concluye la infancia, esto es, desde los cero hasta los nueve años.

Para las acciones de este Programa, la infancia se divide en: recién nacido, lactante y preescolar (menores de cinco años) y escolar (cinco a nueve años). En México estos grupos de edad representan el 25% del total de la población.

## 2. MISIÓN

La contribución está dirigida a alcanzar altos niveles de calidad de vida en la población menor de 10 años, con acciones de prevención de enfermedades y protección de la salud, mediante atención integrada, priorización de problemas con enfoque de riesgo y aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios.

Logro de altos niveles de calidad de vida en la población menor de 10 años

## 3. VISIÓN

Es el programa nacional líder para la salud de la infancia, que eleva la calidad de vida, mediante la disminución de rezagos, el logro de la equidad, la eficiencia y la excelencia en la prestación de servicios, con plena satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Programa nacional líder para la salud de la infancia.

Contribuye a generar comunidades saludables que favorecen el desarrollo nacional.

| <b>X</b> ESFUERZOS DE INTEGRACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD   |   |  |
|---|---|--|
| México ha integrado la atención a la población menor de 10 años de edad   |   |  |
| En 1973 se estableció el Programa Nacional de Inmunizaciones, cuya evolución dio origen en 1991 al Programa de Vacunación Universal (PVU), que ha servido como punta de lanza en las acciones sectoriales de salud. | por estas causas.   | control de las enfermedades que más frecuentemente pueden afectar a la población menor de cinco años de edad. Se consideraron los componentes de Vacunación Universal, Prevención y Control de Enfermedades Diarreas y de Infecciones Respiratorias Agudas así como el de Nutrición. |
| En 1983, se dio pauta para la ejecución del Programa Nacional de Hidratación Oral en Diarreas, posteriormente el de Prevención y Control de   | En 1995 se realizó el primer esfuerzo de integración de programas prioritarios dando lugar, al de Prevención y Control de Enfermedades Diarreas e Infecciones | A partir de diciembre del año 2000, la Secretaría de Salud amplía el ámbito de este programa, a fin de integrar la prestación de servicios de acciones básicas   |

Enfermedades Diarreicas en 1984.

Respiratorias Agudas.

al grupo poblacional hasta los nueve años de edad.

Por otra parte, con respecto a las Infecciones Respiratorias Agudas, desde 1979 se han desarrollado esfuerzos para disminuir la mortalidad

En 1997 se creó el Programa de Atención a la Salud del Niño, integrando los programas de prevención y

## 4. ANTECEDENTES

En 1991 se crea el Programa de Vacunación Universal (PVU). Este programa integra, por primera vez a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud al implantar un programa con objetivos, metas, estrategias y procedimientos idénticos para todas ellas. Esto se dio como respuesta del Sector Salud a la situación identificada por la Encuesta Nacional de Cobertura de Vacunación (ENCOVA), que demostró que a pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades sanitarias del país, existían coberturas de vacunación insuficientes, lo que señalaba la inadecuada productividad de las estrategias implantadas y la insuficiencia de los recursos para alcanzar coberturas de vacunación que garantizaran de modo permanente, logros epidemiológicos capaces de obtener el control, la eliminación y/o la erradicación de las enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

Ante este panorama, hubo que adecuar las estrategias operativas del PVU y obtener los recursos para su desarrollo, integrando en este esfuerzo, además de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a todas las instituciones de los sectores público, social y privado en los diversos niveles de su competencia. Se hizo necesario, por otro lado, concertar la voluntad política de todas las instancias del gobierno, para dar al Programa la dimensión, fortaleza y alcances necesarios a efecto de aplicar, a todos los niños menores de cinco años, todas las vacunas, elevando a niveles óptimos las coberturas de vacunación y haciendo descender cada día más los índices de daños a la salud. Las coberturas alcanzadas a partir de 1992 y su incremento sostenido, se han traducido en la erradicación, eliminación y control de las enfermedades que con las vacunas se previenen.

Aplicar a todos los niños menores de cinco años todas las vacunas.

Paralelamente, y retomando las experiencias con la Terapia de Hidratación Oral para el Control de las Diarreas en el estado de Jalisco en los años 1958 y 1959, así como los procesos de desarrollo que ha tenido esta Terapia en el Hospital Infantil de México Federico Gómez desde 1979 hasta su consolidación en el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1983, se dio pauta para la ejecución del Programa Nacional de Hidratación Oral en Diarreas, posteriormente el de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas en 1994, logrando con la secuencia de actividades durante los primeros años de su operación, la reducción del 76% de los fallecimientos por diarrea en niños menores de cinco años de edad contribuyendo así al descenso sostenido de la mortalidad infantil en ese grupo etareo.

Por otra parte, con respecto a las Infecciones Respiratorias Agudas, desde 1979 se han desarrollado esfuerzos para disminuir la mortalidad por estas causas. De acuerdo a las evaluaciones que se realizaron en el país con el objeto de demostrar la factibilidad de estandarizar el diagnóstico y tratamiento de estos padecimientos en el primer nivel de atención, se formuló el Programa de Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas, mismo que se extendió a la totalidad del territorio nacional en 1989, continuando con el esfuerzo hasta 1995.

Se logró la reducción del 76% de los fallecimientos por diarrea en niños menores de cinco años.

En 1995 se realizó el primer esfuerzo de integración de programas prioritarios dando lugar, al Programa de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas.

En 1997, como parte de la modernización de la Secretaría de Salud y considerando los retos epidemiológicos y demográficos en nuestro país, así como el impacto de los programas, el costo y beneficio que éstos tienen y los recursos existentes, se establecieron las funciones prioritarias de prevención y control de enfermedades, a las que la Secretaría de Salud brindaría atención especial.

Las funciones prioritarias de prevención y control de enfermedades se categorizaron de acuerdo con el impacto que producen en la salud de la población y la manera de interactuar entre ellas, así se establecieron en programas sustantivos, líneas estratégicas y mecanismos de apoyo. Se precisó que los programas de prevención y control de enfermedades que la SSA marcó como funciones prioritarias tuvieran como característica la integralidad y complementariedad entre los mismos. De esta manera, bajo esta conceptualización se creó el Programa de Atención a la Salud del Niño en 1997 integrando los programas de prevención y control de las enfermedades que más frecuentemente pueden afectar a la población menor de cinco años de edad. Se consideraron los componentes de Vacunación Universal, Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas y de Infecciones Respiratorias Agudas así como el de Nutrición.

A partir de diciembre del año 2000, la Secretaría de Salud amplía el ámbito de este programa, a fin de integrar en la prestación de servicios al grupo poblacional hasta los nueve años de edad.

Desde 1979 se han desarrollado esfuerzos para disminuir la mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas.

En 1997 se creó el Programa de Atención a la Salud del Niño.

A partir de diciembre del año 2000 se amplía la atención hasta los nueve años de edad.

## **X RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA**

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 18,557 unidades de salud

Para atender a toda la población, en la actualidad el Sistema Nacional de Salud cuenta con 18,557 unidades de salud. En estas unidades hay 130,469 médicos y 179,634 enfermeras, casi 44% de ellos se ocupan de la atención a la salud a población abierta.

Actualmente se tiene 1.3 médicos y 1.7 enfermeras por cada 1000 habitantes. Excluyendo la información del sector privado, el total de consultas otorgadas por el sector salud aumentó 20.5% y las consultas por habitante 20%.

Del total de consultas, el 40% se otorga a menores de quince años de edad. Además, de las consultas otorgadas a menores de cinco años según motivo de atención, en 1999 el 32.1% fue por IRA, el 6.3 % por ED y el 32.8% correspondió a consultas al niño sano.

## 5. JUSTIFICACIÓN

Los padecimientos de más alta prevalencia y más frecuentemente identificados como causa de mortalidad en la infancia, representan una importante carga económica y social para el país, en virtud del elevado costo que por concepto de atención curativa deben pagar tanto las familias como el estado, además de los costos indirectos y los días no laborados por alguno de los padres, para dedicarlos al cuidado de los hijos, así como los días de ausentismo escolar.

Los padecimientos de mas alta prevalencia representan una importante carga económica y social para el país.

Las secuelas de algunos de estos padecimientos seguramente representan un cúmulo importante de años vividos con discapacidad, además de que las defunciones por los mismos, acumulan la mayor magnitud de años de vida potencialmente perdidos, debido a la edad temprana en que se presentan.

Atender la salud de la infancia desde el momento del nacimiento hasta los nueve años de edad.

Debido a lo anterior se busca integrar en un solo Programa, las acciones para atender la salud de la infancia abarcando desde el momento del nacimiento hasta los nueve años de edad, extendiendo los beneficios planteados, por las siguientes razones:

Se atenderán los problemas de salud que en México más frecuentemente afectan o pueden afectar a este grupo poblacional, mediante acciones que se desarrollarán bajo estrategias similares y coordinadamente con las diferentes áreas, instituciones y programas sustantivos, para potencializar el impacto, utilizando tecnologías sencillas y de bajo costo individual, como la vacunación y la hidratación oral, entre otras, bajo la responsabilidad del personal en el nivel operativo, con lo cual se utilizan mejor los recursos y se eleva la eficiencia y la relación costo-beneficio, para que con ello, al implantarse en forma simultánea en el grupo de población definido, su impacto en la salud sea mucho mayor y se eleve la calidad de los servicios de salud.

### **X ATENCIÓN INTEGRADA Y CONSULTA COMPLETA**

Conjunto de acciones que se proporcionan a la población menor de 10 años de edad en la unidad de salud

A fin de sistematizar la prestación de los servicios y de contribuir a elevar la calidad de la atención a la salud de la infancia, se incorpora como una estrategia fundamental la Atención Integrada y la consulta completa.

Se define a la Atención integrada como el conjunto de acciones que se proporcionan a la población menor de 10 años de edad en la unidad de salud, independientemente del motivo de la consulta e incluyen: la atención del motivo de la consulta, la vigilancia de la vacunación, la vigilancia de la

nutrición, la capacitación de la madre, la atención a la salud de la madre y la detección de otros problemas de salud.

La estrategia para asegurar la atención integrada está constituida por la consulta completa que incluye: identificación de factores de mal pronóstico, evaluación clínica y diagnóstico, tratamiento adecuado, capacitación a la madre sobre la identificación de los signos de alarma de los padecimientos, cuidados generales en el hogar y seguimiento de los casos.

Se define como Factores de mal pronóstico, a las variables para identificar que un niño con enfermedad diarreica, infección respiratoria aguda o desnutrición, tiene mayor probabilidad de desarrollar complicaciones graves y, consecuentemente, de morir. Dichas variables son menor de dos meses, desnutrición, muerte previa de un menor de cinco años en el mismo hogar, madre analfabeta o menor de 17 años de edad, dificultad para trasladarse a una unidad de salud y menor de un año de peso bajo al nacer.

## 5.1. MARCO JURÍDICO

Este Programa se desarrollará con el respaldo de los siguientes ordenamientos legales:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
- Ley General de Salud
- Ley de Planeación
- Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal
- Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud
- Normas Oficiales Mexicanas (*Ver Anexo N° 1*).

## 5.2. SITUACIÓN DE SALUD

El estudio de la situación de salud de este grupo poblacional se enfrenta a la dificultad de que las estadísticas oficiales para causas de enfermedad y mortalidad no están disponibles por grupos quinquenales, escolar abarca de los cinco a los catorce años de edad y el programa está orientado a la población menor de diez años.

Con el fin de resolver esta situación y disponer de datos desagregados sobre mortalidad, la base de datos de las defunciones de 1999 fue procesada por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA) utilizando como fuente el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), herramienta oficial para la emisión de este indicador, por lo que la información así generada debe considerarse como preliminar y puede variar con la que se publique de forma oficial.

### **X** ENFERMEDADES EVITABLES POR VACUNACIÓN

Las vacunas que se aplican permanentemente a la población del País, previenen diez enfermedades

Vacunación es la administración de un producto inmunizante a un organismo, con objeto de protegerlo contra el riesgo de una enfermedad determinada. La Vacunación Universal, es la política sanitaria que tiene como objetivo lograr la protección de toda la población del país, mediante su esquema completo de vacunación. Establece los criterios y procedimientos para lograr el control, la eliminación y la erradicación de enfermedades evitables por vacunación.

Esquema completo de vacunación es el número ideal de vacunas, dosis y refuerzos que debe recibir la población sujeta al Programa, de acuerdo con su edad. Las vacunas que se aplican permanentemente

en el país, previenen diez enfermedades: poliomielitis con tres dosis de la vacuna tipo Sabin; formas graves de tuberculosis con una dosis de BCG; tétanos, difteria, tos ferina, infecciones graves por *Haemophilus influenzae* tipo b y Hepatitis B con tres dosis de la vacuna Pentavalente (DPT+HB+Hib), y sarampión, rubéola y parotiditis con dos dosis de triple viral (SRP).

El Esquema Básico de Vacunación Universal debe completarse en los lactantes a los doce meses de edad. Cuando esto no sea posible, se ampliará el periodo de vacunación, hasta los cuatro años con once meses de edad.

La aplicación de los productos biológicos se realizará durante todos los días hábiles del año, por personal capacitado, en todas las unidades del primer nivel de atención; en hospitales del segundo nivel se cubrirá la demanda durante los 365 días del año; las unidades hospitalarias de tercer nivel que cuenten con servicios de medicina preventiva, apoyarán las acciones de vacunación; la vacunación extramuros se realizará en las localidades que no cuenten con servicios permanentes de salud con la periodicidad que cada institución establezca para completar esquemas y en las Semanas Nacionales de Salud, tres veces al año.

## 5.2.1. PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD

En 1999 el 55.2% del total de casos de enfermedades se presentó en la población de cero a catorce años (Tabla 1). Dentro de ese grupo, la mayor parte corresponde a la población preescolar, seguida de la escolar e infantil. La fuente de esta información es el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, en el que se registran solamente los padecimientos en los que la causa de consulta es de notificación obligatoria, esta información es sectorial.

En 1999 se presentó el 55.2% de casos en la población de cero a catorce años.

**TABLA 1**  
**CASOS POR GRUPO POBLACIONAL**  
**MÉXICO, 1999**

| GRUPO DE EDAD           | CASOS             | %            |
|-------------------------|-------------------|--------------|
| Menores de un año       | 4,653,669         | 11.4         |
| De 1 a 4 años           | 9,220,688         | 22.7         |
| De 5 a 14 años          | 8,583,137         | 21.1         |
| Subtotal de 0 a 14 años | 22,457,494        | 55.2         |
| Resto de la población   | 18,235,189        | 44.8         |
| <b>TOTAL</b>            | <b>40,692,683</b> | <b>100.0</b> |

Fuente: SS-EPI-1-95, Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. DGE..SSA.



### 5.2.1.1. En la población menor de un año de edad (Infantil)

Las enfermedades infecciosas son las que afectan (mayoritariamente) la salud en esta etapa de la vida. Dadas las características de vulnerabilidad de los lactantes, el riesgo de que se presenten complicaciones por estos padecimientos es muy alto.

