

**INDICE
PODER EJECUTIVO**

SECRETARIA DE GOBERNACION

Convenio de Coordinación que celebran la Secretaría de Gobernación y el Estado de Oaxaca, que tiene por objeto el otorgamiento de subsidio para el Proyecto AVGM/OAX/AC2/SM/88, que permita dar cumplimiento a la aplicación de recursos destinados a las acciones de coadyuvancia para las declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en Estados y Municipios para el Ejercicio Fiscal 2022.

Convenio de Coordinación que celebran la Secretaría de Gobernación y el Estado de Oaxaca, que tiene por objeto el otorgamiento de subsidio para el Proyecto AVGM/OAX/AC2/SM/92, que permita dar cumplimiento a la aplicación de recursos destinados a las acciones de coadyuvancia para las declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en Estados y Municipios para el Ejercicio Fiscal 2022.

Anexo de asignación y transferencia de recursos para el Programa de Registro e Identificación de Población, que para el ejercicio fiscal 2022 celebran la Secretaría de Gobernación y el Estado de Chihuahua.

Extracto de la solicitud de registro de la agrupación denominada Iglesia El Rey que Viene, para constituirse en asociación religiosa.

Extracto de la solicitud de registro de la entidad interna denominada Iglesia Bautista Dios con Nosotros de Nogales, Sonora para constituirse en asociación religiosa; derivada de Confraternidad Bautista Conservadora de México, A.R.

SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

Acuerdo por el que se hace del conocimiento del público en general los días y horas de atención para los trámites y servicios ante las unidades administrativas que se señalan, de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y sus órganos administrativos desconcentrados.

SECRETARIA DE SALUD

Segundo Convenio Modificatorio al Convenio Específico en materia de ministración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Acuerdo que modifica el Anexo Único del diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico, publicado el 14 de diciembre de 2016.

ORGANISMOS DESCONCENTRADOS O DESCENTRALIZADOS

CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA

Programa Institucional 2022-2024 del Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.

PODER JUDICIAL

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL

Acuerdo General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, que reforma y adiciona el similar que reglamenta la organización y funcionamiento del propio Consejo, en relación con el funcionamiento del Comité de Integridad.

TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACION

Acuerdo General por el que se autoriza la creación del Comité Técnico del Trabajo a Distancia del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.

ORGANISMOS AUTONOMOS

BANCO DE MEXICO

Tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la

República Mexicana.

Tasas de interés interbancarias de equilibrio.

Tasa de interés interbancaria de equilibrio de fondeo a un día hábil bancario.

INSTITUTO FEDERAL DE TELECOMUNICACIONES

Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones expide la Disposición Técnica IFT-011-2022: Especificaciones Técnicas de los Equipos Terminales Móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 3. Servicio de Radiodifusión Celular para la notificación por Riesgo o situaciones de Emergencia.

Convocatoria a la Licitación Pública para concesionar el uso, aprovechamiento y explotación comercial de segmentos de espectro radioeléctrico disponibles en la Banda de Frecuencias 410-415 / 420-425 MHz para la prestación del Servicio Móvil de Radiocomunicación Especializada de Flotillas (Licitación No. IFT-11).

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS PENALES

Acuerdo mediante el cual se modifica el Manual que regula las remuneraciones de las personas servidoras públicas al servicio del Instituto Nacional de Ciencias Penales para el ejercicio fiscal 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y GEOGRAFIA

Acuerdo por el que se establecen las bases para la coordinación, participación y colaboración en la organización, captación, procesamiento y difusión del Censo Agropecuario 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACION Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES

Acuerdo mediante el cual se aprueba la modificación del diverso ACT- PUB/08/12/2021.07, referente al programa anual de verificación y acompañamiento institucional para el cumplimiento de las obligaciones en materia de Acceso a la Información y Transparencia por parte de los sujetos obligados del ámbito federal, correspondiente al ejercicio 2022.

Modificación a la tabla de aplicabilidad de las obligaciones de transparencia comunes de los sujetos obligados del ámbito federal, respecto de las obligaciones de transparencia a cargo del Aeropuerto Internacional Felipe Ángeles S.A. de C.V.

Modificación a la tabla de aplicabilidad de las obligaciones de transparencia comunes de los sujetos obligados del ámbito federal, respecto de las obligaciones de transparencia a cargo de CFE Telecomunicaciones e Internet para Todos.

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

Acuerdo del Consejo General del Instituto Nacional Electoral por el que se aprueba el lugar de la Credencial para Votar que deberá marcar el instrumento a utilizarse el día de la Jornada Electoral de los Procesos Electorales Locales 2022-2023, así como los Procesos Electorales Extraordinarios y la Consulta Popular que en su caso tengan lugar en 2023.

Acuerdo del Consejo General del Instituto Nacional Electoral por el que se ordena a los partidos políticos nacionales adecuar sus documentos básicos, para establecer los criterios mínimos ordenados por la Sala Superior del TEPJF al emitir sentencias en los juicios de la ciudadanía identificados con los expedientes SUP-JDC-91/2022 y SUP-JDC-434/2022; y garantizar así la paridad sustantiva en la postulación de candidaturas a las gubernaturas a partir de los próximos Procesos Electorales Locales de 2023 en los que participen, ya sea de manera individual, por coalición o candidatura común.

CONVOCATORIAS PARA CONCURSOS DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, OBRAS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO

AVISOS

Judiciales y generales.

PODER EJECUTIVO

SECRETARIA DE GOBERNACION

CONVENIO de Coordinación que celebran la Secretaría de Gobernación y el Estado de Oaxaca, que tiene por objeto el otorgamiento de subsidio para el Proyecto AVGM/OAX/AC2/SM/88, que permita dar cumplimiento a la aplicación de recursos destinados a las acciones de coadyuvancia para las declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en Estados y Municipios para el Ejercicio Fiscal 2022.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBERNACIÓN.- Secretaría de Gobernación.- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

CONVENIO DE COORDINACIÓN, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “GOBERNACIÓN”; A TRAVÉS DE LA SUBSECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS, POBLACIÓN Y MIGRACIÓN, REPRESENTADA POR SU TITULAR ALEJANDRO DE JESÚS ENCINAS RODRÍGUEZ, Y LA COMISIÓN NACIONAL PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, EN LO SUCESIVO (CONAVIM), REPRESENTADA POR SU TITULAR MA FABIOLA ALANÍS SÁMANO, Y POR LA OTRA PARTE, EL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE OAXACA, ALEJANDRO ISMAEL MURAT HINOJOSA, ASISTIDO POR EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO FRANCISCO JAVIER GARCÍA LÓPEZ; EL SECRETARIO DE FINANZAS, JORGE ANTONIO HIDALGO TIRADO, POR LA SECRETARIA DE LAS MUJERES DE OAXACA Y TITULAR DE LA INSTANCIA LOCAL RESPONSABLE E INSTANCIA LOCAL RECEPTORA, ANA ISABEL VÁSQUEZ COLMENARES GUZMÁN; A QUIENES EN LO SUCESIVO Y PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE INSTRUMENTO SE LES DENOMINARÁ “EL GOBIERNO DEL ESTADO”, Y CUANDO ACTÚEN CONJUNTAMENTE COMO “LAS PARTES”, AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

ANTECEDENTES

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en lo sucesivo (LGAMVLV) regula en su Título II, Modalidades de la Violencia, Capítulo V, de la Violencia Feminicida y de la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres, cuyo objetivo fundamental es garantizar su seguridad, detener la violencia en su contra y eliminar las desigualdades que agravan sus derechos humanos, para dar cumplimiento a la obligación constitucional y convencional del Estado mexicano de garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, que implica adoptar políticas y medidas específicas para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia en su contra.

Corresponde al Gobierno Federal, a través de “GOBERNACIÓN”, declarar la alerta de violencia de género, al respecto notificará la declaratoria al Poder Ejecutivo de la Entidad Federativa de que se trate con la finalidad de detenerla y erradicarla, a través de acciones gubernamentales de emergencia, conducidas por “GOBERNACIÓN” en el ámbito federal y en coordinación con las entidades federativas y los municipios.

De conformidad con lo antes expuesto, el Gobierno de México, las entidades federativas y los municipios reconocen la necesidad de ejecutar las acciones para eliminar contextos de violencia social contra las mujeres en todo el país; por ello, estiman necesario disponer de los medios legales y materiales a su alcance para coadyuvar en la prevención y eventual erradicación del fenómeno, y en la promoción de los derechos humanos de las mujeres en el Estado Libre y Soberano de Oaxaca.

El 1 de junio de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Decreto por el que se crea, como órgano administrativo desconcentrado de “GOBERNACIÓN” la CONAVIM con el objeto de ejercer las atribuciones que la LGAMVLV y su Reglamento le confieren a “GOBERNACIÓN”, en materia de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres en los Estados Unidos Mexicanos.

El Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2022, en lo sucesivo (PEF 2022), publicado en el DOF el 29 de noviembre de 2021, señala que los recursos asignados para la implementación de medidas que atiendan los estados y municipios que cuenten con la AVGM, Capítulo 4000, Concepto 4300, partida 43801 “Subsidios a Entidades Federativas y Municipios”, ascienden a \$105,116,017.48 (Ciento cinco millones ciento dieciséis mil diecisiete pesos 48/100 M.N.).

En términos del artículo 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria en lo sucesivo (LFPRH), los subsidios deben sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad, para lo cual se deberá, entre otros aspectos: i) identificar con precisión la población objetivo; ii) incorporar mecanismos periódicos de seguimiento, supervisión y evaluación; iii) prever la temporalidad en su otorgamiento, y iv) reportar su ejercicio en los informes trimestrales.

De conformidad con los artículos 175 y 176 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria en lo sucesivo (RLFPRH), los subsidios cuyos beneficiarios sean los gobiernos de las entidades federativas se considerarán devengados a partir de la entrega de los recursos a dichos órdenes de gobierno. No obstante, deberán reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos que no se destinen a los fines autorizados y aquellos que al cierre del ejercicio fiscal de que se trate, no se hayan devengado.

En virtud de lo anterior, "GOBERNACIÓN", a través de la CONAVIM, destinará recursos previstos en el PEF 2022, para que se otorguen y apliquen en las entidades federativas y en la Ciudad de México en las que se ha decretado la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres, para atender las acciones descritas, conforme a los siguientes:

De conformidad con el Formato 1. Solicitud de subsidio de fecha 19 de enero de 2022, suscrito por Ana Isabel Vásquez Colmenares Guzmán, en su carácter de Titular de la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca de "EL GOBIERNO DEL ESTADO", lo solicitó en tiempo y forma a la CONAVIM recursos federales para el acceso a los subsidios destinados para el proyecto: AVGM/OAX/AC2/SM/88.

