

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Jalisco, para la ejecución en la entidad del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, EN LO SUCESIVO SALUD, REPRESENTADA POR SU TITULAR, DR. JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS, CON LA PARTICIPACION DEL SUBSECRETARIO DE INNOVACION Y CALIDAD, MAKI ESTHER ORTIZ DOMINGUEZ Y EL DIRECTOR GENERAL DE PLANEACION Y DESARROLLO EN SALUD, DR. EDUARDO PESQUEIRA VILLEGAS; Y POR LA OTRA, EL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE JALISCO, EN ADELANTE EL GOBIERNO DEL ESTADO, REPRESENTADO POR SU GOBERNADOR CONSTITUCIONAL, EMILIO GONZALEZ MAQUEZ, ASISTIDO POR EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO, LIC. FERNANDO ANTONIO GUZMAN PEREZ PELAEZ, EL SECRETARIO DE FINANZAS, MTR. OSCAR GARCIA MANZANO Y PEREZ MUGICA, EL SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO, DR. ALFONSO GUTIERREZ CARRANZA, ASI COMO POR LA CONTRALORA DEL ESTADO, MTRA. MA. DEL CARMEN MENDOZA FLORES, PARA LA EJECUCION EN LA ENTIDAD DEL PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD, EN LO SUCESIVO PROCEDES.

ANTECEDENTES

I. El artículo 4 constitucional en su párrafo tercero, contempla como una garantía social el derecho a la protección de la salud y dispone que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general.

II. La presente administración se plantea cinco objetivos en la atención de los retos en salud que enfrenta el país y que se enmarcan dentro de las acciones que contempla el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012: **I)** mejorar las condiciones de salud de la población; **II)** reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; **III)** prestar servicios de salud con calidad y seguridad; **IV)** evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y **V)** garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país.

III. El PROCEDES, es un programa de acción y se encuentra inscrito en el marco general de estrategias de apoyo a la política de protección social Contigo, del Gobierno Federal.

El PROCEDES es un Programa estratégico para la equidad y desarrollo con calidad, en un marco de innovación de los servicios de salud. Dicho Programa, dentro de sus estrategias establece el Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) y entre sus líneas de acción se encuentra el financiamiento estratégico para la equidad y desarrollo con calidad. Una de las líneas de acción que habrá de implantarse para contrarrestar esta tendencia histórica es desarrollar proyectos estratégicos para fortalecer los servicios cuyo objetivo sea la reducción de los rezagos en salud. Estos recursos de hecho, deben estar etiquetados al Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud (FOROSS), garantizando la estructuración y la puesta en marcha del Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES).

El PROCEDES además de apoyar proyectos de salud para sectores marginados, comprende en otro de sus componentes la posibilidad de conformar proyectos de innovación para el desarrollo y reestructuración organizativa de los Servicios Estatales de Salud en el marco del MIDAS y las Redes de Atención, a través de la planeación estratégica, diseño e implementación de instrumentos para propiciar el cambio, desarrollo de modelos innovadores y capacidad instalada con respecto a la afiliación de poblaciones estratégicas en el Seguro Popular, la compra de servicios de salud, gestión financiera, gestión de recursos humanos, compra distribución y monitoreo de medicamentos, cobertura de necesidades de salud de poblaciones indígenas, planeación y diseño de redes de telemedicina y monitoreo y evaluación del desempeño de los servicios.

El PROCEDES también busca apoyar el fortalecimiento institucional y operativo de las unidades prestadoras de salud estatales y redes de servicio a través del fortalecimiento de la capacidad instalada en términos de administración, planeación, gestión financiera de calidad, recursos humanos, compra y distribución de medicamentos e insumos médicos, entrega de servicios a población indígena y desarrollo e implementación de sistemas de administración e información en salud, incluyendo el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica.

En materia de reestructuración de los servicios de salud, el PROCEDES fundamenta su apoyo para "Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas", y apoyar en "Construir un federalismo cooperativo en materia de salud" y "Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud", respectivamente. Específicamente con el proceso de reforma organizacional que se desarrolla paralelamente a la implantación de la reforma financiera que ha dado origen a la Protección Social en Salud.

Para su desarrollo se apoyarán las cuatro funciones fundamentales de los sistemas de salud:

- a) Rectoría.
- b) Financiamiento-compra de servicios.
- c) Generación de recursos.
- d) Prestación de servicios.

IV. El 10 de marzo de 2002, los Estados Unidos Mexicanos celebraron el contrato de préstamo número 7061-ME (en adelante, el "Contrato BIRF 7061-ME") con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, en lo sucesivo BIRF, por un monto de 350'000.000.00 (trescientos cincuenta millones de dólares estadounidenses), para el financiamiento parcial del PROCEDES.

V. Las adquisiciones, contratos, concursos, licitaciones, obras, capacitación y demás procedimientos para el ejercicio de los recursos del ramo 12, seguirán los procedimientos señalados en la legislación federal: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas; Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007; Clasificador por Objeto de Gasto vigente; Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal vigente. Adicionalmente, y por estar el Programa financiado con recursos de crédito externo de acuerdo a lo señalado en el párrafo anterior, deberá aplicarse lo dispuesto en el Contrato de Préstamo con el BIRF identificado con el préstamo 7061-ME y otras disposiciones que resulten aplicables según el artículo 10 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y artículo 12 de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas así como oficios circulares que sean emitidos por la Secretaría de la Función Pública.

VI. El PROCEDES es financiado parcialmente con recursos derivados del préstamo otorgado por el BIRF, a través de recursos presupuestarios del ramo 12, conformando éstos la aportación federal, a la que en el cuerpo del presente instrumento se denominará recursos federales, así como con la aportación acordada con las Entidades Federativas a través del presente Acuerdo de Coordinación.

VII. El Convenio de Coordinación para el Desarrollo Social y Humano 2007-2012, tiene por objeto coordinar a los Ejecutivo Federal y Estatal para vincular los programas, acciones y recursos con el fin de trabajar de manera corresponsable en la tarea del Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud mediante la superación de la pobreza y mejorar las condiciones sociales y económicas de la población, mediante la instrumentación de las políticas públicas que promuevan el desarrollo humano, familiar, comunitario y productivo, con equidad y seguridad, atendiendo al mismo tiempo el desafío de conducir el desarrollo urbano y territorial, así como vincular las acciones de los programas que se deriven del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 que lleva a cabo el Ejecutivo Federal, a través de sus dependencias y entidades, sean congruentes con la planeación del desarrollo integral del Estado.

Por acuerdo de las partes el citado Convenio constituye la vía de coordinación entre las Administraciones Públicas Federal y Estatal, para la planeación y ejecución de los programas, proyectos, obras y servicios, así como para el ejercicio de los recursos federales y estatales que se convengan.

Expuesto lo anterior y con fundamento en lo dispuesto en los artículos 4, párrafo tercero, 26 y 116 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 22, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 33, 34, 35, 36 y 44 de la Ley de Planeación; 1, 4, 6, 16, 23 y 24 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 1, 2, 3, 4, 5, 9, 13, 28, 29, 34, 45 y 46 de la Ley General de Salud; 1, 7, 10 y 17, de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas; 1, 6, 7, 9, 18, 27 y 46 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; 6 y 7 fracción XXII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 25 y 26 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007; así como en los artículos 1, 2, 14, 36, 46 y 50, fracciones X, XVIII, XIX y XXIV de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 1, 2, 3, 4, 5, 19 fracciones I y II, 20, 21 y 22 fracciones IV, XX y XXIII, 23 fracciones I, II, X y XV, 30, 31, 36, y 39 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco; 1, 2, 5, 6 y 7 de la Ley del Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Jalisco; 1, 2, 3, 4, 5, 12, 14, 15, 18, 23 y demás relativos de la Ley Estatal de Salud; 1, 2, 3, fracciones I, II, X, XI y XIII y 10 fracción XI de la Ley del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco; y las Cláusulas Primera, Tercera, Quinta y Séptima del Convenio de Coordinación para el Desarrollo Social y Humano 2007-2012 celebrado con el Estado de Jalisco, las partes suscriben el presente Acuerdo sujetándose a las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- SALUD y EL GOBIERNO DEL ESTADO, convienen conjuntar acciones y recursos para llevar a cabo la ejecución de los componentes del PROCEDES para el apoyo al Gobierno Federal en la implantación del Sistema de Protección Social en Salud a través del impulso a la afiliación o re-afiliación de la población al régimen no contributivo del Seguro Popular con acceso a su paquete de beneficios, así como a la reestructuración de los Sistemas Estatales de Salud en el Estado de Jalisco, con los siguientes:

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Apoyar el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud (FOROSS), a través de **(I)** la construcción, sustitución, ampliación y el equipamiento de centros de salud, hospitales de hasta 120 camas y Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) identificadas en el Plan Maestro de Infraestructura en Salud y Plan Maestro de Equipamiento en Salud, **(II)** la prestación de servicios, de forma general, de asistencia técnica y actividades de formación que estén relacionadas con: **a)** la construcción, expansión, rehabilitación, equipamiento y remodelación de centros de salud; **b)** la formación de capacidades gerenciales, incluyendo el manejo de recursos humanos y el fortalecimiento de la gestión financiera; **c)** el diseño, piloteo, evaluación e implementación de herramientas para la mejora de calidad en la prestación de servicios, la planeación, compra y distribución de medicamentos y el desarrollo de formas alternativas en la prestación de servicios; y **d)** el diseño, piloteo e implementación de sistemas de monitoreo y evaluación para todos los aspectos de la estrategia FOROSS.
- 2) Apoyar a las entidades federativas en el proceso de reestructuración de sus sistemas de salud en el marco del SPSS a través de la compra de bienes e instalación de equipo, la prestación de servicios de asistencia técnica y la realización de actividades de capacitación y formación relacionadas con: **I)** la reestructuración institucional y organizacional y el fortalecimiento operativo de los Sistemas Estatales de Salud a través de análisis socioeconómicos y de factibilidad política, planeación estratégica, diseño e implementación de instrumentos que propicien el cambio, el desarrollo de modelos innovadores y la formación de capacidades relacionadas con la afiliación de poblaciones objetivas en el SPSS, la compra de servicios de salud, gestión financiera, gestión de recursos humanos, la compra, distribución y monitoreo de medicamentos y material de curación, la atención de servicios de salud a poblaciones indígenas, la planeación y diseño de redes de telemedicina y el monitoreo y evaluación del desempeño de servicios; **II)** el fortalecimiento institucional y organizativo de unidades y redes descentralizadas de proveedores de servicios incluyendo la formación de la capacidad con respecto a la administración, planeación, gestión financiera, gestión de calidad, gestión de recursos humanos, la compra y distribución de medicamentos y material de curación, medicina tradicional, prestación de servicios a poblaciones indígenas y el desarrollo e implementación de sistemas de gestión en salud y sistemas de información y; **III)** el fortalecimiento de la infraestructura de tecnología de información para las organizaciones y prestadores que forman parte de los Sistemas Estatales de Salud, incluyendo acciones de telemedicina.
- 3) Apoyar al fortalecimiento de la Secretaría de Salud en su papel rector del SPSS a través de la compra de bienes y equipo, la prestación de servicios de asistencia técnica y la ejecución de actividades de formación y capacitación relacionadas con: **I)** el apoyo a los Sistemas Estatales de Salud (SES) en todos los aspectos de la estrategia FOROSS y la coordinación y planeación de inversiones en infraestructura y equipo, el desarrollo de una estrategia de comunicación y el diseño e implementación de un sistema de monitoreo y evaluación para la estrategia FOROSS; **II)** apoyar a los SES y unidades y redes de prestación de servicios en la realización de todas aquellas actividades mencionadas en el párrafo anterior (2), así como el desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación para la reestructuración de los Sistemas Estatales de Salud.

SEGUNDA.- CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES LEGALES.- A efecto de dar cumplimiento a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, al Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación del Ejercicio Fiscal 2007, y para efectos de inversión del PROCEDES en este año, así mismo, tomando en cuenta la determinación del financiamiento correspondiente y la disponibilidad presupuestal, las partes están de acuerdo en celebrar el presente Acuerdo de Coordinación, y una vez suscrito se integrará al Convenio de Coordinación para el Desarrollo Social y Humano 2007-2012 y al Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en el Estado.

TERCERA.- COSTO PROCEDES.- El costo del PROCEDES para el año 2007, se establecerá de común acuerdo por las partes y de conformidad con lo señalado en el Anexo Técnico que se integra al presente Acuerdo como Anexo 1.

CUARTA.- APORTACION FEDERAL.- Para el año 2007 el Ejecutivo Federal se compromete a aportar del ramo 12 para la ejecución del PROCEDES, en el Ejercicio Fiscal 2007, y con el préstamo 7061-ME, concedido a México por el BIRF, que forma parte de la cláusula tercera y que se integra en el primer párrafo del Anexo Técnico 1.

Los recursos presupuestarios federales que se aportarán están sujetos a la disponibilidad presupuestal de la Secretaría de Salud y a las autorizaciones jurídicas y de índole presupuestal que correspondan para ejercer dichos recursos.

QUINTA.- APORTACION DEL GOBIERNO DEL ESTADO.- EL GOBIERNO DEL ESTADO se compromete a hacer una aportación para la ejecución del PROCEDES, por el porcentaje señalado en el Anexo Técnico que se integra al presente Acuerdo como Anexo 1. Aportación que se destinará para metas específicas de apoyo al programa de inversión. Las aportaciones de EL GOBIERNO DEL ESTADO se destinarán para la ejecución del PROCEDES a través del Organismo Público Descentralizado denominado "Servicios de Salud Jalisco".

SEXTA.- DE LA PLANEACION Y EVALUACION.- Las partes acuerdan que la planeación, evaluación y control del PROCEDES, se realizarán conforme al sistema de monitoreo y evaluación (indicadores de impacto), aprobado para la ejecución del PROCEDES por parte de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, asimismo, el Organismo Público Descentralizado denominado "Servicios de Salud Jalisco" deberá implementar un área con cargo a su estructura para llevar el control y seguimiento de las acciones y aplicación de los recursos objeto del presente acuerdo (planeación y administración), lo anterior de conformidad con sus atribuciones y con las autorizaciones jurídicas de índole presupuestal que correspondan para ejercer los recursos; coordinando sus acciones con la unidad técnica-administrativa (DGPLADES) de SALUD responsable del PROCEDES e informando de ello a las Secretarías de Hacienda y Crédito Público; de Función Pública; y de Salud.

SEPTIMA.- INSTANCIAS EJECUTORAS.- Para la ejecución de los recursos del presente Programa PROCEDES, la instancia ejecutora será la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) y EL GOBIERNO DEL ESTADO a través del Organismo Público Descentralizado denominado "Servicios de Salud Jalisco", así mismo, cuando sea necesario la participación de municipios, instituciones académicas y de investigación, dependiendo del tipo de proyecto a realizar, se suscribirán los instrumentos jurídicos necesarios y congruentes con el objeto.

OCTAVA.- ATRIBUCIONES DE SALUD.- SALUD conforme a las actividades a desarrollar tendrá las siguientes atribuciones:

a) En caso de que DGPLADES emita el oficio de suficiencia presupuestal, ésta será la encargada de transferir los recursos presupuestales asignados a EL GOBIERNO DEL ESTADO a efecto de que sean aplicados específicamente para la realización del programa y conceptos citados en el presente instrumento, sin intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice EL GOBIERNO DEL ESTADO para cumplir con el programa físico financiero de obra y de equipamiento, que determine esta última, sin interferir de forma alguna en el procedimiento constructivo y mecanismo de supervisión externo que defina EL GOBIERNO DEL ESTADO durante la aplicación de los recursos presupuestales destinados a su ejecución y demás actividades que se realicen para el cumplimiento de las condiciones técnicas, económicas, de tiempo, de cantidad y de calidad contratadas a través de EL GOBIERNO DEL ESTADO.

b) Planear la asignación de los recursos conforme a las necesidades de EL GOBIERNO DEL ESTADO y apegados al Plan Maestro de Infraestructura (PMI).

c) Conocer las propuestas para la asignación de recursos, valorar su viabilidad y su congruencia.

d) Realizar una evaluación de las acciones derivadas del presente Acuerdo antes del cierre del ejercicio fiscal (antes del 31 de diciembre de 2007) con base en el nivel de ejecución de las acciones por parte de EL GOBIERNO DEL ESTADO tomando en cuenta el desempeño y gestión observados en el transcurso de dicho ejercicio. Lo anterior con el objeto de canalizar los recursos de aquellas entidades federativas que no ejercerán la totalidad de los mismos hacia aquellos con mayor ritmo de gasto en la ejecución del Programa o metas ya comprometidas.

e) Vigilar el correcto cumplimiento de los estatus planteados en el Acuerdo Legal del préstamo firmado entre la Secretaría de Salud y el Banco Mundial.

NOVENA.- INDICADORES.- Las partes acuerdan que el CAUSES a ser aplicado en esa entidad, será evaluado a través de las unidades acreditadas e indicadores de impacto desarrollados por la Dirección General de Evaluación del Desempeño. Los indicadores de impacto medirán metas y objetivos de las acciones llevadas a cabo en el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios, en cuanto a su organización y funcionamiento, se realizarán de acuerdo con lo establecido en el Manual de Operación del PROCEDES, a que refiere la sección 3.09, del artículo III, del Contrato BIRF 7061-ME. Para efectos de evaluación y seguimiento de las metas del PROCEDES, EL GOBIERNO DEL ESTADO a través del Organismo Público Descentralizado "Servicios de Salud Jalisco" deberá enviar trimestralmente (marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año) la información relacionada con la aplicación de los recursos correspondientes a la aportación estatal señalada en el primer párrafo del Anexo Técnico 1.

DECIMA.- MANUAL DE OPERACION.- Acuerdan las partes que en lo que respecta a dudas que surjan en cuanto a definiciones, conceptos, objetivos, formas de financiamientos y procedimientos durante la ejecución del PROCEDES, se remitirán a lo establecido en el Contrato BIRF 7061-ME y al documento autorizado en los términos establecidos en el mismo, denominado Manual de Operación del PROCEDES. En caso de contradicción entre las disposiciones del Contrato BIRF 7061-ME y las del Manual de Operación del PROCEDES, las del Contrato BIRF 7061-ME prevalecerán.

DECIMA PRIMERA.- ADQUISICION DE SERVICIOS, BIENES Y OBRA.- Se deberá dar estricto cumplimiento a los procedimientos en materia de adquisiciones reguladas por el Schedule III "Procurement" del Convenio de Préstamo No. 7061-ME.

DECIMA SEGUNDA.- REHABILITACION, EQUIPAMIENTO Y OBRA.- Las partes convienen que por cada una de las obras rehabilitadas, equipadas o terminadas con recursos derivados del presente instrumento, se deberá formular la correspondiente acta de entrega-recepción, en la que invariablemente deberán participar el ejecutor de la obra y el encargado por parte de EL GOBIERNO DEL ESTADO. Se deberá dar estricto cumplimiento a los procedimientos en materia de adquisiciones que se señalan en el antecedente V del presente Acuerdo y en el Manual de Operación del PROCEDES.

Asimismo, EL GOBIERNO DEL ESTADO que recibe la obra y equipos, deberá hacer explícito su compromiso de darle mantenimiento, conservarla y vigilar su adecuada operación y funcionalidad.

DECIMA TERCERA.- BIENES.- Las partes acuerdan que los bienes adquiridos con recursos del presente instrumento, formarán parte integral de los inventarios de EL GOBIERNO DEL ESTADO, por lo que será responsabilidad de este último, darles de alta en el inventario estatal, entregando a SALUD a través de la DGPLADES, un reporte anual de dicho inventario. Se deberá dar estricto cumplimiento a los procedimientos en materia de adquisiciones que se señalan en el antecedente V del presente Acuerdo y en el Manual de Operación del PROCEDES.

Asimismo, EL GOBIERNO DEL ESTADO a través del Organismo Público Descentralizado "Servicios de Salud Jalisco" deberá dar cumplimiento a las políticas y lineamientos ambientales y sociales establecidos en el Manual de Operación del PROCEDES.

DECIMA CUARTA.- RECURSOS NO DESTINADOS A LOS FINES AUTORIZADOS.- Las partes acuerdan que los recursos federales asignados por SALUD a EL GOBIERNO DEL ESTADO, que no se destinen a los fines autorizados al 31 de diciembre de 2007, se reintegrarán a la Tesorería de la Federación en un plazo de 15 días naturales del mes de enero de 2008, como una obligación a cargo de dicha Entidad Federativa de conformidad con lo establecido en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007, salvo aquellos recursos que se encuentren comprometidos en un proceso o destinados a metas específicas por parte de EL GOBIERNO DEL ESTADO respecto de los fines autorizados antes del 31 de diciembre de 2007.

Dichos recursos se considerarán devengados por EL GOBIERNO DEL ESTADO, a partir de su entrega por la Secretaría de Salud.

DECIMA QUINTA.- APLICACION.- Los recursos que asigne el Ejecutivo Federal y las aportaciones de EL GOBIERNO DEL ESTADO, se destinarán en forma exclusiva a lo establecido en la cláusula primera del presente instrumento, observando lo dispuesto en los artículos 14 y 16 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2007.

Dichos recursos no podrán traspasarse a otros conceptos de gasto y se registrarán conforme a su naturaleza, sea de capital o corriente.

Los recursos que se reasignen, una vez devengados y conforme avance el ejercicio, deberán ser registrados contablemente de acuerdo con las disposiciones legales aplicables y se rendirán en la Cuenta de la Hacienda Pública de EL GOBIERNO DEL ESTADO, sin que por ello perdiera su carácter federal.

Los rendimientos financieros que generen los recursos a que se refiere el primer párrafo del Anexo 1 que se deriva del presente Acuerdo, deberán destinarse a los programas previstos en la cláusula primera del presente instrumento.

DECIMA SEXTA.- MECANISMOS DE COMPROBACION.- Las partes acuerdan implementar el mecanismo de comprobación de gasto señalado en el Manual de Operación del PROCEDES y conservar la documentación original comprobatoria de los gastos originados con los recursos del PROCEDES, hasta por 5 años después de que el Banco Mundial reciba el informe de Auditora.

DECIMA SEPTIMA.- POLITICA DE SALVAGUARDAS SOCIALES Y AMBIENTALES.- Acuerdan las partes que las actividades del proyecto se llevarán a cabo de conformidad con: (I) el Plan de Desarrollo de los Pueblos Indígenas que asegura beneficios en el área de salud culturalmente apropiados para los pueblos indígenas; (II) el Marco de Administración del Medio Ambiente que describe los procedimientos para la

adecuada gestión y manejo de los desechos médicos (biomédicos y materiales peligrosos), procedimientos para evaluación ambiental y gestión adecuada de trabajos civiles y de los requisitos relacionados con la adquisición de pesticidas y (III) el Marco de Política de Reasentamiento, que describe los procedimientos relacionados con el reasentamiento involuntario causado por las actividades de construcción, que forman parte del Manual de Operación del PROCEDES.

DECIMA OCTAVA.- Acuerdan las partes que las adquisiciones de los bienes, obra y servicios necesarios para la ejecución del Proyecto y que sean financiados con los fondos del Préstamo serán gobernados por las provisiones del Anexo 3 del Acuerdo de Préstamo las cuales serán estipuladas en el Plan de Adquisiciones y a lo establecido en el Capítulo 1 Adquisiciones de bienes y contratación de servicios en general del Manual Financiero-Administrativo del PROCEDES.

DECIMA NOVENA.- VIGILANCIA.- La Secretaría de la Función Pública, en lo sucesivo SFP, en el ámbito de su competencia, vigilará el correcto destino y aplicación de los recursos a que se refiere este instrumento, determinará y coordinará el programa de auditoría sobre las operaciones y proyectos del PROCEDES, con el auxilio de EL GOBIERNO DEL ESTADO, a través de su órgano interno de control, a quien corresponderá precisamente el control, vigilancia y evaluación de los recursos, y la Unidad de la Contraloría Interna de SALUD como rectora de los estados ante la SFP. Asimismo, promoverá y apoyará la intervención de la Contraloría Social en dicha vigilancia.

En razón de lo anterior, las partes acuerdan que EL GOBIERNO DEL ESTADO destine el equivalente al dos al millar del monto total de los recursos aportados en efectivo en favor de su Órgano Estatal de Control, para que éste realice las funciones de vigilancia, inspección, control y evaluación de las obras y acciones ejecutadas por administración directa con dichos recursos. Importe que será ejercido conforme a los lineamientos que emita la SFP. La ministración de dichos recursos se hará conforme al calendario programado para el ejercicio de los mismos. Esto significa que del total de recursos en efectivo se restará el dos al millar y la diferencia se aplicará a las acciones que se detallan en los anexos 1, 2, 3 y 4 de este instrumento.

La DGPLADES desde su ámbito de competencia dará aviso a la SFP si en cualquiera de los casos se considera que la entidad no cumple con alguna de las disposiciones del presente acuerdo.

VIGESIMA.- VIGENCIA Y MODIFICACIONES.- El presente Acuerdo tendrá vigencia acorde con el ejercicio presupuestal de 2007, pudiendo ser revisado o modificado por las partes, de común acuerdo y será publicado en el Diario Oficial de la Federación una vez formalizado.

VIGESIMA PRIMERA.- RESPONSABILIDADES.- Las aportaciones federales otorgadas con motivo de la celebración del presente instrumento, no podrán ser destinadas a fines distintos a los expresamente previstos en el mismo. Las responsabilidades administrativas, civiles y penales que deriven de afectaciones a la Hacienda Pública Federal, en que incurran las autoridades locales, exclusivamente por motivo de la desviación de los recursos recibidos para fines distintos a los pactados en este Acuerdo, serán sancionados en los términos de la legislación federal, por las autoridades federales, en tanto que en los demás casos dichas responsabilidades serán sancionadas y aplicadas por las autoridades locales con base en sus propias leyes.

VIGESIMA SEGUNDA.- CONTROVERSIAS.- De cualquier controversia que pudiera surgir con motivo de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente Acuerdo, conocerá la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en observancia a lo establecido en la fracción IV del artículo 104 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

VIGESIMA TERCERA.- SUSPENSIÓN DE LA APORTACIÓN FEDERAL.- El Ejecutivo Federal podrá suspender los recursos federales transferidos a EL GOBIERNO DEL ESTADO, cuando la SFP determine que los mismos se destinen a fines distintos a los aquí previstos o por incumplimiento de las obligaciones contraídas, previa audiencia a EL GOBIERNO DEL ESTADO.

En caso de que EL GOBIERNO DEL ESTADO incumpla con lo establecido en el Manual de Operación del Programa PROCEDES, SALUD podrá limitar la ministración de los recursos federales y en su caso, determinará la procedencia o no de los apoyos subsecuentes.

Enteradas las partes del contenido y alcance de este instrumento, lo firman por cuadruplicado en la ciudad de Guadalajara, el día nueve de octubre de dos mil siete.- Por el Ejecutivo Federal: el Secretario de Salud, **José Angel Córdova Villalobos**.- Rúbrica.- El Subsecretario de Innovación y Calidad, **Maki Esther Ortiz Domínguez**.- Rúbrica.- El Director General de Planeación y Desarrollo en Salud, **Eduardo Pesqueira Villegas**.- Rúbrica.- Por el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Jalisco: el Gobernador Constitucional, **Emilio González Márquez**.- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Fernando Antonio Guzmán Pérez Peláez**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas, **Oscar García Manzano y Pérez Múgica**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General del O.P.D. Servicios de Salud Jalisco, **Alfonso Gutiérrez Carranza**.- Rúbrica.- La Contralora del Estado, **Ma. del Carmen Mendoza Flores**.- Rúbrica.

ANEXO 1 DEL ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, EN LO SUCESIVO SALUD, REPRESENTADA POR SU TITULAR, DR. JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS, CON LA PARTICIPACION DEL SUBSECRETARIO DE INNOVACION Y CALIDAD, MAKI ESTHER ORTIZ DOMINGUEZ Y EL DIRECTOR GENERAL DE PLANEACION Y DESARROLLO EN SALUD, DR. EDUARDO PESQUEIRA VILLEGAS; Y POR LA OTRA, EL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE JALISCO, EN ADELANTE EL GOBIERNO DEL ESTADO, REPRESENTADO POR SU GOBERNADOR CONSTITUCIONAL, EMILIO GONZALEZ MAQUEZ, ASISTIDO POR EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO, LIC. FERNANDO ANTONIO GUZMAN PEREZ PELAEZ, EL SECRETARIO DE FINANZAS, MTRO. OSCAR GARCIA MANZANO Y PEREZ MUGICA, EL SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO, DR. ALFONSO GUTIERREZ CARRANZA, ASI COMO POR LA CONTRALORA DEL ESTADO, MTRA. MA. DEL CARMEN MENDOZA FLORES, PARA LA EJECUCION EN LA ENTIDAD DEL PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD, EN LO SUCESIVO PROCEDES.

Para el año 2007 el costo total de la inversión asciende a la cantidad de (dos millones setecientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), el cual se financiará de la siguiente manera:

1.- EJECUTIVO FEDERAL:	\$2'500,000.00
2.- GOBIERNO DEL ESTADO:	\$250,000.00
<hr/>	
TOTAL	\$2'750,000.00

Las transferencias para el subproyecto se realizarán a través del ramo 12, de acuerdo a las necesidades y lo establecido en el manual de operación: al menos el 10% del valor total de las transferencias federales será aportado por parte de EL GOBIERNO DEL ESTADO, sin embargo y bajo circunstancias excepcionales con previa autorización del Banco, EL GOBIERNO DEL ESTADO podrá solicitar una aportación menor a la señalada.