Desde 1996 hasta 1999 las principales causas son las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales mal definidas y neumonías y bronconeumonías, en orden descendente. En el último año del periodo referido estas causas representan más del 95% de todos los casos que se reportaron para este grupo de edad. Las infecciones respiratorias agudas por si solas contribuyen con cerca del 90% de todas las causas. (Tabla 2)

El riesgo de que se presenten complicaciones por enfermedades infecciosas en el menor de un año es muy alto.

**TABLA 2**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD**  
**EN MENORES DE UN AÑO DE EDAD**  
**MÉXICO, 1999**

| NÚMERO       | CAUSA   | CODIGO DE LA LISTA DETALLADA 10a. Rev.    | CASOS            | %*           |
|--------------|---|---|------------------|--------------|
| 1            | Infecciones respiratorias agudas                      | J00-J01, J02.8-J02.9, J03.8-J06, J20, J21 | 3,715,168        | 79.8         |
| 2            | Infecciones intestinales por otros organismos         | A04, A06.0-A06.3, A06.9, A08-A09          | 732,346          | 15.7         |
| 3            | Neumonías y bronconeumonías                           | J12-J18 EXCEPTO J18.2                     | 52,799           | 1.1          |
| 4            | Otitis media aguda                                    | H65.0-H65.1                               | 33,115           | 0.7          |
| 5            | Otras helmintiasis                                    | B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83       | 27,375           | 0.6          |
| 6            | Varicela  | B01                                       | 17,438           | 0.4          |
| 7            | Angina estreptocócica                                 | J02.0, J03.0                              | 12,487           | 0.3          |
| 8            | Asma  | J45, J46                                  | 12,054           | 0.3          |
| 9            | Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios | A07.0, A07.2-A07.9                        | 10,176           | 0.2          |
|              | Todas las demás                                       |   | 40,711           | 0.9          |
| <b>TOTAL</b> |   |   | <b>4,653,669</b> | <b>100.0</b> |

\* Con relación al total de causas

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Procesó D.G.E./SSA

### 5.2.1.2. En la población de uno a cuatro años de edad (preescolares)

El perfil patológico de esta etapa no presenta grandes variaciones en las principales causas de enfermedad en relación con los menores de un año. Prevalen las enfermedades infecciosas que afectan los aparatos respiratorio y digestivo. (Tabla 3)

De 1995 a 1999 las causas de enfermedades que más frecuentemente fueron atendidas son infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales y otitis media aguda, en orden descendente. En 1999 las dos primeras contribuyeron con más del 90% de los casos reportados.

Prevalen las enfermedades infecciosas que afectan los aparatos respiratorio y digestivo.

**TABLA 3**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD**  
**EN PREESCOLARES**  
**MÉXICO, 1999**

| NÚMERO       | CAUSA   | CÓDIGO DE LA LISTA DETALLADA 10a. Rev.    | CASOS            | %*           |
|--------------|---|---|------------------|--------------|
| 1            | Infecciones respiratorias agudas              | J00-J01, J02.8-J02.9, J03.8-J06, J20, J21 | 7,114,203        | 77.2         |
| 2            | Infecciones intestinales por otros organismos | A04, A06.0-A06.3, A06.9, A08 - A09        | 1,291,139        | 14.0         |
| 3            | Otras helmintiasis                            | B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83       | 152,037          | 1.6          |
| 4            | Ascariasis                                    | B77                                       | 124,380          | 1.3          |
| 5            | Otitis media aguda                            | H65.0-H65.1                               | 117,947          | 1.3          |
| 6            | Varicela                                      | B01                                       | 72,819           | 0.8          |
| 7            | Neumonías y bronconeumonías                   | J12-J18 EXCEPTO J18.2                     | 61,638           | 0.7          |
| 8            | Asma  | J45, J46                                  | 52,726           | 0.6          |
| 9            | Angina estreptocócica                         | J02.0, J03.0                              | 50,821           | 0.6          |
|              | Todas las demás                               |   | 182,978          | 2.0          |
| <b>TOTAL</b> |   |   | <b>9,220,688</b> | <b>100.0</b> |

\* Con relación al total de causas

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Procesó D.G.E./SSA

### 5.2.1.3. En la población de cinco a 14 años (escolar y adolescencia temprana)

Las causas de enfermedad en este periodo, en su mayoría se mantienen en relación con los grupos previos. Para 1999 las dos principales son infecciones respiratorias agudas y las infecciones intestinales, que representan más del 85% de todas las causas. La importancia de las infecciones respiratorias es aún mayor si se integra otitis media. (Tabla 4)

Las causas de enfermedad en este periodo, en su mayoría se mantienen en relación con los grupos previos.

Para este grupo de edad aparece en el noveno lugar la intoxicación por picadura de alacrán, patología que requiere atención oportuna por su potencial letalidad.

**TABLA 4**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD**  
**EN POBLACIÓN DE 5 A 14 AÑOS**  
**MÉXICO, 1999**

| NÚMERO       | CAUSA   | CÓDIGO DE LA LISTA DETALLADA 10a. Rev.    | CASOS            | %*           |
|--------------|---|---|------------------|--------------|
| 1            | Infecciones respiratorias agudas              | J00-J01, J02.8-J02.9, J03.8-J06, J20, J21 | 6,368,888        | 74.2         |
| 2            | Infecciones intestinales por otros organismos | A04, A06.0-A06.3, A06.9, A08-A09          | 1,070,501        | 12.5         |
| 3            | Otras helmintiasis                            | B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83       | 228,332          | 2.7          |
| 4            | Otitis media aguda                            | H65.0-H65.1                               | 174,436          | 2.0          |
| 5            | Ascariasis                                    | B77                                       | 170,261          | 2.0          |
| 6            | Varicela                                      | B01                                       | 112,046          | 1.3          |
| 7            | Angina estreptocócica                         | J02.0, J03.0                              | 69,915           | 0.8          |
| 8            | Asma  | J45, J46                                  | 67,034           | 0.8          |
| 9            | Intoxicación por picadura de alacrán          | X22, T63.2                                | 48,619           | 0.6          |
|              | Todas las demás                               |   | 273,105          | 3.2          |
| <b>TOTAL</b> |   |   | <b>8,583,137</b> | <b>100.0</b> |

\* Con relación al total de causas

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Procesó D.G.E./SSA

Con estos datos puede decirse que durante la infancia y adolescencia temprana las principales causas de enfermedad de notificación obligatoria, siguen siendo las relacionadas con infecciones principalmente virales, del tracto respiratorio y del intestino, por lo que las estrategias que ha venido desarrollando el Programa de Atención a la Salud del Niño pueden generalizarse a la población mayor de cinco años.

## X INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Constituyen la primera causa de demanda de atención en la población menor de 10 años

Se define a la **Infección Respiratoria Aguda (IRA)**, como la enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afectan al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días.

La infección aguda de las vías respiratorias inferiores, es la enfermedad infecciosa que afecta al aparato respiratorio, de las cuerdas vocales hacia abajo.

La infección aguda de las vías respiratorias superiores es la enfermedad infecciosa que afecta al aparato respiratorio por arriba de las cuerdas vocales, durante un periodo menor de 15 días.

Dificultad respiratoria es la alteración en el funcionamiento pulmonar, que se manifiesta por uno o más de los siguientes signos: aumento de la frecuencia respiratoria (polipnea o taquipnea); tiraje; estridor en reposo; o sibilancia en diferentes intensidades. Polipnea o respiración rápida es el aumento de la frecuencia respiratoria arriba de 60 por minuto, en niños menores de 2

meses de edad; arriba de 50 por minuto, en niños de 2 a 11 meses, y arriba de 40 por minuto, en niños de uno a cuatro años.

### Medidas de Prevención

Las actividades que han demostrado ser efectivas en la prevención de las infecciones respiratorias agudas, y que se deben promover en la comunidad, son:

dar lactancia materna exclusiva, durante los primeros cuatro a seis meses de vida, y complementaria después de esa edad; vigilar y en caso necesario, orientar a la familia sobre la alimentación adecuada y otras medidas que contribuyan a corregir el estado nutricional del niño; vacunar contra el sarampión, tos ferina, difteria e infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b, de acuerdo con el esquema que señale la Cartilla Nacional de Vacunación vigente; evitar fumar cerca de los niños;

evitar la combustión de leña, o el uso de braseros, en habitaciones cerradas; evitar los cambios bruscos de temperatura; en época de frío, mantener abrigados a los niños; proporcionar el aporte adecuado de líquidos, frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas "A" y "C"; evitar el hacinamiento humano, para disminuir la transmisión de estas infecciones; ventilar la habitación del niño; fomentar la atención médica del niño sano.

Las **medidas de control** recomendables son las siguientes:

En la atención de los niños con IRA, el interrogatorio y la inspección se deben orientar hacia la identificación, en primer lugar, de la presencia o no de neumonía y en forma secundaria, de otitis media aguda, faringoamigdalitis purulenta u otra entidad nosológica de etiología bacteriana

## X ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

La atención eficaz y oportuna de la enfermedad diarreica comprende tres acciones principales

Se define a la **Diarrea**, como la enfermedad intestinal, generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas y frecuentes, en número de tres o más en 24 horas.

Se considera Diarrea aguda, a tres o más evacuaciones anormalmente blandas o líquidas en 24 horas, por menos de dos semanas, en cambio la Diarrea persistente, se considera a tres o más evacuaciones anormalmente blandas o líquidas en 24 horas, por más de dos semanas. La Disentería, otra forma de diarrea, se caracteriza por la presencia de evacuaciones con moco y sangre.

La **terapia de hidratación oral (THO)**, es la administración, por la boca, de líquidos seguros y vida suero oral, para prevenir o tratar la deshidratación. La Deshidratación, es la pérdida excesiva de líquidos y electrolitos del cuerpo. Líquidos caseros recomendados, son las aguas preparadas de frutas, sopas, tés, atoles, y agua de coco verde.

### Medidas de Prevención

Las tareas específicas efectivas para prevenir las enfermedades diarreicas, son:

Cloración del agua y procedimientos de desinfección; lactancia materna exclusiva, durante los primeros cuatro a seis meses de vida; mejoramiento de las prácticas de ablactación, a partir de los cuatro a seis meses de edad; promoción de la higiene en el hogar, con énfasis en el lavado de manos, manejo higiénico de los alimentos y la eliminación correcta de las excretas; vacunación contra el sarampión; administración de vitamina "A" como suplemento, que juega un papel central en la resistencia inmunológica a la infección.

### Medidas de Control

La atención eficaz y oportuna de la enfermedad diarreica comprende acciones orientadas a evitar la deshidratación y la desnutrición: la administración de líquidos en forma de tés, agua de frutas, cocimientos de cereal y Vida Suero Oral, así como el mantener la alimentación habitual.

La tercera acción está orientada a que la madre o responsable del niño aplique una atención adecuada en el hogar e identifique oportunamente la presencia de complicaciones, para que solicite atención en forma oportuna.

### Uso de Antimicrobianos

Los antimicrobianos no son útiles en el tratamiento de las enfermedades diarreicas en el 90% de los casos.

Por otra parte, su uso puede propiciar que la enfermedad se prolongue y ocasionar resistencia bacteriana.

Los antimicrobianos sólo están indicados en casos de diarrea por: *Shigella sp.*, *Vibrio cholerae*, presencia de trofozoitos de *Entamoeba histolytica* o *Giardia lamblia*.

## 5.2.2. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD

En 1999, casi 12 de cada 100 defunciones que ocurrieron en el país, se dieron en el grupo de cero a nueve años. De ellas, nueve afectaron a los menores de un año, dos a los preescolares y una a los escolares (Tabla 5).

En 1999, casi 12 de cada 100 defunciones que ocurrieron en el país, se dieron en el grupo de cero a nueve años.

**TABLA 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES POR GRUPO DE EDAD**  
**MÉXICO, 1999**

| GRUPO                 | DEFUNCIONES    | %            |
|-----------------------|----------------|--------------|
| Menores de un año     | 40,283         | 9.1          |
| De 1 a 4 años         | 7,774          | 1.8          |
| De 5 a 9 años         | 3,657          | 0.8          |
| Muertes de 0 a 9 años | 51,714         | 11.7         |
| 10 y + años           | 392,236        | 76.6         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>443,950</b> | <b>100.0</b> |

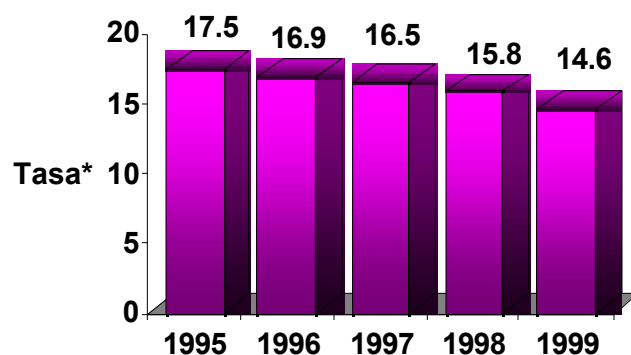
Fuente: Base de datos de defunciones 1999 de la DGE, procesada por el CNSIA. SSA

### 5.2.2.1. Mortalidad en población infantil

La mortalidad infantil es el indicador más utilizado para evaluar el estado de salud de las poblaciones, en nuestro país de 1995 a 1999 hubo una reducción de 16.6% con relación a la tasa, lo que en números absolutos significa 7740 defunciones menos. (Gráfica N° 1)