Derivado del cumplimiento en tiempo y forma de los requisitos señalados en los Lineamientos para la obtención y aplicación de recursos destinados a las acciones de coadyuvancia para las Declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en estados y municipios, para el Ejercicio Fiscal 2022, en lo sucesivo (LINEAMIENTOS), el Comité de Evaluación de Proyectos, en lo sucesivo (COMITÉ) determinó viable el proyecto presentado, por lo que autorizó la cantidad de \$2,197,999.92 (Dos millones ciento noventa y siete mil novecientos noventa y nueve pesos 92/100 M.N.) para la ejecución del proyecto AVGM/OAX/AC2/SM/88. Dicha situación se notificó a la Entidad Federativa mediante el oficio CNPEVM/CAAEVF/212/2022 de fecha 31 de enero de 2022.

La Entidad Federativa se compromete a llevar a cabo el proyecto en términos de lo establecido en los LINEAMIENTOS y, en su caso, los Acuerdos que emita el COMITÉ a través de la CONAVIM.

Así, "LAS PARTES" manifiestan formalizar el presente instrumento al tenor de las siguientes:

DECLARACIONES

I. "GOBERNACIÓN" declara que:

- I.1. Es una Dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, según lo dispuesto por los artículos 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1o., 2o., fracción I, 26 y 27 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 1 del Reglamento Interior de la Secretaría de Gobernación en lo sucesivo (RISEGOB).
- I.2. El Subsecretario de Derechos Humanos, Población y Migración, Alejandro de Jesús Encinas Rodríguez cuenta con las facultades para suscribir el presente Convenio de Coordinación, de conformidad con los artículos 2, Apartado A, fracción II y 6, fracción IX del RISEGOB.
- I.3. La CONAVIM es un órgano administrativo desconcentrado de "GOBERNACIÓN", de conformidad con los artículos 2, Apartado C, fracción V y 151 del RISEGOB, y el Decreto por el que se crea como órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Gobernación, la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, publicado en el DOF el 1 de junio de 2009.
- I.4. La Comisionada Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Ma Fabiola Alanís Sámano cuenta con las facultades para la suscripción del presente Convenio de Coordinación, con fundamento en los artículos 115, fracción V y 151 del RISEGOB.
- I.5. Para dar cumplimiento al presente Convenio de Coordinación, cuenta con los recursos económicos suficientes en la partida presupuestal 43801, relativa a Subsidios a Entidades Federativas y Municipios, con número de Reporte General de Suficiencia Presupuestaria 00100.
- I.6. Señala como su domicilio el ubicado en la Calle Dr. José María Vértiz número 852, piso 5, Colonia Narvarte, Demarcación Territorial Benito Juárez, Código Postal 03020, Ciudad de México.

II. "EL GOBIERNO DEL ESTADO" declara que:

- II.1. Con fundamento en los artículos 40, 42, fracción I, 43 y 116 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 26 y 27 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, es una Entidad Federativa que es parte integrante de la Federación, con territorio y población, libre y soberano en cuanto a su régimen interior, constituido como gobierno republicano, representativo y popular
- II.2. El Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, Alejandro Ismael Murat Hinojosa, cuenta con facultades para suscribir el presente Convenio de Coordinación, con fundamento en los artículos 66, 79, fracciones XIX y XXVIII, 80, fracción II de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 2, 6, párrafo primero y quinto, 9, 10 y 15, párrafo primero de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca.
- II.3. El Titular de la Secretaría General de Gobierno, Francisco Javier García López, cuenta con facultades para suscribir el presente Convenio de Coordinación, con fundamento en los artículos 82 y 84 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 3, fracción I, 7, 9, 15, párrafo primero, 26, 27, fracción I y 34 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca; 8 y 9, fracciones II y XI del Reglamento Interno de la Secretaría General de Gobierno.

- II.4.** El Titular de la Secretaría de la Finanzas, Jorge Antonio Hidalgo Tirado, cuenta con facultades para suscribir el presente Convenio de Coordinación, con fundamento en los artículos 82 y 84 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 3, fracción I, 7, 9, 15, primer párrafo, 26, 27, fracción XII y 45, fracción LVI de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca; 2, 5, 6, fracción V y 7, fracciones III y IX del Reglamento Interno de la Secretaría de Finanzas del Poder Ejecutivo del Estado.
- II.5.** La Titular de la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca y Titular de la Instancia Local Responsable e Instancia Local Receptora, Ana Isabel Vásquez Colmenares Guzmán, cuenta con facultades para suscribir el presente Convenio de Coordinación, con fundamento en los artículos 82 y 84 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 3, fracción I, 7, 9, 15, primer párrafo, 26, 27, fracción XVII y 46-C de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca; 58, fracciones XV y XVIII de la Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Género; 7 y 8, fracción V del Reglamento Interno de la Secretaría de la Mujer Oaxaqueña
- II.6.** Para los efectos del presente instrumento jurídico, tiene como domicilio legal ubicado en Carretera Oaxaca-Istmo km 11.5, número exterior S/N, número interior 7, Código Postal 68270, Municipio de Tlalixtac de Cabrera, Estado de Oaxaca.
- III. “LAS PARTES” declaran que:**
- III.1.** Reconocen en forma recíproca la personalidad con la que se ostentan y comparecen a la suscripción de este Convenio de Coordinación.
- III.2.** Es su voluntad conjuntar esfuerzos en sus respectivos ámbitos de gobierno, para impulsar y ejecutar acciones que tengan como eje central prevenir y erradicar la violencia de género contra las mujeres.
- III.3.** Están convencidas de la importancia de atender el fenómeno de la violencia contra las mujeres y niñas, para lo cual reconocen la utilidad de instrumentar medidas de seguridad, prevención y de justicia a quienes incumplen la ley, particularmente la LGAMVLV.
- III.4.** Consideran como acciones para prevenir y erradicar la violencia de género contra las mujeres la Acción coadyuvante siguiente: Prevención. Conlleva a garantizar la prestación de servicios jurídicos, médicos y psicológicos especializados y gratuitos para la recuperación de víctimas directas o indirectas.
- III.5.** Se obligan al cumplimiento de los preceptos establecidos en los LINEAMIENTOS y, en su caso, Acuerdos emitidos por la CONAVIM.
- III.6.** Se comprometen a apegarse al Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, publicado en el DOF el 12 de julio de 2019.

Expuesto lo anterior, “LAS PARTES” sujetan su compromiso a la forma y términos que se establecen en las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO. El presente Convenio de Coordinación tiene por objeto el otorgamiento de subsidio para el Proyecto: AVGM/OAX/AC2/SM/88, que permita dar cumplimiento a la aplicación de recursos destinados a las acciones de coadyuvancia para las Declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en Estados y Municipios para el Ejercicio Fiscal 2022; y que se encuadra en la siguiente Acción coadyuvante:

Acción coadyuvante
Prevención. Conlleva a garantizar la prestación de servicios jurídicos, médicos y psicológicos especializados y gratuitos para la recuperación de víctimas directas o indirectas.

Dicho Proyecto de Acción de Coadyuvancia se realizará, de conformidad con lo especificado en el Anexo Técnico aprobado por el COMITÉ, mismo que se realiza de acuerdo con lo establecido en el numeral Vigésimo octavo de los LINEAMIENTOS, lo que permitirá vigilar sus avances, ejecución y la correcta aplicación de los recursos otorgados.

SEGUNDA. ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS. Para el cumplimiento del objeto señalado en la Cláusula anterior, “GOBERNACIÓN” asignará la cantidad de \$2,197,999.92 (Dos millones ciento noventa y siete mil novecientos noventa y nueve pesos 92/100 M.N.) para el proyecto: AVGM/OAX/AC2/SM/88, aprobado por el COMITÉ en sesión permanente mediante Acuerdo CEPCONAVIM/1SO/097/31012022.

Los recursos federales se radicarán a “EL GOBIERNO DEL ESTADO”, a través de la Secretaría de Finanzas en la cuenta bancaria productiva específica que aperturó previamente, de conformidad con el artículo 69 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, y la que se identifica con los siguientes datos:

Nombre del Beneficiario:	GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA SEFIN AVGM/OAX/AC2/SM/88
Nombre de la Institución Financiera:	Banco Santander (México) SA
Clave Bancaria Estandarizada (Clabe) de 18 dígitos:	014610655091089256
Número de Cuenta Bancaria:	65509108925
Tipo de Cuenta:	Productiva
Tipo de Moneda:	Pesos Mexicanos
Número de Sucursal y Plaza:	Sucursal 5364 Principal Oaxaca/ Av. Independencia #805, Oaxaca Centro, Plaza Oaxaca.
Fecha de apertura de la Cuenta:	03 de febrero del 2022

Es un requisito indispensable para la transferencia de los recursos que "EL GOBIERNO DEL ESTADO" haya remitido a "GOBERNACIÓN" la factura Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI), en términos de lo establecido en el numeral Vigésimo tercero de los LINEAMIENTOS.

Una vez que "GOBERNACIÓN" haya transferido los recursos a "EL GOBIERNO DEL ESTADO", este deberá emitir a través de la Secretaría de Finanzas la factura complemento CFDI en formato PDF y XML.

Para "GOBERNACIÓN", la radicación de los recursos federales genera los momentos contables del gasto devengado, ejercido y pagado, en términos del artículo 4 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental. Por su parte, "EL GOBIERNO DEL ESTADO" deberá registrar en su contabilidad, de acuerdo con las disposiciones jurídicas federales aplicables, los recursos federales recibidos y rendir informes de su aplicación en su Cuenta Pública, con independencia de los que sobre el particular deban rendirse por conducto de "GOBERNACIÓN".

Los recursos que el COMITÉ asigne a las entidades federativas se encuentran sujetos a la disponibilidad de los mismos, en términos del PEF 2022, por lo que "GOBERNACIÓN" no será responsable por el retraso en la transferencia o la cancelación de los recursos, derivado de disposiciones administrativas presupuestarias ajenas a "GOBERNACIÓN". El COMITÉ, comunicará oportunamente a las entidades federativas cualquier eventualidad relacionada con la ministración de los recursos.

"GOBERNACIÓN" será ajena a los procedimientos de adjudicación, contratación, orden de pago y/o facturación que lleven a cabo las entidades federativas para la ejecución de los proyectos aprobados, por lo que éstas se comprometen a resolver y eximir de cualquier responsabilidad a "GOBERNACIÓN" y de cualquier controversia que en su caso derive de estas contrataciones.

TERCERA. COMPROMISOS DE "LAS PARTES". Además de lo previsto en los LINEAMIENTOS y normatividad aplicable, para la realización del objeto del presente Convenio de Coordinación, "LAS PARTES" se comprometen a lo siguiente:

- a. Revisar conjuntamente el o los informes bimestrales que se presenten respecto del avance del Proyecto, en términos del numeral Trigésimo séptimo de los LINEAMIENTOS.
- b. Otorgar todas las facilidades para la rendición de cuentas, respecto a la utilización de los recursos aportados por el Gobierno de México, así como de la planeación y asistencia técnica aportada por el gobierno estatal.
- c. Apegarse a lo establecido en la LFPRH, su Reglamento y demás legislación aplicable en materia de subsidios.