I.- COMPROMISOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO:

1.- Cooperar con el Organismo Público Descentralizado denominado "Servicios de Salud Jalisco", en lo sucesivo los SESA, y éste a través de las unidades de salud certificadas y evaluadas por el Sistema de Protección Social en Salud, en la identificación anual y preparación de subproyectos (que incluyan presupuestos) aplicables a los Servicios Estatales de Salud. Las propuestas correspondientes serán acordes al Programa, procedimientos y criterios asentados en el manual de operación del PROCEDES y presentadas al Comité Asesor Federal del PROCEDES para su aprobación.

2.- Cooperar con los SESA en la selección de entre los subproyectos propuestos a que hace referencia el numeral 1 de este Anexo Técnico (junto con los presupuestos correspondientes), para ser presentados a SALUD a través del Comité Asesor Federal para su aprobación.

3.- Asistir a los SESA para que con diligencia, eficiencia y de conformidad a los estándares apropiados de salud, financieros, técnicos y administrativos, conforme lo establecido en el Manual de Operación del PROCEDES y en el Programa Anual de Trabajo, lleven a cabo los subproyectos aprobados por SALUD, a que se hace referencia en el numeral 2 del presente anexo técnico.

4.- Evaluar a través de los SESA, la capacidad de tratamiento y manejo de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generen en cada hospital participante, así como el cumplimiento de los hospitales de la norma NOM-087-ECOL-SSA1-2002, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2003, que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transportación, tratamiento, disposición final de los residuos peligrosos biológicos/infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica; e incluir las necesidades de inversión para el cumplimiento de tal evaluación, en el Programa Anual de Trabajo del mismo modo se asegurará, a través de los SESA, de la incorporación de los hospitales participantes a la Cruzada Nacional por la Calidad en Salud.

Dar cumplimiento a la política de impacto ambiental en materia de infraestructura estipulada en el Manual de Operación del PROCEDES.

5.- Verificar que los SESA proporcionen a SALUD, la lista de los plaguicidas a ser financiados con los recursos del Préstamo para ser remitidos al BIRF, la cual deberá contemplar plaguicidas que serán manufacturados, empacados, etiquetados, manejados, almacenados y ordenados de acuerdo a normas aceptables para el BIRF, cerciorándose que no sean financiadas adquisiciones de productos que disminuyan la clasificación recomendada de plaguicidas peligrosos de la Organización Mundial de la Salud y líneas de clasificación (Génova: WHO 1994-95) clase IA e IB, o bien formulaciones de productos en clase II; conforme a lo establecido en el apartado 3.07, ejecución del proyecto, del contrato BIRF 7061-ME y el Capítulo de materia ambiental del Manual de Operación del PROCEDES.

6.- Asistir a los SESA (de acuerdo con los indicadores de impacto contenidos en el Manual de Operación del PROCEDES) en la evaluación, monitoreo y supervisión para el cumplimiento del subprograma; participar en las revisiones anuales del PROCEDES acordadas entre el BIRF y el Gobierno Federal y cooperar en la revisión de informes anuales y planes de acción anuales.

7.- Se cerciorará de que los Servicios de Consultoría, Adquisición de Bienes, Contratación de Servicios y Obras (obra nueva, rehabilitación, mantenimiento y ampliación), con relación al subproyecto dentro del PROCEDES, se efectúen de conformidad con lo establecido en el anexo 3 del contrato BIRF 7061-ME, principalmente por las Normas de Adquisiciones del Banco (obra, bienes y servicios), la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas y sus respectivos reglamentos y demás disposiciones federales aplicables, en cuanto no contravengan el contrato BIRF 7061-ME, asimismo, verificará y validará la correcta facturación derivada del ejercicio de los recursos emanados de este acuerdo a nombre de los SESA, de acuerdo a los ordenamientos que en materia fiscal emanen de las diversas instancias.

Los SESA con asistencia de SALUD, deberán preparar, el Plan Anual de Acción, el Plan Anual de Adquisiciones, así como el reporte Anual de Avances.

8.- Cumplir las obligaciones acordadas entre el Gobierno Federal y el BIRF, relativas a seguros, uso de bienes y servicios, planes, programas, registros e informes y mantenimiento de infraestructura física empleada en el subproyecto aprobado.

9.- Los SESA administrarán los recursos federales, mantendrán registros y cuentas bancarias productivas separadas, informarán los números de cuentas y bancos donde se deberá radicar la aportación federal, comprobando los recursos a través del formato de "Certificado de Gastos", permitiendo que sean llevadas a cabo auditorías estatales y federales que den certeza a la federación y al BIRF del cumplimiento de las obligaciones contraídas por la federación en la cláusula 4.01 y Schedule 3 "Procurement" del contrato BIRF 7061-ME, revisiones que se realizarán por lo menos una vez al año. Así como los ordenamientos en materia fiscal vigente.

10.- Documentar correctamente el formato "Certificado de Gasto" de todas las erogaciones generadas en el subproyecto, a fin de justificar de forma satisfactoria los desembolsos realizados de la cuenta del préstamo, de conformidad con lo establecido en el Manual de Operación del PROCEDES.

Los SESA deberán reportar en forma detallada la descripción del flujo de efectivo de acuerdo a su ejercicio y pago de los subproyectos realizados, al cierre del ejercicio.

11.- A través de los SESA, llevar a cabo los subproyectos aprobados a los que hace referencia el apartado de compromisos del Gobierno Federal del presente anexo técnico, con debida diligencia y eficiencia y de conformidad con las Normas y prácticas ambientales vigentes.

12.- Aportar cada año de forma oportuna la cantidad indicando como aportación estatal de conformidad con la cláusula Tercera del Acuerdo de Coordinación del cual forma parte el presente anexo técnico y conforme al primer párrafo de este mismo anexo. Dichos recursos no podrán ser utilizados para cubrir gastos salariales no incrementales (gastos salariales existentes a la fecha de firma del contrato BIRF 7061-ME).

13.- Promover la articulación operativa del PROCEDES con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), así como otros programas tales como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas, el Programa de la Cruzada por la Calidad, el Programa de Caravanas por la Salud, apoyo a la Infraestructura de la DGDIF; todos ellos dirigidos a brindar servicios de salud a poblaciones que carecen de esquemas de seguridad social y orientados al Fortalecimiento de la Oferta de Servicios en Salud.

14.- Permitir y apoyar el establecimiento de una unidad y/o área, a cargo de ese Organismo Descentralizado, que gestione los recursos de la cuenta del programa (Ramo 12) que el Gobierno Federal y Estatal acuerden; y en especial los recursos de Crédito Externo derivados del PROCEDES.

15.- Proponer y convenir con SALUD, a través de los SESA, los ajustes mínimos necesarios al CAUSES y a los insumos necesarios para adecuarlo a la realidad y necesidades estatales en materia de Fortalecimiento de la Oferta de Servicios en Salud, en base a sus indicadores de impacto, implementados por la Dirección General de Evaluación del Desempeño.

16.- Garantizar que los Servicios de Salud otorguen atención a la población que carece de esquemas de seguridad social en la entidad, tengan completa capacidad para otorgar el CAUSES convenido, cumpliendo con los estándares de la Cruzada Nacional por la Calidad en Salud.

17.- Presentar a Salud, a través de los SESA, una propuesta para involucrarse en procesos estatales, jurisdiccionales y/o locales de reestructuración de los Servicios de Salud o desarrollo de alternativas para incrementar la eficiencia y equidad con calidad en los Servicios de Salud.

18.- Sin perjuicio de la anterior los SESA asistirán al Gobierno Federal en las actividades referidas para el componente 3 del anexo 2 de contrato "BIRF 7061.ME"

19.- Apoyar a la implementación de la estrategia de FOROSS en unidades de salud hasta hospitales de 120 camas y Unidades de Especialidades Médicas Ambulatorias (UNEMES) en materia de infraestructura y equipamiento y el desarrollo de capacidades gerenciales.

II.- EL GOBIERNO FEDERAL, A TRAVES DE LA SECRETARIA DE SALUD SE COMPROMETE A:

1.- Mantener y operar durante el desarrollo del proyecto según sea su ámbito de competencia una unidad y/o área a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (Coordinadora General), que asista y apoye a los SESA, en la coordinación, ejecución, supervisión y control de la adecuada realización del PROCEDES.

2.- Aprobar, a través del Comité Asesor Federal, el subproyecto anual (incluyendo presupuestos) de acuerdo al Programa, procedimientos y criterios establecidos en el Manual de Operación del PROCEDES, de entre los presentados a SALUD; a los que hace referencia el punto 2 de este anexo técnico. (Los subproyectos aprobados anualmente, más la asistencia técnica, constituirán el Plan de Inversión Anual).

3.- Aportar de forma oportuna, sujeto a la disponibilidad presupuestal, la cantidad indicada como Aportación Federal en la cláusula tercera del acuerdo de coordinación del que este documento forma parte integral, así como el primer párrafo del presente documento.

4.- Brindar la asesoría técnica requerida por los SESA para el desarrollo de los subproyectos aprobados considerados en el Manual de Operación del PROCEDES.

El Comité Asesor Federal constituido por miembros y funcionarios de la federación, aprobará los subproyectos de acuerdo a los procedimientos y criterios establecidos en el Manual de Operación con la finalidad de contar con la "No objeción" del Banco Mundial.

ANEXO 2

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

(PROCEDES)

INDICADORES DE SEGUIMIENTO (IMPACTO)

Para efectos de dar cumplimiento a la cláusula Novena "Indicadores" de la evaluación y seguimiento de las metas del Programa, EL GOBIERNO DEL ESTADO deberá enviar trimestralmente los siguientes indicadores:

a) Indicadores generales del PROCEDES

RESULTADO	INDICADOR	CONSTRUCCION	INTERPRETACION
Afiliación al Seguro Popular.	Porcentaje de afiliación al Seguro Popular en las Entidades Federativas participantes en el PROCEDES.	Número de familias afiliadas al Seguro Popular en las Entidades Federativas participantes en el PROCEDES/Número de familias en las Entidades Federativas participantes en el PROCEDES no derechohabientes.	El indicador mide cuantitativamente la importancia que ha alcanzado el Seguro Popular como alternativa para atender las necesidades de la población en las Entidades Federativas participantes en el PROCEDES que no está cubierta por algún sistema de salud. Mientras más alto es el indicador, mejor es la cobertura que proporciona el Seguro Popular a la población no derechohabiente de otros sistemas. En situación óptima, un indicador de 100% significaría que el total de la población de la Entidad está cubierta ya sea por otros sistemas de salud, o por el Seguro Popular.

Incremento en el gasto público federal que es manejado por las REPSS.	Porcentaje del gasto público federal del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que es manejado por las REPSS.	Recursos del SPSS que son manejados por REPSS./Total de recursos del SPSS.	Interpretación del indicador: Los REPSS son los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Conceptualmente, los REPSS comprenden las acciones que realiza la autoridad sanitaria estatal en materia de protección social en salud. Por ello, el indicador es una medida del grado de descentralización que va alcanzando bajo los apoyos del Componente II del PROCEDES.
---	--	--	--

b) Indicadores del Componente 1

RESULTADO	INDICADOR	CONSTRUCCION	INTERPRETACION
Apoyar el incremento de afiliación al Seguro Popular de la población que se encuentra en el régimen subsidiado.	Porcentaje de población incorporada al Seguro Popular.	(Número de individuos afiliados al Seguro Popular bajo el Régimen Subsidiado)/(Número de individuos no afiliados al Régimen Subsidiado).	Este indicador medido a nivel agregado nacional sólo muestra el progreso del PROCEDES en cuanto a enrolar individuos no atendidos por otros sistemas de salud. Si el ejercicio se hace a nivel de cada estado o cada Municipio, el indicador permitiría conocer las entidades donde el proceso de reclutamiento está más retrasado y focalizar allí los esfuerzos siguientes.
Incrementar el número de población indígena afiliada al Seguro Popular.	Porcentaje de población indígena afiliada al Seguro Popular.	Número de población indígena afiliada al Seguro Popular/Número total de población indígena.	El indicador mide cuantitativamente el progreso en la afiliación en el Seguro Popular de la población considerada indígena que no está cubierta por otros sistemas de salud. Mientras más alto es el indicador, mejor es la cobertura que proporciona el Seguro Popular a la población indígena no afiliada a otros sistemas de salud. En situación óptima, un indicador de 100% significaría que el total de la población indígena está cubierta ya sea por otros sistemas de salud o por el Seguro Popular.
Incrementar el número de unidades acreditadas al Seguro Popular que garanticen el acceso a la población afiliada o población objetivo a afiliarse bajo el régimen subsidiado del Seguro Popular.	Porcentaje de unidades incluidas en el Plan Maestro y acreditadas al SPSS.	(Número de unidades incluidas en el Plan Maestro y acreditadas al SPSS)/(Número total de unidades incluidas en el Plan Maestro).	Un mayor valor numérico del indicador señala que hay una mayor proporción de unidades incluidas en el PMI que ya están acreditadas en el SPSS. Por unidades acreditadas se entiende aquellas que han pasado satisfactoriamente la evaluación de su capacidad para brindar los servicios cubiertos por el Seguro Popular. Por lo tanto, la progresión del indicador muestra los avances en lograr calidad en la oferta de servicios. En la situación óptima, el indicador debiera alcanzar el valor 100%.

Evaluar -con fines de acreditación- unidades incluidas en el Plan Maestro de Infraestructura.	Porcentaje de unidades evaluadas incluidas en el PMI.	(Número de unidades evaluadas incluidas en el PMI para acreditar en el SPSS)/(Número total de unidades incluidas en el PMI).	La evaluación es el paso previo necesario para dictaminar la acreditación. El indicador mide la preocupación e interés en tener controlado el proceso de mejora de la calidad de los servicios ofrecidos. Un bajo valor del indicador implicaría que no se estarían haciendo esfuerzos suficientes para medir el nivel de calidad ofrecido por las diferentes unidades. Por el contrario, un indicador del 100% implicaría que los servicios de salud estatales y el gobierno federal tienen pleno conocimiento de la situación de cada una de las unidades del estado en las Entidades elegibles. Un mayor valor numérico del indicador señala que hay una mayor proporción de unidades incluidas en el PMI que ya está evaluada para acreditación en el SPSS, la hayan alcanzado o no. En la situación óptima, el indicador debiera alcanzar el valor 100%.
---	---	--	---

c) Indicadores del Componente 2

RESULTADO	INDICADOR	CONSTRUCCION	INTERPRETACION
Reestructuración de los Sistemas Estatales de Salud.	Cantidad de entidades -incluyendo el Distrito Federal (DF)- que cuentan con Regímenes Estatales de Protección en Salud (REPSS) que operan con sistemas de manejo financiero que permite la compra estratégica de atención hospitalaria.	Número de entidades federativas que tienen una REPSS constituida que opere el Sistema Financiero que incluya la estrategia de cuidados de hospitales/Número de entidades federativas.	El indicador señala el éxito del PROCEDES para incorporar a las entidades federativas en el modelo global de atención en salud y que cuenten con una área que se encargue de la compra de servicios a través del OPD. Señala la cantidad de entidades donde ya están operando REPSS. Los REPSS son los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Conceptualmente, los REPSS comprenden las acciones que realiza la autoridad sanitaria estatal en materia de protección social en salud. Por ello, el indicador es una medida del grado de descentralización que va alcanzando bajo los apoyos del Componente II del PROCEDES.
Incrementar el grupo de reclutamiento y contratación bajo los nuevos modelos de gestión de hospitales de alta especialidad.	Porcentaje de personal de los HRAE que es contratado bajo los nuevos modelos de gestión de personal.	Número de gente contratada bajo el modelo de contratación de personal de HRAE / total de personal contratado en el HRAE.	El indicador mide la aplicación de los modelos de gestión en materia de contratación de personal. Un valor bajo del indicador, implicaría que aun no están en plena vigencia los modelos innovativos de gestión de personal. En la situación óptima, el 100% de la contratación de personal debiera regirse por estos modelos.

Implementar Sistemas de información innovadores en 5 HRAES.	Porcentaje de módulos implementados en los HRAES.	Número de módulos implantados en el HRAE /Número total de módulos (20).	Es una medición del avance en la implementación de los sistemas de información de los HRAES. Valores más altos del indicador señalan que los sistemas están más cercanos a completarse. El óptimo es llegar a un 100% de módulos implementados.
Mejoramiento en el acceso a las medicinas esenciales de las personas afiliadas en el régimen subsidiado del Seguro Popular.	Porcentaje de medicinas prescritas a personas afiliadas en el régimen subsidiado del Seguro Popular que son efectivamente entregadas a sus destinatarios.	Cantidad de medicinas prescritas y entregadas a personas afiliadas en el régimen subsidiado del Seguro Popular/Cantidad de medicinas prescritas a personas afiliadas en el régimen subsidiado del Seguro Popular.	El indicador es una medida de la efectividad con que funciona el sistema de entrega de medicinas a las personas que participan en el Seguro popular subsidiado. Un valor óptimo de 100% significaría el pleno funcionamiento del sistema.

ANEXO 3

**PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD
(PROCEDES)**

FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA EL PROCEDES**Jalisco 2007**

CAPITULO DE GASTO	APORTACION FEDERAL	APORTACION ESTATAL	TOTAL
1000 SERVICIOS PERSONALES			
2000 MATERIALES Y SUMINISTROS			
3000 SERVICIOS GENERALES		250,000.00	250,000.00
4000 AYUDAS, SUBSIDIOS Y TRANSFERENCIAS	2,500,000.00		2,500,000.00
5000 BIENES MUEBLES E INMUEBLES			
6000 OBRA PÚBLICA			
TOTAL	2,500,000.00	250,000.00	2,750,000.00

ANEXO 4

**PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD
(PROCEDES)**

Jalisco 2007

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	IMPORTE
EQUIPAMIENTO	Equipo de radiocomunicación.	2'000,000.00
CONSULTORÍA	Apoyo para el desarrollo de la reestructuración de los Servicios de Salud	500,000.00
APORTACIÓN ESTATAL	Complemento para la contratación de la consultoría para el desarrollo de la reestructuración de los Servicios de Salud, y para actividades del PROCEDES.	250,000.00
	TOTAL	2'750.000.00

ACUERDO de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Morelos, para la ejecución en la entidad del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, EN LO SUCESIVO SALUD, REPRESENTADA POR SU TITULAR, DR. JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS, CON LA PARTICIPACION DE LA SUBSECRETARIA DE INNOVACION Y CALIDAD, DRA. MAKI ESTHER ORTIZ DOMINGUEZ Y EL DIRECTOR GENERAL DE PLANEACION Y DESARROLLO EN SALUD, DR. EDUARDO PESQUEIRA VILLEGAS; Y POR LA OTRA EL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MORELOS, EN ADELANTE EL GOBIERNO DEL ESTADO, REPRESENTADO POR SU GOBERNADOR CONSTITUCIONAL, MTRO. MARCO ANTONIO ADAME CASTILLO, ASISTIDO POR LOS SECRETARIOS DE GOBIERNO, LIC. SERGIO ALVAREZ MATA; DE FINANZAS Y PLANEACION, L.C. JOSE ALEJANDRO JESUS VILLARREAL GASCA; DE SALUD, DR. VICTOR MANUEL CABALLERO SOLANO, CON LA PARTICIPACION DEL DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS, DR. ANTONIO CAMPOS RENDON RESPECTIVAMENTE, PARA LA EJECUCION EN LA ENTIDAD DEL PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD, EN LO SUCESIVO PROCEDES.

ANTECEDENTES

I. El artículo 4 constitucional en su párrafo tercero, contempla como una garantía social el derecho a la protección de la salud y dispone que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general.

II. La presente administración se plantea cinco objetivos en la atención de los retos en salud que enfrenta el país y que se enmarcan dentro de las acciones que contempla el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012: **i)** mejorar las condiciones de salud de la población; **ii)** reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; **iii)** prestar servicios de salud con calidad y seguridad; **iv)** evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y **v)** garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país.

III. El PROCEDES, es un programa de acción y se encuentra inscrito en el marco general de estrategias de apoyo a la política de protección social "Contigo", del Gobierno Federal.

El PROCEDES es un Programa estratégico para la equidad y desarrollo con calidad, en un marco de innovación de los servicios de salud. Dicho Programa, dentro de sus estrategias establece el Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) y entre sus líneas de acción se encuentra el financiamiento estratégico para la equidad y desarrollo con calidad. Una de las líneas de acción que habrá de implantarse para contrarrestar esta tendencia histórica es desarrollar proyectos estratégicos para fortalecer los servicios cuyo objetivo sea la reducción de los rezagos en salud. Estos recursos de hecho, deben estar etiquetados al Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud (FOROSS), garantizando la estructuración y la puesta en marcha del Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES).

El PROCEDES además de apoyar proyectos de salud para sectores marginados, comprende en otros de sus componentes la posibilidad de conformar proyectos de innovación para el desarrollo y reestructuración organizativa de los Servicios Estatales de Salud en el marco del MIDAS y las Redes de Atención, a través de la planeación estratégica, diseño e implementación de instrumentos para propiciar el cambio, desarrollo de modelos innovadores y capacidad instalada con respecto a la afiliación de poblaciones estratégicas en el Seguro Popular, la compra de servicios de salud, gestión financiera, gestión de recursos humanos, compra distribución y monitoreo de medicamentos, cobertura de necesidades de salud de poblaciones indígenas, planeación y diseño de redes de telemedicina y monitoreo y evaluación del desempeño de los servicios.

El PROCEDES también busca apoyar el fortalecimiento institucional y operativo de las unidades prestadoras de salud estatales y redes de servicio a través del fortalecimiento de la capacidad instalada en términos de administración, planeación, gestión financiera de calidad, recursos humanos, compra y distribución de medicamentos e insumos médicos, entrega de servicios a población indígena y desarrollo e implementación de sistemas de administración e información en salud, incluyendo el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica.

En materia de reestructuración de los servicios de salud, el PROCEDES fundamenta su apoyo para "Fortalecer el Sistema nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas", y apoyar en "Construir un federalismo cooperativo en materia de salud" y "Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud", respectivamente. Específicamente con el proceso de reforma organizacional que se desarrolla paralelamente a la implantación de la reforma financiera que ha dado origen a la Protección Social en Salud.

Para su desarrollo se apoyarán las cuatro funciones fundamentales de los sistemas de salud:

- a) Rectoría
- b) Financiamiento-compra de servicios
- c) Generación de recursos
- d) Prestación de servicios

IV. El 10 de marzo de 2002, los Estados Unidos Mexicanos celebraron el contrato de préstamo número 7061-ME (en adelante, el "Contrato BIRF 7061-ME") con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, en lo sucesivo BIRF, por un monto de 350'000.000.00 de dólares estadounidenses, para el financiamiento parcial del PROCEDES.

V. Las adquisiciones, contratos, concursos, licitaciones, obras, capacitación y demás procedimientos para el ejercicio de los recursos del ramo 12, seguirán los procedimientos señalados en la legislación federal: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas; Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007; Clasificador por Objeto de Gasto vigente; Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal vigente. Adicionalmente, y por estar el Programa financiado con recursos de crédito externo de acuerdo a lo señalado en el párrafo anterior, deberá aplicarse lo dispuesto en el Contrato de Préstamo con el BIRF identificado con el préstamo 7061-ME y otras disposiciones que resulten aplicables según el Artículo 10 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y Artículo 12 de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas así como oficios circulares que sean emitidos por la Secretaría de la Función Pública.

VI. El PROCEDES es financiado parcialmente con recursos derivados del préstamo otorgado por el BIRF, a través de recursos presupuestarios del ramo 12, conformando éstos la aportación federal, a la que en el cuerpo del presente instrumento se denominará recursos federales, así como con la aportación acordada con las Entidades Federativas a través del presente Acuerdo de Coordinación.

VII. El Convenio de Coordinación para el Desarrollo Social y Humano 2007-2012, tiene por objeto coordinar a los Ejecutivo Federal y Estatal para vincular los programas, acciones y recursos con el fin de trabajar de manera corresponsable en la tarea del Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud mediante la superación de la pobreza y mejorar las condiciones sociales y económicas de la población, mediante la instrumentación de las políticas públicas que promuevan el desarrollo humano, familiar, comunitario y productivo, con equidad y seguridad, atendiendo al mismo tiempo el desafío de conducir el desarrollo urbano y territorial, así como vincular las acciones de los programas que se deriven del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 que lleva a cabo el Ejecutivo Federal, a través de sus dependencias y entidades, sean congruentes con la planeación del desarrollo integral del Estado.

Por acuerdo de las partes el citado Convenio constituye la vía de coordinación entre las Administraciones Públicas Federal y Estatal, para la planeación y ejecución de los programas, proyectos, obras y servicios, así como para el ejercicio de los recursos federales y estatales que se convengan.

Expuesto lo anterior y con fundamento en lo dispuesto en los artículos 4, párrafo tercero y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 22, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 33, 34, 35, 36 y 44 de la Ley de Planeación; 1, 4, 6, 16, 23 y 24 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 1, 2, 3, 4, 5, 9, 13, 28, 29, 34, 45 y 46 de la Ley General de Salud; 1, 7, 10 y 17, de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas; 1, 6, 7, 9, 18, 27 y 46 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; 6 y 7, fracción XXII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 25 y 26 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007; 2, 70, 71, 74 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Morelos; 2, 3, 4, 6, 10, 25, 26, 27, 32, 44, 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Morelos; 1, 2, 3, 11, 18, 25, 30, 34 y 61 de la Ley Estatal de Planeación del Estado de Morelos; 1, 2, 3, 6, 13, 15 y demás aplicables de la Ley de Salud del Estado de Morelos; Decreto número 824 publicado en el Periódico Oficial "Tierra y Libertad" número 3829 de fecha 27 de Noviembre de 1996, que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Morelos; y las Cláusulas Primera, Tercera, Quinta y Séptima del Convenio de Coordinación para el Desarrollo Social y Humano 2007-2012 celebrado con el Estado de Morelos, las partes suscriben el presente Acuerdo sujetándose a las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA. OBJETO.- SALUD y EL GOBIERNO DEL ESTADO, convienen conjuntar acciones y recursos para llevar a cabo la ejecución de los componentes del PROCEDES para el apoyo al Gobierno Federal en la implantación del Sistema de Protección Social en Salud a través del impulso a la afiliación o re-afiliación de la población al régimen no contributivo del Seguro Popular con acceso a su paquete de beneficios, así como a la reestructuración de los Sistemas Estatales de Salud en el Estado de Morelos, con los siguientes:

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Apoyar el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud (FOROSS), a través de **(i)** la construcción, sustitución y ampliación y el equipamiento de centros de salud, hospitales de hasta 120 camas y Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) identificadas en el Plan Maestro de Infraestructura en Salud y Plan Maestro de Equipamiento en Salud, **(ii)** la prestación de servicios, de forma general, de asistencia técnica y actividades de formación que estén relacionadas con: **a)** la construcción, expansión, rehabilitación, equipamiento y remodelación de centros de salud; **b)** la formación de capacidades gerenciales, incluyendo el manejo de recursos humanos y el fortalecimiento de la gestión financiera; **c)** el diseño, piloteo, evaluación e implementación de herramientas para la mejora de calidad en la prestación de servicios, la planeación, compra y distribución de medicamentos y el desarrollo de formas alternativas en la prestación de servicios; y **d)** el diseño, piloteo e implementación de sistemas de monitoreo y evaluación para todos los aspectos de la estrategia FOROSS.
- 2) Apoyar a las entidades federativas en el proceso de reestructuración de sus sistemas de salud en el marco del SPSS a través de la compra de bienes e instalación de equipo, la prestación de servicios de asistencia técnica y la realización de actividades de capacitación y formación relacionadas con: **i)** la reestructuración institucional y organizacional y el fortalecimiento operativo de los Sistemas Estatales de Salud a través de análisis socioeconómicos y de factibilidad política, planeación estratégica, diseño e implementación de instrumentos que propicien el cambio, el desarrollo de modelos innovadores y la formación de capacidades relacionadas con la afiliación de poblaciones objetivas en el SPSS, la compra de servicios de salud, gestión financiera, gestión de recursos humanos, la compra, distribución y monitoreo de medicamentos y material de curación, la atención de servicios de salud a poblaciones indígenas, la planeación y diseño de redes de telemedicina y el monitoreo y evaluación del desempeño de servicios; **ii)** el fortalecimiento institucional y organizativo de unidades y redes descentralizadas de proveedores de servicios incluyendo la formación de la capacidad con respecto a la administración, planeación, gestión financiera, gestión de calidad, gestión de recursos humanos, la compra y distribución de medicamentos y material de curación, medicina tradicional, prestación de servicios a poblaciones indígenas y el desarrollo e implementación de sistemas de gestión en salud y sistemas de información y; **iii)** el fortalecimiento de la infraestructura de tecnología de información para las organizaciones y prestadores que forman parte de los Sistemas Estatales de Salud, incluyendo acciones de telemedicina.
- 3) Apoyar al fortalecimiento de la Secretaría de Salud en su papel rector del SPSS a través de la compra de bienes y equipo, la prestación de servicios de asistencia técnica y la ejecución de actividades de formación y capacitación relacionadas con: **i)** el apoyo a los SES en todos los aspectos de la estrategia FOROSS y la coordinación y planeación de inversiones en infraestructura y equipo, el desarrollo de una estrategia de comunicación y el diseño e implementación de un sistema de monitoreo y evaluación para la estrategia FOROSS; **ii)** apoyar a los SES y unidades y redes de prestación de servicios en la realización de todas aquellas actividades mencionadas en el párrafo anterior (2), así como el desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación para la reestructuración de los sistemas estatales de salud

SEGUNDA. CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES LEGALES.- A efecto de dar cumplimiento a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, al Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación el Ejercicio Fiscal 2007, y para efectos de inversión del PROCEDES en este año, así mismo, tomando en cuenta la determinación del financiamiento correspondiente y la disponibilidad presupuestal, las partes están de acuerdo en celebrar el presente Acuerdo de Coordinación, y una vez suscrito se integrará al Convenio de Coordinación para el Desarrollo Social y Humano 2007-2012 y al Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en el Estado.