De 1995 a 1999 hubo una reducción de 16.6% en la mortalidad infantil

**Gráfica N° 1**  
**Estado Unidos Mexicanos**  
**Mortalidad infantil**  
**1995-1999**

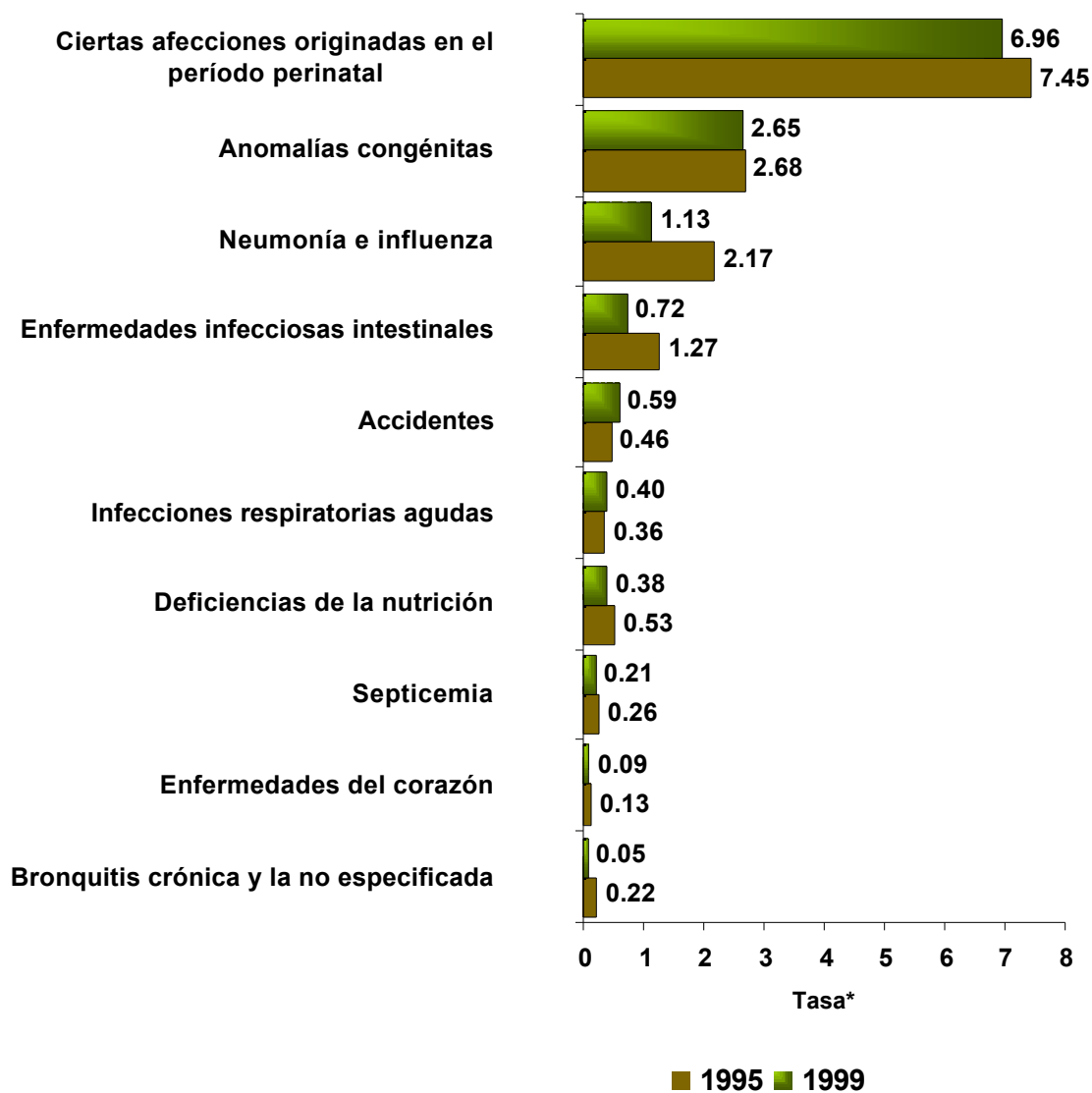


\* Por 1,000 N.V.R.

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática/INEGI

Dentro de las diez principales causas de mortalidad en los menores de un año durante el período referido, las primeras ocho son constantes. En 1999 las tasas por accidentes e infecciones respiratorias agudas comparadas con las de 1995 aumentan (Gráfica N° 2) y en este último año aparecen como novena causa las enfermedades del corazón seguidas de la meningitis. (Tabla 6)

**GRÁFICA N° 2**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL**  
**MÉXICO. 1995 y 1999**



\* por 1,000 NVR

Fuente: INEGI, SSA/DGEI 1996, 2001

**TABLA 6**  
**MORTALIDAD INFANTIL**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS**  
**MÉXICO, 1999**

| NÚMERO DE ORDEN | CAUSA  | CRITERIO DE AGRUPACIÓN | DEFUNCIONES   | TASA (1)     | %            |
|-----------------|--|------------------------|---------------|--------------|--------------|
| 1               | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal<br>Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal | 163                    | 19,268        | 6.96         | 47.8         |
|                 |  | 163I                   | 10,042        | 3.63         | 24.9         |
| 2               | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas<br>Malformaciones congénitas del sistema circulatorio   | 165                    | 7,346         | 2.65         | 18.2         |
|                 |  | 165D                   | 3,000         | 1.08         | 7.5          |
| 3               | Influenza y Neumonía   | 105                    | 3,117         | 1.13         | 7.7          |
| 4               | Enfermedades infecciosas intestinales  | 001                    | 1,996         | 0.72         | 5.0          |
| 5               | Accidentes   | 167                    | 1,634         | 0.59         | 4.1          |
| 6               | Infecciones respiratorias agudas<br>Bronquitis y bronquiolitis agudas  | 104                    | 1,110         | 0.40         | 2.8          |
|                 |  | 104A                   | 777           | 0.28         | 1.9          |
| 7               | Desnutrición y otras deficiencias nutricionales  | 066                    | 1,052         | 0.38         | 2.6          |
| 8               | Septicemia   | 015                    | 585           | 0.21         | 1.5          |
| 9               | Enfermedades del corazón<br>Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón   | 097                    | 247           | 0.09         | 0.6          |
|                 |  | 097D                   | 246           | 0.09         | 0.6          |
| 10              | Meningitis<br>Las demás causas   | 076                    | 132           | 0.05         | 0.3          |
|                 |  | 999                    | 3,796         |              | 5.5          |
| <b>TOTAL</b>    |  |                        | <b>40,283</b> | <b>14.55</b> | <b>100.0</b> |

(1) por 1,000 NVR  
Fuente: INEGI/DGEI, 2001

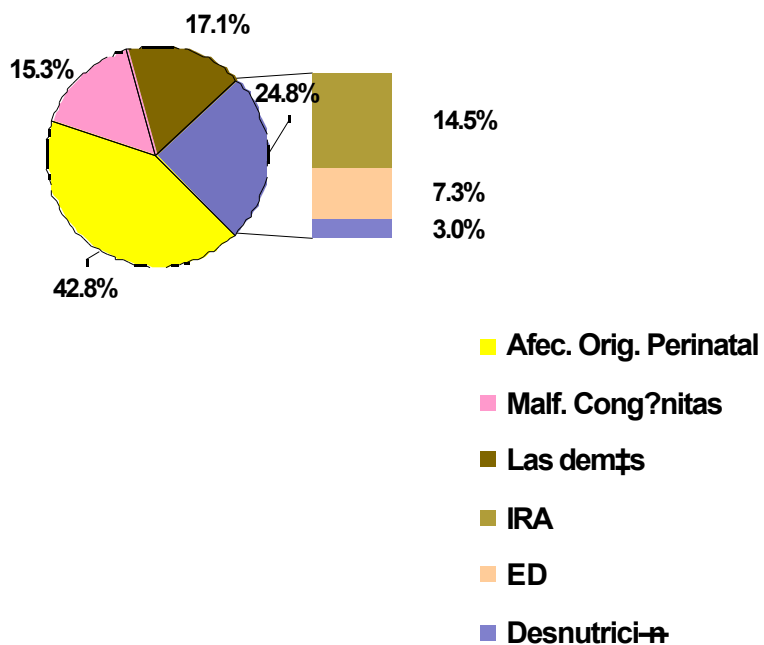
Por otro lado, como se observa en la Gráfica N° 3, al interior de las primeras causas de mortalidad infantil, el peso ha variado, disminuyendo siete puntos porcentuales el correspondiente a las enfermedades responsabilidad del Programa de Atención a la Salud del Niño y aumentando nueve puntos porcentuales el de las causas asociadas al período perinatal y malformaciones congénitas, en las que toma gran relevancia la atención adecuada del embarazo, el parto y el puerperio. Por lo anterior, las estrategias de atención deben enfocarse más a la atención en dicho período, sin dejar de lado los componentes que ha trabajado el Programa de Atención a la Salud del Niño.



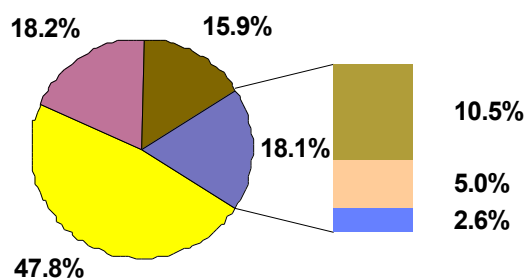
### GRÁFICA N° 3

## PROPORCIÓN POR CAUSA DE MUERTE EN MENORES DE UN AÑO MÉXICO. 1995 y 1999

1995



1999



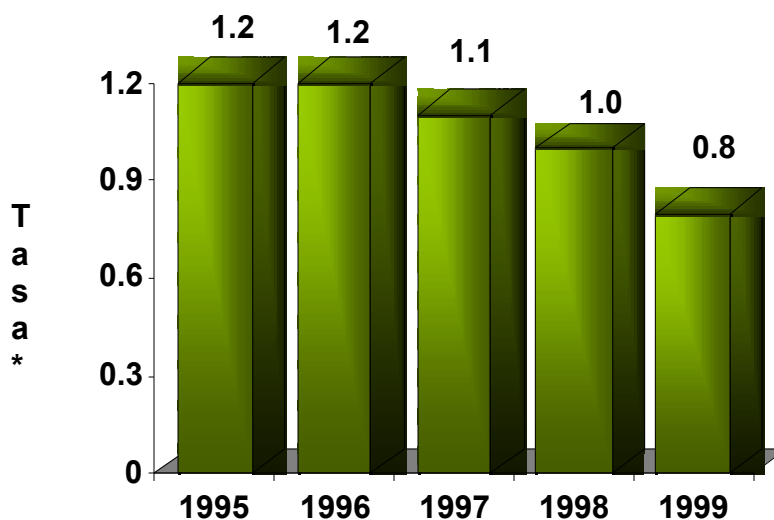
Fuente: INEGI, SSA/DGEI 1996, 2001

### 5.2.2.2. Mortalidad en población preescolar

De 1995 a 1999 en este grupo de población, la reducción de la mortalidad fue de 25%, mayor que en la infantil. En cifras absolutas en 1999 hubo 2,906 defunciones menos, con relación a 1995. (Gráfica No. 4)

La reducción de la mortalidad preescolar fue de 25%, mayor que en la infantil.

**GRÁFICA N° 4  
MORTALIDAD PREESCOLAR  
MÉXICO. 1995-1999**

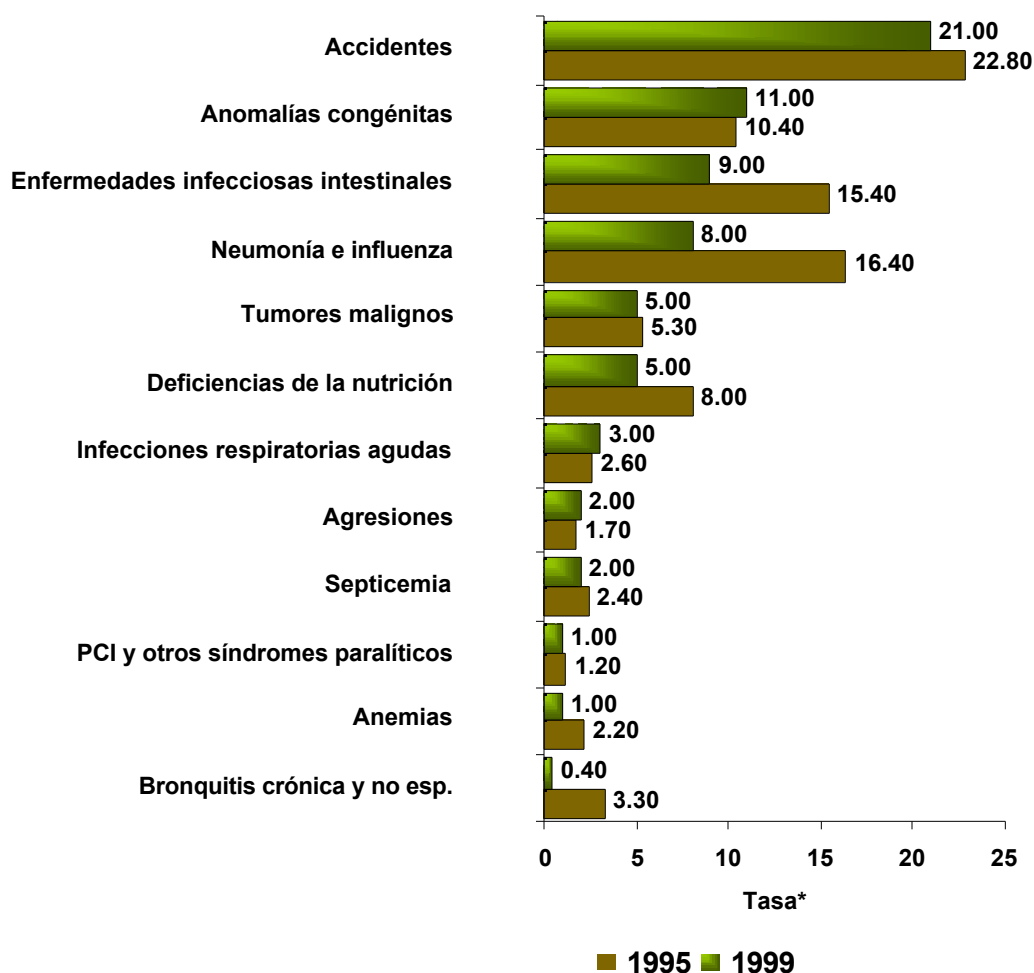


\* por 100,000 habitantes de 1 a 4 años de edad

Fuente: INEGI, SSA/DGEI 1996, 2001

Como se observa en la Gráfica 5, con algunas variaciones en su posición, entre 1995 y 1999 las diez principales causas de mortalidad en los preescolares son constantes. Llama la atención que las tasas de mortalidad por anomalías congénitas, IRA y agresiones aumentaron, las dos primeras se pueden disminuir con las acciones esenciales en salud planteadas en este Programa.

**GRÁFICA N° 5  
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD PREESCOLAR  
MÉXICO. 1995 y 1999**



Tasa por 100,000 habitantes de 1 a 4 años  
Fuente: INEGI, SSA/DGEI 1996, 2001

Para 1999 hay algunas variaciones. En el segundo lugar se reportan las malformaciones congénitas, las cuales aunadas a los accidentes, que son el principal riesgo para morir en esta edad, contribuyen con cerca de un tercio de todas las defunciones del grupo.