CUARTA. COMPROMISOS DE "GOBERNACIÓN". Además de los previstos en los LINEAMIENTOS, "GOBERNACIÓN", a través de la CONAVIM, se obliga a:

- a. Otorgar los recursos públicos federales por concepto de subsidios objeto del presente Convenio de Coordinación, para la ejecución del Proyecto a que se refieren las CLÁUSULAS PRIMERA y SEGUNDA habiéndose concluido los trámites administrativos correspondientes, en términos del numeral Vigésimo segundo de los LINEAMIENTOS.
- b. Realizar los registros correspondientes en la Cuenta Pública Federal y en los demás informes sobre el ejercicio del gasto público, a efecto de informar sobre la aplicación de los subsidios otorgados en el marco del presente instrumento.
- c. Informar sobre los resultados obtenidos con la aplicación de los recursos presupuestarios federales que se proporcionarán en el marco de este instrumento.

- d. Si el seguimiento al proyecto aprobado es susceptible de realizarse a través de visitas de seguimiento: Realizar las visitas de seguimiento en sitio, las cuales deberán ser atendidas por “EL GOBIERNO DEL ESTADO”.

QUINTA. COMPROMISOS DE “EL GOBIERNO DEL ESTADO”. Además de los previstos en los LINEAMIENTOS: “EL GOBIERNO DEL ESTADO” se compromete a:

- a. Destinar por conducto de la Secretaría de Finanzas los recursos asignados vía subsidio exclusivamente para los fines previstos en la CLÁUSULA PRIMERA del presente Convenio de Coordinación y en el Anexo Técnico.
- b. Erogar el recurso federal, de conformidad con lo establecido en el Anexo Técnico, a más tardar el 31 de diciembre de 2022.
- c. Iniciar las acciones para dar cumplimiento al proyecto en un plazo no mayor a 15 días naturales, contados a partir de la fecha que se realizó el depósito de los recursos federales en la cuenta bancaria establecida en la CLÁUSULA SEGUNDA del presente Convenio de Coordinación.
- d. Realizar por conducto de la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca encargada de las acciones, contrataciones y adquisiciones necesarias para la consecución de los fines del proyecto, en estricto apego a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, a su respectivo Reglamento y la demás normatividad aplicable.
- e. Requerir con la oportunidad debida a las instancias federales, estatales o municipales que correspondan, la asesoría técnica, autorizaciones o permisos que resulten necesarios para la realización de las funciones derivadas del Proyecto previsto en este instrumento jurídico.
- f. Garantizar que el Proyecto que será financiado con los recursos federales a los que se refiere el presente Convenio de Coordinación, cuente con la documentación legal y administrativa que resulte necesaria para su ejecución, así como verificar la autenticidad de la misma.
- g. Recabar, resguardar y conservar la documentación justificativa y comprobatoria de las erogaciones cubiertas con los recursos presupuestarios federales que le sean entregados por concepto de subsidios; realizar los registros correspondientes en la contabilidad y en la Cuenta Pública local, conforme sean devengados y ejercidos los recursos, y dar cumplimiento a las disposiciones federales aplicables respecto de la administración de los mismos.
- h. Integrar y resguardar los expedientes relacionados con la ejecución y comprobación del proyecto financiado con los recursos otorgados objeto del presente instrumento.
- i. Garantizar que el personal encargado de ejecutar el proyecto acredite su experiencia y capacitación en materia de derechos humanos, perspectiva de género y en los temas de proyecto a desarrollar.
- j. Entregar bimestralmente por conducto del enlace designado a “GOBERNACIÓN” a través de la CONAVIM, la relación detallada sobre las erogaciones del gasto y el avance del proyecto con su debido soporte documental. Estos informes deberán entregarse dentro de los quince días hábiles siguientes a la conclusión de cada bimestre.
- k. Entregar los comprobantes de la ejecución del subsidio para la rendición de cuentas, en términos de lo previsto en los LINEAMIENTOS, con la leyenda “Operado con recursos 015 promover la atención y prevención de la violencia contra las mujeres”.
- l. En términos de los LINEAMIENTOS, presentar a “GOBERNACIÓN”, a más tardar el 13 de enero de 2023, un Acta de cierre del proyecto, firmada por la Titular de la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca y por el Titular de la Secretaría de Finanzas, en la que se incluya los datos generales, objetivo y descripción del proyecto; los antecedentes de la ejecución del mismo; los principales compromisos establecidos entre “LAS PARTES” que suscriben el Convenio de Coordinación, y el reporte de las acciones administrativas que la Entidad Federativa ha llevado a cabo al 31 de diciembre de 2022 para la correcta ejecución de los recursos otorgados, y demás documentos y requisitos que se establecen en el inciso o) del numeral Trigésimo séptimo de los LINEAMIENTOS.
- m. Una vez que se cumplan los objetivos del proyecto, deberá generarse un registro puntual de las acciones que se realizan a partir del mismo con el fin de que con dichos datos se puedan generar indicadores de proceso, resultados o de impacto, los cuales serán publicados mensualmente en la página de internet que para ese efecto se habilite.
- n. Cumplir y observar en todo momento las disposiciones de la LFPRH y su Reglamento, el PEF 2022, y demás legislación aplicable a la materia, así como en el Anexo Técnico correspondiente.

SEXTA. ENLACES. Las o los servidores públicos que fungirán como enlaces entre “LAS PARTES” serán:

POR “GOBERNACIÓN”

NOMBRE: Susana Vanessa Otero González.
CARGO: Coordinadora para la Articulación de Acciones para la Erradicación de la Violencia Feminicida.
DIRECCIÓN: Doctor José María Vértiz número 852, 5º Piso, Colonia Narvarte Poniente, Demarcación Territorial Benito Juárez, Código Postal 03020, Ciudad de México.
TELÉFONO: 52098800 Extensión 30367
CORREO ELÉCTRONICO INSTITUCIONAL: sotero@segob.gob.mx

POR “EL GOBIERNO DEL ESTADO”

NOMBRE: Giovanni Israel Zúñiga Ramírez.
CARGO: Secretario Particular, adscrito a la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca.
DIRECCIÓN: Heroica Escuela Naval Militar, número 221, Colonia Reforma, Código Postal 68050, Municipio de Oaxaca de Juárez, Estado de Oaxaca.
TELÉFONO: 951 1328243
CORREO ELÉCTRONICO INSTITUCIONAL: smo.oficialia2020@gmail.com, asesoriasmo2020@gmail.com

A través de las personas enlaces se efectuarán todas las comunicaciones derivadas de la operación del presente Convenio de Coordinación. Además, serán las o los responsables internos de las actividades encomendadas. Para efectos del seguimiento y evaluación, “LAS PARTES” acuerdan que las y/o los responsables podrán a su vez, designar a los funcionarios o personal del nivel jerárquico inmediato inferior, para que los asistan en las funciones encomendadas.

SÉPTIMA. INFORME DE RESULTADOS. “EL GOBIERNO DEL ESTADO”, por conducto de la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca informará a “GOBERNACIÓN” a través de la CONAVIM, con su debido soporte documental, dentro de los quince días hábiles siguientes a la conclusión de cada bimestre, a partir de la fecha del depósito del recurso al que se refiere la CLÁUSULA SEGUNDA del presente Convenio de Coordinación, los avances de la ejecución del proyecto y del subsidio, en los cuales se deberá reportar el avance en el cumplimiento de objetivos y, en su caso, los resultados de las acciones que lleve a cabo de conformidad con este instrumento jurídico y el inciso f) del numeral Trigésimo séptimo de los LINEAMIENTOS.

OCTAVA. APLICACIÓN DE LOS RECURSOS. Los recursos federales que se entregarán a “EL GOBIERNO DEL ESTADO” en los términos del presente instrumento jurídico y en el Anexo Técnico, no pierden su carácter federal, por lo que su administración, compromiso, devengo, justificación, comprobación, pago, ejercicio y contabilización, deberá realizarse, de conformidad con las disposiciones contenidas en la legislación federal vigente.

Los rendimientos financieros que se obtengan en la cuenta productiva a la cual se transferirá el subsidio en el Ejercicio Fiscal 2022, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, previo a la presentación del cierre del ejercicio de los recursos y dentro de los plazos y términos que establezcan las disposiciones aplicables.

NOVENA. RESPONSABILIDAD DEL RESGUARDO DE LA DOCUMENTACIÓN. El resguardo y conservación de la documentación original que sirvió para justificar y comprobar la aplicación de los recursos a que se refiere el presente Convenio de Coordinación, estará a cargo de “EL GOBIERNO DEL ESTADO” a través de la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca.

En el caso de “GOBERNACIÓN”, la documentación original que deberá conservar y que estará bajo su resguardo es la que señalan los LINEAMIENTOS.

DÉCIMA. REINTEGRO DE LOS RECURSOS. En caso de que “EL GOBIERNO DEL ESTADO” no erogue los recursos federales asignados, los recursos remanentes o saldos disponibles que presente al 31 de diciembre de 2022 deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación como lo disponen el numeral Cuadragésimo quinto de los LINEAMIENTOS.

El reintegro a la Tesorería de la Federación de los recursos se deberá realizar conforme a las disposiciones legales federales aplicables, siendo responsabilidad de "EL GOBIERNO DEL ESTADO" dar aviso por escrito y solicitar a "GOBERNACIÓN" la línea de captura para realizar el reintegro correspondiente. Una vez que "GOBERNACIÓN" otorgue la línea de captura a la entidad, ésta deberá remitir a la CONAVIM copia de la documentación comprobatoria del reintegro realizado.

Asimismo, "EL GOBIERNO DEL ESTADO" estará obligado a reintegrar a la Tesorería de la Federación aquellos recursos que no sean aplicados a los fines para los que le fueron autorizados.

DÉCIMA PRIMERA. - RELACIÓN LABORAL. El personal comisionado, contratado, designado o utilizado por cada una de "LAS PARTES" para la instrumentación, ejecución y operación de este Convenio de Coordinación y/o de los instrumentos que del mismo se deriven, continuará bajo la dirección y dependencia de la parte a la que se encuentre adscrito, por lo que en ningún caso y bajo ningún motivo, la contraparte podrá ser considerada como patrón sustituto o solidario, por tanto "LAS PARTES" se liberan recíprocamente de cualquier responsabilidad laboral, administrativa, fiscal, judicial, sindical, de seguridad social y/o de cualquier otra naturaleza que llegara a suscitarse, en lo que respecta a su respectivo personal.

DÉCIMA SEGUNDA. SANCIONES POR EL INCUMPLIMIENTO. Para el caso de que "GOBERNACIÓN" detecte algún incumplimiento o varios en el ejercicio de los recursos, como lo prevé el numeral Cuadragésimo de los LINEAMIENTOS, procederá a dar por terminado el presente Convenio de Coordinación y ordenará al "EL GOBIERNO DEL ESTADO" la restitución total de los recursos y sus rendimientos financieros a la Tesorería de la Federación.

Lo anterior sin perjuicio de que la CONAVIM haga del conocimiento del o los incumplimientos a los órganos fiscalizadores para los efectos legales conducentes.