TERCERA. COSTO PROCEDES.- El costo del PROCEDES para el año 2007, se establecerá de común acuerdo por las partes y de conformidad con lo señalado en el Anexo Técnico que se integra al presente Acuerdo como Anexo 1.

CUARTA. APORTACION FEDERAL.- Para el año 2007 el Ejecutivo Federal se compromete a aportar del ramo 12 para la ejecución del PROCEDES, en el Ejercicio Fiscal 2007, y con el préstamo 7061-ME, concedido a México por el BIRF, que forma parte de la cláusula tercera y que se integra en el primer párrafo del Anexo Técnico 1.

Los recursos presupuestarios federales que se aportarán están sujetos a la disponibilidad presupuestal de la Secretaría de Salud, y a las autorizaciones jurídicas y de índole presupuestal que correspondan para ejercer dichos recursos.

QUINTA. APORTACION DEL GOBIERNO DEL ESTADO.- “EL GOBIERNO DEL ESTADO” se compromete a hacer una aportación para la ejecución del PROCEDES, por el porcentaje señalado en el Anexo Técnico que se integra al presente Acuerdo como Anexo 1. Aportación que se destinará para metas específicas de apoyo al programa de inversión. Las aportaciones de “EL GOBIERNO DEL ESTADO” se destinarán para la ejecución del PROCEDES a través del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Morelos, en términos de la cláusula segunda del presente Acuerdo.

SEXTA. DE LA PLANEACION Y EVALUACION.- Las partes acuerdan que la planeación, evaluación y control del PROCEDES, se realizarán conforme al sistema de monitoreo y evaluación (indicadores de impacto), aprobado para la ejecución del PROCEDES por parte de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, así mismo ese Organismo Público Descentralizado deberá implementar un área con cargo a su estructura para llevar el control y seguimiento de las acciones y aplicación de los recursos objeto del presente acuerdo. (Planeación y Administración), lo anterior de conformidad con sus atribuciones y con las autorizaciones jurídicas de índole presupuestal que correspondan para ejercer los recursos; coordinando sus acciones con la unidad técnica-administrativa (DGPLADES) de SALUD responsable del PROCEDES e informando de ello a las Secretarías de Hacienda y Crédito Público; de Función Pública; y de Salud.

SEPTIMA. INSTANCIAS EJECUTORAS.- Para la ejecución de los recursos del presente Programa PROCEDES, la instancia ejecutora será la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) y “EL GOBIERNO DEL ESTADO” a través de los Servicios de Salud de Morelos, así mismo, cuando sea necesario la participación de municipios, instituciones académicas y de investigación, dependiendo del tipo de proyecto a realizar, se suscribirán los instrumentos jurídicos necesarios y congruentes con el objeto.

OCTAVA. ATRIBUCIONES DE SALUD.- SALUD, conforme a las actividades a desarrollar tendrá las siguientes atribuciones:

a) En caso de que DGPLADES emita el oficio de suficiencia presupuestal, ésta será la encargada de transferir los recursos presupuestales asignados a “EL GOBIERNO DEL ESTADO” a efecto de que sean aplicados específicamente para la realización del programa y conceptos citados en el presente instrumento, sin intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice “EL GOBIERNO DEL ESTADO” para cumplir con el programa físico financiero de obra y de equipamiento, que determine esta última, sin interferir de forma alguna en el procedimiento constructivo y mecanismo de supervisión externo que defina “EL GOBIERNO DEL ESTADO” durante la aplicación de los recursos presupuestales destinados a su ejecución y demás actividades que se realicen para el cumplimiento de las condiciones técnicas, económicas, de tiempo, de cantidad y de calidad contratadas a través de “EL GOBIERNO DEL ESTADO”.

b) Planear la asignación de los recursos conforme a las necesidades de “EL GOBIERNO DEL ESTADO” y apegados al Plan Maestro de Infraestructura (PMI).

c) Conocer las propuestas para la asignación de recursos, valorar su viabilidad y su congruencia.

d) Realizar una evaluación de las acciones derivadas del presente acuerdo antes del cierre del ejercicio fiscal (antes del 31 de diciembre de 2007) con base en el nivel de ejecución de las acciones por parte de “EL GOBIERNO DEL ESTADO” tomando en cuenta el desempeño y gestión observados en el transcurso de dicho ejercicio. Lo anterior con el objeto de canalizar los recursos de aquellas entidades federativas que no ejercerán la totalidad de los mismos hacia aquellos con mayor ritmo de gasto en la ejecución del Programa o metas ya comprometidas.

e) Vigilar el correcto cumplimiento de los estatus planteados en el Acuerdo Legal del préstamo firmado entre la Secretaría de Salud y el Banco Mundial.

NOVENA. INDICADORES.- Las partes acuerdan que el CAUSES a ser aplicado en esa entidad, será evaluado a través de las unidades acreditadas e indicadores de impacto desarrollados por la Dirección General de Evaluación del Desempeño. Los indicadores de impacto medirán metas y objetivos de las acciones llevadas a cabo en el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios, en cuanto a su organización y funcionamiento, se realizarán de acuerdo con lo establecido en el Manual de Operación del PROCEDES, a que refiere la sección 3.09 del artículo III, del Contrato BIRF 7061-ME. Para efectos de evaluación y seguimiento de las metas del PROCEDES, “EL GOBIERNO DEL ESTADO” deberá enviar trimestralmente (marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año) la información relacionada con la aplicación de los recursos correspondientes a la aportación estatal señalada en el primer párrafo del Anexo Técnico 1.

DECIMA. MANUAL DE OPERACION.- Acuerdan las partes que en lo que respecta a dudas que surgieran en cuanto a definiciones, conceptos, objetivos, formas de financiamientos y procedimientos durante la ejecución del PROCEDES, se remitirán a lo establecido en el Contrato BIRF 7061-ME y al documento autorizado en los términos establecidos en el mismo, denominado Manual de Operación del PROCEDES. En caso de contradicción entre las disposiciones del Contrato BIRF 7061-ME y las del Manual de Operación del PROCEDES, las del Contrato BIRF 7061-ME prevalecerán.

DECIMA PRIMERA. ADQUISICION DE SERVICIOS, BIENES Y OBRA.- Se deberá dar estricto cumplimiento a los procedimientos en materia de adquisiciones reguladas por el Schedule III "Procurement" del Convenio de Préstamo No. 7061-ME.

DECIMA SEGUNDA. REHABILITACION, EQUIPAMIENTO Y OBRA.- Las partes convienen que por cada una de las obras rehabilitadas, equipadas o terminadas con recursos derivados del presente instrumento, se deberá formular la correspondiente acta de entrega-recepción, en la que invariablemente deberán participar el ejecutor de la obra y el encargado por parte de "EL GOBIERNO DEL ESTADO". Se deberá dar estricto cumplimiento a los procedimientos en materia de adquisiciones que se señalan en el antecedente V y en el Manual de Operación.

Asimismo, "EL GOBIERNO DEL ESTADO" que recibe la obra y equipos, deberá hacer explícito su compromiso de darle mantenimiento, conservarla y vigilar su adecuada operación y funcionalidad

DECIMA TERCERA. BIENES.- Las partes acuerdan que los bienes adquiridos con recursos del presente instrumento, formarán parte integral de los inventarios de "EL GOBIERNO DEL ESTADO", por lo que será responsabilidad de este último, darles de alta en el inventario estatal, entregando a SALUD a través de la DGPLADES, un reporte anual de dicho inventario. Se deberá dar estricto cumplimiento a los procedimientos en materia de adquisiciones que se señalan en el antecedente V y en el Manual de Operación.

Asimismo, "EL GOBIERNO DEL ESTADO" deberá dar cumplimiento a las políticas y lineamientos ambientales y sociales establecidos en el Manual de Operación del PROCEDES.

DECIMA CUARTA. RECURSOS NO DESTINADOS A LOS FINES AUTORIZADOS.- Las partes acuerdan que los recursos federales asignados por Salud a "EL GOBIERNO DEL ESTADO", que no se destinen a los fines autorizados al 31 de diciembre de 2007, se reintegrarán a la Tesorería de la Federación en un plazo de 15 días naturales del mes de enero de 2008, como una obligación a cargo de dicha Entidad Federativa de conformidad con lo establecido en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007, salvo aquellos recursos que se encuentren comprometidos en un proceso o destinados a metas específicas por parte de "EL GOBIERNO DEL ESTADO" respecto de los fines autorizados antes del 31 de diciembre de 2007.

Dichos recursos se considerarán devengados por "EL GOBIERNO DEL ESTADO", a partir de su entrega por la Secretaría de Salud.

DECIMA QUINTA. APLICACION.- Los recursos que asigne el Ejecutivo Federal y las aportaciones de "EL GOBIERNO DEL ESTADO", se destinarán en forma exclusiva a lo establecido en la cláusula primera del presente instrumento, observando lo dispuesto en los artículos 14 y 16 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2007.

Dichos recursos no podrán traspasarse a otros conceptos de gasto y se registrarán conforme a su naturaleza, sea de capital o corriente.

Los recursos que se reasignen, una vez devengados y conforme avance el ejercicio, deberán ser registrados contablemente de acuerdo con las disposiciones legales aplicables y se rendirán en la Cuenta de la Hacienda Pública de "EL GOBIERNO DEL ESTADO", sin que por ello perdiera su carácter federal.

Los rendimientos financieros que generen los recursos a que se refiere el primer párrafo del Anexo 1 que se deriva del presente Acuerdo, deberán destinarse a los programas previstos en la cláusula primera del presente instrumento.

DECIMA SEXTA. MECANISMOS DE COMPROBACION.- Las partes acuerdan implementar el mecanismo de comprobación de gasto señalado en el Manual de Operación del PROCEDES y conservar la documentación original comprobatoria de los gastos originados con los recursos del PROCEDES, hasta por 5 años después de que el Banco Mundial reciba el informe de Auditoría.

DECIMA SEPTIMA. POLITICA DE SALVAGUARDAS SOCIALES Y AMBIENTALES.- Acuerdan las partes que las actividades del proyecto se llevarán a cabo de conformidad con: (i) el Plan de Desarrollo de los Pueblos Indígenas que asegura beneficios en el área de salud culturalmente apropiados para los pueblos indígenas; (ii) el Marco de Administración del Medio Ambiente que describe los procedimientos para la adecuada gestión y manejo de los desechos médicos (biomédicos y materiales peligrosos), procedimientos para evaluación ambiental y gestión adecuada de trabajos civiles y de los requisitos relacionados con la adquisición de pesticidas y (iii) el Marco de Política de Reasentamiento, que describe los procedimientos relacionados con el reasentamiento involuntario causado por las actividades de construcción, que forman parte del Manual de Operación del PROCEDES.

DECIMA OCTAVA. Acuerdan las partes que las adquisiciones de los bienes, obra y servicios necesarios para la ejecución del Proyecto y que sean financiados con los fondos del Préstamo serán gobernados por las provisiones del Anexo 3 del Acuerdo de Préstamo las cuales serán estipuladas en el Plan de Adquisiciones y a lo establecido en el Capítulo 1 Adquisiciones de bienes y contratación de servicios en general del Manual Financiero-Administrativo del PROCEDES.

DECIMA NOVENA. VIGILANCIA.- La Secretaría de la Función Pública, en lo sucesivo SFP, en el ámbito de su competencia, vigilará el correcto destino y aplicación de los recursos a que se refiere este instrumento, determinará y coordinará el programa de auditoría sobre las operaciones y proyectos del PROCEDES, con el auxilio de "EL GOBIERNO DEL ESTADO", a través de su órgano interno de control, a quien corresponderá precisamente el control, vigilancia y evaluación de los recursos, y la Unidad de la Contraloría Interna de SALUD como rectora de los estados ante la SFP. Asimismo, promoverá y apoyará la intervención de la Contraloría Social en dicha vigilancia.

En razón de lo anterior, las partes acuerdan que "EL GOBIERNO DEL ESTADO destine el equivalente al dos al millar del monto total de los recursos aportados en efectivo en favor de su Organismo Estatal de Control, para que éste realice las funciones de vigilancia, inspección, control y evaluación de las obras y acciones ejecutadas por administración directa con dichos recursos. Importe que será ejercido conforme a los lineamientos que emita la SFP. La ministración de dichos recursos se hará conforme al calendario programado para el ejercicio de los mismos. Esto significa que del total de recursos en efectivo se restará el dos al millar y la diferencia se aplicará a las acciones que se detallan en los anexos 1, 2, 3 y 4 de este instrumento.

La DGPLADES desde su ámbito de competencia dará aviso a la SFP si en cualquiera de los casos se considera que la entidad no cumple con alguna de las disposiciones del presente acuerdo.

VIGESIMA. VIGENCIA Y MODIFICACIONES.- El presente Acuerdo tendrá vigencia acorde con el ejercicio presupuestal de 2007, pudiendo ser revisado o modificado por las partes, de común acuerdo y será publicado en el Diario Oficial de la Federación una vez formalizado.

VIGESIMA PRIMERA. RESPONSABILIDADES.- Las aportaciones federales otorgadas con motivo de la celebración del presente instrumento, no podrán ser destinadas a fines distintos a los expresamente previstos en el mismo. Las responsabilidades administrativas, civiles y penales que deriven de afectaciones a la Hacienda Pública Federal, en que incurran las autoridades locales, exclusivamente por motivo de la desviación de los recursos recibidos para fines distintos a los pactados en este Acuerdo, serán sancionados en los términos de la legislación federal, por las autoridades federales, en tanto que en los demás casos dichas responsabilidades serán sancionadas y aplicadas por las autoridades locales con base en sus propias leyes.

VIGESIMA SEGUNDA. CONTROVERSIAS.- De cualquier controversia que pudiera surgir con motivo de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente Acuerdo, conocerá la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en observancia a lo establecido en la fracción IV del artículo 104 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

VIGESIMA TERCERA. SUSPENSION DE LA APORTACION FEDERAL.- El Ejecutivo Federal podrá suspender los recursos federales transferidos al "EL GOBIERNO DEL ESTADO", cuando la SFP determine que los mismos se destinen a fines distintos a los aquí previstos o por incumplimiento de las obligaciones contraídas, previa audiencia a "EL GOBIERNO DEL ESTADO".

En caso de que "EL GOBIERNO DEL ESTADO" incumpla con lo establecido en el Manual de Operación del Programa PROCEDES, SALUD podrá limitar la ministración de los recursos federales y en su caso, determinará la procedencia o no de los apoyos subsecuentes.

Enteradas las partes del contenido y alcance de este instrumento, lo firman por cuadruplicado en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, el día quince de noviembre de dos mil siete.- Por el Ejecutivo Federal: el Secretario de Salud, **José Angel Córdova Villalobos**.- Rúbrica.- El Subsecretario de Innovación y Calidad, **Maki Esther Ortiz Domínguez**.- Rúbrica.- El Director General de Planeación y Desarrollo en Salud, **Eduardo Pesqueira Villegas**.- Rúbrica.- Por el Gobierno del Estado: el Gobernador Constitucional, **Marco Antonio Adame Castillo**.- Rúbrica.- El Secretario de Gobierno, **Sergio Alvarez Mata**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas y Planeación, **José Alejandro Jesús Villarreal Gasca**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud Estatal, **Víctor Manuel Caballero Solano**.- Rúbrica.- El Director General de Servicios de Salud de Morelos, **Antonio Campos Rendón**.- Rúbrica.

ANEXO 1 DEL ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, EN LO SUCESIVO SALUD, REPRESENTADA POR SU TITULAR, DR. JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS, CON LA PARTICIPACION DE LA SUBSECRETARIA DE INNOVACION Y CALIDAD, DRA. MAKI ESTHER ORTIZ DOMINGUEZ Y EL DIRECTOR GENERAL DE PLANEACION Y DESARROLLO EN SALUD, DR. EDUARDO PESQUEIRA VILLEGAS; Y POR LA OTRA EL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MORELOS, EN ADELANTE EL GOBIERNO DEL ESTADO, REPRESENTADO POR SU GOBERNADOR CONSTITUCIONAL, MTR. MARCO ANTONIO ADAME CASTILLO, ASISTIDO POR LOS SECRETARIOS DE GOBIERNO, LIC. SERGIO ALVAREZ MATA; DE FINANZAS Y PLANEACION, L.C. JOSE ALEJANDRO JESUS VILLARREAL GASCA; DE SALUD, DR. VICTOR MANUEL CABALLERO SOLANO, CON LA PARTICIPACION DEL DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS, DR. ANTONIO CAMPOS RENDON, RESPECTIVAMENTE, PARA LA EJECUCION EN LA ENTIDAD DEL PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD, EN LO SUCESIVO PROCEDES.

Para el año 2007 el costo total de la inversión asciende a la cantidad de \$3,300,000.00 (tres millones trescientos mil pesos 00/100 M.N.), el cual se financiará de la siguiente manera:

1.- Ejecutivo Federal:	\$3,000,000.00
2.- Gobierno del Estado:	\$300,000.00
TOTAL:	\$3,300,000.00

Las transferencias para el subproyecto se realizarán a través del ramo 12, de acuerdo a las necesidades y lo establecido en el manual de operación: al menos el 10% del valor total de las transferencias federales será aportado por parte del gobierno del estado, sin embargo y bajo circunstancias excepcionales con previa autorización del Banco, el estado podrá solicitar una aportación menor a la señalada.

I.- COMPROMISOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO:

1.- Cooperar con el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Morelos, en lo sucesivo los SSM, y éste a través de las unidades de salud certificadas y evaluadas por el Sistema de Protección Social en Salud, en la identificación anual y preparación de subproyectos (que incluyan presupuestos) aplicables a los Servicios Estatales de Salud. Las propuestas correspondientes serán acordes al Programa, procedimientos y criterios asentados en el manual de operación del PROCEDES y presentadas al Comité Asesor Federal del PROCEDES para su aprobación.

2.- Cooperar con los SSM en la selección de entre los subproyectos propuestos a que hace referencia el numeral 1 de este Anexo Técnico (junto con los presupuestos correspondientes), para ser presentados a salud a través del Comité Asesor Federal para su aprobación.

3.- Asistir a los SSM para que con diligencia, eficiencia y de conformidad a los estándares apropiados de salud, financieros, técnicos y administrativos, conforme lo establecido en el Manual de Operación del PROCEDES y en el Programa Anual de Trabajo, lleven a cabo los subproyectos aprobados por salud, a que se hace referencia en el numeral 2 del presente anexo técnico.

4.- Evaluar a través de los SSM, la capacidad de tratamiento y manejo de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generen en cada hospital participante, así como el cumplimiento de los hospitales de la norma NOM-087-ECOL-SSA1-2002, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2003, que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transportación, tratamiento, disposición final de los residuos peligrosos biológicos / infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica; e incluir las necesidades de inversión para el cumplimiento de tal evaluación, en el Programa Anual de Trabajo del mismo modo se asegurará, a través de los SESA, de la incorporación de los hospitales participantes a la Cruzada Nacional por la Calidad en Salud.

Dar cumplimiento a la política de impacto ambiental en materia de infraestructura estipulada en el Manual de Operación del PROCEDES.

5.- Verificar que los SSM proporcionen a Salud, la lista de los plaguicidas a ser financiados con los recursos del Préstamo para ser remitidos al BIRF, la cual deberá contemplar plaguicidas que serán manufacturados, empacados, etiquetados, manejados, almacenados y ordenados de acuerdo a normas aceptables para el BIRF, cerciorándose que no sean financiadas adquisiciones de productos que disminuyan la clasificación recomendada de plaguicidas peligrosos de la Organización Mundial de la Salud y líneas de clasificación (Génova: WHO 1994-95) clase IA e IB, o bien formulaciones de productos en clase II; conforme a lo establecido en el apartado 3.07, ejecución del proyecto, del contrato BIRF 7061-ME y el Capítulo de materia ambiental del Manual de Operación del PROCEDES.

6.- Asistir a los SSM (de acuerdo con los indicadores de impacto contenidos en el Manual de Operación del PROCEDES) en la evaluación, monitoreo y supervisión para el cumplimiento del subprograma; participar en las revisiones anuales del PROCEDES acordadas entre el BIRF y el Gobierno Federal y cooperar en la revisión de informes anuales y planes de acción anuales.

7.- Se cerciorará de que los Servicios de consultoría, Adquisición de Bienes contratación de Servicios y Obras (obra nueva, rehabilitación, mantenimiento y ampliación), con relación al subproyecto dentro del PROCEDES, se efectúen de conformidad con lo establecido en el anexo 3 del contrato BIRF 7061-ME, principalmente por las Normas de Adquisiciones del Banco (obra, bienes y servicios), la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas y sus respectivos reglamentos y demás disposiciones federales aplicables, en cuanto no contravengan el contrato BIRF 7061-ME, así mismo, verificará y validará la correcta facturación derivada del ejercicio de los recursos emanados de este acuerdo a nombre de los SSM, de acuerdo a los ordenamientos que en materia fiscal emanen de las diversas instancias.

Los SSM con asistencia de salud, deberán preparar, el Plan Anual de Acción, el Plan Anual de Adquisiciones, así como el reporte Anual de Avances.

8.- Cumplir las obligaciones acordadas entre el Gobierno Federal y el BIRF, relativas a seguros, uso de bienes y servicios, planes, programas, registros e informes y mantenimiento de infraestructura física empleada en el subproyecto aprobado.

9.- Los SSM administrarán los recursos federales, mantendrán registros y cuentas bancarias productivas separadas, informarán los números de cuentas y bancos donde se deberá radicar la aportación federal, comprobando los recursos a través del formato de "Certificado de Gastos", permitiendo que sean llevadas a cabo auditorías estatales y federales que den certeza a la federación y al BIRF del cumplimiento de las obligaciones contraídas por la federación en la cláusula 4.01 y Schedule 3 "Procurement" del contrato BIRF 7061-ME, revisiones que se realizarán por lo menos una vez al año. Así como los ordenamientos en materia fiscal vigente.

10.- Documentar correctamente el formato "Certificado de Gasto" de todas las erogaciones generadas en el subproyecto, a fin de justificar de forma satisfactoria los desembolsos realizados de la cuenta del préstamo, de conformidad con lo establecido en el Manual de Operación del PROCEDES.

Los SSM deberán reportar en forma detallada la descripción del flujo de efectivo de acuerdo a su ejercicio y pago de los subproyectos realizados, al cierre del ejercicio.

11.- A través de los SSM, llevar a cabo los subproyectos aprobados a los que hace referencia el apartado de compromisos del Gobierno Federal del presente anexo técnico, con debida diligencia y eficiencia y de conformidad con las Normas y prácticas ambientales vigentes.

12.- Aportar cada año de forma oportuna la cantidad indicando como aportación estatal de conformidad con la cláusula Tercera del Acuerdo de Coordinación del cual forma parte el presente anexo técnico y conforme al primer párrafo de este mismo anexo. Dichos recursos no podrán ser utilizados para cubrir gastos salariales no incrementales (gastos salariales existentes a la fecha de firma del contrato BIRF 7061-ME).

13.- Promover la articulación operativa del PROCEDES con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), así como otros programas tales como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas, el Programa de la Cruzada por la Calidad, el Programa de Caravanas por la Salud, apoyo a la Infraestructura de la DGDIF; todos ellos dirigidos a brindar servicios de salud a poblaciones que carecen de esquemas de seguridad social y orientados al Fortalecimiento de la Oferta de Servicios en Salud.

14.- Permitir y apoyar el establecimiento de una unidad y/o área, a cargo de ese Organismo Descentralizado, que gestione los recursos de la cuenta del programa (Ramo 12) que el Gobierno Federal y Estatal acuerden; y en especial los recursos de Crédito Externo derivados del PROCEDES.

15.- Proponer y convenir con salud, a través de los SSM, los ajustes mínimos necesarios al CAUSES y a los insumos necesarios para adecuarlo a la realidad y necesidades estatales en materia de Fortalecimiento de la Oferta de Servicios en Salud, en base a sus indicadores de impacto, implementados por la Dirección General de Evaluación del Desempeño.

16.- Garantizar que los Servicios de Salud otorguen atención a la población que carece de esquemas de seguridad social en la entidad, tengan completa capacidad para otorgar el CAUSES convenido, cumpliendo con los estándares de la Cruzada Nacional por la Calidad en Salud.

17.- Presentar a Salud, a través de los SSM, una propuesta para involucrarse en procesos estatales, jurisdiccionales y/o locales de reestructuración de los Servicios de Salud o desarrollo de alternativas para incrementar la eficiencia y equidad con calidad en los Servicios de Salud.

18.- Sin perjuicio de la anterior los SSM asistirán al Gobierno Federal en las actividades referidas para el componente 3 del anexo 2 de contrato "BIRF 7061.ME"

19.- Apoyar a la implementación de la estrategia de FOROSS en unidades de salud hasta hospitales de 120 camas y Unidades de Especialidades Médicas Ambulatorias (UNEMES) en materia de infraestructura y equipamiento y el desarrollo de capacidades gerenciales.

II.- EL GOBIERNO FEDERAL, A TRAVES DE LA SECRETARIA DE SALUD SE COMPROMETE A:

20.- Mantener y operar durante el desarrollo del proyecto según sea su ámbito de competencia una unidad y/o área a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (Coordinadora General), que asista y apoye a los SSM, en la coordinación, ejecución, supervisión y control de la adecuada realización del PROCEDES.

21.- Aprobar, a través del Comité Asesor Federal, el subproyecto anual (incluyendo presupuestos) de acuerdo al Programa, procedimientos y criterios establecidos en el Manual de Operación del PROCEDES, de entre los presentados a salud; a los que hace referencia el punto 2 de este anexo técnico (los subproyectos aprobados anualmente, más la asistencia técnica, constituirán el Plan de Inversión Anual).

22.- Aportar de forma oportuna, sujeto a la disponibilidad presupuestal, la cantidad indicada como Aportación Federal en la cláusula tercera del acuerdo de coordinación del que este documento forma parte integral, así como el primer párrafo del presente documento.

23.- Brindar la asesoría técnica requerida por los SSM para el desarrollo de los subproyectos aprobados considerados en el Manual de Operación del PROCEDES.

El Comité Asesor Federal constituido por miembros y funcionarios de la federación, aprobará los subproyectos de acuerdo a los procedimientos y criterios establecidos en el Manual de Operación con la finalidad de contar con la "No objeción" del Banco Mundial.

ANEXO 2

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

(PROCEDES)

INDICADORES DE SEGUIMIENTO (IMPACTO)

Para efectos de dar cumplimiento a la cláusula Novena "Indicadores" de la evaluación y seguimiento de las metas del Programa, El Estado deberá enviar trimestralmente los siguientes indicadores:

a) Indicadores generales del PROCEDES

RESULTADO	INDICADOR	CONSTRUCCION	INTERPRETACION
Afiliación al Seguro Popular	Porcentaje de afiliación al Seguro Popular en las Entidades Federativas participantes en el PROCEDES	Número de familias afiliadas al Seguro Popular en las Entidades Federativas participantes en el PROCEDES/Número de familias en las Entidades Federativas participantes en el PROCEDES no derechohabientes	El indicador mide cuantitativamente la importancia que ha alcanzado el Seguro Popular como alternativa para atender las necesidades de la población en las Entidades Federativas participantes en el PROCEDES que no está cubierta por algún sistema de salud. Mientras más alto es el indicador, mejor es la cobertura que proporciona el Seguro Popular a la población no derechohabiente de otros sistemas. En situación óptima, un indicador de 100% significaría que el total de la población de la Entidad está cubierta ya sea por otros sistemas de salud, o por el Seguro Popular.