Es importante considerar que en el décimo lugar está la parálisis cerebral infantil, padecimiento que en un porcentaje muy alto de las ocasiones es el resultado de una atención obstétrica inadecuada. (Tabla 7)

**TABLA 7**  
**MORTALIDAD PREESCOLAR**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS**  
**MÉXICO, 1999**

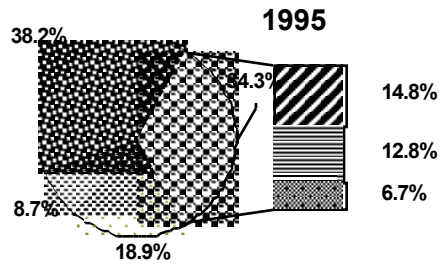
| NÚMERO DE ORDEN | CAUSA  | CRITERIO DE AGRUPACIÓN | DEFUNCIONES  | TASA (1)    |
|-----------------|--|------------------------|--------------|-------------|
| 1               | Accidentes   | 167                    | 1,865        | 21.3        |
|                 | - Ahogamiento y sumersión accidentales                           | 167G                   | 429          | 4.9         |
|                 | - Accidentes de tráfico de vehículos de motor                    | 167B                   | 388          | 4.4         |
| 2               | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 165                    | 926          | 10.6        |
|                 | - Malformaciones congénitas del sistema circulatorio             | 165D                   | 482          | 5.5         |
| 3               | Enfermedades infecciosas intestinales                            | 001                    | 769          | 8.8         |
| 4               | Influenza y Neumonía   | 105                    | 712          | 8.1         |
| 5               | Desnutrición y otras deficiencias nutricionales                  | 066                    | 467          | 5.3         |
| 6               | Tumores malignos   | 049                    | 451          | 5.2         |
|                 | - Leucemias  | 049A                   | 212          | 2.4         |
| 7               | Infecciones respiratorias agudas                                 | 104                    | 220          | 2.5         |
|                 | - Bronquitis y bronquiolitis agudas                              | 104A                   | 132          | 1.5         |
| 8               | Septicemia   | 015                    | 156          | 1.8         |
| 9               | Agresiones (homicidio)   | 169                    | 138          | 1.6         |
| 10              | Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos                 | 080                    | 129          | 1.5         |
|                 | Las demás causas   | 999                    | 1,941        | 22.2        |
| <b>TOTAL</b>    |  |                        | <b>7,774</b> | <b>88.8</b> |

(1) Tasa por 100,000 habitantes de 1 a 4 años  
Estimada con base en las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población  
Fuente: INEGI, SSA/DGEI 2001

Además, como se observa en la Gráfica No. 6 al interior de las primeras cinco causas de mortalidad preescolar, su peso ha variado, disminuyendo siete puntos porcentuales el correspondiente a las enfermedades responsabilidad del Programa de Atención a la Salud del Niño y aumentando nueve puntos porcentuales accidentes y malformaciones congénitas.

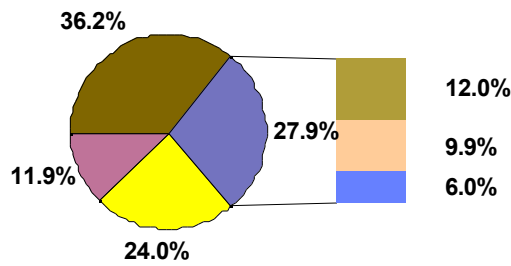
Para disminuir los accidentes, toman gran relevancia las acciones de prevención en el hogar y de capacitación a los adultos en el cuidado de los niños en todos los espacios y, para disminuir las malformaciones congénitas, participa de manera muy importante la consejería genética y salud ambiental. Ambos aspectos considerados en las acciones esenciales de salud en el presente Programa.

**GRÁFICA N° 6**  
**PROPORCIÓN POR CAUSA DE MUERTE EN PREESCOLARES**  
**MÉXICO. 1995 y 1999**



- Accidente
- ▣ Malf.
- ▣ Las demás
- ▣ IRA
- ▣ ED
- ▣ Desnutrición

**1999**



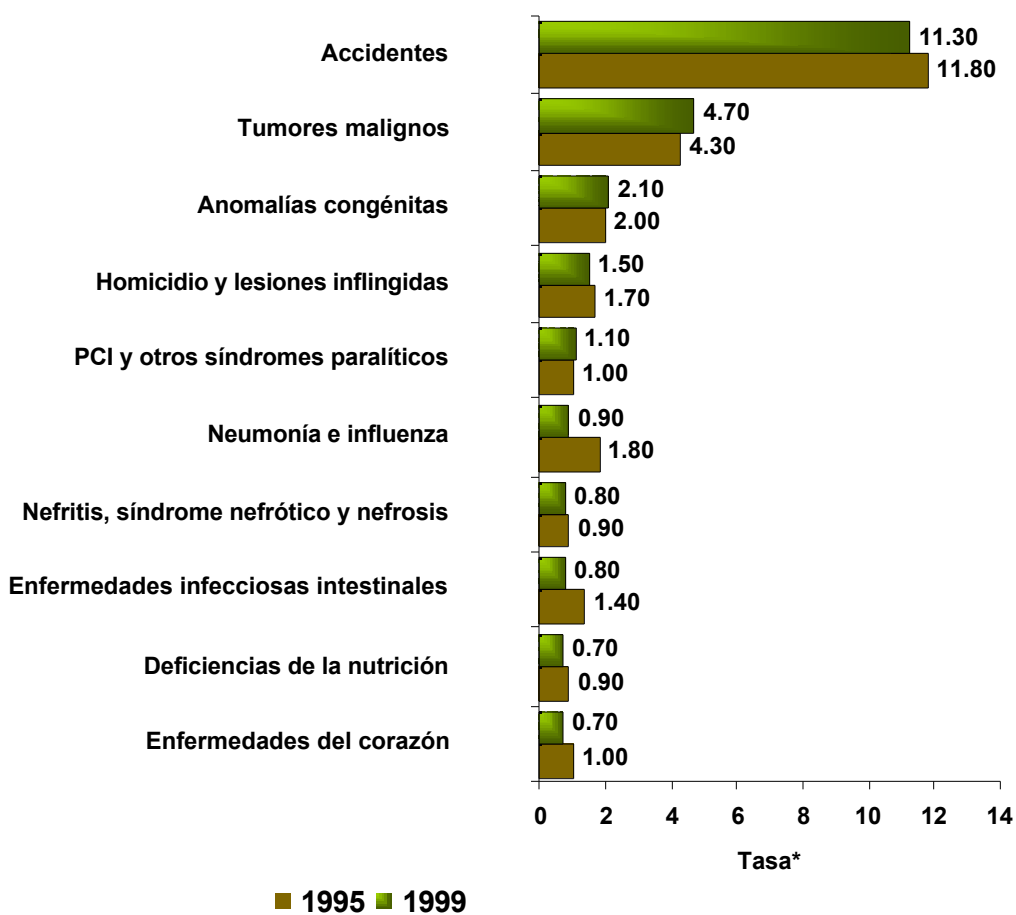
Fuente: INEGI, SSA/DGEI 1996, 2001

### 5.2.2.3. Mortalidad en los escolares (de 5 a 14 años)

Comparando 1995 y 1999, entre las 10 principales causas de mortalidad en la población de 5 a 14 años, se han mantenido en los tres primeros lugares los accidentes, los tumores malignos y las anomalías congénitas, la tasa de las dos últimas causas referidas, aumentó en 1999 en vez de disminuir. El resto de las causas pertenecen principalmente a los padecimientos infecciosos respiratorios, intestinales y renales. Gráfica 7

Las tres principales causas han sido: los accidentes, los tumores malignos y las anomalías congénitas.

**GRÁFICA N° 7  
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR  
MÉXICO. 1995 y 1999**

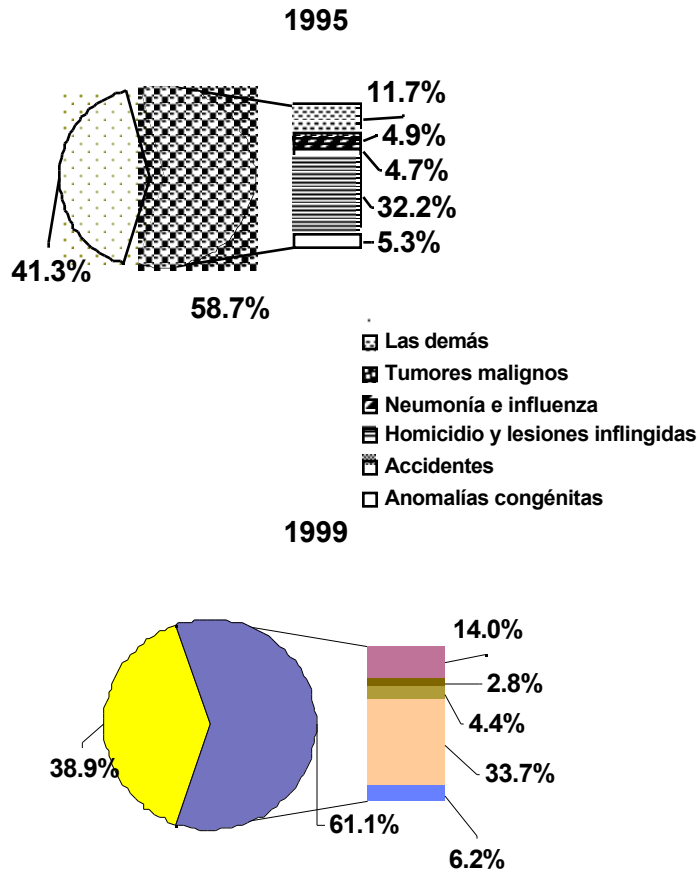


\* por 100,000 habitantes de 5 a 14 años de edad.

Fuente: INEGI, SSA/DGEI 1996, 2001

Al interior de las primeras cinco causas de mortalidad en población de 5 a 14 años, hubo descenso en el peso de las IRAs, las que a su vez bajaron del 5° al 6° lugar y fueron substituidas por parálisis cerebral infantil y otras parálisis (tabla 8), además los tumores malignos, los accidentes y las malformaciones congénitas tienen mayor peso en 1999 con relación a 1995, causas asociadas fundamentalmente con estilos de vida y medio ambiente. (gráfica 8)

**GRÁFICA N° 8**  
**PROPORCIÓN POR CAUSA DE MUERTE EN ESCOLARES**  
**MÉXICO. 1995 y 1999**



Fuente: INEGI, SSA/DGEI 1996, 2001

**TABLA 8**  
**MORTALIDAD ESCOLAR**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS**  
**MÉXICO, 1999**

| <b>NUMERO DE ORDEN</b> | <b>CRITERIO DE AGRUPACIÓN</b> | <b>CAUSA</b>   | <b>DEFUNCIONES</b> | <b>TASA (1)</b> | <b>%</b>     |
|------------------------|-------------------------------|--|--------------------|-----------------|--------------|
| 1                      | 167                           | Accidentes   | 2,523              | 11.3            | 33.7         |
|                        | 167B                          | - Accidentes de tráfico de vehículos de motor                              | 837                | 3.8             | 11.2         |
| 2                      | 049                           | Tumores malignos   | 1,049              | 4.7             | 14.0         |
|                        | 0494                          | - Leucemias  | 615                | 2.8             | 8.2          |
| 3                      | 165                           | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas           | 461                | 2.1             | 6.2          |
|                        | 165D                          | Malformaciones congénitas del sistema circulatorio                         | 238                | 1.1             | 3.2          |
| 4                      | 169                           | Agresiones (homicidio)   | 332                | 1.5             | 4.4          |
| 5                      | 080                           | Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos                           | 250                | 1.1             | 3.3          |
| 6                      | 105                           | Influenza y Neumonía   | 208                | 0.9             | 2.8          |
| 7                      | 139                           | Insuficiencia renal  | 180                | 0.8             | 2.4          |
| 8                      | 001                           | Enfermedades infecciosas intestinales                                      | 172                | 0.8             | 2.3          |
| 9                      | 066                           | Desnutrición y otras deficiencias nutricionales                            | 162                | 0.7             | 2.2          |
| 10                     | 097                           | Enfermedades del corazón   | 145                | 0.7             | 1.9          |
|                        | 097D                          | - Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón | 102                | 0.5             | 1.4          |
|                        | 999                           | Las demás causas   | 2,873              | 5.1             | 15.1         |
| <b>TOTAL</b>           |                               |  | <b>7,483</b>       | <b>33.5</b>     | <b>100.0</b> |

(1) Por 100,000 habitantes de 5 a 14 años  
Fuente: INEGI/DGEI, 2001

Para los fines de este Programa, interesan los daños a la salud de los menores de 10 años, por lo que a continuación se presenta la información correspondiente a la población de cinco a nueve años de edad.



En el grupo de cinco a nueve años de edad, al igual que en la población de 5 a 14 años, el principal riesgo de muerte lo constituyen los accidentes (Tabla 9), entre los que destacan los de transporte, además las agresiones representan el 13% de las defunciones accidentales, situación que debe considerarse al momento de definir las estrategias de intervención. De igual forma, la segunda causa de muerte son los tumores, y el principal de ellos es la leucemia linfocítica. La diferencia es que las enfermedades diarreicas pasan del 8° al 5° lugar, por arriba de las infecciones respiratorias agudas y la insuficiencia renal pasa del 7° al 9° lugar.

En el grupo de cinco a nueve años de edad, el principal riesgo de muerte lo constituyen los accidentes.

**TABLA 9**  
**MORTALIDAD EN POBLACIÓN DE 5 A 9 AÑOS**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS**  
**MÉXICO, 1999**

| NUMERO DE ORDEN | CÓDIGO CIE-X  | CAUSA  | DEFUNCIONES  | TASA (1)    | %            |
|-----------------|---|--|--------------|-------------|--------------|
| 1               | W00-X59,<br>V01-V99, X85-<br>Y09, X60-X84,<br>Y10-Y34 | Accidentes y agresiones                            | 1,378        | 12.3        | 37.7         |
| 2               | C00-C97   | Tumores malignos                                   | 520          | 4.6         | 14.2         |
| 3               | Q20-Q28   | Malformaciones congénitas del sistema circulatorio | 146          | 1.3         | 4.0          |
| 4               | G80-G83   | Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos   | 118          | 1.1         | 3.2          |
| 5               | A00 - A09   | Enfermedades infecciosas intestinales              | 112          | 1.0         | 3.1          |
| 6               | J10-J18   | Influenza (gripe) y neumonía                       | 112          | 1.0         | 3.1          |
| 7               | E40 - E46   | Desnutrición                                       | 98           | 0.9         | 2.7          |
| 8               | Q00 - Q07   | Malformaciones congénitas del sistema nervioso     | 78           | 0.7         | 2.1          |
| 9               | N17 - N19   | Insuficiencia renal                                | 72           | 0.6         | 2.0          |
| 10              | G40 - G47   | Trastornos episódicos y paroxísticos               | 60           | 0.5         | 1.6          |
|                 |   | Las demás causas                                   | 963          | 8.6         | 26.3         |
| <b>TOTAL</b>    |   |  | <b>3,657</b> | <b>32.6</b> | <b>100.0</b> |

(1) Por 100,000 habitantes de 5 a 9 años

Fuente: Base de datos de mortalidad, procesada por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia.



## CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN

El registro de las vacunas en México es un sistema de vanguardia a nivel internacional

La Cartilla Nacional de Vacunación es un documento gratuito, único e individual, oficialmente válido para toda la República Mexicana. Se utiliza para el registro y control de las acciones de vacunación, así como para la anotación del peso y la talla del niño. En su distribución participan las unidades operativas del Sistema Nacional de Salud y las Oficialías o Juzgados del Registro Civil. La Cartilla se entrega a los padres, tutores o responsables de los niños al ser

vacunados por alguna institución de salud. Las Oficialías o Juzgados del Registro Civil, la entregarán en el momento en que el niño sea registrado, siempre y cuando éste carezca de ella, evitando así duplicar la entrega. El personal del servicio de inmunizaciones, o el vacunador de campo, deben entregar la Cartilla a todo niño que no cuente con ella, aun cuando éste no haya sido registrado.