DÉCIMA TERCERA. FISCALIZACIÓN. El control, vigilancia y evaluación de los recursos federales a que se refiere la CLÁUSULA SEGUNDA del presente instrumento jurídico corresponderá a "GOBERNACIÓN", a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública y a la Auditoría Superior de la Federación, conforme a las atribuciones que les confieren la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación y demás disposiciones aplicables, sin perjuicio de las acciones de control, vigilancia y evaluación que, en coordinación con la Secretaría de la Función Pública, realice la Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental de "EL GOBIERNO DEL ESTADO".

Las responsabilidades administrativas, civiles y penales derivadas de afectaciones a la Hacienda Pública Federal en que incurran los servidores públicos federales, estatales o locales, así como los particulares que intervengan en la administración, ejercicio o aplicación de los recursos públicos a que se refiere este instrumento, serán sancionadas en los términos de la legislación aplicable.

DÉCIMA CUARTA. CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR. Queda expresamente pactado que "LAS PARTES" no tendrán responsabilidad por los daños y perjuicios que pudieran causarse como consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor, por lo que una vez que desaparezcan las causas que suscitaron la interrupción en la ejecución del proyecto, se reanudarán las tareas pactadas.

DÉCIMA QUINTA. MODIFICACIONES O ADICIONES. El presente Convenio de Coordinación podrá adicionarse o modificarse en cualquier tiempo durante su vigencia de común acuerdo entre "LAS PARTES", mediante los convenios modificatorios correspondientes que formarán parte integrante del presente instrumento, y surtirán efectos a partir de la fecha de suscripción de éstos, los cuales deberán ser publicados en el DOF en un plazo de 60 días hábiles a partir de su suscripción.

DÉCIMA SEXTA. TERMINACIÓN ANTICIPADA. El presente Convenio de Coordinación podrá darse por terminado cuando se presente alguno de los siguientes supuestos:

- a. Por estar satisfecho el objeto para el que fue celebrado, siempre que no existan obligaciones pendientes de cumplir por "LAS PARTES" y, en su caso, se haya realizado el reintegro de los recursos y rendimientos financieros que procedan.
- b. En caso de que no se subsanen las inconsistencias que haya detectado la CONAVIM en los informes que presente "EL GOBIERNO DEL ESTADO".

Para tales efectos se levantará una minuta en que se hagan constar las circunstancias específicas que: i) se presenten y establezcan los términos en que se dará por concluida su ejecución; ii) se identifiquen los responsables del resguardo y conservación de la documentación justificativa y comprobatoria que se haya generado hasta ese momento, y iii) se señale lo procedente respecto al reintegro de los recursos y rendimientos financieros que, en su caso, procedan.

DÉCIMA SÉPTIMA. VIGENCIA. El presente Convenio de Coordinación entrará en vigor a partir del día de su firma y hasta el 31 de diciembre de 2022. Lo anterior, no exime a “EL GOBIERNO DEL ESTADO” de presentar la comprobación de los gastos efectuados y reintegrar los recursos remanentes y/o no aplicados a los fines para los que fueron autorizados, junto con los rendimientos financieros correspondientes o, en su caso, las cargas financieras que se hubiesen generado.

DÉCIMA OCTAVA. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. “LAS PARTES” están de acuerdo en que el presente instrumento es producto de la buena fe, en razón de lo cual los conflictos que llegasen a presentarse por cuanto hacen a su interpretación, formalización y cumplimiento, serán resueltos de mutuo acuerdo.

DÉCIMA NOVENA. TRANSPARENCIA. “LAS PARTES” Se comprometen a cumplir con las disposiciones que establece la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Asimismo a efecto de dar cabal cumplimiento al objeto del presente Convenio de Coordinación, y “LAS PARTES” llegaren a tener acceso a datos personales cuya responsabilidad recaiga en la otra Parte, por este medio se obligan a: (i) tratar dichos datos personales únicamente para efectos del desarrollo del Convenio de Coordinación; (ii) abstenerse de tratar los datos personales para finalidades distintas a las instruidas por la otra Parte; (iii) implementar las medidas de seguridad conforme a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y las demás disposiciones aplicables; (iv) guardar confidencialidad respecto de los datos personales tratados; (v) suprimir los datos personales objeto de tratamiento una vez terminado el Convenio de Coordinación y (vi) abstenerse de transferir los datos personales.

En caso de que alguna de “LAS PARTES” llegare a tener conocimiento de datos personales diversos a los señalados en el párrafo anterior, que obren en registros, bases de datos o cualquier otro medio que pertenezca a la otra Parte, en este acto ambas se obligan a respetar las disposiciones que sobre los mismos establece la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, según sea el caso, así como los avisos de privacidad de cada una de ellas, en el entendido de que ante la ausencia de consentimiento de los titulares de tales datos personales, deben abstenerse de llevar a cabo cualquier tipo de tratamiento sobre los mismos.

VIGÉSIMA. DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN. Este Convenio de Coordinación se publicará en el DOF y en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado en un plazo de 60 días hábiles a partir de su suscripción y entrará en vigor a partir de la fecha de la misma.

“LAS PARTES” acuerdan que en la publicidad y difusión del programa se deberá incluir la siguiente leyenda: "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa", de conformidad con lo establecido en el artículo 27, fracción II, inciso a) del PEF 2022.

De igual manera, deberá señalarse en forma expresa e idéntica, en la comunicación y divulgación que se realice, la participación y apoyo del Gobierno de México a través de “GOBERNACIÓN”.

VIGÉSIMA PRIMERA. NOTIFICACIONES. “LAS PARTES” acuerdan que cualquier comunicación o notificación que se deba efectuar con motivo del presente instrumento será realizada en los domicilios señalados en el capítulo de DECLARACIONES. Cualquier cambio de domicilio que “LAS PARTES” efectúen en lo sucesivo, lo deberán notificar por escrito y en forma indubitable a la otra Parte, por lo menos con diez días de anticipación.

Leído por las partes y enteradas del contenido y alcance legal de sus cláusulas, lo firman en cuatro ejemplares en la Ciudad de México el día 23 del mes de junio de 2022.- Por Gobernación: el Subsecretario de Derechos Humanos, Población y Migración, **Alejandro de Jesús Encinas Rodríguez**.- Rúbrica.- La Comisionada Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, **Ma Fabiola Alanís Sámano**.- Rúbrica.- Por el Gobierno del Estado: el Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, **Alejandro Ismael Murat Hinojosa**.- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Francisco Javier García López**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas, **Jorge Antonio Hidalgo Tirado**.- Rúbrica.- La Secretaria de las Mujeres de Oaxaca y Titular de la Instancia Local Responsable e Instancia Local Receptora, **Ana Isabel Vásquez Colmenares Guzmán**.- Rúbrica.

ANEXO TÉCNICO PARA LA APLICACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A LAS ACCIONES DE COADYUVANCIA PARA LAS DECLARATORIAS DE ALERTA DE VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES EN ESTADOS Y MUNICIPIOS, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2022.

En cumplimiento a la Cláusula Primera del Convenio de Coordinación de fecha 23 de junio de 2022 celebrado entre la Secretaría de Gobernación y el Gobierno del Estado de Oaxaca, de conformidad con el numeral Vigésimo octavo. de los Lineamientos para la obtención y aplicación de recursos destinados a las Acciones de Coadyuvancia para las Declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las mujeres en Estados y Municipios para el Ejercicio Fiscal 2022 (LINEAMIENTOS), se estipula lo siguiente:

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN**A. DATOS GENERALES****Entidad federativa:**

GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE OAXACA

Nombre del proyecto:

AVGM/OAX/AC2/SM/88

Acción de Coadyuvancia de acceso al Subsidio:

Prevención. Conlleva a garantizar la prestación de servicios jurídicos y psicológicos especializados y gratuitos para la recuperación de las víctimas directas e indirectas.

Fecha en que la Entidad Federativa solicitó el Subsidio:

19 de enero 2022

Instancia Local Responsable:

Secretaría de las Mujeres de Oaxaca

Instancia Local Receptora:

Secretaría de las Mujeres de Oaxaca

B. MONTO APROBADO**Monto aprobado:**

\$2, 197,999.92 (Dos Millones ciento noventa y siete mil novecientos noventa y nueve pesos 92/100 M.N)

Monto coparticipación:

No aplica

Fecha de inicio del Proyecto:

01 de julio de 2022

Fecha estimada de conclusión que no exceda del 31 de diciembre de 2022

30 noviembre de 2022

C. DESIGNACIÓN DE ENLACE

En ese sentido, en cumplimiento al Lineamiento Décimo noveno he tenido a bien designar como **enlace** ante CONAVIM a:

Nombre: Giovanni Israel Zúñiga Ramírez
 Cargo: Secretario Particular
 Área de adscripción: Oficina de la Secretaria
 Teléfono institucional: 951 132 8243
 Correo Institucional: giovanni.zuniga.smo@oaxaca.gob.mx
 smo.oficialia2020@gmail.com
 Domicilio: Heroica Escuela Naval Militar 221, colonia Reforma, 68050, Oaxaca de Juárez, Oaxaca

D. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**d.1 Justificación****Medida de Atención**

A. Medida de Prevención.

III. Las acciones para asegurar recursos financieros, humanos y materiales que permitan el adecuado desempeño de las instituciones de seguridad, salud, educación, procuración, administración de justicia y atención a las mujeres.

IV. El diseño de una estrategia de prevención de violencia contra las mujeres indígenas y afroamericanas al interior de sus comunidades, que tenga por objetivo transformar los patrones socioculturales que producen y reproducen la violencia. Deberá contener el fortalecimiento y certificación de personas que traduzcan en las lenguas representativas.

Acción Coadyuvante

2. Prevención. Conlleva a garantizar la prestación de servicios jurídicos, médicos y psicológicos especializados y gratuitos para la recuperación de las víctimas directas o indirectas.