Incremento en el gasto público federal que es manejado por las REPSS	Porcentaje del gasto público federal del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que es manejado por las REPSS	Recursos del SPSS que son manejados por REPSS./Total de recursos del SPSS.	Interpretación del indicador: Los REPSS son los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Conceptualmente, los REPSS comprenden las acciones que realiza la autoridad sanitaria estatal en materia de protección social en salud. Por ello, el indicador es una medida del grado de descentralización que va alcanzando bajo los apoyos del Componente II del PROCEDES
--	---	--	---

b) Indicadores del Componente 1

RESULTADO	INDICADOR	CONSTRUCCION	INTERPRETACION
Apoyar el incremento de afiliación al Seguro Popular de la población que se encuentra en el régimen subsidiado	Porcentaje de población incorporada al Seguro Popular.	(Número de individuos afiliados al Seguro Popular bajo el Régimen Subsidiado) / (Número de individuos no afiliados al Régimen Subsidiado)	Este indicador medido a nivel agregado nacional sólo muestra el progreso del PROCEDES en cuanto a enrolar individuos no atendidos por otros sistemas de salud. Si el ejercicio se hace a nivel de cada estado o cada Municipio, el indicador permitiría conocer las entidades donde el proceso de reclutamiento está más retrasado y focalizar allí los esfuerzos siguientes.
Incrementar el número de población indígena afiliada al Seguro Popular.	Porcentaje de población indígena afiliada al Seguro Popular.	No. de población indígena afiliada al Seguro Popular / No. total de población indígena.	El indicador mide cuantitativamente el progreso en la afiliación en el Seguro Popular de la población considerada indígena que no está cubierta por otros sistemas de salud. Mientras más alto es el indicador, mejor es la cobertura que proporciona el Seguro Popular a la población indígena no afiliada a otros sistemas de salud. En situación óptima, un indicador de 100% significaría que el total de la población indígena está cubierta ya sea por otros sistemas de salud, o por el Seguro Popular.
Incrementar el número de unidades acreditadas al Seguro Popular que garanticen el acceso a la población afiliada o población objetivo a afiliarse bajo el régimen subsidiado del Seguro Popular.	Porcentaje de unidades incluidas en el Plan Maestro y acreditadas al SPSS	(Número de unidades incluidas en el Plan Maestro y acreditadas al SPSS)/(Número total de unidades incluidas en el Plan Maestro)	Un mayor valor numérico del indicador señala que hay una mayor proporción de unidades incluidas en el PMI que ya están acreditadas en el SPSS. Por unidades acreditadas se entiende aquéllas que han pasado satisfactoriamente la evaluación de su capacidad para brindar los servicios cubiertos por el Seguro Popular. Por lo tanto, la progresión del indicador muestra los avances en lograr calidad en la oferta de servicios. En la situación óptima, el indicador debiera alcanzar el valor 100%.

Evaluar -con fines de acreditación- unidades incluidas en el Plan Maestro de Infraestructura	Porcentaje de unidades evaluadas incluidas en el PMI.	(Número de unidades evaluadas incluidas en el PMI para acreditar en el SPSS)/(Número total de unidades incluidas en el PMI)	La evaluación es el paso previo necesario para dictaminar la acreditación. El indicador mide la preocupación e interés en tener controlado el proceso de mejora de la calidad de los servicios ofrecidos. Un bajo valor del indicador implicaría que no se estarían haciendo esfuerzos suficientes para medir el nivel de calidad ofrecido por las diferentes unidades. Por el contrario, un indicador del 100% implicaría que los servicios de salud estatales y el gobierno federal tienen pleno conocimiento de la situación de cada una de las unidades del estado en las Entidades elegibles. Un mayor valor numérico del indicador señala que hay una mayor proporción de unidades incluidas en el PMI que ya está evaluada para acreditación en el SPSS, la hayan alcanzado o no. En la situación óptima, el indicador debiera alcanzar el valor 100%.
--	---	---	---

c) Indicadores del Componente 2

RESULTADO	INDICADOR	CONSTRUCCION	INTERPRETACION
reestructuración de los sistemas estatales de salud	Cantidad de entidades -incluyendo el Distrito Federal (DF)- que cuentan con Regímenes Estatales de Protección en Salud (REPSS) que operan con sistemas de manejo financiero que permite la compra estratégica de atención hospitalaria.	Número de entidades federativas que tienen una REPSS constituida que opere el Sistema Financiero que incluya la estrategia de cuidados de hospitales/Número de entidades federativas.	El indicador señala el éxito del PROCEDES para incorporar a las entidades federativas en el modelo global de atención en salud y que cuenten con un área que se encargue de la compra de servicios a través del OPD. Señala la cantidad de entidades donde ya están operando REPSS. Los REPSS son los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Conceptualmente, los REPSS comprenden las acciones que realiza la autoridad sanitaria estatal en materia de protección social en salud. Por ello, el indicador es una medida del grado de descentralización que va alcanzando bajo los apoyos del Componente II del PROCEDES.
Incrementar el grupo de reclutamiento y contratación bajo los nuevos modelos de gestión de hospitales de alta especialidad.	Porcentaje de personal de los HRAE que es contratado bajo los nuevos modelos de gestión de personal.	Número de gente contratada bajo el modelo de contratación de personal de HRAE / total de personal contratado en el HRAE.	El indicador mide la aplicación de los modelos de gestión en materia de contratación de personal. Un valor bajo del indicador, implicaría que aún no están en plena vigencia los modelos innovativos de gestión de personal. En la situación óptima, el 100% de la contratación de personal debiera regirse por estos modelos.

Implementar Sistemas de información innovadores en 5 HRAES.	Porcentaje de módulos implementados en los HRAES	Número de módulos implantados en el HRAE /Número total de módulos (20)	Es una medición del avance en la implementación de los sistemas de información de los HRAEs. Valores más altos del indicador señalan que los sistemas están más cercanos a completarse. El óptimo es llegar a un 100% de módulos implementados.
Mejoramiento en el acceso a las medicinas esenciales de las personas afiliadas en el régimen subsidiado del Seguro Popular	Porcentaje de medicinas prescritas a personas afiliadas en el régimen subsidiado del Seguro Popular que son efectivamente entregadas a sus destinatarios	Cantidad de medicinas prescritas y entregadas a personas afiliadas en el régimen subsidiado del Seguro Popular/Cantidad de medicinas prescritas a personas afiliadas en el régimen subsidiado del Seguro Popular	El indicador es una medida de la efectividad con que funciona el sistema de entrega de medicinas a las personas que participan en el Seguro popular subsidiado. Un valor óptimo de 100% significaría el pleno funcionamiento del sistema.

ANEXO 3**PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD****(PROCEDES)****FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA EL PROCEDES****MORELOS 2007**

CAPITULO DE GASTO	APORTACION FEDERAL	APORTACION ESTATAL	TOTAL
1000 SERVICIOS PERSONALES			
2000 MATERIALES Y SUMINISTROS			
3000 SERVICIOS GENERALES			
4000 AYUDAS, SUBSIDIOS Y TRANSFERENCIAS	3,000,000.00		3,000,000.00
5000 BIENES MUEBLES E INMUEBLES		300,000.00	300,000.00
6000 OBRA PÚBLICA			
TOTAL	3,000,000.00	300,000.00	3,300,000.00

ANEXO 4**PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD****(PROCEDES)****MORELOS 2007**

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	IMPORTE
CONSULTORÍA	Sistematización del Plan Maestro de Infraestructura	3,000,000.00
EQUIPAMIENTO	Equipo de cómputo (aportación Estatal)	300,000.00
TOTAL		3,300,000.00

- EQUIPAMIENTO, MANTENIMIENTO Y REHABILITACION.

ACUERDO de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Oaxaca, para la ejecución en la entidad del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, EN LO SUCESIVO SALUD, REPRESENTADA POR SU TITULAR, JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS, CON LA PARTICIPACION DE LA SUBSECRETARIA DE INNOVACION Y CALIDAD, MAKI ESTHER ORTIZ DOMINGUEZ Y EL DIRECTOR GENERAL DE PLANEACION Y DESARROLLO EN SALUD DR. EDUARDO PESQUEIRA VILLEGAS; Y POR LA OTRA EL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE OAXACA, EN ADELANTE EL EJECUTIVO DEL ESTADO, REPRESENTADO POR EL LIC. ULISES ERNESTO RUIZ ORTIZ, EN SU CARACTER DE GOBERNADOR CONSTITUCIONAL, ASISTIDO POR EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO, ING. TEOFILO MANUEL GARCIA CORPUS, EL SECRETARIO DE FINANZAS, ARQ. MIGUEL ANGEL ORTEGA HABIB, EL SECRETARIO DE SALUD Y PRESIDENTE SUPLENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA, DR. MARTIN DE JESUS VASQUEZ VILLANUEVA QUIEN ACTUA DE MANERA CONJUNTA CON EL LIC. MIGUEL ANGEL MARTINEZ SANTIAGO, SECRETARIO TECNICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA Y EL C. JUAN JOSE GONZALEZ DAVAR, SECRETARIO DE LA CONTRALORIA, PARA LA EJECUCION EN LA ENTIDAD DEL PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD, EN LO SUCESIVO PROCEDES.

ANTECEDENTES

I. El artículo 4 constitucional en su párrafo tercero, contempla como una garantía social el derecho a la protección de la salud y dispone que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general.

II. La presente administración se plantea cinco objetivos en la atención de los retos en salud que enfrenta el país y que se enmarcan dentro de las acciones que contempla el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012: **i)** mejorar las condiciones de salud de la población; **ii)** reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; **iii)** prestar servicios de salud con calidad y seguridad; **iv)** evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y **v)** garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país.

III. El PROCEDES, es un programa de acción y se encuentra inscrito en el marco general de estrategias de apoyo a la política de protección social Contigo, del Gobierno Federal.

El PROCEDES es un Programa estratégico para la equidad y desarrollo con calidad, en un marco de innovación de los servicios de salud. Dicho Programa, dentro de sus estrategias establece el Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) y entre sus líneas de acción se encuentra el financiamiento estratégico para la equidad y desarrollo con calidad. Una de las líneas de acción que habrá de implantarse para contrarrestar esta tendencia histórica es desarrollar proyectos estratégicos para fortalecer los servicios cuyo objetivo sea la reducción de los rezagos en salud. Estos recursos de hecho, deben estar etiquetados al Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud (FOROSS), garantizando la estructuración y la puesta en marcha del Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES).

El PROCEDES además de apoyar proyectos de salud para sectores marginados, comprende en otros de sus componentes la posibilidad de conformar proyectos de innovación para el desarrollo y reestructuración organizativa de los Servicios Estatales de Salud en el marco del MIDAS y las Redes de Atención, a través de la planeación estratégica, diseño e implementación de instrumentos para propiciar el cambio, desarrollo de modelos innovadores y capacidad instalada con respecto a la afiliación de poblaciones estratégicas en el Seguro Popular, la compra de servicios de salud, gestión financiera, gestión de recursos humanos, compra, distribución y monitoreo de medicamentos, cobertura de necesidades de salud de poblaciones indígenas, planeación y diseño de redes de telemedicina y monitoreo y evaluación del desempeño de los servicios.

El PROCEDES también busca apoyar el fortalecimiento institucional y operativo de las unidades prestadoras de salud estatales y redes de servicio a través del fortalecimiento de la capacidad instalada en términos de administración, planeación, gestión financiera de calidad, recursos humanos, compra y distribución de medicamentos e insumos médicos, entrega de servicios a población indígena y desarrollo e implementación de sistemas de administración e información en salud, incluyendo el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica.

En materia de reestructuración de los servicios de salud, el PROCEDES fundamenta su apoyo para "Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas", y apoyar en "Construir un federalismo cooperativo en materia de salud" y "Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud", respectivamente. Específicamente con el proceso de reforma organizacional que se desarrolla paralelamente a la implantación de la reforma financiera que ha dado origen a la Protección Social en Salud.

Para su desarrollo se apoyarán las cuatro funciones fundamentales de los sistemas de salud:

- a) Rectoría
- b) Financiamiento-compra de servicios
- c) Generación de recursos
- d) Prestación de servicios

VI. El 10 de marzo de 2002, los Estados Unidos Mexicanos celebraron el contrato de préstamo número 7061-ME (en adelante, el "Contrato BIRF 7061-ME") con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, en lo sucesivo BIRF, por un monto de 350'000,000.00 de dólares estadounidenses, para el financiamiento parcial del PROCEDES.

V. Las adquisiciones, contratos, concursos, licitaciones, obras, capacitación y demás procedimientos para el ejercicio de los recursos del ramo 12, seguirán los procedimientos señalados en la legislación federal: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas; Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007; Clasificador por Objeto de Gasto vigente; Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal vigente. Adicionalmente, y por estar el Programa financiado con recursos de crédito externo de acuerdo a lo señalado en el párrafo anterior, deberá aplicarse lo dispuesto en el Contrato de Préstamo con el BIRF identificado con el préstamo 7061-ME y otras disposiciones que resulten aplicables según el artículo 10 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y artículo 12 de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, así como oficios circulares que sean emitidos por la Secretaría de la Función Pública.

VI. El PROCEDES es financiado parcialmente con recursos derivados del préstamo otorgado por el BIRF, a través de recursos presupuestarios del ramo 12, conformando éstos la aportación federal, a la que en el cuerpo del presente instrumento se denominará recursos federales, así como con la aportación acordada con las Entidades Federativas a través del presente Acuerdo de Coordinación.

VII. El Convenio de Coordinación para el Desarrollo Social y Humano 2007-2012, tiene por objeto coordinar al Ejecutivo Federal y Estatal para vincular los programas, acciones y recursos con el fin de trabajar de manera corresponsable en la tarea del Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud mediante la superación de la pobreza y mejorar las condiciones sociales y económicas de la población, mediante la instrumentación de las políticas públicas que promuevan el desarrollo humano, familiar, comunitario y productivo, con equidad y seguridad, atendiendo al mismo tiempo el desafío de conducir el desarrollo urbano y territorial, así como vincular las acciones de los programas que se deriven del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 que lleva a cabo el Ejecutivo Federal, a través de sus dependencias y entidades, sean congruentes con la planeación del desarrollo integral del Estado.

Por acuerdo de las partes el citado Convenio constituye la vía de coordinación entre las Administraciones Públicas Federal y Estatal, para la planeación y ejecución de los programas, proyectos, obras y servicios, así como para el ejercicio de los recursos federales y estatales que se convengan.

Expuesto lo anterior y con fundamento en lo dispuesto en los artículos 4, párrafo tercero y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 22, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 33, 34, 35, 36 y 44 de la Ley de Planeación; 1, 4, 6, 16, 23 y 24 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 1, 2, 3, 4, 5, 9, 13, 28, 29, 34, 45 y 46 de la Ley General de Salud; 1, 7, 10 y 17, de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas; 1, 6, 7, 9, 18, 27 y 46 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; 6 y 7, fracción XXII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 25 y 26 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007; 79 fracción XIX, 82 y 84 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 2, 3, 5, 11, 13 y 17 fracciones I, IV, VI y XIII, 20, 23, 25 y 32 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca; 5 fracción VI del Reglamento Interno de la Secretaría General de Gobierno, así como a lo dispuesto por los artículos relativos establecidos en el decreto 27 que crea los Servicios de Salud de Oaxaca, publicado en el Extra del Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, el 23 de septiembre de 1996 y sus reformas y las Cláusulas Primera, Tercera, Quinta y Séptima del Convenio de Coordinación para el Desarrollo Social y Humano 2007-2012 celebrado con el Estado de Oaxaca las partes suscriben el presente Acuerdo sujetándose a las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA. OBJETO.- SALUD y EL EJECUTIVO DEL ESTADO, convienen conjuntar acciones y recursos para llevar a cabo la ejecución de los componentes del PROCEDES para el apoyo al Gobierno Federal en la implantación del Sistema de Protección Social en Salud a través del impulso a la afiliación o re-afiliación de la población al régimen no contributivo del Seguro Popular con acceso a su paquete de beneficios, así como a la reestructuración de los Sistemas Estatales de Salud (SES), en el Estado de Oaxaca, con los siguientes:

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Apoyar el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios de Salud (FOROSS), a través de **(i)** la construcción, sustitución y ampliación y el equipamiento de centros de salud, hospitales de hasta 120 camas y Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) identificadas en el Plan Maestro de Infraestructura en Salud y Plan Maestro de Equipamiento en Salud, **(ii)** la prestación de servicios, de forma general, de asistencia técnica y actividades de formación que estén relacionadas con: **a)** la construcción, expansión, rehabilitación, equipamiento y remodelación de centros de salud; **b)** la formación de capacidades gerenciales, incluyendo el manejo de recursos humanos y el fortalecimiento de la gestión financiera; **c)** el diseño, piloteo, evaluación e implementación de herramientas para la mejora de calidad en la prestación de servicios, la planeación, compra y distribución de medicamentos y el desarrollo de formas alternativas en la prestación de servicios; y **d)** el diseño, piloteo e implementación de sistemas de monitoreo y evaluación para todos los aspectos de la estrategia FOROSS.
- 2) Apoyar a las entidades federativas en el proceso de reestructuración de sus sistemas de salud en el marco del SPSS a través de la compra de bienes e instalación de equipo, la prestación de servicios de asistencia técnica y la realización de actividades de capacitación y formación relacionadas con: **i)** la reestructuración institucional y organizacional y el fortalecimiento operativo de los Sistemas Estatales de Salud a través de análisis socioeconómicos y de factibilidad política, planeación estratégica, diseño e implementación de instrumentos que propicien el cambio, el desarrollo de modelos innovadores y la formación de capacidades relacionadas con la afiliación de poblaciones objetivas en el SPSS, la compra de servicios de salud, gestión financiera, gestión de recursos humanos, la compra, distribución y monitoreo de medicamentos y material de curación, la atención de servicios de salud a poblaciones indígenas, la planeación y diseño de redes de telemedicina y el monitoreo y evaluación del desempeño de servicios; **ii)** el fortalecimiento institucional y organizativo de unidades y redes descentralizadas de proveedores de servicios incluyendo la formación de la capacidad con respecto a la administración, planeación, gestión financiera, gestión de calidad, gestión de recursos humanos, la compra y distribución de medicamentos y material de curación, medicina tradicional, prestación de servicios a poblaciones indígenas y el desarrollo e implementación de sistemas de gestión en salud y sistemas de información y; **iii)** el fortalecimiento de la infraestructura de tecnología de información para las organizaciones y prestadores que forman parte de los Sistemas Estatales de Salud, incluyendo acciones de telemedicina.
- 3) Apoyar al fortalecimiento de la Secretaría de Salud en su papel rector del SPSS a través de la compra de bienes y equipo, la prestación de servicios de asistencia técnica y la ejecución de actividades de formación y capacitación relacionadas con: **i)** el apoyo a los SES en todos los aspectos de la estrategia FOROSS y la coordinación y planeación de inversiones en infraestructura y equipo, el desarrollo de una estrategia de comunicación y el diseño e implementación de un sistema de monitoreo y evaluación para la estrategia FOROSS; **ii)** apoyar a los SES y unidades y redes de prestación de servicios en la realización de todas aquellas actividades mencionadas en el párrafo anterior (2), así como el desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación para la reestructuración de los sistemas estatales de salud.

SEGUNDA. CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES LEGALES.- A efecto de dar cumplimiento a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, al Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007, y para efectos de inversión del PROCEDES en este año, así mismo, tomando en cuenta la determinación del financiamiento correspondiente y la disponibilidad presupuestal, las partes están de acuerdo en celebrar el presente Acuerdo de Coordinación, y una vez suscrito se integrará al Convenio de Coordinación para el Desarrollo Social y Humano 2007-2012 y al Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en el Estado.

TERCERA. COSTO PROCEDES.- El costo del PROCEDES para el año 2007, se establecerá de común acuerdo por las partes y de conformidad con lo señalado en el Anexo Técnico que se integra al presente Acuerdo como Anexo 1.

CUARTA. APORTACION FEDERAL.- Para el año 2007 el Ejecutivo Federal se compromete a aportar del ramo 12 para la ejecución del PROCEDES, en el Ejercicio Fiscal 2007, y con el préstamo 7061-ME, concedido a México por el BIRF, que forma parte de la cláusula tercera y que se integra en el primer párrafo del Anexo Técnico 1.

Los recursos presupuestarios federales que se aportarán están sujetos a la disponibilidad presupuestal de la Secretaría de Salud, y a las autorizaciones jurídicas y de índole presupuestal que correspondan para ejercer dichos recursos.

QUINTA. APORTACION DEL EJECUTIVO DEL ESTADO.- EL EJECUTIVO DEL ESTADO se compromete a hacer una aportación para la ejecución del PROCEDES, por el porcentaje señalado en el Anexo Técnico que se integra al presente Acuerdo como Anexo 1. Aportación que se destinará para metas específicas de apoyo al programa de inversión. Las aportaciones de EL EJECUTIVO DEL ESTADO se destinarán para la ejecución del PROCEDES a través del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Oaxaca (SSO).

SEXTA. DE LA PLANEACION Y EVALUACION.- Las partes acuerdan que la planeación, evaluación y control del PROCEDES, se realizarán conforme al sistema de monitoreo y evaluación (indicadores de impacto), aprobado para la ejecución del PROCEDES por parte de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, así mismo los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) deberá implementar un área con cargo a su estructura para llevar el control y seguimiento de las acciones y aplicación de los recursos objeto del presente acuerdo. (Planeación y Administración), lo anterior de conformidad con sus atribuciones y con las autorizaciones jurídicas de índole presupuestal que correspondan para ejercer los recursos; coordinando sus acciones con la unidad técnica-administrativa (DGPLADES) de SALUD responsable del PROCEDES e informando de ello a las Secretarías de Hacienda y Crédito Público; de Función Pública; y de Salud.

SEPTIMA. INSTANCIAS EJECUTORAS.- Para la ejecución de los recursos del presente Programa PROCEDES, la instancia ejecutora será la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) y EL EJECUTIVO DEL ESTADO a través de los SSO, así mismo, cuando sea necesario la participación de municipios, instituciones académicas y de investigación, dependiendo del tipo de proyecto a realizar, se suscribirán los instrumentos jurídicos necesarios y congruentes con el objeto.

OCTAVA. ATRIBUCIONES DE SALUD.- SALUD, conforme a las actividades ha desarrollar tendrá las siguientes atribuciones:

a) En caso de que DGPLADES emita el oficio de suficiencia presupuestal, ésta será la encargada de transferir los recursos presupuestales asignados a EL EJECUTIVO DEL ESTADO a efecto de que sean aplicados específicamente para la realización del programa y conceptos citados en el presente instrumento, sin intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice EL EJECUTIVO DEL ESTADO para cumplir con el programa físico-financiero de obra y de equipamiento, que determine esta última, sin interferir de forma alguna en el procedimiento constructivo y mecanismo de supervisión externo que defina EL EJECUTIVO DEL ESTADO durante la aplicación de los recursos presupuestales destinados a su ejecución y demás actividades que se realicen para el cumplimiento de las condiciones técnicas, económicas, de tiempo, de cantidad y de calidad contratadas a través de EL EJECUTIVO DEL ESTADO.

b) Planear la asignación de los recursos conforme a las necesidades de EL EJECUTIVO DEL ESTADO y apegados al Plan Maestro de Infraestructura (PMI).

c) Conocer las propuestas para la asignación de recursos, valorar su viabilidad y su congruencia.

d) Realizar una evaluación de las acciones derivadas del presente acuerdo antes del cierre del ejercicio fiscal (antes del 31 de diciembre de 2007) con base en el nivel de ejecución de las acciones por parte de EL EJECUTIVO DEL ESTADO tomando en cuenta el desempeño y gestión observados en el transcurso de dicho ejercicio. Lo anterior con el objeto de canalizar los recursos de aquellas entidades federativas que no ejercerán la totalidad de los mismos hacia aquellos con mayor ritmo de gasto en la ejecución del Programa o metas ya comprometidas.

e) Vigilar el correcto cumplimiento de los estatus planteados en el Acuerdo Legal del préstamo firmado entre SALUD y el Banco Mundial.

NOVENA. INDICADORES.- Las partes acuerdan que el CAUSES a ser aplicado en esa entidad, será evaluado a través de las unidades acreditadas e indicadores de impacto desarrollados por la Dirección General de Evaluación del Desempeño. Los indicadores de impacto medirán metas y objetivos de las acciones llevadas a cabo en el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios, en cuanto a su organización y funcionamiento, se realizarán de acuerdo con lo establecido en el Manual de Operación del PROCEDES, a que refiere la sección 3.09, del artículo III, del Contrato BIRF 7061-ME. Para efectos de evaluación y seguimiento de las metas del PROCEDES, EL EJECUTIVO DEL ESTADO deberá enviar trimestralmente (marzo, junio, septiembre y diciembre de cada año) la información relacionada con la aplicación de los recursos correspondientes a la aportación estatal señalada en el primer párrafo del Anexo Técnico 1.

DECIMA. MANUAL DE OPERACION.- Acuerdan las partes que en lo que respecta a dudas que surgieran en cuanto a definiciones, conceptos, objetivos, formas de financiamientos y procedimientos durante la ejecución del PROCEDES, se remitirán a lo establecido en el Contrato BIRF 7061-ME y al documento autorizado en los términos establecidos en el mismo, denominado Manual de Operación del PROCEDES. En caso de contradicción entre las disposiciones del Contrato BIRF 7061-ME y las del Manual de Operación del PROCEDES, las del Contrato BIRF 7061-ME prevalecerán.

DECIMA PRIMERA. ADQUISICION DE SERVICIOS, BIENES Y OBRA.- Se deberá dar estricto cumplimiento a los procedimientos en materia de adquisiciones reguladas por el Schedule III "Procurement" del Convenio de Préstamo No. 7061-ME.

DECIMA SEGUNDA. REHABILITACION, EQUIPAMIENTO Y OBRA.- Las partes convienen que por cada una de las obras rehabilitadas, equipadas o terminadas con recursos derivados del presente instrumento, se deberá formular la correspondiente acta de entrega-recepción, en la que invariablemente deberán participar el ejecutor de la obra y el encargado por parte de EL EJECUTIVO DEL ESTADO. Se deberá dar estricto cumplimiento a los procedimientos en materia de adquisiciones que se señalan en el antecedente V y en el presente Manual de Operación.

Asimismo, EL EJECUTIVO DEL ESTADO que recibe la obra y equipos, deberá hacer explícito su compromiso de darle mantenimiento, conservarla y vigilar su adecuada operación y funcionalidad.

DECIMA TERCERA. BIENES.- Las partes acuerdan que los bienes adquiridos con recursos del presente instrumento, formarán parte integral de los inventarios de EL EJECUTIVO DEL ESTADO, por lo que será responsabilidad de este último, darles de alta en el inventario estatal, entregando a SALUD a través de la DGPLADES, un reporte anual de dicho inventario. Se deberá dar estricto cumplimiento a los procedimientos en materia de adquisiciones que se señalan en el antecedente V y en el presente Manual de Operación.

Asimismo, EL EJECUTIVO DEL ESTADO deberá dar cumplimiento a las políticas y lineamientos ambientales y sociales establecidos en el Manual de Operación del PROCEDES.

DECIMA CUARTA. RECURSOS NO DESTINADOS A LOS FINES AUTORIZADOS.- Las partes acuerdan que los recursos federales asignados por SALUD a EL EJECUTIVO DEL ESTADO, que no se destinen a los fines autorizados al 31 de diciembre de 2007, se reintegrarán a la Tesorería de la Federación en un plazo de 15 días naturales del mes de enero de 2008, como una obligación a cargo de dicha Entidad Federativa de conformidad con lo establecido en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2007, salvo aquellos recursos que se encuentren comprometidos en un proceso o destinados a metas específicas por parte de EL EJECUTIVO DEL ESTADO respecto de los fines autorizados antes del 31 de diciembre de 2007.

Dichos recursos se considerarán devengados por EL EJECUTIVO DEL ESTADO, a partir de su entrega por SALUD.

DECIMA QUINTA. APLICACION.- Los recursos que asigne el Ejecutivo Federal y las aportaciones de EL EJECUTIVO DEL ESTADO, se destinarán en forma exclusiva a lo establecido en la cláusula primera del presente instrumento, observando lo dispuesto en los artículos 14 y 16 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2007.

Dichos recursos no podrán traspasarse a otros conceptos de gasto y se registrarán conforme a su naturaleza, sea de capital o corriente.

Los recursos que se reasignen, una vez devengados y conforme avance el ejercicio, deberán ser registrados contablemente de acuerdo con las disposiciones legales aplicables y se rendirán en la Cuenta de la Hacienda Pública de EL EJECUTIVO DEL ESTADO, sin que por ello perdiera su carácter federal.

Los rendimientos financieros que generen los recursos a que se refiere el primer párrafo del Anexo 1 que se deriva del presente Acuerdo, deberán destinarse a los programas previstos en la cláusula primera del presente instrumento.

DECIMA SEXTA. MECANISMOS DE COMPROBACION.- Las partes acuerdan implementar el mecanismo de comprobación de gasto señalado en el Manual de Operación del PROCEDES y conservar la documentación original comprobatoria de los gastos originados con los recursos del PROCEDES, hasta por 5 años después de que el Banco Mundial reciba el informe de Auditoría.

DECIMA SEPTIMA. POLITICA DE SALVAGUARDAS SOCIALES Y AMBIENTALES.- Acuerdan las partes que las actividades del proyecto se llevarán a cabo de conformidad con: **(I)** el Plan de Desarrollo de los Pueblos Indígenas que asegura beneficios en el área de salud culturalmente apropiados para los pueblos indígenas; **(II)** el Marco de Administración del Medio Ambiente que describe los procedimientos para la adecuada gestión y manejo de los desecho médicos (biomédicos y materiales peligrosos), procedimientos para evaluación ambiental y gestión adecuada de trabajos civiles y de los requisitos relacionados con la adquisición de pesticidas y **(III)** el Marco de Política de Reasentamiento, que describe los procedimientos relacionados con el reasentamiento involuntario causado por las actividades de construcción, que forman parte del Manual de Operación del PROCEDES.