En la Cartilla, se registran además de los datos de identificación del

menor, la información correspondiente a la Clave Única de Registro de Población, las dosis de vacuna que el niño recibe su peso y talla.

Las instituciones del Sistema Educativo Nacional, solicitan a los padres o tutores de los niños, al ingresar o inscribirse, la Cartilla Nacional de Vacunación, y verifican su esquema de vacunación. En caso de no cumplir aún con dicho esquema, los derivan a la unidad de salud correspondiente

### 5.3. RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

Excluyendo a la medicina privada, los servicios de salud en México se proporcionan por instituciones que atienden a población asegurada y las que tienen bajo su responsabilidad la salud de la población no asegurada, IMSS e ISSSTE fundamentalmente para el primer grupo e IMSS-Solidaridad y Secretaría de Salud para el segundo.

Para atender a toda la población, en la actualidad el Sistema Nacional de Salud cuenta con 18,557 unidades de salud, 15.7% más con relación a las existentes en 1996 en estas unidades hay 130,469 médicos y 179,634 enfermeras, casi 44% de ellos se ocupan de la atención a la salud a población abierta.

Actualmente se tiene 1.3 médicos y 1.7 enfermeras por cada 1000 habitantes, indicador que se ha mantenido constante en los últimos cinco años.

Excluyendo la información del sector privado, el total de consultas otorgadas por el sector salud aumentó 20.5% y las consultas por habitante 20%. Del total de consultas, el 40% se otorga a menores de quince años de edad.

Además, de las consultas otorgadas a menores de cinco años según motivo de atención, en 1999 el 32.1% fue por infecciones respiratorias agudas, el 6.3 % por enfermedades diarreicas y el 32.8% correspondió a consultas a niño sano.

Los servicios de salud aumentan a una velocidad mayor que la población, estos últimos a su vez hacen mayor uso de dichos servicios, de tal forma que ahora toca desarrollar estrategias orientadas a reducir las desigualdades, utilizar más eficientemente los recursos y mejorar la calidad de los mismos, para así contribuir a que México cuente con una población más saludable.

## 6. PRIORIZACIÓN

### CRITERIOS UTILIZADOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LAS ÁREAS GEOGRÁFICAS PRIORITARIAS PARA LAS ACCIONES DEL PROGRAMA

- Mortalidad Infantil ajustada por subregistro.
- Mortalidad preescolar
- Mortalidad por Enfermedades Diarreicas en menores de cinco años.
- Mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas en menores de cinco años.
- Cobertura con vacuna SRP (triple viral) en población de un año.
- Cobertura con toxoide tetánico diftérico en mujeres en edad fértil.

Para dirigir las actividades del Programa a las áreas con mayores necesidades de salud, se identificaron entidades federativas prioritarias que fueron seleccionadas de acuerdo con un índice de salud elaborado ex profeso (anexo 2), el cual se construyó con los siguientes indicadores de daño y de cobertura:

Se identificaron las entidades federativas prioritarias que fueron seleccionadas.

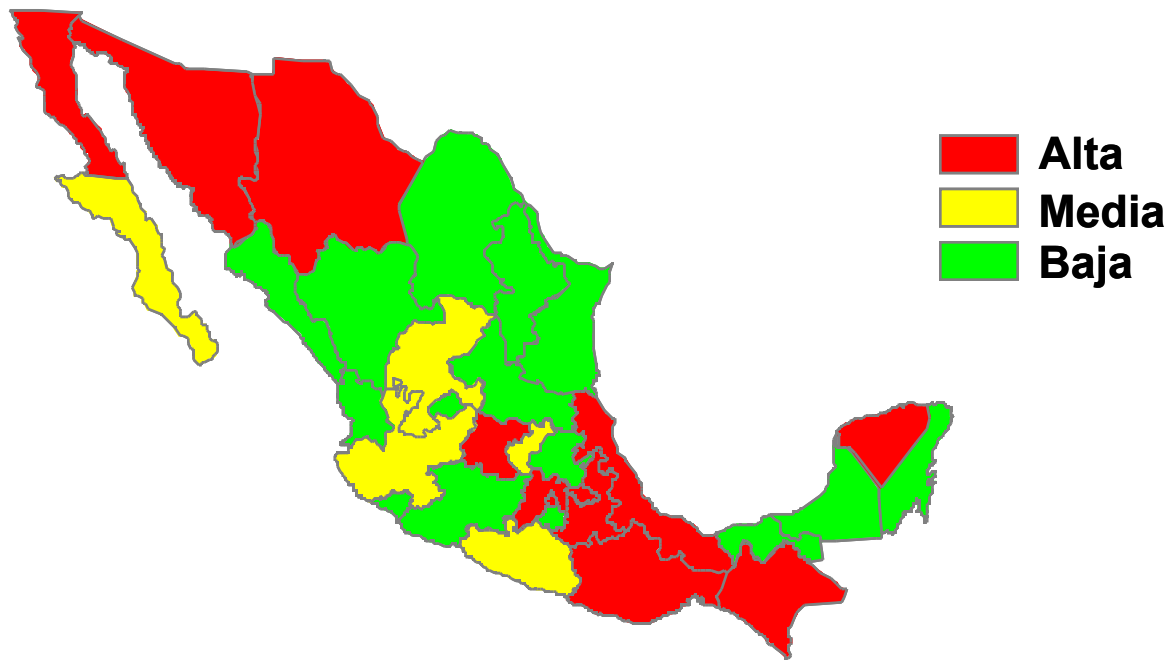
- Mortalidad Infantil ajustada por subregistro.
- Mortalidad preescolar
- Mortalidad por Enfermedades Diarreicas en menores de cinco años.
- Mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas en menores de cinco años.
- Cobertura con vacuna SRP (triple viral) en población de un año.
- Cobertura con toxoide tetánico diftérico en mujeres en edad fértil.

De esta manera hay 8 entidades federativas a las que se les debe prestar atención particular: Baja California, Chiapas, Distrito Federal, Guanajuato, Estado de México, Oaxaca, Puebla y Tlaxcala, por lo que se consideran de prioridad alta, y representan el 25% de las entidades y % de la población total.

Con prioridad media están doce estados (37.5% del país), que representan % de la población total, que son: Aguas Calientes, Baja California Sur, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Querétaro, Sonora, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. Los restantes 12 estados (37.5% del total), son considerados de baja prioridad. (Figura N° 1)

Figura N° 1

**ENTIDADES FEDERATIVAS SEGÚN PRIORIDAD  
MÉXICO 2001**



Con esta jerarquización, las entidades de prioridad alta serán objeto de seguimiento trimestral los de prioridad media semestral y los de prioridad baja anual.

## 7. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

|   |  |
|---|--|
| <p><b>FORTALEZAS</b></p> <p><b>Políticas y normatividad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voluntad Política.</li> <li>▪ Normas Oficiales Mexicanas.</li> <li>▪ Consejos Nacional y Estatales de Vacunación.</li> </ul> <p><b>Tecnología</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esquema Básico de Vacunación uniforme.</li> <li>▪ Tecnologías de probada eficacia, sencillas, seguras, de bajo costo y fácil aplicación: Vacunas y Vida Suero Oral.</li> <li>▪ Personal calificado para el desarrollo y la operación.</li> <li>▪ Sistema automatizado de Información PROVAC que incluye Vacunación y vigilancia nutricional.</li> </ul> <p><b>Organización</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacidad de convocatoria del CONAVA.</li> <li>▪ Regionalización operativa para el Componente de Vacunación Universal.</li> <li>▪ Sistema de Información y Evaluación del Programa.</li> </ul> <p><b>Experiencias exitosas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinación Interinstitucional.</li> <li>▪ Cartilla Nacional de Vacunación.</li> <li>▪ Centros Estatales y Regionales de Capacitación.</li> <li>▪ Programación con enfoque de riesgo.</li> <li>▪ Campañas de Comunicación Educativa.</li> <li>▪ Posicionamiento del CONAVA en el ámbito nacional e internacional.</li> <li>▪ Investigaciones operativas de vanguardia.</li> <li>▪ Reconocimiento de las ventajas de la vacunación por la población.</li> <li>▪ Terapia de Hidratación Oral.</li> </ul> | <p><b>DEBILIDADES</b></p> <p><b>Recursos e infraestructura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recursos insuficientes para la operación del Programa, más evidente ante emergencias epidemiológicas.</li> <li>▪ Calidad de la toma de decisiones afectada por la falta de oportunidad de la información epidemiológica.</li> <li>▪ Rotación de personal.</li> <li>▪ Capacitación heterogénea con intervenciones educativas limitadas.</li> <li>▪ Materiales para la capacitación no actualizados.</li> <li>▪ Falta de metodología uniforme para evaluar las coberturas de otras vacunas diferentes a las del Esquema Básico.</li> <li>▪ Limitado apoyo financiero para la realización de Investigaciones operativas.</li> <li>▪ Falta de vinculación presupuestal entre las instituciones para la producción y difusión de campañas de promoción.</li> </ul> <p><b>Políticas e imagen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Distanciamiento entre el nivel federal y el estatal.</li> <li>▪ Limitada coordinación en el nivel estatal con áreas afines.</li> <li>▪ Insuficiente difusión de las acciones integradas.</li> <li>▪ Atención limitada a los componentes de Enfermedades Diarreas, Infecciones Respiratorias Agudas y Vigilancia de la Nutrición.</li> <li>▪ Insuficiente seguimiento y promoción de las actividades permanentes.</li> <li>▪ Regionalización Operativa no verificada.</li> <li>▪ Baja incorporación de menores de un año al censo nominal.</li> <li>▪ Evaluación limitada de las campañas promocionales.</li> <li>▪ Limitada coordinación con el sector privado.</li> <li>▪ Falta de vinculación con instituciones formadoras de recursos humanos.</li> </ul> |
| <p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <p><b>Financiamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reforma Hacendaria.</li> <li>▪ Existencia de fuentes externas de financiamiento.</li> </ul> <p><b>Modulación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tendencia a fortalecer el modelo de Medicina Familiar en las Instituciones.</li> <li>▪ Atención diferenciada por grupos de edad y factores de riesgo.</li> <li>▪ Consejo Nacional para la Infancia y Adolescencia.</li> <li>▪ Participación del CONAVA en organismos Internacionales.</li> </ul> <p><b>Articulación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Política Nacional de Desarrollo Humano.</li> <li>▪ Paquete Básico de Servicios de Salud.</li> <li>▪ Evaluaciones Externas.</li> <li>▪ Comités de Salud.</li> <li>▪ <b>Prestación de servicios</b></li> <li>▪ Infraestructura de Servicios de Salud.</li> </ul>   | <p><b>AMENAZAS</b></p> <p><b>Financiamiento y recursos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Futuro incierto de BIRMEX.</li> <li>▪ Dependencia de proveedores externos de vacunas.</li> <li>▪ Restricciones presupuestarias.</li> <li>▪ Limitada capacidad nacional para el desarrollo de nuevas vacunas.</li> <li>▪ Predominio en la asignación del gasto en salud a las actividades curativas sobre las de tipo preventivo.</li> <li>▪ Decisión externa para el ejercicio presupuestal y el desarrollo de las campañas promocionales.</li> </ul> <p><b>Sistema de salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descentralización de los servicios de salud.</li> <li>▪ Políticas estatales heterogéneas para garantizar la gratuidad de la atención.</li> <li>▪ Transición epidemiológica que genera demanda de atención.</li> </ul> <p><b>Tecnología</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acelerado desarrollo tecnológico en el área de informática.</li> <li>▪ El Sistema de Vigilancia Epidemiológica y el Sistema de Farmacovigilancia de Vacunas que incluye el monitoreo de eventos adversos temporalmente asociados a la vacunación no depende del Programa.</li> <li>▪ Difusión de publicidad contraria a los propósitos del Programa.</li> </ul>  |

## 8. POLÍTICAS

La mejora continua en la calidad de la atención del menor de diez años es una prioridad para el Programa, de tal forma que el desarrollo técnico y humanístico del personal de salud es indispensable para que cada asistencia de un menor de diez años a la unidad médica se convierta en una oportunidad para ofrecerle atención integrada.

Reducción de la inequidad en la salud de los menores de 10 años.

Favorecer la salud de las madres y mejorar su conocimiento con relación a los signos de alarma de las enfermedades más frecuentes, contribuyen a la mejor salud de sus hijos, por ello es prioritaria la vacunación contra el Tétanos y la Rubéola a las mujeres en edad fértil y la capacitación de la madre o responsable del menor.

Deben favorecerse las actividades que conduzcan a la reducción de la inequidad en la salud de los menores de diez años.

En coordinación con las instituciones del Sector y con los Servicios Estatales de Salud, extender la cobertura de los servicios, para alcanzar el acceso universal, eliminando barreras económicas para los componentes del Programa en consulta externa y en hospitalización; en todas las edades para las vacunas; y en otros grupos para los que así convenga.

El Programa es Sectorial y su base de trabajo es la regionalización operativa.

El Programa es Sectorial y su base de trabajo es la regionalización operativa.

### X REGIONALIZACIÓN OPERATIVA

El desarrollo coordinado de las acciones en el territorio nacional ha permitido alcanzar coberturas elevadas y optimizar los recursos

Tiene como propósito fundamental asegurar que las acciones de Vacunación Universal lleguen a todas las localidades del país, cualquiera que sea su tamaño, localización y sus vías de acceso. Cuatro niveles están involucrados para asegurar el éxito de esta estrategia y en ellos es fundamental el logro del consenso y la concertación.

En el nivel nacional se consolidan los acuerdos establecidos en el seno del Consejo Nacional de Vacunación que asegura la coordinación y el

compromiso de todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

En el nivel estatal, los Consejos Estatales de Vacunación tienen la tarea de definir las áreas geográficas, las poblaciones y las localidades que cada institución tendrá bajo su responsabilidad, con el fin de que en todas ellas se alcancen las metas de cobertura. Las instituciones que tienen a su cargo esta responsabilidad son la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social

(IMSS), tanto en el Régimen Obligatorio como en el de Solidaridad y el Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En el nivel jurisdiccional o zonal se deben definir los municipios y las áreas geoestadísticas básicas que se ubican en las áreas de responsabilidad de cada institución; y En el nivel operativo o local, cada unidad médica debe definir y actualizar permanentemente su ámbito geográfico y poblacional de trabajo.

## 9. OBJETIVO

Elevar la calidad de vida de la población menor de diez años mediante acciones de prevención de enfermedades y protección de la salud.

Elevar la calidad de vida de la población menor de 10 años.