Objetivo General

Desarrollo de acciones estratégicas para la identificación, atención, canalización y/o seguimiento a niñas, adolescentes, mujeres víctimas y sus familiares, en situación de violencia de género, especialmente de mujeres que se autoadscriben indígenas, afroamericanas y/o habitan en los 40 municipios con AVGM o con alta incidencia delictiva en violencia de género.

d.2 Metodología

Objetivos específicos	Actividades	Indicadores	Medios de verificación
Contratación de personal eventual con conocimientos en perspectiva de género, enfoque de derechos humanos y pertinencia cultural para la atención jurídica, psicológica, de trabajo social, tanatología, criminología y/o similares a niñas, adolescentes, mujeres víctimas y sus familiares, en situación de violencia de género, especialmente de mujeres que se autoadscriben indígenas, afroamericanas y/o habitan en los 40 municipios con AVGM o con alta incidencia delictiva en violencia de género.	Emisión de convocatoria y contratación de personal eventual jurídico, psicológico y de trabajo social	Número de contratos suscritos	Contratos

Apoyar en el seguimiento de expedientes jurídicos, psicológicos, de trabajo social o tanatológico de niñas, adolescentes, mujeres víctimas y sus familiares, en situación de violencia de género, especialmente de mujeres que se autoadscriben indígenas, afroamericanas y/o habitan en los 40 municipios con AVGM o con alta incidencia delictiva en violencia de género, que han sido canalizadas al Centro de Atención Integral Mujeres en Situación de Violencia.	Realizar acciones jurídicas dentro de los expedientes de seguimiento del Centro de Atención Integral a Mujeres en Situación de Violencia	Número de acciones jurídicas, realizadas.	Informe de actividades
	Realizar acciones en apoyo a las áreas de trabajo social, psicología, tanatología, criminología y/o similares, que atienden a usuarias de seguimiento del Centro de Atención Integral a Mujeres en Situación de Violencia	Número de acciones de trabajo social, psicología o tanatología realizadas.	Informe de actividades
Apoyar en el seguimiento de expedientes jurídicos y psicológicos de mujeres víctimas de violencia de género del refugio llamado "Casa de Medio Camino" de Oaxaca de Juárez.	Realizar acciones jurídicas dentro de los expedientes de la "Casa de Medio Camino" de Oaxaca de Juárez.	Número de acciones jurídicas, realizadas.	Informe de actividades
	Realizar acciones de apoyo en el área de trabajo social, psicología, tanatología, criminología y/o similares dentro de los expedientes de la "Casa de Medio Camino" de Oaxaca de Juárez.	Número de acciones de psicología realizadas.	Informe de actividades
Seguimiento de acciones jurídicas y de prevención a niñas, adolescentes, mujeres víctimas y sus familiares, en situación de violencia de género, especialmente de mujeres que se autoadscriben indígenas y/o afroamericanas en los municipios con AVGM.	Realizar acciones jurídicas y de prevención en los municipios con AVGM	Número de acciones jurídicas y/o de prevención	Informe de actividades
	Realizar acciones de colaboración en las acciones jurídicas y de prevención en los municipios con AVGM	Número de acciones de colaboración en las acciones jurídicas y/o de prevención	Informe de actividades
	Realizar acciones de coordinación, seguimiento y concentración de resultados	Número de acciones de coordinación realizadas	Informe de actividades

d.2.1 Pasos a desarrollar

En el estado de Oaxaca del 1° de enero al 10 de noviembre de 2021, ocurrieron 36 feminicidios, 48 homicidios dolosos de mujeres, 1629 delitos sexuales y 5766 delitos de violencia familiar, es importante mencionar que el municipio con mayor incidencia en el delito de feminicidios con 3 casos es la Heroica ciudad de Juchitán de Zaragoza, con 2 casos la Heroica Ciudad de Ejutla de Crespo, Putla Villa de Guerrero, Salina Cruz, San Pedro Mixtepec (Distrito 22) y Salina Cruz, con 1 caso los municipios de Acatlán de Pérez Figueroa, Cuilapam de Guerrero, Barrio la Soledad, Huautla de Jiménez, Loma Bonita, Mazatlán Villa de Flores, Ocotlán de Morelos, San Antonio de la Cal, San Dionisio del Mar, San Felipe Tejalapam, San Juan Guichicovi, San Lucas Zoquiapam, San Miguel Ahuehuetitlan, San Pedro Jicayan, San Pedro y San Pablo Tequixtepec, Santa María Colotepec, Santa María Guienagati, Santa María Tlahuitoltepec, Santa María Zacatepec, Santiago Pinotepa Nacional, Santo Domingo Tehuantepec, Villa de Etla y Villa de Tututepec de Melchor Ocampo; es decir de los 40 municipios con AVGM en 14 se presentaron casos de feminicidios.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI, habitan 1,221,555 personas que se consideran indígenas, siendo el 53 % mujeres y 47% hombres, esta población reside en 552 municipios de 570 del estado, siendo un grupo poblacional importante que se debe considerar en el desarrollo de acciones para la identificación, canalización y seguimiento a niñas, adolescentes y mujeres que sufren violencias.

En lo que respecta a la población que se considera afroamericana, el estado ocupa el segundo lugar a nivel nacional con un 4.9% del total de afrodescendientes en el país, de acuerdo a la distribución por sexo en el estado el 53% son mujeres, teniendo mayor predominancia en la región de la costa con un 42.2% del total, seguido de valles centrales con un 23.5%, Sierra Sur con 10.8 %, Mixteca con 8.3%, Istmo con 6.6%, Papaloapan 5.2% , la Cañada con 2.6% y la Sierra Norte con un 0.8 %, lo anterior con base en la información publicada por la Dirección General de Población de Oaxaca de 2020.

Como se muestra en los datos, estos grupos de población representan un sector considerable en el estado, por tal motivo es importante darle atención prioritaria, ya que en ellos convergen situaciones sociales que pudieran contribuir a la violencia de género, por tal motivo es importante reforzar las acciones que se han venido realizando para atender, prevenir y erradicar la violencia de género y con el presente proyecto se busca dar cumplimiento atendiendo a la medida 3 y 4 de prevención de la AVGM:

III. Las acciones para asegurar los recursos financieros, humanos y materiales que permitan el adecuado desempeño de las instituciones de seguridad, salud, educación, procuración, administración de justicia y atención a las mujeres.

IV. El diseño de una estrategia de prevención de la violencia contra las mujeres indígenas y afroamericanas al interior de sus comunidades, que tenga por objetivo transformar los patrones socioculturales que producen y reproducen la violencia. Deberá contener el fortalecimiento y certificación de personas que traduzcan en las lenguas representativas.

La Secretaría de las Mujeres a través del Centro de Atención a mujeres en situación de violencia brinda asesoría, acompañamiento y/o representación jurídica según sea requerido, además de acompañamiento psicoterapéutico y trabajo comunitario a favor de las comunidades con el objeto de sensibilizar y capacitar en temas de derechos humanos de las mujeres. Este Centro se integra por 4 unidades de atención: Unidad de Atención Integral en situación de violencia familiar y género, Unidad de Atención a mujeres en situación de Violencia Sexual, Unidad de Atención y Seguimiento a casos de feminicidio en el estado y el grupo focalizado para la atención y seguimiento de casos de violencia digital en razón de género contra las mujeres en el estado de Oaxaca, se destaca a nivel nacional la atención que brinda este centro por su modelo de atención.

Durante 2020 el Centro de Atención a Mujeres en situación de Violencia brindó 115,544 servicios a mujeres en situación de violencia, mientras que en el 2021 los servicios se incrementaron un 41.25%, siendo un total de 163,210 servicios brindados. Este incremento en el número de servicios brindados refuerza la necesidad de continuar con las acciones llevadas a cabo con el proyecto AVGM/OAX/M1/SMO/29 para el ejercicio fiscal 2021, en el cual se brindaron un total de 8,816 acciones.

Como se menciona en el párrafo anterior es necesario continuar con los esfuerzos realizados durante el 2021 para brindar atención integral a mujeres en situación de violencia, esto como resultado de los factores, como la pandemia por COVID 19 que contribuyen en el aumento de los servicios solicitados, por lo cual, es necesario seguir contando con personal de apoyo para las asesoras víctimas que atienden casos de violencia y personal de apoyo en las áreas de psicológica, trabajo social e incluir los servicios de tanatología que permitan la atención oportuna e integral.

Dentro de la acción de coadyuvancia para este año se precisa necesario continuar la colaboración con la "Casa de Medio Camino" (CAMEC), ya que en el cumplimiento de su objetivo de brindar refugio seguro, temporal y gratuito, a mujeres, sus hijas e hijos, víctimas de violencia de género, que contribuya a restablecer el pleno ejercicio de sus derechos y la construcción de un nuevo plan de vida libre de violencia de género, los servicios jurídicos y psicológicos permiten brindar una atención integral, y que, con el proyecto antes mencionado se logró contribuir con el objetivo de la CAMEC brindando un total de 688 acciones jurídicas y psicológicas.

Con la finalidad de reducir la violencia contra las mujeres en los municipios con AVGM, es necesario contar con profesionistas del área jurídica que de forma estratégica y funcional cubran las 8 regiones del estado, que mediante acciones de prevención, identificación, atención, seguimiento y/o canalización a niñas, adolescentes, mujeres víctimas y sus familiares, en situación de violencia de género, especialmente de mujeres que se autoadscriben indígenas y/o afroamericanas; y que en colaboración con intérpretes de lenguas indígenas se contribuya a este objetivo.

Derivado de lo anterior, es necesario implementar acciones que permitan la prevención, pero también la atención y seguimiento a las mujeres que sufren violencias, por lo que este proyecto busca involucrar a abogadas, psicólogas, trabajadoras sociales, interpretes en lenguas indígenas, tanatólogas, criminólogas o similares para que brinden atención integral, desarrollándose en las siguientes fases:

Fase 1. Planeación.

- Mes 1. Contratación de personal
- Mes 1. Reunión con el personal contratado para la identificación de las actividades, presentación del plan de trabajo y establecimiento de metas.
- Mes 1. Elaboración de formatos de informe de actividades
- Mes 1. Elaboración del formato, seguimiento y resultados del proyecto

Fase 2. Ejecución.

- Mes 1. Identificación y acercamiento a expedientes jurídicos, psicológicos, trabajo social y acciones de tanatología a realizar
- Mes 1,2, 3, 4, y 5 revisión y/o seguimiento de expedientes jurídicos e implementación de acciones jurídicas, psicológicas, de trabajo social y tanatología.
- Mes 1. Identificación y acercamiento a expedientes jurídicos, psicológicos, trabajo social y acciones de tanatología a realizar en la Casa de Medio Camino
- Mes 1,2, 3, 4, y 5 acciones jurídicas y de prevención en los municipios con AVGM en colaboración con las intérpretes en lenguas indígenas.
- Mes 1,2, 3, 4, y 5 supervisión y seguimiento de las acciones realizadas por parte de la coordinación.

Fase 3. Cierre.

- Mes 5. Reunión para revisión y análisis de los resultados obtenidos
- Mes 5. Valoración de los resultados obtenidos y de las observaciones necesarias para complementar el informe final.