DECIMA OCTAVA. Acuerdan las partes que las adquisiciones de los bienes, obra y servicios necesarios para la ejecución del Proyecto y que sean financiados con los fondos del Préstamo serán gobernados por las provisiones del Anexo 3 del Acuerdo de Préstamo las cuales serán estipuladas en el Plan de Adquisiciones y a lo establecido en el Capítulo 1 Adquisiciones de bienes y contratación de servicios en general del Manual Financiero-Administrativo del PROCEDES.

DECIMA NOVENA. VIGILANCIA.- La Secretaría de la Función Pública, en lo sucesivo SFP, en el ámbito de su competencia, vigilará el correcto destino y aplicación de los recursos a que se refiere este instrumento, determinará y coordinará el programa de auditoría sobre las operaciones y proyectos del PROCEDES, con el auxilio de EL EJECUTIVO DEL ESTADO, a través de su órgano interno de control, a quien corresponderá precisamente el control, vigilancia y evaluación de los recursos, y la Unidad de la Contraloría Interna de SALUD como rectora de los estados ante la SFP. Asimismo, promoverá y apoyará la intervención de la Contraloría Social en dicha vigilancia.

En razón de lo anterior, las partes acuerdan que EL EJECUTIVO DEL ESTADO destine el equivalente al dos al millar del monto total de los recursos aportados en efectivo en favor de su Organismo Estatal de Control, para que éste realice las funciones de vigilancia, inspección, control y evaluación de las obras y acciones ejecutadas por administración directa con dichos recursos. Importe que será ejercido conforme a los lineamientos que emita la SFP. La ministración de dichos recursos se hará conforme al calendario programado para el ejercicio de los mismos. Esto significa que del total de recursos en efectivo se restará el dos al millar y la diferencia se aplicará a las acciones que se detallan en los anexos 1, 2, 3 y 4 de este instrumento.

La DGPLADES desde su ámbito de competencia dará aviso a la SFP si en cualquiera de los casos se considera que la entidad no cumple con alguna de las disposiciones del presente acuerdo.

VIGESIMA. VIGENCIA Y MODIFICACIONES.- El presente Acuerdo tendrá vigencia acorde con el ejercicio presupuestal de 2007, pudiendo ser revisado o modificado por las partes, de común acuerdo y será publicado en el Diario Oficial de la Federación una vez formalizado.

VIGESIMA PRIMERA. RESPONSABILIDADES.- Las aportaciones federales otorgadas con motivo de la celebración del presente instrumento, no podrán ser destinadas a fines distintos a los expresamente previstos en el mismo. Las responsabilidades administrativas, civiles y penales que deriven de afectaciones a la Hacienda Pública Federal, en que incurran las autoridades locales, exclusivamente por motivo de la desviación de los recursos recibidos para fines distintos a los pactados en este Acuerdo, serán sancionados en los términos de la legislación federal, por las autoridades federales, en tanto que en los demás casos dichas responsabilidades serán sancionadas y aplicadas por las autoridades locales con base en sus propias leyes.

VIGESIMA SEGUNDA. CONTROVERSIAS.- De cualquier controversia que pudiera surgir con motivo de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente Acuerdo, conocerá la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en observancia a lo establecido en la fracción IV del artículo 104 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

VIGESIMA TERCERA. SUSPENSION DE LA APORTACION FEDERAL.- SALUD podrá suspender los recursos federales transferidos a EL EJECUTIVO DEL ESTADO, cuando la SFP determine que los mismos se destinen a fines distintos a los aquí previstos o por incumplimiento de las obligaciones contraídas, previa audiencia a EL EJECUTIVO DEL ESTADO.

En caso de que EL EJECUTIVO DEL ESTADO incumpla con lo establecido en el Manual de Operación del Programa PROCEDES, SALUD podrá limitar la ministración de los recursos federales y, en su caso, determinará la procedencia o no de los apoyos subsecuentes.

Enteradas las partes del contenido y alcance de este instrumento, lo firman por cuadruplicado en la Ciudad de México, el 24 de septiembre de 2007.- Por el Ejecutivo Federal: el Secretario de Salud, **José Angel Córdova Villalobos**.- Rúbrica.- La Subsecretaria de Innovación y Calidad, **Maki Esther Ortiz Domínguez**.- Rúbrica.- El Director General de Planeación y Desarrollo en Salud, **Eduardo Pesqueira Villegas**.- Rúbrica.- Por el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Oaxaca: el Gobernador del Estado, **Ulises Ernesto Ruiz Ortiz**.- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Teófilo Manuel García Corpus**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas, **Miguel Angel Ortega Habib**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Presidente Suplente del Consejo General de los Servicios de Salud de Oaxaca, **Martín de Jesús Vásquez Villanueva**.- Rúbrica.- El Secretario Técnico de los Servicios de Salud de Oaxaca, **Miguel Angel Martínez Santiago**.- Rúbrica.- El Secretario de la Contraloría, **Juan José González Davar**.- Rúbrica.

ANEXO 1 DEL ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, EN LO SUCESIVO SALUD, REPRESENTADA POR SU TITULAR, JOSE ANGEL CORDOVA VILLALOBOS, CON LA PARTICIPACION DE LA SUBSECRETARIA DE INNOVACION Y CALIDAD, MAKI ESTHER DOMINGUEZ ORTIZ Y EL DIRECTOR GENERAL DE PLANEACION Y DESARROLLO EN SALUD, DR. EDUARDO PESQUEIRA VILLEGAS; Y POR LA OTRA EL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE OAXACA, EN ADELANTE EL EJECUTIVO DEL ESTADO, REPRESENTADO POR EL LIC. ULISES ERNESTO RUIZ ORTIZ, EN SU CARACTER DE GOBERNADOR CONSTITUCIONAL, ASISTIDO POR EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO, ING. TEOFILO MANUEL GARCIA CORPUS, EL SECRETARIO DE FINANZAS, ARQ. MIGUEL ANGEL ORTEGA HABIB, EL SECRETARIO DE SALUD Y PRESIDENTE SUPLENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA, DR. MARTIN DE JESUS VASQUEZ VILLANUEVA QUIEN ACTUA DE MANERA CONJUNTA CON EL LIC. MIGUEL ANGEL MARTINEZ SANTIAGO, SECRETARIO TECNICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA Y EL C. JUAN JOSE GONZALEZ DAVAR, SECRETARIO DE LA CONTRALORIA, RESPECTIVAMENTE, PARA LA EJECUCION EN LA ENTIDAD DEL PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD, EN LO SUCESIVO PROCEDES.

Para el año 2007 el costo total de la inversión asciende a la cantidad de \$59'532,000.00 (cincuenta y nueve millones quinientos treinta y dos mil pesos 00/100 M.N.), el cual se financiará de la siguiente manera:

1.- Ejecutivo Federal:	\$54,120,000.00
2.- Gobierno del Estado:	\$5,412,000.00
TOTAL	\$59,532,000.00

Las transferencias para el subproyecto se realizarán a través del ramo 12, de acuerdo a las necesidades y lo establecido en el manual de operación: al menos el 10% del valor total de las transferencias federales será aportado por parte del Gobierno del Estado, sin embargo y bajo circunstancias excepcionales con previa autorización del Banco, el Estado podrá solicitar una aportación menor a la señalada.

I.- COMPROMISOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO:

1.- Cooperar con el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Oaxaca, en lo sucesivo los (SSO), y éste a través de las unidades de salud certificadas y evaluadas por el Sistema de Protección Social en Salud, en la identificación anual y preparación de subproyectos (que incluyan presupuestos) aplicables a los SSO. Las propuestas correspondientes serán acordes al Programa, procedimientos y criterios asentados en el manual de operación del PROCEDES y presentadas al Comité Asesor Federal del PROCEDES para su aprobación.

2.- Cooperar con los SSO en la selección de entre los subproyectos propuestos a que hace referencia el numeral 1 de este Anexo Técnico (junto con los presupuestos correspondientes), para ser presentados a SALUD a través del Comité Asesor Federal para su aprobación.

3.- Asistir a los SSO para que con diligencia, eficiencia y de conformidad a los estándares apropiados de salud, financieros, técnicos y administrativos, conforme lo establecido en el Manual de Operación del PROCEDES y en el Programa Anual de Trabajo, lleven a cabo los subproyectos aprobados por SALUD, a que se hace referencia en el numeral 2 del presente anexo técnico.

4.- Evaluar a través de los SSO, la capacidad de tratamiento y manejo de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generen en cada hospital participante, así como el cumplimiento de los hospitales de la norma NOM-087-ECOL-SSA1-2002, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2003, que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transportación, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológicos/infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica; e incluir las necesidades de inversión para el cumplimiento de tal evaluación, en el Programa Anual de Trabajo del mismo modo se asegurará, a través de los SSO, de la incorporación de los hospitales participantes a la Cruzada Nacional por la Calidad en Salud.

Dar cumplimiento a la política de impacto ambiental en materia de infraestructura estipulada en el Manual de Operación del PROCEDES.

5.- Verificar que los SSO proporcionen a SALUD, la lista de los plaguicidas a ser financiados con los recursos del Préstamo para ser remitidos al BIRF, la cual deberá contemplar plaguicidas que serán manufacturados, empacados, etiquetados, manejados, almacenados y ordenados de acuerdo a normas aceptables para el BIRF, cerciorándose que no sean financiadas adquisiciones de productos que disminuyan la clasificación recomendada de plaguicidas peligrosos de la Organización Mundial de la Salud y líneas de clasificación (Génova: WHO 1994-95) clase IA e IB, o bien formulaciones de productos en clase II; conforme a lo establecido en el apartado 3.07, ejecución del proyecto, del contrato BIRF 7061-ME y el Capítulo de materia ambiental del Manual de Operación del PROCEDES.

6.- Asistir a los SSO (de acuerdo con los indicadores de impacto contenidos en el Manual de Operación del PROCEDES) en la evaluación, monitoreo y supervisión para el cumplimiento del subprograma; participar en las revisiones anuales del PROCEDES acordadas entre el BIRF y el Gobierno Federal y cooperar en la revisión de informes anuales y planes de acción anuales.

7.- Se cerciorará de que los Servicios de consultoría, Adquisición de Bienes contratación de Servicios y Obras (obra nueva, rehabilitación, mantenimiento y ampliación), con relación al subproyecto dentro del PROCEDES, se efectúen de conformidad con lo establecido en el anexo 3 del contrato BIRF 7061-ME, principalmente por las Normas de Adquisiciones del Banco (obra, bienes y servicios), la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas y sus respectivos reglamentos y demás disposiciones federales aplicables, en cuanto no contravengan el contrato BIRF 7061-ME, así mismo, verificará y validará la correcta facturación derivada del ejercicio de los recursos emanados de este acuerdo a nombre de los SSO, de acuerdo a los ordenamientos que en materia fiscal emanen de las diversas instancias.

Los SSO con asistencia de SALUD, deberán preparar, el Plan Anual de Acción, el Plan Anual de Adquisiciones, así como el reporte Anual de Avances.

8.- Cumplir las obligaciones acordadas entre el Gobierno Federal y el BIRF, relativas a seguros, uso de bienes y servicios, planes, programas, registros e informes y mantenimiento de infraestructura física empleada en el subproyecto aprobado.

9.- Los SSO administrarán los recursos federales, mantendrán registros y cuentas bancarias productivas separadas, informarán los números de cuentas y bancos donde se deberá radicar la aportación federal, comprobando los recursos a través del formato de Certificado de Gastos, permitiendo que sean llevadas a cabo auditorías estatales y federales que den certeza a la Federación y al BIRF del cumplimiento de las obligaciones contraídas por la Federación en la cláusula 4.01 y Schedule 3 "Procurement" del contrato BIRF 7061-ME, revisiones que se realizarán por lo menos una vez al año. Así como los ordenamientos en materia fiscal vigentes.

10.- Documentar correctamente el formato Certificado de Gasto de todas las erogaciones generadas en el subproyecto, a fin de justificar de forma satisfactoria los desembolsos realizados de la cuenta del préstamo, de conformidad con lo establecido en el Manual de Operación del PROCEDES.

Los SSO deberán reportar en forma detallada la descripción del flujo de efectivo de acuerdo a su ejercicio y pago de los subproyectos realizados, al cierre del ejercicio.

11.- A través de los SSO, llevar a cabo los subproyectos aprobados a los que hace referencia el apartado de compromisos del Gobierno Federal del presente anexo técnico, con debida diligencia y eficiencia y de conformidad con las Normas y prácticas ambientales vigentes.

12.- Aportar cada año de forma oportuna la cantidad indicada como aportación estatal de conformidad con la cláusula Tercera del Acuerdo de Coordinación del cual forma parte el presente anexo técnico y conforme al primer párrafo de este mismo anexo. Dichos recursos no podrán ser utilizados para cubrir gastos salariales no incrementales (gastos salariales existentes a la fecha de firma del contrato BIRF 7061-ME).

13.- Promover la articulación operativa del PROCEDES con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), así como otros programas tales como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas, el Programa de la Cruzada por la Calidad, el Programa de Caravanas por la Salud, apoyo a la Infraestructura de la DGDIF; todos ellos dirigidos a brindar servicios de salud a poblaciones que carecen de esquemas de seguridad social y orientados al Fortalecimiento de la Oferta de Servicios en Salud.

14.- Permitir y apoyar el establecimiento de (ya existe Dirección de Planeación) una unidad y/o área, a cargo de ese Organismo Descentralizado, que gestione los recursos de la cuenta del programa (Ramo 12) que el Gobierno Federal y Estatal acuerden; y en especial los recursos de Crédito Externo derivados del PROCEDES.

15.- Proponer y convenir con salud, a través de los SSO, los ajustes mínimos necesarios al CAUSES y a los insumos necesarios para adecuarlo a la realidad y necesidades estatales en materia de Fortalecimiento de la Oferta de Servicios en Salud, en base a sus indicadores de impacto, implementados por la Dirección General de Evaluación del Desempeño.

16.- Garantizar que los SSO otorguen atención a la población que carece de esquemas de seguridad social en la entidad, tengan completa capacidad para otorgar el CAUSES convenido, cumpliendo con los estándares de la Cruzada Nacional por la Calidad en Salud.

17.- Presentar a SALUD, a través de los SSO, una propuesta para involucrarse en procesos estatales, jurisdiccionales y/o locales de reestructuración de los Servicios de Salud o desarrollo de alternativas para incrementar la eficiencia y equidad con calidad en los Servicios de Salud.

18.- Sin perjuicio de la anterior los SSO asistirán al Gobierno Federal en las actividades referidas para el componente 3 del anexo 2 de contrato "BIRF 7061.ME".

19.- Apoyar a la implementación de la estrategia de FOROSS en unidades de salud hasta hospitales de 120 camas y Unidades de Especialidades Médicas Ambulatorias (UNEMES) en materia de infraestructura y equipamiento y el desarrollo de capacidades gerenciales.

II.- EL GOBIERNO FEDERAL, A TRAVES DE SALUD SE COMPROMETE A:

1.- Mantener y operar durante el desarrollo del proyecto según sea su ámbito de competencia una unidad y/o área a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (Coordinadora General), que asista y apoye a los SSO, en la coordinación, ejecución, supervisión y control de la adecuada realización del PROCEDES.

2.- Aprobar, a través del Comité Asesor Federal, el subproyecto anual (incluyendo presupuestos) de acuerdo al Programa, procedimientos y criterios establecidos en el Manual de Operación del PROCEDES, de entre los presentados a Salud; a los que hace referencia el punto 2 de este anexo técnico (los subproyectos aprobados anualmente, más la asistencia técnica, constituirán el Plan de Inversión Anual).

3.- Aportar de forma oportuna, sujeto a la disponibilidad presupuestal, la cantidad indicada como Aportación Federal en la cláusula tercera del acuerdo de coordinación del que este documento forma parte integral, así como el primer párrafo del presente documento.

4.- Brindar la asesoría técnica requerida por los SSO para el desarrollo de los subproyectos aprobados considerados en el Manual de Operación del PROCEDES.

El Comité Asesor Federal constituido por miembros y funcionarios de la Federación, aprobará los subproyectos de acuerdo a los procedimientos y criterios establecidos en el Manual de Operación con la finalidad de contar con la "No objeción" del Banco Mundial.

ANEXO 2

PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD

(PROCEDES)

INDICADORES DE SEGUIMIENTO (IMPACTO)

Para efectos de dar cumplimiento a la cláusula Novena "Indicadores" de la evaluación y seguimiento de las metas del Programa, el Ejecutivo del Estado deberá enviar trimestralmente los siguientes indicadores:

a) Indicadores generales del PROCEDES

RESULTADO	INDICADOR	CONSTRUCCION	INTERPRETACION
Afiliación al Seguro Popular	Porcentaje de afiliación al Seguro Popular en las Entidades Federativas participantes en el PROCEDES	Número de familias afiliadas al Seguro Popular en las Entidades Federativas participantes en el PROCEDES/Número de familias en las Entidades Federativas participantes en el PROCEDES no derechohabientes	El indicador mide cuantitativamente la importancia que ha alcanzado el Seguro Popular como alternativa para atender las necesidades de la población en las Entidades Federativas participantes en el PROCEDES que no está cubierta por algún sistema de salud. Mientras más alto es el indicador, mejor es la cobertura que proporciona el Seguro Popular a la población no derechohabiente de otros sistemas. En situación óptima, un indicador de 100% significaría que el total de la población de la Entidad está cubierta ya sea por otros sistemas de salud, o por el Seguro Popular.

Incremento en el gasto público federal que es manejado por los REPSS	Porcentaje del gasto público federal del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que es manejado por los REPSS	Recursos del SPSS que son manejados por los REPSS./Total de recursos del SPSS.	Interpretación del indicador: Los REPSS son los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Conceptualmente, los REPSS comprenden las acciones que realiza la autoridad sanitaria estatal en materia de protección social en salud. Por ello, el indicador es una medida del grado de descentralización que va alcanzando bajo los apoyos del Componente II del PROCEDES
--	---	--	---

b) Indicadores del Componente 1

RESULTADO	INDICADOR	CONSTRUCCION	INTERPRETACION
Apoyar el incremento de afiliación al Seguro Popular de la población que se encuentra en el régimen subsidiado	Porcentaje de población incorporada al Seguro Popular.	(Número de individuos afiliados al Seguro Popular bajo el Régimen Subsidiado) / (Número de individuos no afiliados al Régimen Subsidiado)	Este indicador medido a nivel agregado nacional sólo muestra el progreso del PROCEDES en cuanto a enrolar individuos no atendidos por otros sistemas de salud. Si el ejercicio se hace a nivel de cada estado o cada Municipio, el indicador permitiría conocer las entidades donde el proceso de reclutamiento está más retrasado y focalizar allí los esfuerzos siguientes.
Incrementar el número de población indígena afiliada al Seguro Popular.	Porcentaje de población indígena afiliada al Seguro Popular.	No. de población indígena afiliada al Seguro Popular / No. total de población indígena.	El indicador mide cuantitativamente el progreso en la afiliación en el Seguro Popular de la población considerada indígena que no está cubierta por otros sistemas de salud. Mientras más alto es el indicador, mejor es la cobertura que proporciona el Seguro Popular a la población indígena no afiliada a otros sistemas de salud. En situación óptima, un indicador de 100% significaría que el total de la población indígena está cubierta ya sea por otros sistemas de salud, o por el Seguro Popular.
Incrementar el número de unidades acreditadas al Seguro Popular que garanticen el acceso a la población afiliada o población objetivo a afiliarse bajo el régimen subsidiado del Seguro Popular.	Porcentaje de unidades incluidas en el Plan Maestro y acreditadas al SPSS	(Número de unidades incluidas en el Plan Maestro y acreditadas al SPSS)/(Número total de unidades incluidas en el Plan Maestro)	Un mayor valor numérico del indicador señala que hay una mayor proporción de unidades incluidas en el PMI que ya están acreditadas en el SPSS. Por unidades acreditadas se entiende aquellas que han pasado satisfactoriamente la evaluación de su capacidad para brindar los servicios cubiertos por el Seguro Popular. Por lo tanto, la progresión del indicador muestra los avances en lograr calidad en la oferta de servicios. En la situación óptima, el indicador debiera alcanzar el valor 100%.

Evaluar -con fines de acreditación- unidades incluidas en el Plan Maestro de Infraestructura	Porcentaje de unidades evaluadas incluidas en el PMI.	(Número de unidades evaluadas incluidas en el PMI para acreditar en el SPSS)/(Número total de unidades incluidas en el PMI)	La evaluación es el paso previo necesario para dictaminar la acreditación. El indicador mide la preocupación e interés en tener controlado el proceso de mejora de la calidad de los servicios ofrecidos. Un bajo valor del indicador implicaría que no se estarían haciendo esfuerzos suficientes para medir el nivel de calidad ofrecido por las diferentes unidades. Por el contrario, un indicador del 100% implicaría que los servicios de salud estatales y el gobierno federal tienen pleno conocimiento de la situación de cada una de las unidades del estado en las Entidades elegibles. Un mayor valor numérico del indicador señala que hay una mayor proporción de unidades incluidas en el PMI que ya está evaluada para acreditación en el SPSS, la hayan alcanzado o no. En la situación óptima, el indicador debiera alcanzar el valor 100%.
--	---	---	---

c) Indicadores del Componente 2

RESULTADO	INDICADOR	CONSTRUCCION	INTERPRETACION
Reestructuración de los sistemas estatales de salud	Cantidad de entidades -incluyendo el Distrito Federal (DF)- que cuentan con Regímenes Estatales de Protección en Salud (REPSS) que operan con sistemas de manejo financiero que permite la compra estratégica de atención hospitalaria.	Número de entidades federativas que tienen un REPSS constituido que opere el Sistema Financiero que incluya la estrategia de cuidados de hospitales / Número de entidades federativas.	El indicador señala el éxito del PROCEDES para incorporar a las entidades federativas en el modelo global de atención en salud y que cuenten con un área que se encargue de la compra de servicios a través del OPD. Señala la cantidad de entidades donde ya están operando REPSS. Los REPSS son los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Conceptualmente, los REPSS comprenden las acciones que realiza la autoridad sanitaria estatal en materia de protección social en salud. Por ello, el indicador es una medida del grado de descentralización que va alcanzando bajo los apoyos del Componente II del PROCEDES.
Incrementar el grupo de reclutamiento y contratación bajo los nuevos modelos de gestión de hospitales de alta especialidad.	Porcentaje de personal de los HRAE que es contratado bajo los nuevos modelos de gestión de personal.	Número de (trabajadores contratados) gente contratada bajo el modelo de contratación de personal de HRAE / total de personal contratado en el HRAE.	El indicador mide la aplicación de los modelos de gestión en materia de contratación de personal. Un valor bajo del indicador, implicaría que aún no están en plena vigencia los modelos innovativos de gestión de personal. En la situación óptima, el 100% de la contratación de personal debiera regirse por estos modelos.

Implementar de Sistemas de información innovadores en 5 HRAES.	Porcentaje de módulos implementados en los HRAES	Número de módulos implantados en el HRAE/Número total de módulos (20) cuestionable	Es una medición del avance en la implementación de los sistemas de información de los HRAES. Valores más altos del indicador señalan que los sistemas están más cercanos a completarse. El óptimo es llegar a un 100% de módulos implementados.
Mejoramiento en el acceso a las medicinas esenciales de las personas afiliadas en el régimen subsidiado del Seguro Popular	Porcentaje de medicinas prescritas a personas afiliadas en el régimen subsidiado del Seguro Popular que son efectivamente entregadas a sus destinatarios	Cantidad de medicinas prescritas y entregadas a personas afiliadas en el régimen subsidiado del Seguro Popular/ Cantidad de medicinas prescritas a personas afiliadas en el régimen subsidiado del Seguro Popular	El indicador es una medida de la efectividad con que funciona el sistema de entrega de medicinas a las personas que participan en el Seguro popular subsidiado. Un valor óptimo de 100% significaría el pleno funcionamiento del sistema.

ANEXO 3
PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD
(PROCEDES)
FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA EL PROCEDES
Oaxaca 2007

CAPITULO DE GASTO	APORTACION FEDERAL	APORTACION ESTATAL	TOTAL
1000 SERVICIOS PERSONALES			
2000 MATERIALES Y SUMINISTROS			
3000 SERVICIOS GENERALES			
4000 AYUDAS, SUBSIDIOS Y TRANSFERENCIAS	54,120,000.00		54,120,000.00
5000 BIENES MUEBLES E INMUEBLES			
6000 OBRA PÚBLICA		5,412,000.00	5,412,000.00
TOTAL	54,120,000.00	5,412,000.00	59,532,000.00

Validado el 21 de septiembre de 2007.- Validado por la Dirección de Planeación y Desarrollo en Salud de los Servicios de Salud de Oaxaca: el Director de Planeación y Desarrollo, **Miguel Angel Colmenares Martínez**.- Rúbrica.

ANEXO 4
PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD
(PROCEDES)
Oaxaca 2007

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	IMPORTE
OBRA	Terminación de la ampliación del Hospital General en San Juan Bautista Tuxtepec	29,000,000.00
OBRA	Construcción del Hospital de la Comunidad de San Agustín Loxicha	10,000,000.00
OBRA	Terminación del Hospital básico Comunitario de Valle Nacional	5,000,000.00
OBRA	Terminación del Centro de Salud con Servicios Ampliados en Santa María Lachixio	10,000,000.00
CAPACITACIÓN	Desarrollo de documentos armonizados emitidos por la Secretaría de la Función Pública, Banco Mundial y Secretaría de Hacienda y Crédito Público	120,000.00
OBRA	Aportación estatal	5,412,000.00
Total		59,532,000.00

- EQUIPAMIENTO, MANTENIMIENTO Y REHABILITACION.

Validado el 21 de septiembre de 2007.- Validado por la Dirección de Planeación y Desarrollo en Salud de los Servicios de Salud de Oaxaca: el Director de Planeación y Desarrollo, **Miguel Angel Colmenares Martínez**.- Rúbrica.

PROYECTO de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial; para quedar como Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2007, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

PROYECTO DE MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA2-1999, PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL; PARA QUEDAR COMO NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-030-SSA2-2007, PARA LA PREVENCION, DETECCION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.

MAURICIO HERNANDEZ AVILA, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracciones II y XVIII, 13 apartado A), fracción I, 158, 159, 160 y 161 de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41, 43, 44, 45, 46, 47 y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 8 fracción V, 10 fracciones VII y XVI, y 45 fracción VII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2007, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

El presente Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana se publica a efecto de que los interesados dentro de los 60 días naturales contados a partir de su publicación, presenten sus comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, sito en Lieja No. 7, primer piso, colonia Juárez, código postal 06696, México, D.F., teléfono y fax: 55-53-70-56, correo electrónico: mauricio.hernandez@salud.gob.mx

Durante el plazo mencionado, los análisis que sirvieron de base para la elaboración del Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana estarán a disposición del público en general, en el domicilio del mencionado Comité para su consulta.

PREFACIO

En la elaboración de este Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana participaron las unidades administrativas e instituciones siguientes:

SECRETARIA DE SALUD

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Dirección General de Promoción a la Salud
Dirección General de Comunicación Social
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición Salvador Zubirán
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Hospital General de México
Secretariado del Consejo Nacional de Salud

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

Dirección General de Sanidad

SECRETARIA DE MARINA

Dirección General de Sanidad Naval

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Coordinación de Salud Comunitaria
Coordinación de Salud Reproductiva
Coordinación de Salud en el Trabajo
Coordinación de Atención Médica
Coordinación de Planeación e Infraestructura Médica
Coordinación de Educación Médica
Coordinación de Investigación Médica
Coordinación de Prestaciones Económicas y Sociales
Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

PETROLEOS MEXICANOS

Gerencia de Servicios Médicos

Secretarías de Salud de los Estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL

Escuela Superior de Medicina

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Programa de Enfermedades no Transmisibles y Promoción de la Salud OPS/MEX

Grupo Mexicano de Hipertensión

Asociación Mexicana para la Prevención de la Aterosclerosis y sus Complicaciones, A.C.

Asociación Nacional de Cardiólogos del ISSSTE

Asociación Nacional de Cardiólogos de México, A.C.

Clínica de Prevención del Riesgo Coronario, S.A. de C.V.

Colegio de Medicina Interna de México, A.C.

Sociedad Mexicana de Nefrología Pediátrica, A.C.

Sociedad de Hipertensión Arterial de México, A.C.

Sociedad Mexicana de Cardiología, A.C.

Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

INDICE

0. Introducción

1. Objetivo y campo de aplicación

2. Referencias

3. Definiciones

4. Símbolos y abreviaturas

5. Generalidades

6. Clasificación y criterios diagnósticos

7. Prevención primaria

8. Detección

9. Diagnóstico

10. Estudio

11. Tratamiento y control

12. Urgencia hipertensiva

13. Manejo de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) asociada a condiciones especiales

14. Nutrición

15. Vigilancia epidemiológica

16. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

17. Bibliografía

18. Observancia de la Norma

19. Vigencia

20. Apéndices Normativos

21. Apéndices Informativos

0. Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y altos costos para su prevención y control. Estas enfermedades afectan por igual a los diferentes grupos de población, independientemente de su nivel cultural o socioeconómico, por lo que su prevención y control representan un reto para la salud pública del país, debido a que constituyen un conjunto de enfermedades que resultan de estilos de vida no saludables. El tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de sodio, además de otros determinantes como la susceptibilidad genética, el estrés psicosocial, los hábitos de alimentación inadecuados y la falta de actividad física, inciden en conjunto en la distribución, frecuencia y magnitud de estas enfermedades.