## 10. COMPONENTES POR GRUPO POBLACIONAL

### COMPONENTES DEL PROGRAMA POR GRUPO POBLACIONAL

Para el desarrollo de las acciones del Programa, la infancia se divide en:

- RECIÉN NACIDO
- LACTANTE Y PREESCOLAR (MENORES DE 5 AÑOS)
- ESCOLAR (5 A 9 AÑOS)

### 10.1 RECIÉN NACIDO

- 10.1.1 Atención integrada.
- 10.1.2 Reanimación neonatal.
- 10.1.3 Detección y manejo de enfermedades infecciosas congénitas (rubéola, toxoplasmosis, sífilis y SIDA).
- 10.1.4 Detección y manejo de errores del metabolismo (hipotiroidismo, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita y galactosemia).
- 10.1.5 Detección y manejo de enfermedades prevalentes en el recién nacido.
- 10.1.6 Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación (tuberculosis y poliomielitis).
- 10.1.7 Nutrición:
  - 10.1.7.1 Evaluación del estado nutricional.
  - 10.1.7.2 Promoción de la lactancia materna.
- 10.1.8 Consejería genética para prevenir malformaciones.
- 10.1.9 Capacitación de la madre:
  - 10.1.9.1 Para el cuidado de la salud del recién nacido.
  - 10.1.9.2 Para estimulación temprana del recién nacido.

### 10.2 LACTANTE Y PREESCOLAR (MENORES DE 5 AÑOS)

- 10.2.1 Atención integrada
- 10.2.2 Prevención y Control de Enfermedades evitables por vacunación.
- 10.2.3 Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas.
- 10.2.4 Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas.
- 10.2.5 Nutrición:
  - 10.2.5.1 Promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria.
  - 10.2.5.2 Integración del niño a la dieta familiar al año de edad.
  - 10.2.5.3 Administración de micronutrientes (Hierro, Zinc, etc.).
  - 10.2.5.4 Vigilancia del crecimiento y desarrollo.
  - 10.2.5.5 Tratamiento de las deficiencias de micronutrientes, desnutrición y obesidad.

### 10.2.5.6 Apoyo alimentario y capacitación.

### 10.2.6 Prevención de accidentes y violencias.

### 10.2.7 Salud bucal.

### 10.2.8 Detección de trastornos visuales y auditivos.

## X CONTROL DE LA NUTRICIÓN, EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

En cada consulta se deberá registrar: edad, peso, talla, perímetro cefálico y evaluación del desarrollo psicomotor

Se define a la **Nutrición humana**, como el aporte y aprovechamiento de nutrimentos, que se manifiesta por crecimiento y desarrollo. A su vez, se define al **Crecimiento**, como el proceso fisiológico por el cual se incrementa la masa celular de un ser vivo, mediante el aumento en el número de células (hiperplasia), en el volumen de las células (hipertrofia) y en la sustancia intercelular. El **Desarrollo** es la diferenciación progresiva de órganos y sistemas. Se refiere a funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización.

La **Desnutrición**, es el estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por una alteración en su utilización por las células del organismo. Se acompaña de varias manifestaciones clínicas y reviste diversos grados de intensidad (leve, moderada y grave). Además se clasifica en aguda y crónica. La Desnutrición aguda, es el trastorno de la nutrición que produce déficit del peso sin afectar la talla (peso bajo, talla normal). La Desnutrición crónica, es el trastorno de la nutrición que se manifiesta por disminución del peso y la talla con relación a la edad.

La Desnutrición leve, es el trastorno de la nutrición que produce déficit de peso entre menos una y menos 1.99 desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad. La Desnutrición moderada, en cambio, es el trastorno de la nutrición que produce déficit de peso entre menos dos y menos 2.99 desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

Finalmente, la Desnutrición grave, es el trastorno de la nutrición que produce déficit de peso de tres o más desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

La Orientación alimentaria, es el conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, sobre las características de los alimentos y la alimentación, para favorecer una alimentación correcta a nivel individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta sus condiciones físicas, económicas y sociales; la adquisición, conservación, manejo, preparación y consumo, así como la disponibilidad y acceso de los alimentos.

Las medidas de prevención de la desnutrición que han demostrado ser efectivas y que deben promoverse en la comunidad, son:

- Orientación alimentaria a la madre o responsable del menor de cinco años en los siguientes aspectos:
- Alimentación adecuada de la madre durante el embarazo y lactancia;
- Lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida;
- Ablactación adecuada;
- Orientación a la madre y al niño para la utilización de alimentos locales en forma variada y combinada.
- Promoción de la higiene dentro del hogar, con énfasis en el lavado de manos, corte de uñas periódicamente, el consumo de agua hervida y cloración de la misma, así como en el manejo de alimentos;

- Capacitar a la madre o responsable del menor de cinco años en el reconocimiento de los signos de alarma por desnutrición.
- Esquema básico de vacunación completo;
- Desparasitación intestinal periódica mediante tratamiento con Albendazol dos veces al año;
- Megadosis de vitamina A, en administración periódica;
- Fomentar la atención médica del niño sano, para vigilar su crecimiento y desarrollo, en forma periódica;

En cada consulta se deberá registrar: edad (en el menor de un año en meses y días y en el mayor de un año en años y meses), peso, talla, perímetro cefálico y evaluación del desarrollo psicomotor.

El personal de salud otorgará al niño menor de 28 días dos consultas médicas, la primera a los siete días y la segunda a los 28. Al niño menor de un año se le otorgarán seis consultas al año, una cada dos meses, y al niño de uno a cuatro años, una consulta con periodicidad mínima de cada seis meses.

Se consideran como mínimas, para el registro de peso y talla de los niños en la Cartilla Nacional de Vacunación y en el Censo Nominal, las visitas a las unidades de salud con objeto de recibir las dosis del Esquema Básico de Vacunación: al nacimiento, a los dos, cuatro y seis meses de edad, al año; a los dos años; y a los cuatro años.

## 10.3 ESCOLAR (5 A 9 AÑOS)

### 10.3.1 Atención integrada.

### 10.3.2 Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación.

### 10.3.3 Nutrición:

#### 10.3.3.1 Vigilancia del estado nutricional.

#### 10.3.3.2 Deficiencias de micronutrientes.

#### 10.3.3.3 Capacitación y apoyo alimentario.

### 10.3.4 Detección de deficiencias físicas que limitan el aprendizaje:

#### 10.3.4.1 Agudeza visual.

#### 10.3.4.2 Defectos de la audición.

#### 10.3.4.3 Defectos posturales.

### 10.3.5 Prevención de accidentes y violencias.

### 10.3.6 Salud bucal.

## X TERAPIA DE HIDRATACIÓN ORAL

La hidratación oral permite que los menores sean tratados en forma menos agresiva

La Deshidratación, es la pérdida excesiva de líquidos y electrolitos del cuerpo. La Terapia de hidratación oral, es la administración, por la boca, de líquidos seguros y vida suero oral, para prevenir o tratar la deshidratación. Líquidos caseros recomendados son: aguas preparadas de frutas, sopas, tés, atoles, y agua de coco verde.

Vida Suero Oral es el medicamento para preparar la solución de hidratación oral, se distribuye gratuitamente por el Sistema Nacional de Salud, se envasa en sobres para preparar un litro de solución con el nombre de VIDA SUERO ORAL, utilizando el diseño oficial.

La fórmula contiene: cloruro de sodio 3.5 g, citrato de sodio dihidratado 2.9 g, cloruro de potasio 1.5 g, y glucosa anhidra 20g, para disolver en un litro de agua limpia, que proporciona en mmol/L: sodio 90, potasio 20, cloro 80, citrato 10, glucosa 111 y osmolaridad 311.



---

## 11. METAS PARA EL PERIODO 2001 - 2006

### 11.1 RECIÉN NACIDO

#### 11.1.1 Atención integrada:

- Otorgar atención integrada al 100% de recién nacidos en contacto con unidades de salud del sector público.

#### 11.1.2 Reanimación Neonatal:

- Reanimar al 100% de los recién nacidos en unidades de salud del sector público con personal capacitado y con los recursos apropiados para este fin.

#### 11.1.3 Detección y manejo de enfermedades infecciosas congénitas:

- Realizar pruebas para la detección de infección por VIH, sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus, rubéola y herpes en el 100% de los recién nacidos con factores de riesgo en unidades de salud del sector público.
- Reducir 90% los casos de síndrome de rubéola congénita.
- Reducir 50% los casos de sífilis congénita.

#### 11.1.4 Detección y manejo de errores del metabolismo:

- Practicar tamiz neonatal al 100% de los recién nacidos en unidades de salud del sector público que atiendan partos, para detectar hipotiroidismo congénito en una primera etapa (2002) y posteriormente, para fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita y galactosemia.

#### 11.1.5 Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación:

- Aplicar vacuna Sabin preliminar y BCG al 100% de nacidos en unidades de salud del sector público que atienden partos.
- Mantener por arriba de 90% las coberturas de vacunación contra tétanos y difteria en mujeres de 12 a 45 años y en el 95% de las embarazadas.
- Elevar la cobertura con SR al 80% de mujeres de 12 a 45 años de edad.

#### **11.1.6 Nutrición:**

- Egresar con lactancia materna al 100% de los recién nacidos en las unidades de salud del sector público.
- Reducir por debajo de 8% la frecuencia de recién nacidos con peso bajo.

#### **11.1.7 Consejo genético:**

- Otorgar consejo genético al 100% de las madres de recién nacidos con malformación(es) congénita(s) en contacto con las unidades de salud del sector público.

#### **11.1.8 Capacitación a la madre con relación al cuidado de la salud del recién nacido:**

- Capacitar sobre el cuidado de la salud al 100% de madres de los recién nacidos en unidades de salud del sector público.
- Capacitar sobre estimulación temprana al 100% de madres de los recién nacidos en unidades de salud del sector público.

### **11.2 LACTANTE Y PREESCOLAR (MENORES DE 5 AÑOS)**

#### **11.2.1 Atención integrada:**

- Otorgar atención integrada en más de 80% de las consultas a la población menor de 5 años.

#### **11.2.2 Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación:**

- Mantener por arriba de 95% las coberturas de vacunación con esquemas completos en los niños de un año de edad, con: 1) BCG, 2) Sabin, 3) Pentavalente (Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis B e infecciones invasivas por *H. Influenzae* tipo b) y 4) Triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis).
- Mantener por arriba de 90% las coberturas de vacunación con cuando menos una dosis de refuerzo de DPT en la población de 2 a 4 años.
- Mantener por arriba de 95% las coberturas de vacunación con esquemas completos en la población de uno a cuatro años de edad, con: 1) BCG, 2) Sabin, 3) Pentavalente (Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis B e infecciones invasivas por *H. Influenzae* tipo b) y 4) Triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis).
- Disminuir 90% la incidencia de rubéola, parotiditis, e infecciones invasivas por *H. influenzae* tipo b en menores de cinco años.

- Mantener erradicada la poliomielitis y eliminados el sarampión, la difteria y el tétanos neonatal.

### **11.2.3 Prevención y control de enfermedades diarreicas.**

- Elevar a 80%, la atención adecuada en unidades médicas de los menores de cinco años con enfermedad diarreica.
- Mantener por arriba de 80%, el uso de la terapia de hidratación oral en el hogar en los menores de cinco años con diarrea.
- Superar el 80% en la atención adecuada en el hogar de menores de cinco años con enfermedad diarreica.
- Reducir 15% la incidencia de enfermedades diarreicas en los menores de cinco años.
- Reducir 30% la mortalidad por enfermedades diarreicas en los menores de cinco años.

### **11.2.4 Prevención y control de infecciones respiratorias agudas.**

- Elevar a 80%, la atención adecuada en unidades médicas de menores de cinco años con infección respiratoria aguda.
- Elevar a 80%, la atención adecuada en el hogar de los menores de cinco años con infección respiratoria aguda.
- Reducir 30% la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en los menores de cinco años.

### **11.2.5 Nutrición:**

- Lograr que el 90% de los menores reciban lactancia materna al menos hasta los seis meses de edad.
- Iniciar la ablactación en el 100% de los menores a los 4 a 6 meses de edad.
- Integrar a la dieta familiar al 100% de los menores al año de edad.
- Administrar micronutrientes al 95% de los menores de un año de edad que tiene algún contacto con los servicios de salud.
- Realizar vigilancia del crecimiento y desarrollo al 100% de los menores que tienen contacto con los servicios de salud.
- Otorgar seis consultas para revisión de niño sano, en el primer año de vida.
- Incorporar al 100% de los menores identificados con formas leves y moderadas de desnutrición a programas de rehabilitación nutricia.
- Referir al 100% de los niños identificados con desnutrición grave al segundo nivel de atención.

- Administrar dos veces al año una megadosis de vitamina “A”, al 100% de los niños de seis meses a cuatro años de edad, que viven en áreas de riesgo.
- Dar tratamiento antiparasitario dos veces año al 100% de los menores de 2 a 4 años que radican en áreas de riesgo.
- Reducir 30% las tasas de desnutrición moderada y grave en los menores de cinco años.
- Reducir 30% la frecuencia de anemia por carencia de hierro en los menores de un año de edad.

**11.2.6 Prevención de accidentes y violencias:**

- Capacitar en la prevención de los accidentes y violencias en el hogar al 80% de las madres o responsables del cuidado del menor de cinco años que acuden a consulta.

**11.2.7 Salud bucal:**

- Aplicación tópica de flúor y capacitar en la técnica de cepillado dental al 80% de la población de dos a cuatro años incorporados a guarderías y preescolar o que acuden a consulta a sanos.

**11.2.8 Trastornos visuales y auditivos:**

- Realizar detección de agudeza visual y problemas auditivos, una vez al año al 95% de la población inscrita en el nivel preescolar y al 100% de la de 2 a 4 años de edad que acude a consulta.
- Referir a unidades médicas especializadas, al 100% de la población menor de cinco años en la que se detectaron problemas visuales o auditivos.

**11.2.9 Capacitación a la madre:**

- Que al menos el 80% de las madres o responsables de la población menor de cinco años identifique los signos de alarma para deshidratación por diarrea.
- Que al menos el 80% de las madres o responsables de la población menor de cinco años identifique los signos de alarma para neumonía.
- Que al menos el 80% de las madres o responsables de la población menor de cinco años identifique los signos de alarma para desnutrición.

**11.2.10 De impacto en mortalidad por grupo de edad:**

- Reducir 20% la tasa de mortalidad neonatal.
- Reducir 30% la mortalidad en menores de un año.
- Reducir 30% la mortalidad en menores de cinco años.

- Reducir 30% las diferencias de mortalidad en menores de un año entre las entidades federativas con las tasas más altas y aquellas con las tasas más bajas a expensas de los que tienen las tasas altas.
- Reducir 30% las diferencias de mortalidad en menores de cinco años entre las entidades federativas con las tasas más altas y aquellas con las tasas más bajas a expensas de los que tienen las tasas altas.

### **11.3 ESCOLAR (5 A 9 AÑOS)**

#### **11.3.1 Atención integrada:**

- Otorgar atención integrada en más de 80% de las consultas a la población de 5 a 9 años.

#### **11.3.2 Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación.**

- Aplicar segunda dosis de SRP al 95% de la población de 6 a 7 años de edad o de primer ingreso a la escuela primaria.