Como parte del seguimiento que brindará la SMO, se realizarán acciones de promoción y vinculación a actividades económicas, así mismo se les brindará la información relativa a programas sociales que impulsa el gobierno federal, lo anterior como parte del empoderamiento de las mujeres que han sufrido violencia.

d.3 Cobertura geográfica y población beneficiaria

Cobertura demográfica	varios municipios	Grupo etario	<input checked="" type="checkbox"/> 0 a 6 años
Nombre de los territorios	En al menos el 55 % de los Municipios con AVGM. (Asunción Nochixtlán, Heroica Ciudad de Huajuapán de León, Heroica Ciudad de Tlaxiaco, San Juan Mixtepec, Santa María Apazco y Santa María Yucuhiti; Huautla de Jiménez, Mazatlán Villa de las Flores y Teotitlán de Flores Magón; Heroica Ciudad de Juchitán de Zaragoza, Matías Romero Avendaño, Salina Cruz, San Juan Guichicovi y Santo Domingo Tehuantepec; Miahuatlán de Porfirio Díaz y Putla Villa de Guerrero; Ixtlán de Juárez y Santo Domingo Tepuxtepec; Candelaria Loxicha, San Agustín Loxicha, San Pedro Mixtepec, San Pedro Pochutla, Santa María Huatulco, Santa María Tonameca, Santiago Jamiltepec, Santiago Pinotepa Nacional, Santo Domingo de Morelos y Villa de Tututepec de Melchor Ocampo; Oaxaca de Juárez, San Antonio de la Cal, San Bartolo Coyotepec, San Lorenzo Cacaotepec, Santa Lucía del Camino, Tlacolula de Matamoros, Villa de Zaachila y Zimatlán de Álvarez; Acatlán de Pérez Figueroa, Loma Bonita, San Juan Bautista Tuxtepec y San Juan Bautista Valle Nacional.)	Seleccionar todas las opciones que coincidan	<input checked="" type="checkbox"/> 7 a 11 años <input checked="" type="checkbox"/> 12 a 17 años <input checked="" type="checkbox"/> 18 a 30 años <input checked="" type="checkbox"/> 30 a 59 años <input checked="" type="checkbox"/> 60 años en adelante

- Tipo de población que se atiende Población de mujeres
 Población de hombres
- Seleccionar todas las opciones que coincidan Servidoras y servidores públicos u operadores jurídicos
- En el caso de atender a población de mujeres, ¿El proyecto va dirigido para uno o varios grupos en mayor situación de vulnerabilidad?
- Seleccionar todas las opciones que coincidan
- Niñas y adolescentes
 - Adultas mayores
 - Indígenas
 - Migrantes y/o refugiadas
 - Afromexicanas
 - Desplazadas internas
 - Con discapacidad
 - LGBTI+
 - Madres jefas de familia
 - Usuarias de drogas
 - En situación de calle
 - Víctimas de violencia
 - Familiares de víctimas
 - Privadas de la libertad
 - Otras (Especifique)

d.4 Actores estratégicos

Actor	Tipo de participación
Las Instancias Municipales.	Red de puntos de atención para el primer contacto a víctimas de violencia de género para la correcta canalización a las instituciones estatales competentes.
Casa de Medio Camino de la Ciudad de Oaxaca de Juárez.	Será beneficiada directa del proyecto y colaborará con la comprobación y logro de los objetivos del proyecto.
Seguridad Pública del Estado.	Para salvaguardar la integridad física de las mujeres víctimas de violencia.
Fiscalía General del Estado.	Como institución encargada de iniciar la investigación, recibir denuncias, ejecutar órdenes de aprehensión y ejercer acción penal, entre otras, se estará en contacto permanente.
Tribunal Superior de Justicia del Estado.	Como institución encargada de procuración de justicia, se estará en contacto permanente
Sistema Estatal de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres.	A través de la participación de las instituciones que integran el Comité de Prevención y el Subcomité de la Medida 3 y 4 con el objeto de fortalecer los trabajos llevados a cabo con esta acción de coadyuvancia.

d.5 Identificación de riesgos y cómo afrontarlos

Riesgo	Medidas de afrontamiento
Pandemia por Covid-19 y variantes	Además de brindar atención de forma presencial en los municipios, se habilitarán líneas telefónicas para la atención de las mujeres, niñas y adolescentes que sufren violencia, así mismo niñas, adolescentes y mujeres que sufren violencia y sus familiares.
Retraso en los recursos	Establecer una calendarización con tiempos aproximados a la transferencia de los recursos, tomar en cuenta el proceso administrativo que se conlleva para el ejercicio de estos y continuar trabajando con recurso estatal.

d.6 Cronograma de actividades y gasto

(Las actividades deben de coincidir con las asentadas en el punto d.2 Metodología). Si requiere más campos relativos al mes puede agregarlos en el orden correspondiente.

ACTIVIDADES	CONCEPTO DE GASTO	MES						MONTO
		JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	
Emisión de convocatoria y contratación de personal eventual jurídico, psicológico y de trabajo social	No aplica	X						No aplica
Realizar acciones jurídicas dentro de los expedientes de seguimiento del Centro de Atención Integral a Mujeres en Situación de Violencia	Pago de honorarios de servicios profesionales de 10 Abogadas		X	X	X	X	X	\$776,296.20
Realizar acciones en apoyo a las áreas de trabajo social, psicología, tanatología, criminología y/o similares, que atienden a usuarias de seguimiento del Centro de Atención Integral a Mujeres en Situación de Violencia	Pago de honorarios de servicios profesionales de 6 psicólogas, trabajadoras sociales, tanatólogas, criminólogas y/o similares.		X	X	X	X	X	\$465,777.72
Realizar acciones jurídicas dentro de los expedientes de la "Casa de Medio Camino" de Oaxaca de Juárez.	Pago de honorarios de servicios profesionales de 1 abogada.		X	X	X	X	X	\$77,629.62
Realizar acciones de apoyo en el área de trabajo social, psicología, tanatología, criminología y/o similares dentro de los expedientes de la "Casa de Medio Camino" de Oaxaca de Juárez.	Pago de honorarios de servicios profesionales de 1 psicóloga, trabajadora social, tanatóloga, criminóloga o similares.		X	X	X	X	X	\$77,629.62

Realizar acciones jurídicas y de prevención en los municipios con AVGM	Pago de honorarios de 6 abogadas, psicóloga, tanatóloga, criminóloga o similares		X	X	X	X	X	\$573,777.72
Realizar acciones de colaboración en las acciones jurídicas y de prevención en los municipios con AVGM	Pago de honorarios de servicios profesionales de 2 intérpretes de lenguas indígenas, psicóloga, trabajadora social, tanatóloga, criminóloga o similares		X	X	X	X	X	\$131,259.24
Realizar acciones de coordinación, seguimiento y concentración de resultados	Coordinación, seguimiento y concentración de resultados		X	X	X	X	X	\$95,629.80
(DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS 92/100 M.N.)								\$2,197,999.92

d.7 Perfil y experiencia que deberá acreditar la o las personas físicas o morales que realizarán el proyecto, distintas a aquellas que sean servidoras públicas, así como sus antecedentes respecto a la elaboración de otros proyectos en otras entidades federativas

Tipo de perfil requerido:

Prestador de Servicios Profesionales

Áreas de especialización requeridas

Áreas de especialización	Años de Experiencia Mínima Requerida	Grado o nivel de especialización
Ciencias Jurídicas	1 año	Licenciatura
Psicología o afines	1 año	Licenciatura
Trabajo social o afines	1 año	Licenciatura
Tanatología o afines	1 año	Diplomado
Criminalística o afines	1 año	Licenciatura
Intérprete o traductora en lenguas indígenas	1 año	Auto adscripción y/o comprobante del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, Secretaría de Pueblos Indígenas y Afromexicano o certificación o constancia suscrita por una autoridad municipal indígena
Similares	1 año	Licenciatura o Ingeniería

Leído por las partes y enteradas del contenido y alcance legal firman el Anexo Técnico en cuatro ejemplares, en términos del numeral Vigésimo octavo de los LINEAMIENTOS, para la realización del Proyecto AVGM/OAX/AC2/SM/88, en la Ciudad de México a 23 de junio de 2022.

CONVENIO de Coordinación que celebran la Secretaría de Gobernación y el Estado de Oaxaca, que tiene por objeto el otorgamiento de subsidio para el Proyecto AVGM/OAX/AC2/SM/92, que permita dar cumplimiento a la aplicación de recursos destinados a las acciones de coadyuvancia para las declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en Estados y Municipios para el Ejercicio Fiscal 2022.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBERNACIÓN.- Secretaría de Gobernación.- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

CONVENIO DE COORDINACIÓN, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, EL EJECUTIVO FEDERAL POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "GOBERNACIÓN"; A TRAVÉS DE LA SUBSECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS, POBLACIÓN Y MIGRACIÓN, REPRESENTADA POR SU TITULAR ALEJANDRO DE JESÚS ENCINAS RODRÍGUEZ, Y LA COMISIÓN NACIONAL PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, EN LO SUCESIVO (CONAVIM), REPRESENTADA POR SU TITULAR MA FABIOLA ALANÍS SÁMANO, Y POR LA OTRA PARTE, EL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE OAXACA, ALEJANDRO ISMAEL MURAT HINOJOSA, ASISTIDO POR EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO, FRANCISCO JAVIER GARCÍA LÓPEZ; EL SECRETARIO DE FINANZAS, JORGE ANTONIO HIDALGO TIRADO, POR LA SECRETARIA DE LAS MUJERES DE OAXACA Y TITULAR DE LA INSTANCIA LOCAL RESPONSABLE E INSTANCIA LOCAL RECEPTORA, ANA ISABEL VÁSQUEZ COLMENARES GUZMÁN; A QUIENES EN LO SUCESIVO Y PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE INSTRUMENTO SE LES DENOMINARÁ "EL GOBIERNO DEL ESTADO", Y CUANDO ACTÚEN CONJUNTAMENTE COMO "LAS PARTES", AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

ANTECEDENTES

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en lo sucesivo (LGAMVLV) regula en su Título II, Modalidades de la Violencia, Capítulo V, de la Violencia Feminicida y de la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres, cuyo objetivo fundamental es garantizar su seguridad, detener la violencia en su contra y eliminar las desigualdades que agravan sus derechos humanos, para dar cumplimiento a la obligación constitucional y convencional del Estado mexicano de garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, que implica adoptar políticas y medidas específicas para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia en su contra.

Corresponde al Gobierno Federal, a través de "GOBERNACIÓN", declarar la alerta de violencia de género, al respecto notificará la declaratoria al Poder Ejecutivo de la Entidad Federativa de que se trate con la finalidad de detenerla y erradicarla, a través de acciones gubernamentales de emergencia, conducidas por "GOBERNACIÓN" en el ámbito federal y en coordinación con las entidades federativas y los municipios.

De conformidad con lo antes expuesto, el Gobierno de México, las entidades federativas y los municipios reconocen la necesidad de ejecutar las acciones para eliminar contextos de violencia social contra las mujeres en todo el país; por ello, estiman necesario disponer de los medios legales y materiales a su alcance para coadyuvar en la prevención y eventual erradicación del fenómeno, y en la promoción de los derechos humanos de las mujeres en el Estado Libre y Soberano de Oaxaca.

El 1 de junio de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Decreto por el que se crea, como órgano administrativo desconcentrado de "GOBERNACIÓN" la CONAVIM con el objeto de ejercer las atribuciones que la LGAMVLV y su Reglamento le confieren a "GOBERNACIÓN", en materia de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres en los Estados Unidos Mexicanos.

El Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2022, en lo sucesivo (PEF 2022), publicado en el DOF el 29 de noviembre de 2021, señala que los recursos asignados para la implementación de medidas que atiendan los estados y municipios que cuenten con la AVGM, Capítulo 4000, Concepto 4300, partida 43801 "Subsidios a Entidades Federativas y Municipios", ascienden a \$105,116,017.48 (Ciento cinco millones ciento dieciséis mil diecisiete pesos 48/100 M.N.).

En términos del artículo 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria en lo sucesivo (LFPRH), los subsidios deben sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad, para lo cual se deberá, entre otros aspectos: i) identificar con precisión la población objetivo; ii) incorporar mecanismos periódicos de seguimiento, supervisión y evaluación; iii) prever la temporalidad en su otorgamiento, y iv) reportar su ejercicio en los informes trimestrales.