Cada año mueren alrededor de 17 millones de personas en el mundo por enfermedad cardiovascular; se estima que cada cuatro segundos ocurre un evento coronario y cada cinco segundos un evento vascular cerebral. Aproximadamente entre 1.5 a 5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial sistémica. Por su parte, la cardiopatía isquémica afecta a hombres de edad mediana y avanzada; su mortalidad es 20% más alta que en las mujeres, siendo los mayores de 65 años los más afectados.

La Organización Panamericana de la Salud estima que durante los próximos diez años ocurrirán aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América, de las cuales 2.4 millones pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial, componente importante del riesgo cardiovascular.

En México, durante el periodo comprendido entre 1993-2005, se han observado incrementos en la prevalencia de obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y síndrome metabólico, de acuerdo con las encuestas nacionales. Según datos de la Encuesta de Enfermedades Crónicas de 1993, la prevalencia nacional en población mayor de 20 años fue de 21.3% para obesidad, 26.6% para hipertensión arterial, 30% para Síndrome Metabólico y 35.3% para hipercolesterolemia.

Obesidad. De 1993 a 2000, la prevalencia de obesidad aumentó en 3 puntos porcentuales y se acentuó respecto a 2005, al pasar de 24% en 2000 a 30%, lo que refleja un incremento en el ritmo sobre el cual crece la obesidad en el país.

Hipertensión Arterial. Su prevalencia en la población de 20 años y más es de un tercio de esa población (30.8%), cuatro puntos porcentuales más que en 1993 y sin cambios significativos de 2000 a 2005. El cambio porcentual fue ligeramente mayor en mujeres (25.1 a 30.6%) respecto a hombres (28.5 a 31.5%) en todo el periodo.

Hipercolesterolemia. En el año 2000 las concentraciones promedio de colesterol total, c-HDL y triglicéridos fueron: 197.5 mg/dl, 38.4 mg/dl y 181.7 mg/dl, respectivamente. A pesar de que 40.5% de las mujeres y 44.6% de los hombres tuvieron el colesterol >200 mg/dl, únicamente 6.1% de los encuestados tenía un diagnóstico previo de hipercolesterolemia,

La aplicación de esta norma contribuirá a reducir la elevada incidencia de la enfermedad, a evitar o retrasar sus complicaciones, así como disminuir la mortalidad asociada a esta causa.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objetivo establecer los procedimientos para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente, para el control de la hipertensión arterial y con ello evitar sus complicaciones a largo plazo.

1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público, social y particular que presten servicios de atención a enfermos con diagnóstico de hipertensión arterial en el Sistema Nacional de Salud.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de la presente Norma Oficial Mexicana es necesario consultar las siguientes:

2.1 NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

2.2 NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

2.3 NOM-168-SSAI-1998, Del expediente clínico.

2.4 NOM-174-SSAI-1998, para el manejo integral de la obesidad.

2.5 NOM-037-SSA2-2002, para la prevención y control de las dislipidemias.

2.6 NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

2.7. Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial. CENAVECE.

3. Definiciones

Para los efectos de esta Norma Oficial Mexicana se entiende por:

3.1 Adherencia terapéutica, a la observación estricta de las indicaciones médicas, por parte del paciente para el control de la Hipertensión Arterial Sistémica y prevención de las complicaciones vasculares y parenquimatosas, tanto mediante el tratamiento conductual, como medicamentoso.

3.2 Arteriosclerosis, a la patología que afecta a la pared de las arterias en cualquiera de sus capas.

3.3 Atención primaria a la salud, a los servicios que se otorgan al individuo, la familia y la comunidad para preservar la salud y atender las enfermedades en sus etapas iniciales de evolución, en donde en su mayoría son asintomáticas.

3.4 Aterosclerosis, a una variedad de arteriosclerosis, que afecta primordialmente a la íntima de las arterias de distribución, con daño endotelial e inflamación, que se caracteriza por depósito de lípidos y proliferación de tejido fibroso, con capacidad para la obstrucción de la luz del vaso ya sea por crecimiento de la placa o por ruptura y trombosis. Es la complicación más frecuente de la asociación de diabetes, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, con incremento exponencial cuando se asocia al tabaquismo. Actualmente es la principal causa de muerte en México.

3.5 Casos con diagnóstico conocido de hipertensión arterial en tratamiento: al conjunto de personas con diagnóstico conocido de HAS atendidos en el Sistema Nacional de Salud que cursan con Presión arterial controlada en respuesta al tratamiento o continúan sin control a pesar del tratamiento.

3.6 Caso probable de Hipertensión Arterial Sistémica, a la persona que en una toma ocasional para su detección, obtenga una cifra de presión sistólica ≥ 140 mmHg y/o presión diastólica ≥ 90 mmHg, en el examen de la detección (promedio de dos tomas de Presión arterial).

3.7 Casos en control, a los pacientes con hipertensión bajo tratamiento en el Sistema Nacional de Salud, con tratamiento y que presentan de manera regular cifras de PA $<140/90$ mmHg, si tienen diabetes o enfermedad coronaria $< 130/80$ mmHg (sistólica/diastólica) y si tiene más de 1.0 gr de proteinuria e insuficiencia renal $<125/75$ mmHg (sistólica/diastólica).

3.7.1 En el adulto mayor, esta indicación debe seguirse sin que se presenten, como resultado de la terapéutica, complicaciones como manifestaciones de bajo gasto, exacerbación de eventos isquémicos, isquemia cerebral transitoria, etc. atribuibles al tratamiento antihipertensivo sobre todo con el uso de beta bloqueadores y tiazidas a dosis habituales o altas.

3.8 Caso nuevo de hipertensión arterial, al paciente que cumple con los criterios diagnósticos enunciados en esta Norma y que es registrado por primera vez en el informe semanal y es captado por el Sistema Único de Acciones de Vigilancia Epidemiológica para exactitud de la incidencia anual de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica.

3.9 Comunicación Educativa, al proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustentan en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

3.10 Detección o tamizaje, a la invitación abierta a la población de adultos sin diagnóstico de HAS para que acudan a los servicios de salud a medirse su presión arterial periódicamente cada tres años, para identificar su probabilidad de cursar o desarrollar en el futuro esta enfermedad.

3.11 Alimentación correcta, al conjunto de alimentos naturales y preparados que se consumen cada día con equilibrio, variedad y suficiencia en calorías, proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, fibra y micronutrientes, para tener una nutrición corporal adecuada que se traduzca en peso y circunferencia abdominal normal para la talla, edad y sexo.

3.12 Educación para la Salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para evitar el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, el estrés, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, así como los factores del estilo de vida que promueven el desarrollo de la Hipertensión Arterial Sistémica y que se adquieren con una actitud contraria a cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

3.13 Factor de riesgo, al atributo o exposición de una persona, una población o el medio que está asociado a una probabilidad.

3.14 Grupos de ayuda mutua, a la organización en grupo de los propios pacientes, para facilitar su educación y autocuidado de la salud en las unidades del Sistema Nacional de Salud.

3.15 Hipertensión Arterial Sistémica, al padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular, renal o diabetes $\geq 140/90$ mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes $> 130/80$ mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal $> 125/75$ mmHg.

3.16 Hipertensión arterial secundaria, a la elevación sostenida de la presión arterial, por alguna entidad nosológica: ≥ 140 mmHg (sistólica) o ≥ 90 mmHg (diastólica).

3.17 Hipertensión descontrolada, a la elevación sostenida de las cifras de presión arterial sistólica, diastólica o ambas, acompañada o no de manifestaciones menores de daño agudo a órganos blanco.

3.18 Hipertensión arterial resistente, a la persistencia de valores de presión arterial por arriba de la meta (140/90 mmHg o 130/80 mmHg si tiene diabetes o nefropatía), a pesar de buena adherencia al tratamiento antihipertensivo apropiado, que incluya 3 o más fármacos de diferentes clases (incluyendo de preferencia un natriurético), en una combinación recomendada y a dosis óptima (individualizada), cumpliendo con las medidas conductuales en forma adecuada.

3.18.1 Seudo-resistencia, a la resistencia no real al tratamiento y se debe, principalmente, a errores en la medición de la presión arterial, a efecto de bata blanca, pseudohipertensión y/o falta al apego del tratamiento antihipertensivo, conforme se establece en el Apéndice Normativo L.

3.19 Historia clínica completa, al documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

3.20 Índice de masa corporal o índice de Quetelet, al peso corporal dividido entre la estatura elevada al cuadrado (kg/m^2).

3.21 Ingresos, a los casos nuevos de Hipertensión Arterial Sistémica que se incorporan a tratamiento en una unidad médica del Sistema Nacional de Salud.

3.22 Individuo en riesgo, al individuo con uno o varios factores que favorecen el desarrollo de hipertensión, tales como antecedentes familiares, presión fronteriza, sobrepeso/obesidad, síndrome de apnea e hipoapnea del sueño, sometido a estrés, consumo excesivo de sal y alcohol, así como tabaquismo que al asociarse evitan su control y favorecen el desarrollo de sus complicaciones cardiovasculares a largo plazo.

3.23 Instrumento de detección, al procedimiento o prueba para identificar sujetos sospechosos de padecer la enfermedad, cuya sensibilidad y especificidad han sido debidamente establecidas en una prueba de validación, tomando como parámetro de referencia el método o métodos aceptados como pruebas diagnósticas.

3.24 Manejo integral, al establecimiento de metas del tratamiento conductual y farmacológico, educación del paciente, seguimiento médico y vigilancia de complicaciones. Por otro lado implica también la detección y tratamiento de otros factores de riesgo cardiovascular u otras comorbilidades.

3.25 Microalbuminuria, a la excreción urinaria de albúmina entre 30 y 299 mg durante 24 horas, en un paciente en ausencia de traumatismo o infección renal.

3.26 Monitoreo ambulatorio de la presión arterial, a la toma electrónica de la presión arterial, durante varias horas (promedio 24 hs) fuera del consultorio, en el ambiente habitual de las personas.

3.27 Nefropatía hipertensiva, a la complicación renal con diferente grado de daño, que puede llegar a la insuficiencia renal crónica y que se presenta en el paciente hipertenso varios años después de estar con presión arterial elevada.

3.28 Órgano blanco, a todo órgano que sufre algún grado de deterioro a consecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se encuentran la hipertensión arterial, en el corto, mediano o largo plazo (cerebro, corazón, riñón y el lecho arterial, incluido el de los ojos).

3.29 Participación social, al proceso que permite involucrar a la población, autoridades locales, instituciones públicas y los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

3.30 Peso corporal, de acuerdo con el Índice de Masa Corporal, a la siguiente clasificación: Índice de masa corporal >18.5 y ≤ 24.9 peso normal, Índice de masa corporal ≥ 25 y ≤ 29.9 sobrepeso, Índice de masa corporal ≥ 30 obesidad (kg/m^2).

3.31 Presión arterial, a la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial.

3.32 Presión de pulso, a la diferencia entre la presión arterial sistólica y la diastólica.

3.33 Primer nivel de atención, a las unidades de atención que constituyen la entrada a los servicios de salud; están orientadas primordialmente a la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento temprano y control de las enfermedades de mayor prevalencia.

3.34 Promoción de la Salud, al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

3.35 Ración o porción, a la cantidad de alimentos, expresada en medidas de uso común para cada grupo de alimentos que se utiliza para la prescripción dietética.

3.36 Reingreso, al paciente que después de causar baja, por cambio de domicilio, rechazo al tratamiento, por haberse perdido o bien porque expresamente haya solicitado su baja por cualquier motivo, se incorpora nuevamente al tratamiento y seguimiento para el control de la hipertensión arterial en una unidad médica del Sector Salud.

3.37 Segundo nivel de atención, a las unidades que atienden los problemas de salud que a causa de su complejidad no pueden ser resueltos en el primer nivel de atención.

3.38 Seudohipertensión, a la lectura falsamente elevada de la presión arterial, debido a que el brazalete no logra comprimir la arteria humeral, principalmente en los ancianos, a causa de la excesiva rigidez vascular. Para su identificación, el brazalete deberá inflarse por arriba de la presión sistólica documentada en forma palpatoria; si las arterias humeral o radial son aún palpables (Signo de Osler).

3.39 Urgencia hipertensiva, a la elevación sostenida de las cifras de presión arterial sistólica, diastólica o ambas, acompañada de manifestaciones mayores de daño a órganos blanco, atribuibles al descontrol hipertensivo; como encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracraneal o infarto agudo del miocardio. Requiere reducción inmediata de la presión arterial.

4. Símbolos y abreviaturas

El significado de las abreviaturas utilizadas en esta Norma es el siguiente:

AG II:	Angiotensina II
AINE:	Antiinflamatorio no esteroideo
c-HDL:	Colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad
c-LDL:	Colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad
cal:	Caloría
CIE-10:	Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima revisión.
col:	Colesterol
cm:	Centímetro
EC:	Enfermedad Concomitante
ECA:	Enzima convertidora de la angiotensina
ECV:	Enfermedades cardiovasculares
ENEC:	Encuesta de Enfermedades Crónicas de 1993
FR:	Factores de riesgo
GEB:	Gasto energético Basal
GET:	Gasto energético Total
gr:	Gramo
H:	Hombre
HAS:	Hipertensión Arterial Sistémica
Hrs	Horas
HTA:	Hipertensión Arterial
IMC:	Índice de masa corporal
kcal:	Kilocaloría
kg/m ² :	Kilogramo por metro cuadrado
M:	Mujer
MAPA:	Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial
µg:	Microgramo
mg:	Miligramo
ml:	Mililitro
mg/dl:	Miligramo por decilitro
mmHg:	Milímetros de mercurio
mmHg/seg:	Milímetros de mercurio sobre segundo
mmol:	Milimol

m:	Metro
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PA:	Presión arterial
SUAVE:	Sistema Unico de Acciones de Vigilancia Epidemiológica
VI:	Ventrículo Izquierdo
>:	Mayor que
<:	Menor que
≥:	Mayor o igual que
≤:	Menor o igual que

5. Generalidades

5.1 Esta Norma define los procedimientos para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento para el control de la HAS, que permiten disminuir la incidencia de la enfermedad y de sus complicaciones a largo plazo, así como la mortalidad asociada con el establecimiento de un programa de atención médica capaz de lograr un control efectivo del padecimiento.

6. Clasificación y criterios diagnósticos

6.1 La HAS se clasifica, por cifras, de acuerdo a los siguientes criterios:

Categoría	Sistólica mmHg.	Diastólica mmHg.
Optima	< 120	< 80
Presión arterial normal	120 a 129	80 a 84
Presión arterial frontera*	130 a 139	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	< 90

* Las personas con presión arterial normal (con factores de riesgo asociados) o frontera aún no tienen hipertensión pero tienen alto riesgo de presentar la enfermedad por lo que ellos y los médicos deben estar prevenidos de dicho riesgo e intervenir para retrasar o evitar el desarrollo de la HAS. La importancia de considerar los diferentes valores de la presión arterial aun la normal o normal alta, reside en la coexistencia con otros factores de riesgo y/o daño orgánico (subclínico o establecido), que incrementan la morbilidad y la mortalidad.

6.2 Estratificación del riesgo en la HAS: Aun cuando la HAS curse asintomática, puede provocar daño cardiovascular que dependerá del grado de la PA y de su asociación con otros factores de riesgo u otras enfermedades, por lo que se ha establecido una forma de calcular el riesgo:

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LA HAS

OTROS FACTORES DE RIESGO/ENFERMEDADES	Presión Normal	Presión frontera	HAS 1	HAS 2	HAS 3
Sin otros factores de riesgo. (1)*	Promedio	Promedio	Bajo	Moderado	Alto
1 o 2 factores de riesgo.	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Muy alto
3 o más factores de riesgo. Daño orgánico subclínico. (2)*	Moderado	Alto	Alto	Alto	Muy alto
Daño orgánico establecido. (3)* o Diabetes.	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto

***ELEMENTOS PARA LA ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LA HAS**

(1) Factores de riesgo	(2) Daño orgánico subclínico	(3) Daño orgánico establecido
Hombre > 55 años	Hipertrofia del VI	Enfermedad vascular cerebral isquémica o hemorrágica
Mujer > 65 años	Grosor íntima/media carotídea > 0.9 mm. o ateroma	Cardiopatía isquémica
Tabaquismo	Creatinina H 1.3 a 1.5 mg/dl; M 1.2 a 1.4 mg/dl	Insuficiencia cardíaca
Dislipidemias: c total > 240, c-LDL con riesgo bajo > 160 con riesgo moderado > 130 con riesgo alto > 100 c-HDL < 40	Microalbuminuria	Nefropatía diabética
Historia familiar de enfermedad cardiovascular: H < 55 años, M < 65 años		Insuficiencia renal: creatinina: H > 1.5 mg/dl; M > 1.4 mg/dl
Obesidad abdominal: H ≥ 90 cm M ≥ 80 cm		Retinopatía IV
Vida sedentaria		Insuficiencia arterial periférica
		Diabetes mellitus

PROBABILIDAD DEL RIESGO

Magnitud del Riesgo	a) % de probabilidad de enfermedad cardiovascular a 10 años	b) % de probabilidad de muerte a 10 años
Bajo	< 15	< 4
Moderado	15 a 20	4 a 5
Alto	20 a 30	5 a 8
Muy alto	> 30	> 8

6.3. Clasificación etiológica.

6.3.1 Primaria o Esencial: Se presenta en la mayor parte de los casos, no hay una causa orgánica identificable; entre otros mecanismos participan la herencia, alteraciones en el sistema nervioso simpático, el volumen sanguíneo, el gasto cardíaco, las resistencias arteriolares periféricas, el sistema renina-angiotensina-aldosterona, la sensibilidad al sodio y la resistencia a la insulina.

6.3.2 Secundaria: Se identifica una causa orgánica, que puede ser:

6.3.2.1 Renal: glomerulopatías, tubulopatías y enfermedades intersticiales.

6.3.2.2 Vascular: Coartación de la aorta, hipoplasia de la aorta, renovascular, trombosis de la vena renal, arteritis.

6.3.2.3 Endocrina: Enfermedades de la tiroides o de la paratiroides, aldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma.

6.3.2.4 Del Sistema Nervioso Central: Tumores, encefalitis, apnea del sueño.

6.3.2.5 Físicas: Quemaduras.

6.3.2.6 Inducidas por medicamentos: Esteroides suprarrenales, antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores de la ciclooxigenasa 2, anfetaminas, simpaticomiméticos, anticonceptivos orales, ciclosporina, eritropoyetina, complementos dietéticos.

6.3.2.7 Inducidas por tóxicos: Cocaína, orozuz (regaliz), plomo.

6.3.2.8 Inducidas por el embarazo: Incluye pre-eclampsia y eclampsia.

7. Prevención Primaria

7.1 La hipertensión arterial puede ser prevenida; en caso contrario, es posible retardar su aparición.

7.2 Por tanto, los programas para el control de esta enfermedad, deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria.

7.3 La estrategia para la prevención primaria tiene dos vertientes: una dirigida a la población general y otra, a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

7.4 Prevención de la hipertensión arterial entre la población general.

7.4.1 Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular; la reducción del consumo de alcohol y de sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada.

7.4.1.1 Control de peso, el IMC recomendable para la población general es >18 y <25 .

7.4.1.1.1 El control de peso se llevará a cabo mediante un plan de alimentación y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas; utilizar los criterios específicos en la Ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas para el uso de medicamentos en el control de peso.

7.4.1.2 Actividad física.

7.4.1.2.1 La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra el aumento de la PA.

7.4.1.2.2 En el caso de personas con escasa actividad física o vida sedentaria se recomienda incorporar la práctica de actividad física hasta alcanzar durante 30 minutos, la mayor parte de los días de la semana o bien incrementar las actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc.). Se recomienda ejercicio de intensidad leve a moderada, de naturaleza rítmica, que se realizará en forma continua durante la sesión de ejercicio y que utiliza grandes grupos musculares, como son la caminata a paso vigoroso, trote, carrera, ciclismo, natación, gimnasia rítmica y baile, 30 minutos de sesión aeróbica hasta alcanzar 5 días a la semana.

7.4.1.3 Consumo de sal.

7.4.1.3.1 Debe promoverse reducir el consumo de sal cuya ingestión no deberá exceder de 6 g/día (2.4 g de sodio). En los adultos mayores hipertensos se promoverá reducir el consumo de sal ya que están comprobados sus beneficios y la restricción sódica suele ser una estrategia de control de la presión arterial más eficaz que en los adultos jóvenes. Sin embargo, la restricción de sodio no debe ser siempre estricta ya que el adulto mayor tiene un riesgo aumentado de desarrollar hiponatremia el cual aumenta con la edad, debido a que va perdiendo la capacidad de excretar agua libre, comportándose como un nefrópata perdedor de sodio. En el adulto mayor la ingesta de sodio en 24 hrs es similar a la del joven.

7.4.1.3.2 Debido a la elevada utilización de sal en la preparación y conservación de alimentos, en particular de los procesados industrialmente, la población deberá ser advertida para que reduzca, en la medida de lo posible, su ingestión.

7.4.1.4 Consumo de alcohol.

7.4.1.4.1 La recomendación general es evitar o, en su caso, moderar el consumo de alcohol. Si se consume de manera habitual, no deberá exceder de 30 ml de etanol (dos copas) al día; las mujeres y hombres de talla baja deberán reducir este consumo, a la mitad.

7.4.1.5 Dieta recomendable.

7.4.1.5.1 Debe promoverse un patrón de alimentación, también recomendable para la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, afecciones cardiovasculares y diversas formas de cáncer.

7.4.1.5.2 Los lineamientos de una alimentación saludable para personas con enfermedades crónicas se describen en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, entre los que destaca la moderación en el consumo de alimentos de origen animal, colesterol, grasas saturadas y azúcares simples.

7.4.1.5.3 Específicamente, en relación con la PA debe promoverse el hábito de una alimentación que garantice la adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante un adecuado consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados conforme a lo establecido en el Apéndice Normativo A de esta Norma.

7.4.1.6 Tabaquismo.

7.4.1.6.1 Por tratarse de uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia, deberá suprimirse o evitarse.

7.4.2 Promoción de la salud.

7.4.2.1 La adopción y fortalecimiento de estilos de vida saludables necesarios para prevenir o retrasar la aparición de la hipertensión arterial dentro de la población general serán impulsados mediante acciones de promoción de la salud.

7.4.2.2 La Promoción de la Salud se llevará a cabo entre la población general, mediante actividades de educación para la salud, de participación social y comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo.

7.4.2.3 Educación para la salud.

7.4.2.3.1 La Secretaría de Salud establecerá, en coordinación con las instituciones educativas, programas de información a la población estudiantil sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles frecuentes, entre éstas, la hipertensión arterial.

7.4.2.3.2 Se llevarán a cabo acciones educativas, principalmente entre niños, jóvenes y padres de familia, para favorecer aquellos cambios de actitud que auxilien a la prevención de la HAS.

7.4.2.3.3 Las acciones educativas se intensificarán entre los grupos de alto riesgo con objeto de fortalecer la responsabilidad individual y colectiva en el autocuidado de la salud.

7.4.2.3.4 Se promoverá la adopción de conductas correctas como la práctica de ejercicio y una alimentación saludable, principalmente entre las personas con exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sodio y alcohol, ingesta insuficiente de potasio, PA fronteriza y mayores de 65 años de edad.

7.4.2.3.5 La educación para la salud y otras acciones específicas para la prevención de la hipertensión arterial deberán ser fortalecidas, principalmente en el primer nivel de atención, así como entre los profesionales de la salud dedicados al cuidado general de las personas.

7.4.2.3.6 Se deberá de implementar un programa básico que promueva entre la población hábitos de vida saludable, que aproveche el impulso favorable que ha generado en los años recientes la conciencia sobre la trascendencia de este problema, para potenciar las acciones que han puesto en práctica instituciones de salud, organismos públicos y algunas empresas y asociaciones civiles.

7.4.2.4 Participación Social.

7.4.2.4.1 Se impulsará la participación de las autoridades municipales y comunitarias, así como de grupos y organizaciones sociales para promover la adopción de estilos de vida saludables, particularmente entre los grupos de mayor riesgo.

7.4.2.4.2 Mediante la colaboración con organizaciones públicas y privadas, en particular con la industria alimentaria y organizaciones de establecimientos dedicados a la venta de alimentos, se establecerán acciones permanentes para ofrecer al público alimentos saludables que contribuyan a la prevención y al control de la hipertensión arterial.

7.4.2.4.3 Mediante la coordinación de acciones con las instituciones y dependencias públicas y privadas, así como con las asociaciones de profesionales relacionados con las actividades físicas, el deporte y la educación física, se promoverán estas actividades entre la población en general.

7.4.2.4.4 Se fortalecerá la coordinación con asociaciones de profesionales de la comunicación para planear y ejecutar campañas educativas tendientes a desarrollar estilos de vida saludables.

7.4.2.5 Comunicación Social.

7.4.2.5.1 La población general habrá de ser amplia y oportunamente informada mediante los medios de comunicación social sobre los factores de riesgo que deben ser modificados.

7.4.2.5.2 En los mensajes al público se hará énfasis que el control de estos factores contribuye a la prevención y control de otras importantes enfermedades crónicas.

7.4.2.5.3 Los servicios públicos de salud con el apoyo de los servicios de salud privados efectuarán campañas para educar a la población sobre la prevención de esta enfermedad.

7.4.2.5.4 Promover procesos que modifiquen actitudes tendientes a mejorar la salud individual, familiar y colectiva en la materia de diabetes.

7.4.2.5.5 Promover el desarrollo de factores protectores para el control de esta enfermedad, como son el control de peso, práctica de actividad física y una alimentación saludable de acuerdo a las características de las regiones donde viven.

7.5 Prevención de la HAS entre los individuos de alto riesgo.

7.5.1 Los individuos con exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sal y/o de alcohol, insuficiente ingesta de potasio, PA fronteriza, antecedentes familiares de HAS y de los 65 años de edad en adelante, integran el grupo en mayor riesgo de llegar a desarrollar HAS.

7.5.2 Las personas identificadas en situación de alto riesgo deben ser informadas de tal situación, y apoyadas para efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida.

7.5.3 La prevención específica de HAS debe formar parte de las actividades de prestación de servicios de salud, particularmente en el primer nivel de atención, así como de los profesionales de la salud dedicados al cuidado general de las personas y sus familias.

7.5.4 La participación de otros miembros debidamente capacitados del equipo de salud como los nutricionistas, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y profesionales del deporte son de gran importancia para auxiliar a los individuos en alto riesgo.

8. Detección

8.1 El objetivo de la detección es identificar a todo individuo adulto que esté en riesgo de presentar PA fronteriza o HAS.

8.2 La detección de HAS se llevará a cabo cada tres años a la población de adultos que acuden a las instituciones de salud, tanto públicas como privadas. Se promoverá a través de los medios de comunicación para que acudan a los servicios del Sistema Nacional de Salud. Así mismo en forma de campaña entre la población general en el ámbito comunitario y en los sitios de trabajo con prioridad de los hombres y los adolescentes pues son los que menos acuden a los servicios de salud.

8.3 Medición de la presión arterial:

8.3.1 La toma de la PA se efectuará de conformidad con los procedimientos que se describen en el Apéndice Normativo F.

8.3.2 Preferentemente, se utilizará un esfigmomanómetro de columna de mercurio; también puede emplearse un esfigmomanómetro anerode calibrado. Estos equipos se calibrarán dos veces al año. Se pueden emplear esfigmomanómetros electrónicos que registren sobre la arteria humeral y que ya hayan sido aprobados por organismos reguladores internacionales. No se recomiendan los que se aplican sobre la muñeca o de dedal.

8.4 El valor de la presión arterial sistólica y diastólica que se registre, corresponderá al promedio de por lo menos dos mediciones hechas con un intervalo mínimo de dos minutos.

8.5 A los individuos con presión arterial óptima o con presión normal y sin factores de riesgo se les invitará a practicarse la detección cada tres años y se les orientará en el sentido de adoptar o reforzar estilos de vida que contribuyan a prevenir la HAS. Si por algún motivo acuden a los servicios de salud o si su médico lo considera pertinente, se les podrá tomar la presión arterial con intervalos más breves.

8.5.1 Los factores de riesgo no modificables que incrementan la probabilidad de presentar hipertensión arterial son tener padres hipertensos y edad mayor de 50 años; los factores modificables son sobrepeso, obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de sal y de alcohol, estrés psicológico en ámbito familiar o laboral.

8.6 A los individuos con presión arterial normal, con factores de riesgo o fronteriza, se les invitará a seguir un tratamiento conductual adecuado a fin de reducir la presión arterial.

8.7 Los individuos que en el momento de la detección muestren una presión arterial ≥ 140 mm de Hg y/o ≥ 90 mm de Hg invariablemente deberán recibir la confirmación diagnóstica.

8.8 A los individuos de 65 años de edad en adelante se les medirá dos veces al año la PA.

8.9 Los individuos a quienes se les practique la detección de HAS deberán recibir una intervención de tipo preventivo y serán enviados a confirmación diagnóstica o tratamiento según el nivel de riesgo identificado.