#### **11.3.3 Nutrición**

- Evaluar el estado nutricional del 100% de la población de 5 a 9 años de edad que acude a consulta.
- Dar tratamiento antiparasitario dos veces al año a más del 95% de la población de 5 a 9 años que radica en áreas de riesgo.

#### **11.3.4 Detección de deficiencias que limitan el aprendizaje**

- Realizar detección de agudeza visual, auditiva y problemas posturales, una vez al año, al 95% de la población inscrita en el primer grado de primaria.
- Realizar detección de agudeza visual, auditiva y problemas posturales, una vez al año, al 100% de la población de cinco a nueve años de edad que acuda a consulta.
- Referir a unidades médicas especializadas, al 100% de la población de cinco a nueve años de edad en la que se detectaron problemas visuales, auditivos o posturales.

#### **11.3.5 Prevención de accidentes y violencia**

- Capacitar en la prevención de los accidentes y violencias en el hogar al 80% de las madres o responsables del cuidado de los menores de cinco a nueve años que acuden a consulta.

**11.3.6 Salud bucal:**

- Aplicación tópica de flúor y capacitar en la técnica de cepillado dental al 100% de la población de cinco a nueve años incorporados a preescolar y primaria, o que acuden a consulta a sanos.

## 12. ESTRATEGIAS, LÍNEAS DE ACCIÓN Y ACTIVIDADES

### 12.1. OPTIMIZACIÓN PARA EL USO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA ATENDER LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA.

Uniformar, programar, gestionar y distribuir los insumos, tanto en las instituciones del Sector Salud, como en los Organismos Públicos Descentralizados, con la finalidad de lograr la eficiencia y eficacia.

#### 12.1.1 DEFINICIÓN DE PRIORIDADES.

Basada en la identificación y priorización de los factores que inciden en la frecuencia y gravedad de los padecimientos objeto del Programa, la programación de las actividades considerará el enfoque de riesgo de manera que la asignación de recursos sea particularizada en “áreas problema”, con la finalidad de optimizarlos y lograr una más rápida y eficiente solución de la problemática presentada.

La programación de las actividades considerará el enfoque de riesgo.

12.1.1.1 Establecer las normas, lineamientos y procedimientos técnicos para la organización, programación, presupuestación y ejecución de las actividades

12.1.1.2 Elaborar y concertar las bases para la organización del Programa en los ámbitos federal, estatal, jurisdiccional y local.

12.1.1.3 Difundir la normatividad y los procedimientos técnicos.

12.1.1.4 Desarrollar la metodología de programación y presupuestación para la estimación de metas y recursos.

12.1.1.5 Definir y delimitar con claridad el área geográfica y la población bajo la responsabilidad de las instituciones del Sector Salud, en cada uno de los componentes del Programa.

12.1.1.6 Identificar las áreas y poblaciones de riesgo.

12.1.1.7 Actualizar periódicamente la regionalización operativa.

#### 12.1.2 APOYO LOGÍSTICO PARA LA OPERACIÓN.

Asegurar que en todos los niveles de la estructura de Servicios de Salud de las Instituciones del Sector (estatal, delegacional, jurisdiccional, zonal y local) existan los recursos e insumos básicos para los componentes del Programa.

Asegurar que existan los recursos e insumos básicos del Programa.

12.1.2.1 Coordinar y supervisar el proceso de adquisición y el abasto suficiente, oportuno y de calidad de

medicamentos, material de curación y equipo del Programa.

- 12.1.2.2 Conocer y analizar las necesidades anuales de insumos y establecer las políticas de distribución.
- 12.1.2.3 Conocer y analizar periódicamente las necesidades de medicamentos, material de curación, material y reactivos de laboratorio, material promocional y equipo de los componentes del Programa.
- 12.1.2.4 Establecer las bases y procedimientos técnicos para la distribución de insumos por tipo de unidad médica.
- 12.1.2.5 Coordinar y supervisar la distribución de insumos del Programa.
- 12.1.2.6 Supervisar la suficiencia, oportunidad y calidad de los insumos, en las entidades federativas.
- 12.1.2.7 Coordinar y supervisar el proceso de adquisición y el abasto suficiente, oportuno y de calidad de los biológicos del Programa.
- 12.1.2.8 Conocer y analizar las necesidades anuales de vacunas y otros productos biológicos del Programa y establecer las políticas de distribución.
- 12.1.2.9 Conocer y analizar periódicamente las necesidades de vacunas y otros productos biológicos del Programa.
- 12.1.2.10 Establecer las bases y procedimientos técnicos para la distribución de vacunas y otros productos biológicos del Programa por tipo de unidad médica.
- 12.1.2.11 Coordinar y supervisar la distribución de vacunas y otros productos biológicos del Programa.
- 12.1.2.12 Supervisar la suficiencia, oportunidad y calidad de las vacunas y otros productos biológicos del Programa, en las entidades federativas.

### **12.1.3 ESTANDARIZACIÓN DE LA RED DE FRÍO.**

Definir los estándares de equipamiento, vigilar la infraestructura y verificar el cumplimiento de la normativa correspondiente a la Red de Frío.

- 12.1.3.1 Actualizar y concertar la normatividad sobre red de frío.
- 12.1.3.2 Difundir la normatividad y los procedimientos técnicos en la materia.
- 12.1.3.3 Evaluar la capacidad de almacenamiento de la Red de frío en los servicios de salud.
- 12.1.3.4 Elaborar el diagnóstico semestral de la infraestructura de la red de frío.

Definir los estándares de equipamiento de la Red de Frío.



- 12.1.3.5 Establecer la normatividad y los procedimientos técnicos para el almacenamiento y operación de la red de frío en todos los niveles de la estructura de servicios de salud de las instituciones del Sector.

## **12.2. FORTALECIMIENTO DE LA COORDINACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL**

El propósito es el de promover, apoyar y uniformar la prestación de servicios del Programa, tanto en las instituciones del Sector Salud, como en los Organismos Públicos Descentralizados, con la finalidad de que las acciones alcancen simultáneamente una mayor efectividad en el grupo blanco, así como a todos las dependencias del gobierno federal que potencialmente tienen responsabilidades afines al Programa

La coordinación tiene la finalidad de que las acciones alcancen una mayor efectividad.

### **12.2.1 COORDINACIÓN SECTORIAL**

- 12.2.1.1 Fortalecer la coordinación para las actividades permanentes e intensivas del Programa.
- 12.2.1.2 Elaborar y concertar las bases para la coordinación del Programa con las instituciones que integran el sector en todos los niveles de la estructura de servicios de salud de las instituciones del Sector.
- 12.2.1.3 Difundir normas y mecanismos de coordinación a través de los servicios estatales de salud.
- 12.2.1.4 Definir, difundir y establecer los mecanismos de seguimiento de los Consejos Estatales.

### **12.2.2 COORDINACIÓN INTERSECTORIAL**

- 12.2.2.1 Definir, establecer y aplicar mecanismos de coordinación con las dependencias relacionadas con el Programa.
- 12.2.2.2 Elaborar y concertar las bases para la coordinación del Programa con las agencias internacionales y organismos no gubernamentales que apoyan al sector en todos los niveles de la estructura de servicios de salud de las instituciones del Sector.
- 12.2.2.3 Gestionar el apoyo de las dependencias y organizaciones a las actividades del Programa.

## **12.3. DESARROLLO HUMANO**

Integrar la formación técnica y humanística del personal de salud que labora en los diferentes niveles de la estructura de servicios de salud de las instituciones del sector para mejorar la calidad en la prestación de los servicios y promover la satisfacción armónica de sus necesidades.

Mejorar la calidad de los servicios.

### **12.3.1 DEFINICIÓN DEL MODELO**

- 12.3.1.1 Realizar el diagnóstico de necesidades de capacitación.
- 12.3.1.2 Establecer contenidos técnicos.
- 12.3.1.3 Realizar el diseño psicopedagógico para la instrumentación.
- 12.3.1.4 Definir la metodología de evaluación de conocimientos.

### **12.3.2 FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA.**

- 12.3.2.1 Reforzar la operación de los Centros estatales y regionales de capacitación.
- 12.3.2.2 Formar el Centro Nacional de Capacitación.

### **12.3.3 DESARROLLO DE COMPETENCIAS**

- 12.3.3.1 Instrumentación de cursos presenciales y a distancia.
- 12.3.3.2 Desarrollar capacidades sobre metodología de la investigación.

## **12.4. FOMENTO A LA INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD**

Favorece la sistematización e integración de las acciones de investigación relacionadas con la operación de los componentes del Programa Nacional, provee información científica para toma de decisiones, modulación y articulación de las acciones de salud.

Provee información científica para toma de decisiones.

### **12.4.1 DESARROLLO DE LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

- 12.4.1.1 Realizar consenso interinstitucional sobre prioridades
- 12.4.1.2 Difundir las líneas de investigación
- 12.4.1.3 Elaboración de proyectos

### **12.4.2 APOYO A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

- 12.4.2.1 Asesoría para la elaboración de proyectos, búsqueda de información, fuentes de financiamiento y publicación.

## **12.5. EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Ofrece información, orientación y capacitación a las personas para que adopten conductas saludables en lo individual y colectivo, así como en la protección del medio ambiente.

Para que adopten conductas saludables en lo individual y colectivo.

### **12.5.1 FORTALECIMIENTO DE LOS GRUPOS ORGANIZADOS EN LAS COMUNIDADES**

12.5.1.1 Fomentar de la participación comunitaria

12.5.1.2 Desarrollar el autocuidado de la salud de los niños.

## **12.6. MERCADOTECNIA Y MOVILIZACIÓN SOCIAL**

Orientada hacia el posicionamiento de la salud de la infancia entre los diferentes públicos objetivo, a través de los diversos canales y medios de comunicación y movilización social.

### **12.6.1 CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN**

12.6.1.1 Diseñar campañas efectivas de comunicación, a fin de lograr una mayor cobertura de información e impacto entre la población.

12.6.1.2 Difundir a los servicios estatales y entidades del Sistema Nacional de Salud, las estrategias, los mensajes y los materiales de campaña para la unificación de imagen y criterios.

12.6.1.3 Brindar apoyo y asesoría a las entidades federativas con rezago o bien para aquellas que soliciten el diseño de estrategias de comunicación focalizadas.

Orientada hacia el posicionamiento de la salud de la infancia.

### **12.6.2 COORDINACIÓN Y VINCULACIÓN**

12.6.2.1 Concertar las estrategias de comunicación y movilización social con las diversas instancias involucradas para la coordinación, unificación de criterios, instrumentación y seguimiento.

12.6.2.2 Vinculación con las áreas correspondientes para el cumplimiento de la normatividad y la aplicación de los recursos asignados.

### **12.6.3 CONCERTACIONES Y PATROCINIOS**

12.6.3.1 Identificar y concertar con los sectores público, social y privado apoyos y acciones específicas de participación directa en las actividades del Programa; de financiamiento; de donación, difusión, producción y distribución de materiales.

12.6.3.2 Establecer un sistema y/o red de apoyos constantes y permanentes por parte de los sectores público, social y privado.

### **12.6.4 EVALUACIÓN DE CAMPAÑAS PROMOCIONALES**

12.6.4.1 Conocer y caracterizar a las diferentes audiencias blanco y personajes clave, así como sus preferencias comunicacionales, costumbres, prácticas y actitudes frente a la salud para el diseño e instrumentación de estrategias y campañas de comunicación eficaces.

12.6.4.2 Evaluar la percepción e impacto de las campañas de promoción, las estrategias y los productos comunicativos distribuidos.

### **12.7. TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN**

La estrategia se orienta a la modificación del sistema de evaluación actual y sus herramientas informáticas de apoyo, para convertirlo en interinstitucional y que aporte información sectorial útil para tomar decisiones y mejorar el desempeño del programa.

Modificación del sistema de evaluación actual y sus herramientas informáticas de apoyo.

#### **12.7.1 ADECUACIÓN TECNOLÓGICA.**

12.7.1.1 Rediseñar los sistemas de información.

12.7.1.2 Utilizar las redes institucionales.

#### **12.7.2 ALTA CAPACITACIÓN EN SISTEMAS.**

#### **12.7.3 ACTUALIZAR A LOS DESARROLLADORES SOBRE EL USO DE NUEVAS HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS.**

12.7.3.1 Educar a distancia para la operación y uso de los sistemas.

#### **12.7.4 FORTALECIMIENTO DE LA OPERACIÓN INFORMÁTICA.**

12.7.4.1 Diagnosticar la existencia de equipo y personal.

12.7.4.2 Gestionar apoyos humanos, tecnológicos y financieros.

12.7.4.3 Dotar de computadoras.

12.7.4.4 Asignar personal.

## 12.7.5 VIGILANCIA DE LA OPERACIÓN Y USO DE SISTEMAS.

12.7.5.1 Supervisar la operación y el uso.

12.7.5.2 Evaluar el desempeño y el uso.

## 13. CONTROL

### 13.1. INFORMACIÓN

La estructura actual del sistema de información del Programa, se basa en los sistemas institucionales para población abierta y de seguridad social que integran el Sistema Nacional de Información en Salud. Su objetivo es disponer de información pertinente, oportuna, completa y confiable para el seguimiento de las acciones y la evaluación del impacto del Programa.

Disponer de información pertinente, oportuna, completa y confiable.

Para lograrlo, se mantendrá coordinación con las Direcciones Generales de la Secretaría de Salud (SSA) que norman y operan los sistemas y con las áreas que generan información de las instituciones de Seguridad Social, lo que favorecerá la generación y utilización de la información por los niveles locales y estatales.

Por parte de la SSA, los datos relativos a los componentes del Programa de Atención a la Salud de la Infancia, se generan en los sistemas del propio Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño y la Dirección General de Epidemiología.

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia opera dos herramientas de cómputo sectoriales: el sistema del Programa de Vacunación (PROVAC) y el de las Semanas Nacionales de Salud (SENAS).