De conformidad con los artículos 175 y 176 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria en lo sucesivo (RLFPRH), los subsidios cuyos beneficiarios sean los gobiernos de las entidades federativas se considerarán devengados a partir de la entrega de los recursos a dichos órdenes de gobierno. No obstante, deberán reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos que no se destinen a los fines autorizados y aquellos que al cierre del ejercicio fiscal de que se trate, no se hayan devengado.

En virtud de lo anterior, "GOBERNACIÓN", a través de la CONAVIM, destinará recursos previstos en el PEF 2022, para que se otorguen y apliquen en las entidades federativas y en la Ciudad de México en las que se ha decretado la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres, para atender las acciones descritas, conforme a los siguientes:

De conformidad con el Formato 1. Solicitud de subsidio de fecha 19 de enero de 2022, suscrito por Ana Isabel Vásquez Colmenares Guzmán, en su carácter de Titular de la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca de "EL GOBIERNO DEL ESTADO", lo solicitó en tiempo y forma a la CONAVIM recursos federales para el acceso a los subsidios destinados para el proyecto: AVGM/OAX/AC2/SM/92.

Derivado del cumplimiento en tiempo y forma de los requisitos señalados en los Lineamientos para la obtención y aplicación de recursos destinados a las acciones de coadyuvancia para las Declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en estados y municipios, para el Ejercicio Fiscal 2022, en lo sucesivo (LINEAMIENTOS), el Comité de Evaluación de Proyectos, en lo sucesivo (COMITÉ) determinó viable el proyecto presentado, por lo que autorizó la cantidad de \$1,338,894.32 (Un millón trescientos treinta y ocho mil ochocientos noventa y cuatro pesos 32/100 M.N.) para la ejecución del proyecto AVGM/OAX/AC2/SM/92. Dicha situación se notificó a la Entidad Federativa mediante el oficio CNPEVM/CAAEVF/216/2022 de fecha 31 de enero de 2022.

La Entidad Federativa se compromete a llevar a cabo el proyecto en términos de lo establecido en los LINEAMIENTOS y, en su caso, los Acuerdos que emita el COMITÉ a través de la CONAVIM.

Así, "LAS PARTES" manifiestan formalizar el presente instrumento al tenor de las siguientes:

DECLARACIONES

I. "GOBERNACIÓN" declara que:

- I.1. Es una Dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, según lo dispuesto por los artículos 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1o., 2o., fracción I, 26 y 27 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 1 del Reglamento Interior de la Secretaría de Gobernación en lo sucesivo (RISEGOB).
- I.2. El Subsecretario de Derechos Humanos, Población y Migración, Alejandro de Jesús Encinas Rodríguez cuenta con las facultades para suscribir el presente Convenio de Coordinación, de conformidad con los artículos 2, Apartado A, fracción II y 6, fracción IX del RISEGOB.
- I.3. La CONAVIM es un órgano administrativo desconcentrado de "GOBERNACIÓN", de conformidad con los artículos 2, Apartado C, fracción V y 151 del RISEGOB, y el Decreto por el que se crea como órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Gobernación, la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, publicado en el DOF el 1 de junio de 2009.
- I.4. La Comisionada Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Ma Fabiola Alanís Sámano cuenta con las facultades para la suscripción del presente Convenio de Coordinación, con fundamento en los artículos 115, fracción V y 151 del RISEGOB.
- I.5. Para dar cumplimiento al presente Convenio de Coordinación, cuenta con los recursos económicos suficientes en la partida presupuestal 43801, relativa a Subsidios a Entidades Federativas y Municipios, con número de Reporte General de Suficiencia Presupuestaria 00101.
- I.6. Señala como su domicilio el ubicado en la Calle Dr. José María Vértiz número 852, piso 5, Colonia Narvarte, Demarcación Territorial Benito Juárez, Código Postal 03020, Ciudad de México.

II. "EL GOBIERNO DEL ESTADO" declara que:

- II.1. Con fundamento en los artículos 40, 42, fracción I, 43 y 116 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 26 y 27 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, es una Entidad Federativa que es parte integrante de la Federación, con territorio y población, libre y soberano en cuanto a su régimen interior, constituido como gobierno republicano, representativo y popular.
- II.2. El Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, Alejandro Ismael Murat Hinojosa, cuenta con facultades para suscribir el presente Convenio de Coordinación, con fundamento en los artículos 66, 79, fracciones XIX y XXVIII, 80, fracción II de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 2, 6, párrafo primero y quinto, 9, 10 y 15, párrafo primero de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca.
- II.3. El Titular de la Secretaría General de Gobierno, Francisco Javier García López, cuenta con facultades para suscribir el presente Convenio de Coordinación, con fundamento en los artículos 82 y 84 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 3, fracción I, 7, 9, 15, párrafo primero, 26, 27, fracción I y 34 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca; 8 y 9, fracciones II y XI del Reglamento Interno de la Secretaría General de Gobierno.

- II.4.** El Titular de la Secretaría de la Finanzas, Jorge Antonio Hidalgo Tirado, cuenta con facultades para suscribir el presente Convenio de Coordinación, con fundamento en los artículos 82 y 84 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 3, fracción I, 7, 9, 15, primer párrafo, 26, 27, fracción XII y 45, fracción LVI de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca; 2, 5, 6, fracción V y 7, fracciones III y IX del Reglamento Interno de la Secretaría de Finanzas del Poder Ejecutivo del Estado.
- II.5.** La Titular de la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca y Titular de la Instancia Local Responsable e Instancia Local Receptora Ana Isabel Vásquez Colmenares Guzmán, cuenta con facultades para suscribir el presente Convenio de Coordinación, con fundamento en los artículos 82 y 84 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 3, fracción I, 7, 9, 15, primer párrafo, 26, 27, fracción XVII y 46 -C de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca; 58, fracciones XV y XVIII de la Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Género; 7 y 8, fracción V del Reglamento Interno de la Secretaría de la Mujer Oaxaqueña
- II.6.** Para los efectos del presente instrumento jurídico, tiene como domicilio legal ubicado en Carretera Oaxaca-Istmo km 11.5, número exterior S/N, número interior 7, Código Postal 68270, Municipio de Tlaxiaco de Cabrera, Estado de Oaxaca.
- III. “LAS PARTES” declaran que:**
- III.1.** Reconocen en forma recíproca la personalidad con la que se ostentan y comparecen a la suscripción de este Convenio de Coordinación.
- III.2.** Es su voluntad conjuntar esfuerzos en sus respectivos ámbitos de gobierno, para impulsar y ejecutar acciones que tengan como eje central prevenir y erradicar la violencia de género contra las mujeres.
- III.3.** Están convencidas de la importancia de atender el fenómeno de la violencia contra las mujeres y niñas, para lo cual reconocen la utilidad de instrumentar medidas de seguridad, prevención y de justicia a quienes incumplen la ley, particularmente la LGAMVLV.
- III.4.** Consideran como acciones para prevenir y erradicar la violencia de género contra las mujeres la Acción coadyuvante siguiente: Prevención. Conlleva a garantizar la prestación de servicios jurídicos, médicos y psicológicos especializados y gratuitos para la recuperación de víctimas directas o indirectas.
- III.5.** Se obligan al cumplimiento de los preceptos establecidos en los LINEAMIENTOS y, en su caso, Acuerdos emitidos por la CONAVIM.
- III.6.** Se comprometen a apegarse al Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, publicado en el DOF el 12 de julio de 2019.

Expuesto lo anterior, “LAS PARTES” sujetan su compromiso a la forma y términos que se establecen en las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO. El presente Convenio de Coordinación tiene por objeto el otorgamiento de subsidio para el Proyecto: AVGM/OAX/AC2/SM/92, que permita dar cumplimiento a la aplicación de recursos destinados a las acciones de coadyuvancia para las Declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en Estados y Municipios para el Ejercicio Fiscal 2022; y que se encuadra en la siguiente Acción coadyuvante:

Acción coadyuvante
Prevención. Conlleva a garantizar la prestación de servicios jurídicos, médicos y psicológicos especializados y gratuitos para la recuperación de víctimas directas o indirectas.

Dicho Proyecto de Acción de Coadyuvancia se realizará, de conformidad con lo especificado en el Anexo Técnico aprobado por el COMITÉ, mismo que se realiza de acuerdo con lo establecido en el numeral Vigésimo octavo de los LINEAMIENTOS, lo que permitirá vigilar sus avances, ejecución y la correcta aplicación de los recursos otorgados.

SEGUNDA. ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS. Para el cumplimiento del objeto señalado en la Cláusula anterior, “GOBERNACIÓN” asignará la cantidad de \$1,338,894.32 (Un millón trescientos treinta y ocho mil ochocientos noventa y cuatro pesos 32/100 M.N.) para el proyecto: AVGM/OAX/AC2/SM/92, aprobado por el COMITÉ en sesión permanente mediante Acuerdo CEPCONAVIM/1SO/101/31012022.

Los recursos federales se radicarán a “EL GOBIERNO DEL ESTADO”, a través de la Secretaría de Finanzas en la cuenta bancaria productiva específica que abrió previamente, de conformidad con el artículo 69 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, y la que se identifica con los siguientes datos:

Nombre del Beneficiario:	GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA SEFIN AVGM/OAX/AC2/SM/92
Nombre de la Institución Financiera:	Banco Santander (México) SA
Clave Bancaria Estandarizada (Clabe) de 18 dígitos:	014610655091088655
Número de Cuenta Bancaria:	65509108865
Tipo de Cuenta:	Productiva
Tipo de Moneda:	Pesos Mexicanos
Número de Sucursal y Plaza:	Sucursal 5364 Principal Oaxaca/ Av. Independencia #805, Oaxaca Centro, Plaza Oaxaca.
Fecha de apertura de la Cuenta:	03 de febrero del 2022

Es un requisito indispensable para la transferencia de los recursos que “EL GOBIERNO DEL ESTADO” haya remitido a “GOBERNACIÓN” la factura Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI), en términos de lo establecido en el numeral Vigésimo tercero de los LINEAMIENTOS.

Una vez que “GOBERNACIÓN” haya transferido los recursos a “EL GOBIERNO DEL ESTADO”, este deberá emitir a través de la Secretaría de Finanzas la factura complemento CFDI en formato PDF y XML.

Para “GOBERNACIÓN”, la radicación de los recursos federales genera los momentos contables del gasto devengado, ejercido y pagado, en términos del artículo 4 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental. Por su parte, “EL GOBIERNO DEL ESTADO” deberá registrar en su contabilidad, de acuerdo con las disposiciones jurídicas federales aplicables, los recursos federales recibidos y rendir informes de su aplicación en su Cuenta Pública, con independencia de los que sobre el particular deban rendirse por conducto de “GOBERNACIÓN”.

Los recursos que el COMITÉ asigne a las entidades federativas se encuentran sujetos a la disponibilidad de los mismos, en términos del PEF 2022, por lo que “GOBERNACIÓN” no será responsable por el retraso en la transferencia o la cancelación de los recursos, derivado de disposiciones administrativas presupuestarias ajenas a “GOBERNACIÓN”. El COMITÉ, comunicará oportunamente a las entidades federativas cualquier eventualidad relacionada con la ministración de los recursos.