9. Diagnóstico

9.1 El paciente con sospecha de HAS en el examen de detección deberá acudir a confirmación diagnóstica sin medicación antihipertensiva y sin cursar alguna enfermedad aguda.

9.2 Se considera que una persona tiene HAS si la presión arterial corresponde a la clasificación señalada en el inciso 6.1 de esta Norma.

9.3 El diagnóstico se basa en el promedio de por lo menos tres mediciones realizadas en intervalos de tres a cinco minutos dos semanas después de la detección inicial, con cifras igual o superior a las consideradas en el inciso 3.15.

9.4 Cuando la PA sistólica y diastólica se ubican en diferentes etapas de HAS se utilizará el valor más alto para clasificarlo.

9.5 Si no se confirma el diagnóstico de HAS los individuos con PA óptima o normal serán estimulados a efecto de mantener estilos de vida saludables. Aquellos pacientes con PA fronteriza serán enviados a recibir tratamiento conductual con el fin de reducir los niveles de PA al óptimo.

10. Estudio

10.1 A la confirmación diagnóstica el paciente requiere tener una historia clínica completa que incluya los datos necesarios para la clasificación del riesgo así como, la valoración del fondo del ojo, así como los exámenes de laboratorio y gabinete, señalados en los incisos.

10.1.1 En el adulto mayor se presenta el fenómeno de pseudohipertensión arterial consecuencia del “endurecimiento” de las arterias de gran y mediano calibre en especial de las capas íntima y media, debido al aumento y modificación del colágeno y la elastina vascular. Diversos factores de crecimiento vascular empeoran esta situación dependiente de la edad, lo que clínicamente puede apreciarse por el aumento de la onda y velocidad del pulso. Para evitar en la medida de lo posible sobrediagnosticar hipertensión arterial en el adulto mayor se sugiere verificar en estado de reposo y en varias ocasiones la presión arterial, así como complementar el estudio del paciente con estudio de fondo de ojo, electrocardiograma estándar de 12 derivaciones para documentar crecimiento ventricular izquierdo o sobrecarga sistólica.

10.2 Exámenes de laboratorio y gabinete:

10.2.1 Indispensables:

Hemoglobina y hematocrito

Acido úrico

Creatinina

Examen general de orina

Glucosa sérica

Perfil de lípidos: colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicéridos

Potasio y sodio séricos

Electrocardiograma

De acuerdo a disponibilidad: Ecocardiograma

10.2.2 Opcionales:

Ecocardiograma

Microalbuminuria

Monitoreo ambulatorio de la presión arterial

Radiografía PA de tórax

Ultrasonido carotídeo

10.2.3 Especiales:

Los que se requieran por:

HAS complicada: estudios de cerebro, corazón o riñones.

Sospecha de HAS secundaria.

11. Tratamiento y control

11.1 El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa, las especificaciones del mismo se especifican en la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial, que emite el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

11.2 En el primer nivel de atención se prestará tratamiento a los pacientes con HAS que tengan riesgo bajo o medio.

11.3 Los casos de HAS con riesgo alto y muy alto, con complicaciones cardiovasculares, HAS secundaria, HAS resistente y los casos de HAS asociada al embarazo, como la enfermedad hipertensiva del embarazo, serán referidos al especialista para su atención y en las instituciones públicas de salud al segundo Nivel de Atención.

11.4 También serán referidos al especialista los casos con padecimientos concomitantes, que interfieran con la HAS, los que inicien la enfermedad antes de los 20 o después de los 50 años, y en general, todos aquellos pacientes, que el médico de primer contacto así lo juzgue necesario.

11.5 El médico, con apoyo del equipo de salud, tendrá bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente, el cual deberá ser adecuadamente registrado en el expediente clínico conforme a lo establecido en la NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

11.6 El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el tratamiento conductual, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, y la vigilancia de complicaciones. Es recomendable incluir estudios de bioimpedancia o cardiografía para ajuste de tratamiento en pacientes en descontrol de su hipertensión.

11.7 Metas

11.7.1 La meta principal del tratamiento consiste en lograr una PA <140/90, en el caso de las personas con diabetes o enfermedad cardiovascular establecida, mantener una PA <130-80 y, en presencia de proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal, < 125/75.

11.7.2 Otras metas complementarias para la salud cardiovascular son mantener un IMC <25; colesterol <200 mg/dl; evitar o suprimir el tabaquismo y disminuir el consumo excesivo de sodio y alcohol.

11.7.3 Los criterios para evaluar el nivel de cumplimiento de las metas de tratamiento aparecen en el Apéndice Normativo H.

11.8 A todos los pacientes se les ofrecerá de inicio y ulteriormente el tratamiento conductual.

11.9 El tratamiento farmacológico se indicará de inmediato de acuerdo a la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial.

11.10 El manejo conductual consiste en mantener el control de peso, realizar actividad física de manera suficiente, restringir el consumo de sal y de alcohol, llevar a cabo una ingestión suficiente de potasio, así como una alimentación idónea.

11.10.1 Control de peso.

11.10.1.1 Para lograr la meta del control de peso, se promoverán la actividad física y la alimentación idónea, de manera individualizada, sin el uso de anfetaminas en el control de peso.

11.10.2 Actividad física, si el paciente tiene un estilo de vida sedentario, se le prescribirá un programa de ejercicio.

11.10.2.1 El programa de ejercicio se desarrollará de acuerdo con los lineamientos descritos en el inciso 7.4.1.2 y según las guías técnicas para el cumplimiento de esta Norma, de acuerdo a las indicaciones del médico tratante.

11.10.3 Consumo de sal.

11.10.3.1 Para el control de este factor de riesgo se cumplirán los criterios indicados en el inciso 7.4.1.3. El control respecto a la ingestión de esta sustancia formará parte de las metas de tratamiento.

11.10.4 Consumo de alcohol.

11.10.4.1 Para el control de este factor de riesgo se aplicarán los criterios indicados en el inciso 7.4.1.4.1.

11.10.5 Alimentación idónea.

11.10.5.1 Para este efecto se emplearán los criterios señalados en el inciso 7.4.1.5.

11.10.6 Tabaquismo.

11.10.6.1 Todo paciente fumador deberá ser instruido acerca de la necesidad de iniciar la disminución de este hábito hasta su abandono; en caso necesario y con el consentimiento del paciente será enviado a centros especializados en el control de esta adicción.

11.10.7 Educación del paciente.

11.10.7.1 El control de la hipertensión arterial requiere la modificación de los factores de riesgo anteriormente señalados y, en su caso, una rigurosa adherencia al tratamiento farmacológico. Para tal propósito es indispensable incorporar la educación del enfermo como parte del tratamiento.

11.10.7.2 El paciente será debidamente informado acerca de los aspectos básicos de la hipertensión arterial y sus complicaciones, factores de riesgo, manejo no conductual, componentes y metas del tratamiento, prevención de complicaciones, y la necesidad de adherencia al tratamiento.

11.10.7.3 La persona con presión arterial normal y fronteriza, también debe ser sujeto de educación para establecer los cambios necesarios en su estilo de vida.

11.10.7.4 Con el propósito de propiciar el autocuidado, así como facilitar la educación y la adopción de estilos de vida saludables, se fomentará la participación de los pacientes en los grupos de ayuda mutua existentes en las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud.

11.10.7.5 Grupos de Ayuda Mutua.

11.10.7.5.1 Con el propósito de incorporar y crear redes de apoyo social y la incorporación de manera activa de las personas con hipertensión arterial en el autocuidado de su padecimiento, facilitar y promover su capacitación, se fomentará la creación de grupos de apoyo y ayuda mutua en las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud, así como en centros de trabajo, escuelas y otras organizaciones de la sociedad civil. Deben estar supervisadas o dirigidas por un profesional de la salud capacitado.

11.10.7.5.2 Los grupos de apoyo o de ayuda mutua deben servir para educar, estimular la adopción de estilos de vida saludables como actividad física, alimentación correcta, automonitoreo y cumplimiento de las metas del tratamiento y control.

11.10.7.5.3 El profesional de la salud responsable de estos grupos, deberá vigilar que sus actividades se desarrollen de conformidad con los lineamientos establecidos en la presente Norma.

11.10.7.5.4 Estos grupos deben cumplir los objetivos para los que fueron creados, debiendo evaluar los indicadores de desempeño correspondientes.

11.11 Tratamiento farmacológico.

11.11.1 Aspectos generales.

11.11.1.1 El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, de acuerdo con el cuadro clínico, tomando en cuenta el modo de acción, las indicaciones y las contraindicaciones, los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, las enfermedades concomitantes y el costo económico; de acuerdo a la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial.

11.11.2 Aspectos específicos.

11.11.2.1 Pacientes mayores de 65 años.

11.11.2.1.1 Algunos adultos mayores pueden presentar seudohipertensión, por lo que la PA se tomará con especial cuidado hasta descartar esta condición.

11.11.2.1.2 La meta del tratamiento debe ser la misma que en pacientes de menor edad, aunque puede establecerse una meta transitoria <160 mmHg en pacientes con hipertensión sistólica muy elevada, a fin de evitar efectos indeseables como por ejemplo hipotensión ortostática.

11.11.2.1.3 Se iniciará el control con tratamiento conductual especialmente mediante reducción de la ingestión de sal, control de peso, actividad física y disminución del consumo de alcohol.

11.11.2.1.4 La dosis se ajustará gradualmente hasta llegar a las metas recomendadas.

11.11.2.1.5 A fin de valorar la presencia de hipotensión ortostática, la PA debe registrarse en tres posiciones: supina, sentado y de pie. Los ajustes terapéuticos se realizarán con los valores obtenidos estando el paciente de pie.

11.11.3 Hipertensión durante el embarazo.

11.11.3.1 Se considera que una mujer tiene HAS crónica, si ésta ha sido identificada antes del embarazo o si es diagnosticada antes de la semana 20 de la gestación.

11.11.3.2 Se insistirá en el control del peso y en la reducción del consumo de sal.

11.11.3.3 Cuando la HAS se diagnostique por primera vez a partir de la semana 20 de la gestación, y en caso de que no sea posible su cuidado por parte del especialista, deberá de seguir las recomendaciones de la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial.

11.11.4 Diabetes.

11.11.4.1 Para los casos en que el paciente padezca además diabetes, el tratamiento inicial debe basarse en la terapia conductual, especialmente el control de peso. A fin de lograr una reducción por abajo de 130/80 mmHg se deberá proporcionar tratamiento conforme se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, utilizando la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial.

11.11.4.2 Con el propósito de detectar disfunción del sistema nervioso autónomo e hipotensión ortostática, la PA deberá medirse al paciente en posición supina, de sentado y de pie. La cifra para normar la conducta terapéutica, corresponde a la medición de pie.

11.11.5 Dislipidemias.

11.11.5.1 Como el tratamiento conductual constituyen el manejo inicial, debe ponerse énfasis en el control de peso, la reducción del consumo de grasas saturadas, colesterol, sal y alcohol, así como en el aumento de la actividad física; para la parte farmacológica utilizar la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial.

12. Urgencias hipertensivas

12.1 Las urgencias hipertensivas son situaciones extremas infrecuentes, que requieren reducción inmediata de la PA, para prevenir o limitar el daño al órgano blanco.

12.2 Las urgencias hipertensivas por su gravedad no corresponden al primer nivel de atención.

12.3 En el primer nivel de atención sólo se atenderán urgencias hipertensivas si no es posible hacer la referencia inmediata al especialista o al segundo nivel, utilizando la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial.

12.4 La sola elevación de la PA, en ausencia de síntomas o de daño a órgano blanco, no se considera como urgencia. El uso de nifedipino sublingual no debe realizarse, por el riesgo de provocar eventos isquémicos, de tipo cerebral y miocárdico.

13. Manejo de la HAS asociada a condiciones especiales

Estos pacientes deben de ser ingresados en una Unidad de Cuidados Coronarios o Unidad de Cuidados Intensivos con monitoreo constante.

13.1 Hipertensión en pacientes con infarto agudo del miocardio.

13.1.1 La meta es mantener una PA <130/80 mmHg tanto durante el evento agudo como para la prevención secundaria.

13.2 Hipertensión en pacientes con evento vascular cerebral.

13.2.1 La meta es mantener una PA <140/90 mmHg con una PAM entre 90 y 110 mmHg durante el evento agudo.

13.2.2 La meta es mantener una PA <130/80 mmHg para la prevención secundaria.

13.3 Hipertensión en pacientes con disección aguda de la aorta.

13.3.1 La meta es mantener la presión arterial y la frecuencia cardiaca lo más bajas posible que pueda tolerar la perfusión sistémica.

13.3.2 Considerar la cirugía de acuerdo al caso, ya sea urgente o programada.

14. Nutrición

14.1 Evaluación del estado de nutrición del paciente que incluya antecedentes de hábitos de alimentación, ejercicio, heredo-familiares de enfermedades crónicas, evaluación antropométrica, bioquímica, clínica y dietética para dimensionar las proporciones del problema.

14.2 Las variables antropométricas que desde el punto de vista nutricional deben evaluarse son estatura, peso corporal, índice de masa corporal (IMC) y circunferencia abdominal.

14.3 Se determinará el gasto energético basal (GEB) a partir de la fórmula de Harris- Benedict utilizando el peso actual del paciente, como lo establece el algoritmo del Apéndice Normativo C.

14.4 El Gasto energético total (GET) se estimará a partir de la suma del GEB, del cual el 10% corresponderá al efecto térmico de los alimentos; el nivel de actividad física del paciente se ponderará de acuerdo al Apéndice Normativo D.

14.5 En pacientes con sobrepeso y obesidad se recomienda reducir del 5-10% del peso corporal inicial durante el tratamiento en seis meses con una pérdida semanal de 0.5 kg a 1 kg. En el plan de alimentación correspondiente se hará una restricción de 300-500 kilocalorías de acuerdo al requerimiento actual del paciente.

14.6 Una vez que el paciente haya alcanzado el peso esperado, se implementa un plan de alimentación y ejercicio para el mantenimiento del peso corporal logrado (aproximadamente un año de duración).

14.7 Para la realización del plan de alimentación la distribución de nutrimentos será: 55-60% de hidratos de carbono (no más de 5% de azúcares simples), del 20-25% de grasa (6% de grasa saturada < 1% grasa trans), 10-15% de proteína (personas con daño renal 0.8g/kg/día), < 200 mg de colesterol, 4,700 mg de potasio, 1,250 mg de calcio, 500 mg de magnesio y 14 g por cada 1000 kcal/ día de fibra.

14.8 Limitar la sal a < 5 gramos al día (2,000 mg de sodio) escogiendo alimentos bajos en sal y limitar la cantidad de sal añadida a los alimentos, de conformidad con los apéndices normativos A y B, y establecer hábitos de actividad física, como lo señala el Apéndice Normativo D.

14.9 Incluir en el plan de alimentación una variedad de frutas con cáscara, verduras (crudas de preferencia) por su aporte de vitaminas, antioxidantes y minerales; cereales integrales; leguminosas, pescado, lácteos descremados pollo, y carnes magras.

14.10 Evitar los alimentos fritos, capeados y empanizados y preferir aquellos que se encuentren asados, a la plancha, al vapor y horneados.

14.11 Limitar el consumo de alimentos altos en grasa saturada, ácidos grasos trans (alimentos industrializados que para su elaboración utilizan grasas parcialmente hidrogenadas) y colesterol, conforme al Apéndice Normativo B.

14.12 Recomendar el consumo de 1 a 2 litros de agua al día, de acuerdo a factores como el clima, edad y actividad física.

15. Vigilancia epidemiológica

15.1 La notificación de los casos de hipertensión arterial diagnosticados bajo los procedimientos de esta Norma deberán efectuarse conforme a las disposiciones aplicables en materia de información para la vigilancia epidemiológica conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

16. Concordancia con Normas Mexicanas e Internacionales

No es equivalente a ninguna Norma Oficial Mexicana; concuerda con los siguientes lineamientos nacionales e internacionales:

16.1 European Society of Hypertension, European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* 2007;28:1462-1536.

16.2 Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Six Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute, 1997.

16.3 OPS La Hipertensión Arterial como Problema de Salud Comunitaria. Serie Paltex No. 3. 1984.

16.4 Prevención en la Niñez y en la Juventud de las Enfermedades Cardiovasculares. Informe de un comité de expertos. OMS 1986.

16.5 World Health Organization, International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. 1999.

17. Bibliografía

17.1 Aguilar-Salinas CA, Mehta R, Rojas R, Gómez-Pérez FJ, Olaiz G, Rull JA. Management of the metabolic syndrome as a strategy for preventing the macrovascular complications of type 2 diabetes: controversial issues. *Current Diabetes Reviews* 2005;1: 145-158.

17.2 Alcocer L, Parra JZ, Hernández HH. Versión minimalista del tratamiento antihipertensor. *Rev Mex Cardiol* 2008; 19 (1):3-6.

17.3 American Dietetic Association: Use of nutritive and nonnutritive sweeteners (Position statement). *J Am Diet Assoc.* 1993;93: 816-21.

17.4 Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, et al. For the DASH Collaborative Research Group. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med* 1997;336:1117-1124.

17.5 Barrigete-Meléndez JA., Aguilar-Salinas CA, Barquera S, Pérez A, Lara A, Hernández-Avila M, Córdova- Villarreal JA. Motivación y Adherencia al Tratamiento a Largo Plazo. Enfermedad Crónica: Dislipidemias ALGORRITMO 1 Conocer. 2 Hacer y 3 Evaluar. En: S Barquera e I Campos (Eds) Dislipidemias, epidemiología, evaluación y adherencia y tratamiento. Cuernavaca, México INSP. 2007: en prensa.

17.6 Burt VL, Cutler JA, Higgins M, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population: data from the health examination surveys, 1960 to 1991. *Hypertension* 1995;26:60-69.

17.7 III Consenso Nacional de Hipertensión Arterial Sistémica, *Rev Mex Cardiol* 2005; 16(1): 5-47.

17.8 Córdova-Villalobos JA, Barrigete-Melendez, JA, Lara-EsquedaA, Barquera S, Rosas PM, Hernández AM, León-May ME, Vivanco JA Aguilar-SC. Las enfermedades crónico-degenerativas: un reto al sistema de salud con alternativas de solución, la "prevención clínica".

17.9 Du X Cruickshank K, McNamee R, et al. Case control study of stroke and the quality of hypertension control in Northwest England. *BMJ* 1997;314:272-276.

17.10 European Society of Hypertension, European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* 2007;28:1462-1536.

17.11 Guía de ejercicios para la prevención de padecimientos crónico degenerativos para personas de 51 a 70 años. Secretaría de Salud. Salud 2000. Promoción de la Salud. p. 39.

17.12 Guyatt GH, Sackett DI, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Hayward R, Cook DJ, Cood RJ. For the medical literature. IX. A method for grading health care recommendations JAMA 1995;274:1800-1804.

17.13 Hall WD, Ferrario CM, Moore MA, et al. Hypertension-related morbidity and mortality in the Southeastern United States. Am J Med Sci 1997;313: 195-206.

17.14 Haynes RB, et al. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. Lancet 1996;348:383-386.

17.15 Hernández-y-Hernández H, Meaney-Mendiola E, Navarro-Robles J. III Consenso Nacional de Hipertensión Arterial Sistémica, Rev Mex Cardiol 2005; 16(1): 5-47.

17.16 Kaplan N. Clinical hypertension. Baltimore Md. USA Williams and Wilkins (6a edition) 1994.

17.17 Lara Esqueda A, Aroch Calderón A, Jiménez RA, Arceo Guzmán M, Velázquez Monroy O. Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. Archivos de Cardiología de México. 2004; 74 (4): 330-336.

17.18 Lazarus JM, Bourgoignie JJ, Buckalew VM, et al. For the Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Achievement and safety of a low blood pressure goal in chronic renal disease: the Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Hypertension 1997;29:641-650.

17.19 Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KKL. The progression from hypertension to congestive heart failure. JAMA 1996;275:1557-1562.

17.20 Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. México.

17.21 Ley General de Salud. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. México.

17.22 Luepker RV, McGovern PG, Sprafka JM, Shahar E, Doliszny KM, Blackburn H. Unfavorable trends in the detection and treatment of hypertension: the Minnesota Heart Survey (abstract). Circulation 1995; 91:938.

17.23 Manual de todo corazón. Ejercicios para la prevención de afecciones cardiovasculares e hipertensión arterial para personas de 30 a 50 años de edad. Secretaría de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. p. 26.

17.24 Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. 2005 Oscar Velázquez Monroy, Fernando S Barinagarrementeria Aldatz, Alberto Francisco Rubio Guerra, Juan Verdejo, Miguel Angel Méndez Bello, Rafael Violante, Abel Pavía, Ricardo Alvarado-Ruiz, Agustín Lara Esqueda. Vol. 77 Número 1/Enero-Marzo 2007:31-39 Archivos de Cardiología de México.

17.25 MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of mild hypertension. Principal results. BMJ 1985;291:97-104.

17.26 National High Blood Pressure Education Program. Working Group Report on Primary Prevention of Hypertension. US. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health; NIH Publication No 93-2669; 1993.

17.27 National Heart, Lung, and Blood Institute. The Sports Guide: NHLBI Planning Guide for Cardiovascular Risk Reduction Projects at Sporting Events. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; NIH publication No. 95-3802; 1995.

17.28 National High Blood Pressure Education Program Working Group. National High Blood Pressure Education Program working group report on hypertension in the elderly. Hypertension 1994; 23:275-285.

17.29 Neaton JD, Grimm RH Jr, Prineas RS, et al. For the Treatment of Mild Hypertension Study Research Group. Treatment Mild Hypertension Study: Final Results. JAMA 1993;270: 713-724.

17.30 Neispeira Blanco A. 1000 ejercicios de preparación física. Vol. 1. 2a Edición p. 204. Lleida, España.

17.31 Nesselroad JM, Flacco VA, Phillips DM, Kruse J. Accuracy of automated finger blood pressure devices. Fam Med 1996;28:189-192.

17.32 Noyes MA. Pharmacotherapy for elderly women. J Am Med Women's Assoc 1997;52: 138-158.

17.33 Pickering T. For an American Society of Hypertension ad hoc Panel. Recommendations for the use of home (self) and ambulatory blood pressure monitoring. Am J Hypertens 1995; 9:1-11.

17.34 Prisant LM, Alpert BS, Robbins CB, et al. American National Standard for nonautomated sphygmomanometers: summary report. Am J Hypertens 1995;8:210-213.

17.35 Proyecto Muévete. Manual del personal de salud. Evaluación y orientación referente a la actividad física. OPS/OMS Centros para la prevención y control de enfermedades de E.U.A.

17.36 Rojas R, Aguilar-Salinas CA, Gómez-Pérez FJ, Valles V, Franco A, Olaiz G, Sepúlveda J, Rull J. Applicability of the National Cholesterol Education Program III (NCEP-III) Guidelines for treatment of dyslipidemia in a non-Caucasian population: A Mexican Nation- Wide Survey. *Revista de Investigación Clínica* 2005;57:28-37.

17.37 Rosas-Peralta M, Lara-Esqueda A, Pastelin-Hernández G, Velázquez-MO, Martínez-Reding J, Méndez-Ortiz A et al. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los factores de riesgo cardiovascular. Cohorte nacional de seguimiento. *Arch Cardiol Mex.* 2005; 75:96-111.

17.38 Samperio J. Actividad Física y deporte en el adulto mayor. Bases fisiológicas. Edit. Masson Doyma. México, 1a. Edición.

17.39 Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud. 2007-2012. Disponible en:

http://www.alianza.salud.Gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

17.40 Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes tipo 2. DGE-SS 2004-2006.

17.41 Stamler J, Stamler R, Neaton JD. Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risks. US population Data. *Arch Intern Med* 1993, 153: 598-615.2004. p.p 121.

17.42 Stamler J, Caggiula AW, Grandits GA. Chapter 12. Relation of body mass and alcohol, nutrient, fiber, and caffeine intakes to blood pressure in the special intervention and usual care groups in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Clin Nutr* 1997;65 (suppl):338S-365S.

17.43 The CDC Diabetes Cost-effectiveness Group. Cost-effectiveness of intensive glycemic control, intensified hypertension control, and serum cholesterol reduction for type 2 diabetes. *JAMA* 2002;287:2542-2551.

17.44 Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high normal blood pressure: the Trials of Hypertension Prevention, phase II *Arch Intern Med* 1997;157:657-667.

17.45 Tsuji I, Imai Y, Nagai K, et al. Proposal of reference values for home blood pressure measurement: prognostic criteria based on a prospective observation of the general population in Ohasama, Japan. *Am J Hypertens* 1997, 10:409-418.

17.46 Whelton PW, Applegate WB, Ettinger WH, et al. Efficacy of weight loss and reduced sodium intake in the Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). (Abstract) *Circulation* 1996; 94 (suppl. I): 1-178.

17.47 WHO Expert Committee on Hypertension Control. Hypertension Control: Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 862, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1996.

17.48 Winberg N, et al. 24-H ambulatory blood pressure in 352 normal Danish subjects related to age and gender. *Am J Hypertens* 1995;8:978-986.

18. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus competencias, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

Las instituciones de atención médica pertenecientes al Sistema Nacional de Salud podrán solicitar, en cualquier momento, una evaluación de la conformidad, si así lo estiman pertinente.

19. Vigencia

Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 19 de agosto de 2009.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Mauricio Hernández Avila**.- Rúbrica.

20. Apéndices Normativos.**Apéndice Normativo A. Sistema de equivalentes. Composición promedio de los grupos de alimentos.****Recomendaciones:**

USAR POTENCIADORES DE SABOR COMO:

ACIDOS: Vinagre, limón (los asados de carne roja o blanca con limón potencian el sabor de las mismas e incluso un filete a la plancha gana en sabor).

ALIACEOS: Ajo, cebolla, cebolletas, puerros.

ESPECIAS: Pimienta, pimentón, curry, azafrán, canela, mostaza sin sal.

HIERBAS AROMATICAS: Hierbas frescas y secas o deshidratadas tales como: Albahaca, hinojo, comino, estragón, orégano, laurel, menta, perejil, romero y tomillo. Utilizando aceite con sabor, como el de oliva.

SAL Y SUS DIFERENTES TIPOS:

Emplee sal de bajo contenido de sodio (contiene la mitad de sodio que la sal común).

- Sal de cloruro potásico (carece de sodio y se ha de emplear tras el cocido, porque si no, se vuelve amarga).
- La sal de mesa es una sal de granos finos que a menudo contiene un ingrediente, como el silicato de calcio, que impide que se aterrone o apelmace. Se puede conseguir con yodo o sin yodo. Este tipo de sal se usa principalmente para cocinar y para salar en la mesa.
- La sal marina se comercializa en granos finos o gruesos y tiene un gusto levemente diferente por los otros minerales que contiene. La sal saborizada es una mezcla de sal que combina hierbas y otros condimentos. Por el agregado de ingredientes sabrosos, puede permitir el uso de una sal menos condimentada en comparación con otros tipos de sal. Por esa razón, se la puede denominar sal "dietética".
- Los sustitutos de la sal, a los que también se denomina sales dietéticas, generalmente reemplazan todo o parte del contenido de sodio con otro mineral, como el potasio o el magnesio.

Nota: 4 gramos de sal por día, equivale a 1.6 gramos de sodio diarios. (1 gramo de sal contiene 390 miligramos de sodio).

La OMS recomienda que las personas adultas no superen los 6 gramos de sal al día o lo que es lo mismo, 2.4 gramos de sodio diarios.

CONSEJOS PARA COMPRAR:

Las etiquetas de los alimentos en las latas, cajas, bolsas y otros empaques deben contener información acerca de la cantidad de sodio contenido en una porción.

Ejemplos:

Sin sodio o sin sal: menos de 5 miligramos por porción.

Muy bajo contenido de sodio: 35 mg o menos de sodio por porción. Cuando la porción sea menor o igual a 30 g el contenido de sodios debe ser menor o igual a 35 mg.

Bajo contenido de sodio: 140 mg o menos de sodio por porción. Cuando la porción sea menor o igual a 30 g, su contenido de sodio debe ser menor o igual a 140 mg.

Sodio reducido o menor contenido de sodio: Por lo menos 25 por ciento menos de sodio que la versión regular (o menor en relación al contenido de sodio del alimento original o de su similar)

Poco contenido de sodio: 50 por ciento menos de sodio que la versión regular (o menor en relación al contenido de sodio del alimento original o de su similar).

No salado o sin sal agregada: No se agrega sal al producto durante el procesamiento.

Tabla de Información Nutricional: Observe la cantidad de sodio por porción y el valor diario porcentual, que corresponde a 2.400 miligramos por día.

Se considera bajo: Si la cantidad de sodio por porción de alimento contiene 5 por ciento o menos del valor diario recomendado de sodio.

Se considera alto: Si contiene el 20 por ciento o más del valor diario.

ADITIVOS DESACONSEJADOS (CONTIENEN SODIO).

Alginato sódico: Helados, batidos de chocolate.

Benzoato sódico: Bebidas, jaleas, jugo y néctares de frutas, salsas.

Bicarbonato de sodio: Levadura, harina, confituras, sopa de tomate.

Caseinato de sodio: Helados y otros productos congelados.

Eritorbato de sodio: Carnes procesadas.