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>X SISTEMA DE INFORMACIÓN PROVAC</b></p> <p>El control de la población infantil mediante un censo nominal permite que todos los niños reciban las vacunas a que tienen derecho</p> <p>El PROVAC es el sistema automatizado de información de Vacunación Universal. Capta y procesa los datos registrados en el Censo Nominal, así como las vacunas aplicadas a cada niño por el personal operativo. Actualmente se registra también el peso y la talla de los niños con el propósito de conocer su estado nutricional. Produce listados nominales de esquemas de vacunación útiles en la operación del Programa.</p> | <p>Proporciona además, informes analíticos que se utilizan en la toma de decisiones, la planeación de estrategias operativas y para evaluar el Programa en términos de los indicadores de coberturas alcanzadas, tomando como base a la población captada en el Censo Nominal y contrastada con las proyecciones de población que realiza el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).</p> | <p>Los informes analíticos se presentan en diversos niveles de agregación nacional, estatal, delegacional, zonal, jurisdiccional y municipal; por localidad, sector, manzana y área geoestadística básica, y por unidad médica operativa.</p> <p>El sistema se ha venido actualizando en forma permanente debido a las perspectivas siempre cambiantes del Programa, que exigen la actualización del PROVAC, de acuerdo al nuevo esquema básico de vacunación y a la incorporación de otros productos biológicos en beneficio de la población del país.</p> |
|---|--|---|

El primero tiene como objetivo proporcionar información sobre las coberturas de vacunación por área geográfica, tipo de biológico, grupo de edad y sexo, así como del estado nutricional de los niños vacunados. Las fuentes de datos son el Censo Nominal, documento que registra el nombre, domicilio, esquema de vacunación de cada uno de los menores de ocho años y las mujeres embarazadas de la localidad, además del peso y talla para los menores de cinco años; y el Reporte de Seguimiento, el cual emite el sistema de cómputo y se utiliza para las vacunaciones subsecuentes, le permite al vacunador registrar las actividades realizadas y regresarlo modificado al sistema de cómputo, con lo que se actualizan los registros en la base de datos. Genera una

Proporcionar información sobre las coberturas de vacunación por área geográfica, tipo de biológico, grupo de edad y sexo, así como del estado nutricional.

serie de reportes específicos que sirven a los diferentes niveles de operación de los servicios de salud para la evaluación de las acciones de vacunación.

El SENAS procesa información de las acciones realizadas durante las Semanas Nacionales de Salud (SNS) y los datos que proporciona son las dosis aplicadas por tipo de biológico, grupo de edad e institución. Esta información se genera durante las tres SNS y no se incorpora al Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).

Procesa información de las acciones realizadas durante las Semanas Nacionales de Salud.

**La Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño** administra el SISPA que es utilizado por la Secretaría de Salud y el Programa IMSS Solidaridad. Este sistema genera información estadística homogénea, continua, oportuna y relevante, acerca de los daños a la salud, la disponibilidad de recursos y la prestación de servicios. La información relevante para el programa se encuentra en los apartados de: consulta externa, salud reproductiva, salud del niño, detecciones, atenciones por lesiones, salud bucal, salud mental, trabajo social, promoción de la salud.

Además, esta Dirección General emite otras publicaciones periódicas que proporcionan información nacional relevante para el Programa, como las Estadísticas Vitales y Serie de Mortalidad, de periodicidad anual; información sectorial, como los Boletines de Información Estadística y la Situación de Salud de los Estados, también de periodicidad anual; el Boletín del Sistema de Información en Salud para la Población Abierta y el Anuario Estadístico, que se publican de manera mensual y anual, respectivamente.

**La Dirección General de Epidemiología** norma y coordina el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVE), que incluye información epidemiológica de todas las instituciones del Sector Salud. Su objetivo es proponer a los niveles de decisión, las medidas a corto, mediano y largo plazo, necesarias a fin de prevenir, controlar y eventualmente erradicar riesgos y daños a la salud. De este sistema se utiliza la información de los Sistemas: Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) y especiales para algunas enfermedades responsabilidad del Programa.

Proponer a los niveles de decisión, las medidas a corto, mediano y largo plazo, necesarias a fin de prevenir, controlar y eventualmente erradicar riesgos y daños a la salud.

Para efectos del Programa, las enfermedades de notificación inmediata son: poliomielitis, parálisis flácida aguda (PFA), sarampión, rubéola congénita, enfermedad febril exantemática (EFE), síndrome coqueluchoide, tos ferina, tétanos, tétanos neonatal (Tnn), infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b, tuberculosis meníngea y eventos adversos temporalmente asociados a la vacunación; las enfermedades de notificación obligatoria con periodicidad semanal son: enfermedades diarreicas (cólera, amibiasis intestinal, shigelosis, fiebre tifoidea, otras infecciones intestinales y las mal definidas, intoxicaciones alimentarias bacterianas, paratifoidea y otras salmonelosis), infecciones respiratorias agudas, angina estreptocócica, neumonías y bronconeumonías, influenza, varicela, rubéola, parotiditis, escarlatina y erisipela.

La información obtenida por medio de estos sistemas, permite identificar las áreas y poblaciones en riesgo y apoya la toma de decisiones para la prevención y control de daños y riesgos a la salud.

Otros sistemas institucionales que participan en la alimentación de la información, son el Sistema Único de Información (SUI), del régimen obligatorio del IMSS y el Sistema Integral de Información (SII) del ISSSTE.

Ante las nuevas responsabilidades y actividades que implican la atención a la salud de la población menor de 10 años, es indispensable la transformación del sistema de información, reforzando su carácter sectorial y unificando las acciones a registrar por las instituciones del sector salud.

### 13.2. SUPERVISIÓN

La supervisión considerada como parte de la fase de control en el desarrollo de cualquier programa, es una herramienta fundamental para tomar decisiones de carácter técnico y administrativo

Por tanto las acciones de supervisión están encaminadas a:

- Vigilar el cumplimiento de la normatividad técnica del Programa de Atención a la Salud de la Infancia, en los diferentes niveles de la estructura de servicios de salud de las instituciones del Sector.
- Propiciar que las acciones de supervisión sean de carácter interinstitucional.
- Verificar de manera permanente el cumplimiento de metas y coberturas del Programa en las 32 entidades federativas, dando prioridad a aquellas en que se detecten problemas en la operación.
- Identificar oportunamente problemas técnicos o administrativos y proponer alternativas de solución.
- Mejorar la capacidad técnica y resolutive de los Servicios de Salud en las entidades federativas, mediante la asesoría continua o capacitación directa en servicio al personal involucrado.
- Elevar la calidad de la atención a los recién nacidos, lactantes, preescolares y escolares.

Vigilar el cumplimiento de la normatividad técnica del Programa en los diferentes niveles de los Servicios Salud.

### 13.3. EVALUACIÓN

La evaluación del Programa comprende el seguimiento de las actividades del proceso y de indicadores de impacto. Las fuentes de información son los desarrollos de cómputo SISPA y SENAS para el proceso, y el PROVAC y SEED para impacto.

En la evaluación del proceso se medirán las actividades que realiza el personal operativo, por ejemplo: dosis aplicadas, detecciones realizadas, referencias a unidades especializadas. Para poder realizarla es indispensable que se modifiquen los grupos etareos y poblacionales de algunas variables que actualmente están incluidas en el SISPA y se definan y agreguen aquellas que resultan de las nuevas acciones planteadas por el Programa.

La evaluación del impacto busca medir la repercusión del Programa en la inequidad en salud. Se valoran las modificaciones de los indicadores de mortalidad, coberturas de vacunación y morbilidad. Un aspecto novedoso es la medición de las modificaciones de las brechas entre las entidades federativas con menores riesgos y las de riesgos mayores. Para ello se establecerán indicadores sensibles y específicos como auxiliares en esta tarea.

En la evaluación del proceso se medirán las actividades que realiza el personal operativo.

La evaluación del impacto busca medir la repercusión del Programa en la inequidad en salud.

Se realizarán evaluaciones parciales cada tres meses, en las que se incluirán aquellos indicadores que se generen con esa periodicidad, y anual en donde se contemplarán todos los indicadores obtenidos con información de los sistemas formales. Para algunos se realizarán encuestas en la población.

Para las metas planteadas por el Programa se considerarán como datos basales los del año 2000, y para aquellos que se explorarán por encuesta la referencia será la Encuesta Nacional de Salud 2000.

Una característica que se impulsará es que las evaluaciones serán de carácter sectorial, por lo que se fortalecerá la coordinación específica para este fin con las principales instituciones de salud. De igual manera, cabe señalar que se promoverá la utilización de la información por todos los niveles de la organización de servicios de salud, en particular por el operativo ya que es donde inicia la evaluación y a quien debe servir.

## 14. BIBLIOGRAFÍA

- 14.1. Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia. Evaluación 1990-2000. México.
- 14.2. Consejo Nacional de Vacunación. Programa de Atención a la Salud del Niño. Manual de Procedimientos Técnicos. Vacunación Universal. México 1998.
- 14.3. Consejo Nacional de Vacunación. Programa de Vacunación Universal 1995-2000.
- 14.4. Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de Vacunación. D.O.F. del 24 de enero de 1991.
- 14.5. Dirección General de Estadística e Informática. Mortalidad 1996, Secretaría de Salud, México 1997.
- 14.6. Dirección General de Estadística e Informática. Mortalidad 1997, Secretaría de Salud, México 1998.
- 14.7. Dirección General de Estadística e Informática. Mortalidad 1998, Secretaría de Salud, México 1999.
- 14.8. Dirección General de Estadística e Informática. Mortalidad 1999, Secretaría de Salud, México 2000.
- 14.9. Ginéz Navarro, D. Accidentes en el Hogar. Encuesta en 10,000 hogares del Distrito Federal. Salud Pública de México, XV: 327-336. 1973.
- 14.10. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Tomo I. Niños menores de cinco años. Cuernavaca, Mor. Mex. INSP 2000.
- 14.11. Reglamento interno del Consejo Nacional de Vacunación. D.O.F. del 13 de agosto de 1991.
- 14.12. Revisión Nacional de Salud Escolar y universitaria. OPS/OMS. (UNAM). Cap. VI, XI, XII, XIV, XV.
- 14.13. Santos, JI y cols. Indicadores de atención a la salud del niño. Gac. Med. Mex. Vo. 136 Suplemento No. 1. 2000.
- 14.14. Tuirán Rodolfo, Zuñiga Elena, Zubieta Beatriz, Delgado David, Estrada Liliana, Camarena Rosas María. Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnostico sociodemográfico, Cap. I, II, III, VIII. 3, CONAPO, 2000: 1-27, 54-80
- 14.15. Vera Rodrigo. Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Atención Primaria de la Salud. VIII Seminario Internacional sobre Atención Primaria de Salud: "La Atención



Primaria para garantizar Salud para todos en el siglo XXI". 19-22 de octubre de 1999, La Habana, Cuba. RESUMEN.

## **ANEXOS**

### **ANEXO N° 1 Relación de Normas Oficiales Mexicanas y Proyectos de Normas Oficiales Mexicanas:**

- Norma Oficial Mexicana NOM-051-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de las jeringas estériles desechables de plástico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-066-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de las incubadoras para recién nacidos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-120-SSA1-1994, Bienes y servicios. Prácticas de higiene y sanidad para bienes y servicios.
- Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-1995, Bienes y servicios. Alimentos para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-133-SSA1-1995, que establece las especificaciones sanitarias de las agujas hipodérmicas desechables.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.
- Norma Oficial Mexicana NOM-169-SSA1-1998, para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, para el fomento de la salud del escolar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-1993, para la prevención y control de la rabia.
- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-1994, para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, para prestación de servicios de atención médica en unidades móviles.
- Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-033-SSA2-2000, para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-038-SSA2-2000, para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-039-SSA2-2000, para la prevención y control de infecciones de transmisión sexual.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA2-2000, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.

- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA2-2000, para la prevención y control de los defectos al nacimiento. *(No publicado)*.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-040-SSA2-2000, en materia de información estadística en salud. *(No publicado)*.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-043-SSA2-2000: Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. *(No publicado)*.

## ANEXO N° 2 Índice de Salud de la Infancia

La necesidad de construir un índice de salud que refleje los daños a los que se enfrenta la infancia en nuestro país, surge de la identificación de las diferencias que existen entre las entidades federativas en los daños de salud.

Estas desigualdades se hacen manifiestas al analizar los indicadores socio-demográficos y con el fin de darles una solución se han establecido con anterioridad metas que buscan abatir los rezagos. En este contexto se consideró conveniente seleccionar un conjunto de indicadores relacionados con la situación de salud en el país y que juntos resulten en el "Índice de Salud de la Infancia".

Para la elaboración del índice se seleccionaron siete indicadores de daño y uno de cobertura, como se indica en la siguiente lista:

- Mortalidad Infantil Ajustada por subregistro
- Mortalidad Preescolar
- Mortalidad por ED
- Mortalidad por IRA
- Casos nuevos de Sarampión
- Casos nuevos de Tuberculosis meníngea en menores de cinco años
- Casos nuevos de Tétanos Neonatal
- Cobertura con vacuna SRP en población de un año

Estos indicadores se han utilizado en los últimos años para monitorizar el alcance de las metas adoptadas en torno a la salud de la infancia.

Definidos los ocho indicadores se seleccionó un método estadístico que permitiera su integración en el Índice de Salud de la Infancia el cual permitiera identificar diferentes niveles de prioridad en las distintas entidades federativas que integran el país.

Es conveniente resaltar que no existe una manera única de medir necesidades de salud ni tampoco hay un acuerdo entre los indicadores más idóneos a seleccionar ni el método estadístico a utilizar.

Tomando en cuenta lo anterior, se consideró que los indicadores elegidos miden los principales daños en la infancia y se seleccionó el método de estandarización para elaborar el índice. El procedimiento es el siguiente:

1. Una vez seleccionados los indicadores por entidad federativa, se estandarizaron y se les asignó su puntaje "z" para cada indicador en cada entidad federativa, de la siguiente manera:

- a) Se calculó la media aritmética con la fórmula:

$$x_1+x_2+\dots+x_n$$

$$m = \frac{\quad}{n}$$

b) Se calculó la desviación estándar con la fórmula:

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x - m)^2}{n - 1}}$$

c) Se determinó el puntaje “z” de cada uno de los valores del indicador de la siguiente manera:

$$z_i = (x_i - m) / s$$

donde  $z_i$  es el puntaje zeta;  $x_i$  es el valor de la tasa de la entidad federativa;  $m$  es la media del indicador; y  $s$ , es la desviación estándar del indicador.

2. Se asignó el puntaje de necesidad de acuerdo con la siguiente tabla:

|                     |                  |      |
|---------------------|------------------|------|
| $z < -3.5$          | entonces asignar | = -4 |
| $-3.5 = < z < -2.5$ |                  | = -3 |
| $-2.5 = < z < -1.5$ |                  | = -2 |
| $-1.5 = < z < -0.5$ |                  | = -1 |
| $-0.5 = < z < 0.0$  |                  | = 0  |
| $0.0 = < z < 0.5$   |                  | = 0  |
| $0.5 = < z < 1.5$   |                  | = 1  |
| $1.5 = < z < 2.5$   |                  | = 2  |
| $2.5 = < z < 3.5$   |                  | = 3  |
| $z > 3.5$           |                  | = 4  |

Los puntajes negativos indican que el valor del indicador para la entidad federativa, es menor al promedio del indicador y viceversa.

Este paso se repitió con cada uno de los indicadores.

3. Se obtuvo el puntaje final para cada entidad federativa por medio de la suma algebraica de los puntajes de necesidad, asignados a cada entidad federativa.

4. Se ordenó el puntaje final de manera descendente con el fin de que los valores más positivos se ubicaran en la parte superior del ordenamiento.

5. Por último se asignó la prioridad con la siguiente tabla de decisión:

| Puntaje total | prioridad |
|---------------|-----------|
| <-1           | Alta      |
| -1 a 1        | Media     |
| >1            | Baja      |

De esta manera se obtuvieron once entidades federativas con prioridad alta, cuatro con prioridad media y diecisiete con prioridad baja.