Fosfato disódico: Cereales, quesos, helado, bebidas embotelladas, enlatadas, gaseosas, carbonatadas, energizantes y algunas recomendadas para deportistas.

Glutamato monosódico: Aceitunas. (aceitunas rellenas o con sabor a anchoa), agua con gas, artículos de repostería, barbacoa enlatada, condimentos, croquetas de jamón, cubitos de caldo, dulces, leche de manteca refinada preparados de cacao, mezclas para coctel, mostaza preparada, pepinillos, pizzas, productos para incrementar el sabor de carnes, salsa catsup, salchichas, salsa de soja, salsa para carne, sopas, sopas de sobre.

Hidróxido sódico: Frijoles en lata.

Lactato de sodio y diacetato de sodio: Carnes crudas.

Nitrito/Nitrato de sodio: Alimentos enlatados, conservas, verduras enlatadas, carnes enlatadas.

Pectinato de sodio: Jarabes y recubrimiento para pasteles, helados, aderezos para ensalada, mermeladas.

Propionato de sodio: Panes, productos horneados, quesos, conservas, confituras, gelatina, budines, jaleas, mermeladas, productos de la carne, dulces blandos.

Sacarina de sodio: Sacarina

Sulfito de sodio: Frutas secas, preparados de verduras para sopa (en lata).

CUIDADO CON: Alimentos congelados y enlatados, sopas en su mayoría, condimentos, carnes ahumadas, curadas y algunas preenvasadas.

Visceras (tales como hígado, corazón y riñón), mariscos (tales como, almejas)

Confituras y frutas en almibar (excepto elaboración casera)

Medicamentos que contengan sodio en su fórmula (paracetamol u otros efervescentes)

GRASAS Y SUS TIPOS

LOS ACIDOS GRASOS:

Se dividen en saturados o insaturados; dependiendo de su estructura. A su vez, las grasas insaturadas se dividen en grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas.

Acidos grasos saturados: algunos productos contienen cantidades elevadas de ácidos grasos saturados. Las grasas de origen animal como: la mantequilla, las mantecas, la crema, los quesos, chicharrón de cerdo, el chorizo, etc.

Los aceites vegetales (como lo son por ejemplo el derivado de la nuez de palma y del coco) que tienen una consistencia firme a temperatura ambiente como el chocolate, las margarinas contienen niveles más altos de ácidos grasos saturados.

Los ácidos grasos insaturados están presentes en el aguacate y en la mayoría de los aceites vegetales, como: el de soja, canola, semilla de algodón, maíz, oliva, azafrán, girasol y otros vegetales que tienen una consistencia líquida a temperatura ambiente contienen niveles más altos de ácidos grasos insaturados.

Acidos grasos monoinsaturados: como los ácidos oleico y palminoleico. Abundan en el aceite de oliva y otros.

Acidos grasos poliinsaturados: Se encuentran en los aceites de maíz, girasol, cártamo, colza o canola, soja, algodón e hígado de bacalao, la mayoría de los pescados y los alimentos de origen vegetal.

El tipo de ácido graso que predomine será el que determine si una grasa es sólida o líquida y si se la caracteriza como saturada o insaturada.

ACIDOS GRASOS TRANS:

Las grasas trans están presentes en:

- La mayoría de las grasas trans provienen de los alimentos procesados.
- Aproximadamente 1/5 de las grasas trans de nuestra dieta proviene de fuentes animales como por ejemplo, ciertas carnes y productos lácteos.
- Productos horneados (pastelitos empaquetados), fritos y la margarina.
- Se utilizan en los alimentos procesados porque ayudan en la fabricación de productos alimenticios de alta calidad; que se mantienen frescos durante más tiempo y tienen una textura más apetitosa.

Pueden producir grasa para freír papas, pastas hojaldradas, bases para pay y crocantes galletas saladas. Los productos que se fabrican con aceites parcialmente hidrogenados no se ponen rancios. Los alimentos que contienen estos aceites deben mencionar en su etiqueta nutricional "aceite vegetal parcialmente hidrogenado".

GRASAS SATURADAS, LAS GRASAS TRANS Y EL COLESTEROL:

Se ha observado que estas tres grasas aumentan el nivel del colesterol LDL ("malo") en la sangre. Además, existen evidencias que sugieren que el consumo de grasas trans disminuye el nivel de colesterol HDL ("bueno").

ACIDOS GRASOS BENEFICOS O PROTECTORES PARA EL ORGANISMO:**ACIDOS GRASOS OMEGA 3 Y OMEGA 6**

Las fuentes principales son el pescado de aguas frías y los aceites vegetales. Los ácidos grasos omega 3 y omega 6 tienen funciones protectoras en la prevención de coágulos de sangre y reducen el riesgo de cardiopatía coronaria.

Apéndice Normativo B. Ingesta dietaria de referencia de sodio.

APENDICE NORMATIVO B		
INGESTA DIETARIA DE REFERENCIA DE SODIO.		
Etapa de la vida/Edad	Ingesta adecuada¹ (miligramos/día)	Nivel superior de ingesta tolerable² (miligramos/día)
Lactantes		
0-3 meses	210	ND ³
4-6 meses	280	ND ³
7-9 meses	320	ND ³
10-12 meses	350	ND ³
Niños		
1-3 años	1.000	1.500
4-8 años	1.200	1.900
Hombres		
9-13 años	1.500	2.200
14-18 años	1.500	2.300
19-30 años	1.500	2.300
31-50 años	1.500	2.300
50-70 años	1.300	2.300
>70 años	1.200	2.300
Mujeres		
9-13 años	1.500	2.200
14-18 años	1.500	2.300
19-30 años	1.500	2.300
31-50 años	1.500	2.300
51-70 años	1.300	2.300
>70 años	1.200	2.300
Embarazo		
14-18 años	1.500	2.300
19-50 años	1.500	2.300
Lactancia		
14-18 años	1.500	2.300
19-50 años	1.500	2.300
<p>¹La ingesta adecuada se puede usar como un objetivo para la ingesta individual. Para infantes lactantes sanos, la ingesta adecuada es la ingesta media. Se considera que la ingesta adecuada para otros grupos por edad y sexo cubre las necesidades de todos los individuos que componen el grupo, pero la falta de datos impide que se pueda especificar con confianza el porcentaje de personas cubiertas por esta ingesta.</p> <p>²El nivel superior es el nivel máximo de ingesta diaria que probablemente no representa ningún riesgo de efectos adversos. A menos que se especifique lo contrario, el nivel superior representa la ingesta total de alimentos, agua y suplementos.</p> <p>³ND = No determinable por falta de datos sobre los efectos adversos en este grupo etario y preocupación con respecto a la falta de capacidad para manejar las cantidades excedentes. Los alimentos deben ser la única fuente de ingesta para evitar los altos niveles de ingesta.</p>		
Fuente: Adaptado de Ingesta Dietaria de Referencia de Agua, Potasio, Cloruro y Sulfato. Instituto de Medicina (Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate. Institute of Medicine), 2004. www.nap.edu		

Apéndice Normativo C. Algoritmo del Manejo Nutricional del Paciente con Hipertensión Arterial

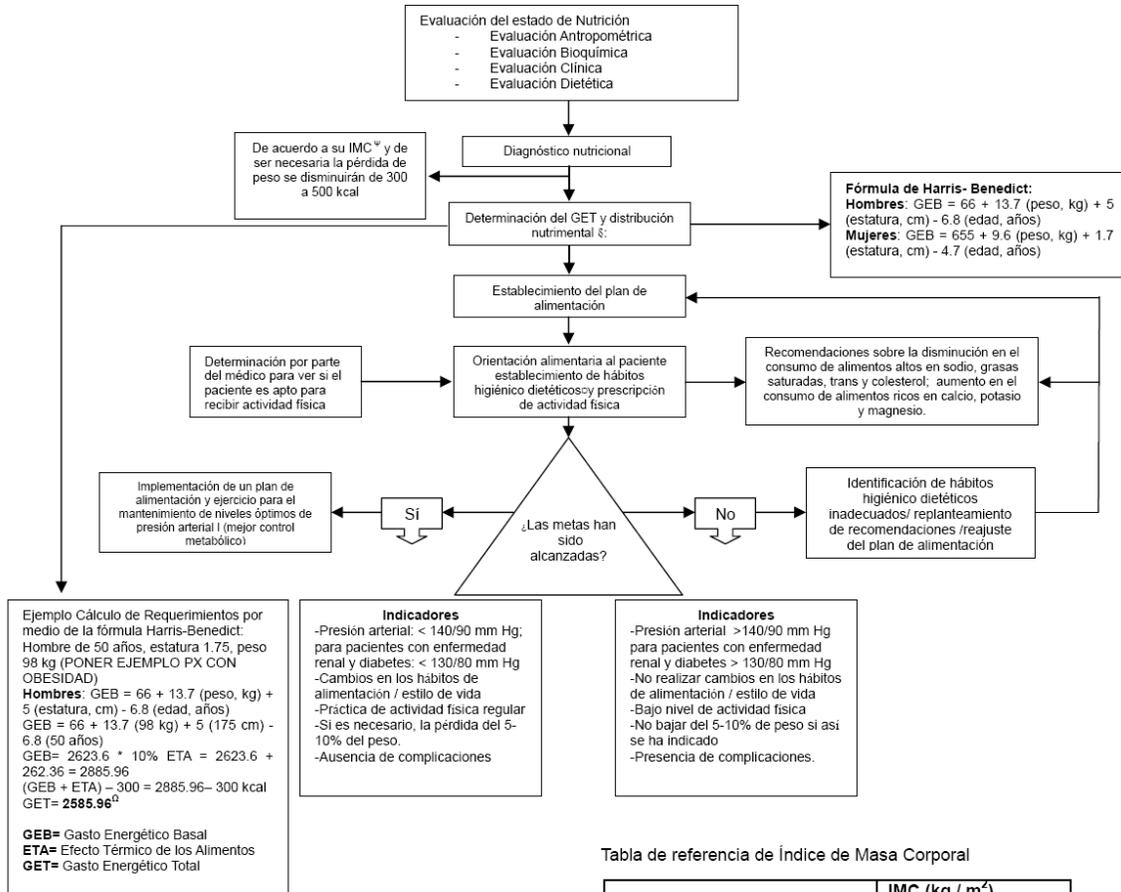


Tabla de referencia de índice de Masa Corporal

	IMC (kg / m ²)
Peso Normal	18-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad	≥ 30

Apéndice Normativo D. Nivel de actividad física.

Tipo de Actividad	Factor (x GEB)
Muy ligera (dormir o descansar, etc.)	
• Hombres	1.3
• Mujeres	1.3
Ligera (sentado, manejando, etc.)	
• Hombres	1.6
• Mujeres	1.5
Moderada (caminata de 4 km o más, etc.)	
• Hombres	1.7
• Mujeres	1.6
Pesada (bicicleta, etc.)	
• Hombres	2.1
• Mujeres	1.9

Excepcional	
• Hombres	2.4
• Mujeres	2.2
GEB: gasto energético basal	
Fuente: World Health Organization. Energy and protein requirements. Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. Ginebra: WHO(Technical Report Series 724), 1985	

Apéndice Normativo E. Distribución de equivalentes en un plan de alimentación para personas con hipertensión

Energía (Kcal)	Leche	Carne	Cereales	Leguminosas	Frutas	Verduras	Aceites y Grasas
1200	1	3	6	1	1	3	5
1500	1	5	7	1	3	3	5
1800	1	6	9	2	2	3	6
2000	2	6	10	2	2	3	7
2500	2	8	12	3	3	3	9

El número de equivalentes varía de acuerdo a los requerimientos energéticos. Estos se calculan de acuerdo al peso deseable, la estatura, la edad, el sexo y la actividad física del individuo.

Apéndice Normativo F. Procedimiento básico para la toma de la PA

Aspectos generales:

- La medición se efectuará después de por lo menos, cinco minutos en reposo.
- El paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición.
- No deberá tener necesidad de orinar o defecar.
- Estará tranquilo y en un ambiente apropiado.

Posición del paciente:

- La PA se registrará en posición de sentado con un buen soporte para la espalda, y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.
- En la revisión clínica más detallada y en la primera evaluación del paciente con HAS, la PA debe ser medida en ambos brazos y, ocasionalmente, en el muslo. La toma se le hará en posición sentado, supina o de pie con la intención de identificar cambios posturales significativos.

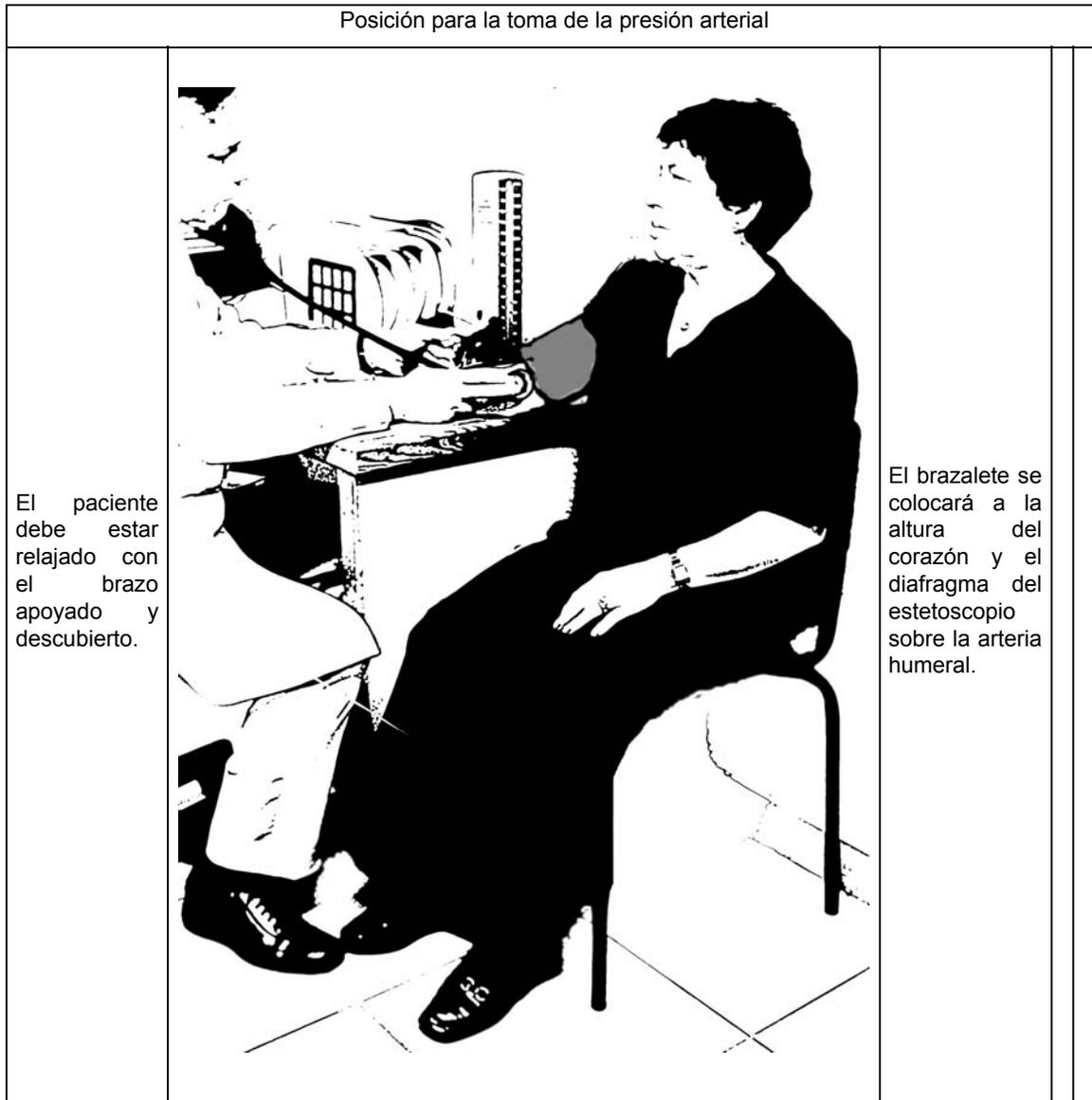
Equipo y características:

- Preferentemente se utilizará el esfigmomanómetro mercurial, o en caso contrario un esfigmomanómetro anerode recientemente calibrado.
- El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo.
- Para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete será entre 13 y 15 cm y, el largo, de 24 cm.

Técnica:

- El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio.
- Se asegurará que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar.
- Se colocará el brazalete situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.
- Mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.

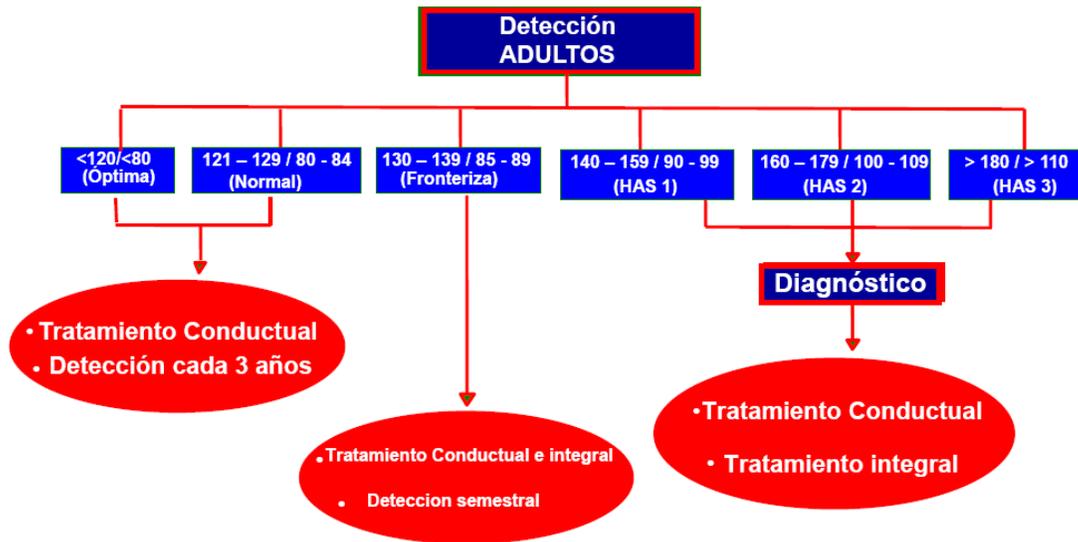
- Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.
- Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 mmHg/seg.
- La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica.
- Los valores se expresarán en números pares.
- Si las dos lecturas difieren por más de cinco mmHg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá su promedio.



Referencias adicionales para la toma de la PA:

1. Prisant LM, Alper BS, Robbins CB, et al. American National Standard for nonautomated sphygmomanometers: Summary Report. *Am J Hypertens* 1995; 8:210-213.
2. O'Brien E, Petrie J, Littler W, et al. The British Hypertension Society protocol for the evaluation of automated and semi-automated blood pressure measuring devices with special reference to ambulatory systems. *J Hypertens* 1990; 8:607-619.
3. White WB, Berson AS, Robbins C. et al. National standard for measurement of resting sphygmomanometers. *Hypertension* 1993; 21:504-509.

Apéndice Normativo G. Acciones de intervención médica de acuerdo con el nivel de presión arterial identificado en el examen de detección o revisión médica.



1 Promedio de dos mediciones.

2 Promedio de dos o más mediciones separadas entre sí por dos o más minutos en dos o más ocasiones subsecuentes. Si las cifras de la presión arterial se encuentran en dos categorías diferentes, se utilizará la medición superior.

Apéndice Normativo H. Metas mínimas del tratamiento y criterios para evaluar el grado de control.

Metas del tratamiento	Bueno	Regular	Malo
PA mmHg.	< 140/90	140/90-160/95	≥ 160/95
Colesterol total (mg/dl)	< 200	200-239	≥ 240
IMC (kg/m ²)	< 25	25-27	> 27
Sodio	< 2400 mg/día		
Alcohol	≤ 30 ml/día		
Tabaco	Evitar o suprimir		

Apéndice Normativo I. Lineamientos generales para mejorar la adherencia terapéutica.

- Establezca con el paciente, con claridad, las metas del tratamiento.
- Informe al paciente y a su familia, sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Recomiende la toma de PA en el hogar, sólo después de un entrenamiento mínimo y supervisión del equipo a emplear.
- Manténgase en comunicación con su paciente.
- Elija un régimen terapéutico económico y sencillo.
- Estimule el cumplimiento del tratamiento conductual.
- Ayude al paciente a que la toma del medicamento forme parte de sus actividades cotidianas.
- Prescriba, de preferencia, medicamentos de acción prolongada.
- Si el medicamento seleccionado no funciona, emplee otro.
- Haga los ajustes necesarios para prevenir o minimizar los efectos adversos.
- Añada en forma gradual, medicamentos efectivos y bien tolerados, en dosis suficientes para alcanzar la meta del tratamiento.
- Estimule una actitud positiva sobre el logro de la meta del tratamiento.

Apéndice Normativo J. Posibles causas de respuesta inadecuada al tratamiento.

- Hipertensión reactiva ("de bata blanca").
- Pseudohipertensión en pacientes ancianos.
- Uso de brazalete inadecuado, en personas muy obesas.
- Hipertensión secundaria no identificada.
- Falta de apego al tratamiento conductual.
- Sobrecarga de volumen.
- Exceso en el consumo de sal.
- Daño renal progresivo (nefrosclerosis).
- Falta de adherencia al tratamiento farmacológico.
- Dosis insuficiente del medicamento.
- Combinaciones inapropiadas.
- Inactivación rápida (por ejemplo, hidralazina).
- Interacción farmacológica (por ejemplo, simpaticomiméticos, descongestionantes nasales, cafeína, etc.).
- Otras Condiciones asociadas: Tabaquismo, incremento de obesidad, apnea del sueño, resistencia a la insulina/hiperinsulinemia, consumo de alcohol (más de 30 ml. diarios), hiperventilación inducida por ansiedad o ataques de pánico, dolor crónico, vasoconstricción intensa (arteritis), síndrome orgánico cerebral (por ejemplo, falla en la memoria).

Apéndice Normativo K. Recomendaciones para el tratamiento de la HAS.

No se tratan las cifras de presión arterial por ellas mismas, se trata el riesgo que depende de los niveles de PA y de su asociación con otros factores de riesgo (sobrepeso/obesidad, tabaquismo), con otras enfermedades (diabetes, dislipidemia, enfermedad renal o cardíaca) o con marcadores de riesgo (hipertrofia ventricular izquierda, microalbuminuria, identificación de aterosclerosis asintomática).

Utilizando la clasificación anotada en el inciso 6.1 y la estratificación en el 6.2, hay tres niveles para el tratamiento de los pacientes:

Nivel 1: pacientes con PA entre 120/80 y 139/89, sin o cuando más otro factor de riesgo.

Nivel 2: los que tienen PA entre 120/80 y 159/99, con dos o más factores de riesgo, sin enfermedad concomitante o marcadores de riesgo, o pacientes con menos de dos factores de riesgo pero con PA entre 140/90 y 159/99.

Nivel 3: aquellos con PA \geq 160/100, cualquiera que sea su condición, o que tengan enfermedad concomitante o marcador de riesgo, cualquiera que sea su PA.

	< 2FR sin EC	\geq 2 FR sin EC	Con EC o marcadores de riesgo
120/80 -139/89	1	2	3
140/90 – 159/99	2	2	3
\geq 160/100	3	3	3

Niveles de riesgo simplificados del hipertenso arterial para aplicar criterios terapéuticos.

(FR: Factores de riesgo. EC.: Enfermedad concomitante)

Las metas y el tipo de tratamiento, dependen de estos niveles de riesgo, como se observa en la siguiente Tabla.

	Metas	Tratamiento conductual	Medicamentos	Otras consideraciones
Nivel 1	\leq 120/80	Preventivas	Dudosos	
Nivel 2	<140/90	Terapéuticas	Mandatorios	Alcanzar la meta y controlar los otros factores de riesgo
Nivel 3	<130/80	Intensivas	Intensivos	Alcanzar la meta lo más rápido posible, tanto para la PA, como para otros factores de riesgo y/o enfermedades concomitantes

Generalidades sobre el tratamiento del hipertenso arterial.

<p>Tratamiento conductual a todos los pacientes con presión arterial fronteriza e hipertensión. Tratar farmacológicamente de primera intención a los pacientes con riesgo alto y muy alto. A criterio del médico tratante, se puede iniciar en pacientes con riesgo bajo y medio Toda modificación terapéutica debe ser realizada mínimo después de cuatro semanas de seguir un esquema. A menos que se presente algún efecto adverso que obligue a cambiar el medicamento.</p>
<p>Metas: <140/90 mmHg en ausencia de enfermedad cardiovascular y diabetes. < 130/80 mmHg en presencia de enfermedad cardiovascular y diabetes. < 125/75 mmHg en presencia de proteinuria mayor de 1 gr. e insuficiencia renal</p>
<p>El Manejo Farmacológico, deberá de apegarse a la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial.</p>
<p>□ Si no se alcanza la meta: Pacientes de riesgo bajo o medio, iniciar el tratamiento farmacológico. En los que ya tenían tratamiento farmacológico, examinar las posibles causas de la falla terapéutica. Combinar con un fármaco de otro grupo a dosis bajas, dentro del rango terapéutico.</p>
<p>• Si no alcanza la meta o no fue bien tolerado el tratamiento: Examinar las posibles causas de la falla terapéutica. Cambiar a otro grupo farmacológico o agregar un tercer medicamento.</p>
<p>• Si no alcanza la meta: Utilizar dosis máximas terapéuticas o intentar otras combinaciones.</p>
<p>• Si no alcanza la meta: Refiera al paciente a un especialista o al segundo nivel de atención.</p>

Apéndice Normativo L Causas de hipertensión resistente y de respuesta inadecuada al tratamiento

Posibles causas de hipertensión resistente

- Falta de adherencia al tratamiento conductual
- Relacionado con el fármaco antihipertensivo
 - Dosis sub-óptima
 - Combinaciones inapropiadas
 - Inactivación rápida (por ejemplo hidralazina)
 - Suspensión y/o cambio del fármaco sin esperar el lapso requerido para el efecto óptimo del antihipertensivo
 - Interacciones medicamentosas
 - Analgésicos no narcóticos: AINES, Aspirina
 - Agentes simpaticomiméticos: descongestivos, píldoras dietéticas
 - Estimulantes: cafeína, metilfenidato, anfetaminas, modafinil
 - Otros medicamentos y sustancias: ciclosporina, eritropoyetina, efedra y otros compuestos herbales
 - Inercia del médico (resistencia a iniciar, modificar o intensificar el tratamiento antihipertensivo)
- Sobrecarga de volumen
 - Exceso en el consumo de sal
 - Terapia diurética inapropiada
 - Respuesta inapropiada al tratamiento antihipertensivo por retención de volumen o liberación de catecolaminas secundarios
 - Daño renal progresivo
- Hipertensión secundaria (entre las principales)
 - Apnea obstructiva del sueño
 - Aldosteronismo primario
 - Hipertensión renovascular
 - Coartación de aorta
 - Hipo o hipertiroidismo
 - Síndrome de Cushing

- Daño a órgano blanco irreversible
- Factores asociados
 - Hipertensión sistólica
 - Edad avanzada
 - Obesidad
 - Diabetes Mellitus
 - Enfermedad aterosclerótica generalizada
 - Tabaquismo
 - Trastornos de ansiedad-ataques de pánico
 - Dolor crónico
 - Vasoconstricción intensa

Posibles causas de respuesta inadecuada al tratamiento

Atribuibles al paciente:

- Inadecuado apego al tratamiento conductual
 - Tabaquismo
 - Incremento de obesidad
 - Consumo de alcohol
 - Inadecuado apego al tratamiento farmacológico
 - Efectos adversos
 - Régimen terapéutico complicado
 - Interacción con alimentos u otros medicamentos
 - Síndrome orgánico cerebral (por ejemplo falla en la memoria)
 - Falta de comunicación médico-paciente y desconocimiento de la enfermedad y sus consecuencias
 - Ansiedad o ataques de pánico
 - Dolor crónico
 - Costo
 - Atribuibles al médico
 - Diagnóstico incorrecto
 - Hipertensión y/o efecto de bata
 - Pseudohipertensión en ancianos
 - Empleo de brazalete inadecuado
 - Hipertensión secundaria no identificada
 - Relacionado con el fármaco antihipertensivo
 - Sobrecarga de volumen
 - Exceso en el consumo de sal
 - Terapia diurética inapropiada
 - Daño renal progresivo
 - Dosis sub-terapéuticas o insuficientes
 - Combinaciones inapropiadas
 - Inactivación rápida (por ejemplo hidralazina)
 - Suspensión y/o cambio del fármaco sin esperar el lapso requerido para el efecto óptimo del antihipertensivo
 - Interacciones medicamentosas
 - Analgésicos no narcóticos: AINES, Aspirina
 - Agentes simpaticomiméticos: descongestivos, píldoras dietéticas
 - Estimulantes: cafeína, metilfenidato, anfetaminas, modafinil
 - Otros medicamentos y sustancias: ciclosporina, eritropoyetina, efedra y otros compuestos herbales
 - Otras condiciones asociadas:
 - Resistencia a la insulina
 - Diabetes Mellitus
 - Apnea del sueño
 - Vasoconstricción intensa (arteritis)
-