“GOBERNACIÓN” será ajena a los procedimientos de adjudicación, contratación, orden de pago y/o facturación que lleven a cabo las entidades federativas para la ejecución de los proyectos aprobados, por lo que éstas se comprometen a resolver y eximir de cualquier responsabilidad a “GOBERNACIÓN” y de cualquier controversia que en su caso derive de estas contrataciones.

TERCERA. COMPROMISOS DE “LAS PARTES”. Además de lo previsto en los LINEAMIENTOS y normatividad aplicable, para la realización del objeto del presente Convenio de Coordinación, “LAS PARTES” se comprometen a lo siguiente:

- a. Revisar conjuntamente el o los informes bimestrales que se presenten respecto del avance del Proyecto, en términos del numeral Trigésimo séptimo de los LINEAMIENTOS.
- b. Otorgar todas las facilidades para la rendición de cuentas, respecto a la utilización de los recursos aportados por el Gobierno de México, así como de la planeación y asistencia técnica aportada por el gobierno estatal.
- c. Apegarse a lo establecido en la LFPRH, su Reglamento y demás legislación aplicable en materia de subsidios.

CUARTA. COMPROMISOS DE “GOBERNACIÓN”. Además de los previstos en los LINEAMIENTOS, “GOBERNACIÓN”, a través de la CONAVIM, se obliga a:

- a. Otorgar los recursos públicos federales por concepto de subsidios objeto del presente Convenio de Coordinación, para la ejecución del Proyecto a que se refieren las CLÁUSULAS PRIMERA y SEGUNDA habiéndose concluido los trámites administrativos correspondientes, en términos del numeral Vigésimo segundo de los LINEAMIENTOS.

- b. Realizar los registros correspondientes en la Cuenta Pública Federal y en los demás informes sobre el ejercicio del gasto público, a efecto de informar sobre la aplicación de los subsidios otorgados en el marco del presente instrumento.
- c. Informar sobre los resultados obtenidos con la aplicación de los recursos presupuestarios federales que se proporcionarán en el marco de este instrumento.
- d. Si el seguimiento al proyecto aprobado es susceptible de realizarse a través de visitas de seguimiento: Realizar las visitas de seguimiento en sitio, las cuales deberán ser atendidas por “EL GOBIERNO DEL ESTADO”.

QUINTA. COMPROMISOS DE “EL GOBIERNO DEL ESTADO”. Además de los previstos en los LINEAMIENTOS: “EL GOBIERNO DEL ESTADO” se compromete a:

- a. Destinar por conducto de la Secretaría de Finanzas los recursos asignados vía subsidio exclusivamente para los fines previstos en la CLÁUSULA PRIMERA del presente Convenio de Coordinación y en el Anexo Técnico.
- b. Erogar el recurso federal, de conformidad con lo establecido en el Anexo Técnico, a más tardar el 31 de diciembre de 2022.
- c. Iniciar las acciones para dar cumplimiento al proyecto en un plazo no mayor a 15 días naturales, contados a partir de la fecha que se realizó el depósito de los recursos federales en la cuenta bancaria establecida en la CLÁUSULA SEGUNDA del presente Convenio de Coordinación.
- d. Realizar por conducto de la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca encargada de las acciones, contrataciones y adquisiciones necesarias para la consecución de los fines del proyecto, en estricto apego a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, a su respectivo Reglamento y la demás normatividad aplicable.
- e. Requerir con la oportunidad debida a las instancias federales, estatales o municipales que correspondan, la asesoría técnica, autorizaciones o permisos que resulten necesarios para la realización de las funciones derivadas del Proyecto previsto en este instrumento jurídico.
- f. Garantizar que el Proyecto que será financiado con los recursos federales a los que se refiere el presente Convenio de Coordinación, cuente con la documentación legal y administrativa que resulte necesaria para su ejecución, así como verificar la autenticidad de la misma.
- g. Recabar, resguardar y conservar la documentación justificativa y comprobatoria de las erogaciones cubiertas con los recursos presupuestarios federales que le sean entregados por concepto de subsidios; realizar los registros correspondientes en la contabilidad y en la Cuenta Pública local, conforme sean devengados y ejercidos los recursos, y dar cumplimiento a las disposiciones federales aplicables respecto de la administración de los mismos.
- h. Integrar y resguardar los expedientes relacionados con la ejecución y comprobación del proyecto financiado con los recursos otorgados objeto del presente instrumento.
- i. Garantizar que el personal encargado de ejecutar el proyecto acredite su experiencia y capacitación en materia de derechos humanos, perspectiva de género y en los temas de proyecto a desarrollar.
- j. Entregar bimestralmente por conducto del enlace designado a “GOBERNACIÓN” a través de la CONAVIM, la relación detallada sobre las erogaciones del gasto y el avance del proyecto con su debido soporte documental. Estos informes deberán entregarse dentro de los quince días hábiles siguientes a la conclusión de cada bimestre.
- k. Entregar los comprobantes de la ejecución del subsidio para la rendición de cuentas, en términos de lo previsto en los LINEAMIENTOS, con la leyenda “Operado con recursos 015 promover la atención y prevención de la violencia contra las mujeres”.
- l. En términos de los LINEAMIENTOS, presentar a “GOBERNACIÓN”, a más tardar el 13 de enero de 2023, un Acta de cierre del proyecto, firmada por la Titular de la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca y por el Titular de la Secretaría de Finanzas, en la que se incluya los datos generales, objetivo y descripción del proyecto; los antecedentes de la ejecución del mismo; los principales compromisos establecidos entre “LAS PARTES” que suscriben el Convenio de Coordinación, y el reporte de las acciones administrativas que la Entidad Federativa ha llevado a cabo al 31 de diciembre de 2022 para la correcta ejecución de los recursos otorgados, y demás documentos y requisitos que se establecen en el inciso o) del numeral Trigésimo séptimo de los LINEAMIENTOS.
- m. Una vez que se cumplan los objetivos del proyecto, deberá generarse un registro puntual de las acciones que se realizan a partir del mismo con el fin de que con dichos datos se puedan generar indicadores de proceso, resultados o de impacto, los cuales serán publicados mensualmente en la página de internet que para ese efecto se habilite.
- n. Cumplir y observar en todo momento las disposiciones de la LFPRH y su Reglamento, el PEF 2022, y demás legislación aplicable a la materia, así como en el Anexo Técnico correspondiente.

SEXTA. ENLACES. Las o los servidores públicos que fungirán como enlaces entre “LAS PARTES” serán:

POR “GOBERNACIÓN”

NOMBRE: Susana Vanessa Otero González.
CARGO: Coordinadora para la Articulación de Acciones para la Erradicación de la Violencia Feminicida.
DIRECCIÓN: Doctor José María Vértiz número 852, 5º Piso, Colonia Narvarte Poniente, Demarcación Territorial Benito Juárez, Código Postal 03020, Ciudad de México.
TELÉFONO: 52098800 Extensión 30367
CORREO ELÉCTRONICO INSTITUCIONAL: soter@segob.gob.mx

POR “EL GOBIERNO DEL ESTADO”

NOMBRE: Giovanni Israel Zúñiga Ramírez.
CARGO: Secretario Particular adscrito a la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca.
DIRECCIÓN: Heroica Escuela Naval Militar, número 221, Colonia Reforma, Código Postal 68050, Municipio de Oaxaca de Juárez, Estado de Oaxaca.
TELÉFONO: 951 1328243
CORREO ELÉCTRONICO INSTITUCIONAL: giovanni.zuniga.smo@oaxaca.gob.mx
smo.oficialia2020@gmail.com

A través de las personas enlaces se efectuarán todas las comunicaciones derivadas de la operación del presente Convenio de Coordinación. Además, serán las o los responsables internos de las actividades encomendadas. Para efectos del seguimiento y evaluación, “LAS PARTES” acuerdan que las y/o los responsables podrán a su vez, designar a los funcionarios o personal del nivel jerárquico inmediato inferior, para que los asistan en las funciones encomendadas.

SÉPTIMA. INFORME DE RESULTADOS. “EL GOBIERNO DEL ESTADO”, por conducto de la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca informará a “GOBERNACIÓN” a través de la CONAVIM, con su debido soporte documental, dentro de los quince días hábiles siguientes a la conclusión de cada bimestre, a partir de la fecha del depósito del recurso al que se refiere la CLÁUSULA SEGUNDA del presente Convenio de Coordinación, los avances de la ejecución del proyecto y del subsidio, en los cuales se deberá reportar el avance en el cumplimiento de objetivos y, en su caso, los resultados de las acciones que lleve a cabo de conformidad con este instrumento jurídico y el inciso f) del numeral Trigésimo séptimo de los LINEAMIENTOS.

OCTAVA. APLICACIÓN DE LOS RECURSOS. Los recursos federales que se entregarán a “EL GOBIERNO DEL ESTADO” en los términos del presente instrumento jurídico y en el Anexo Técnico, no pierden su carácter federal, por lo que su administración, compromiso, devengo, justificación, comprobación, pago, ejercicio y contabilización, deberá realizarse, de conformidad con las disposiciones contenidas en la legislación federal vigente.

Los rendimientos financieros que se obtengan en la cuenta productiva a la cual se transferirá el subsidio en el Ejercicio Fiscal 2022, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, previo a la presentación del cierre del ejercicio de los recursos y dentro de los plazos y términos que establezcan las disposiciones aplicables.

NOVENA. RESPONSABILIDAD DEL RESGUARDO DE LA DOCUMENTACIÓN. El resguardo y conservación de la documentación original que sirvió para justificar y comprobar la aplicación de los recursos a que se refiere el presente Convenio de Coordinación, estará a cargo de “EL GOBIERNO DEL ESTADO” a través de la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca.

En el caso de “GOBERNACIÓN”, la documentación original que deberá conservar y que estará bajo su resguardo es la que señalan los LINEAMIENTOS.

DÉCIMA. REINTEGRO DE LOS RECURSOS. En caso de que “EL GOBIERNO DEL ESTADO” no erogue los recursos federales asignados, los recursos remanentes o saldos disponibles que presente al 31 de diciembre de 2022 deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación como lo disponen el numeral Cuadragésimo quinto de los LINEAMIENTOS.

El reintegro a la Tesorería de la Federación de los recursos se deberá realizar conforme a las disposiciones legales federales aplicables, siendo responsabilidad de “EL GOBIERNO DEL ESTADO” dar aviso por escrito y solicitar a “GOBERNACIÓN” la línea de captura para realizar el reintegro correspondiente. Una vez que “GOBERNACIÓN” otorgue la línea de captura a la entidad, ésta deberá remitir a la CONAVIM copia de la documentación comprobatoria del reintegro realizado.

Asimismo, “EL GOBIERNO DEL ESTADO” estará obligado a reintegrar a la Tesorería de la Federación aquellos recursos que no sean aplicados a los fines para los que le fueron autorizados.

DÉCIMA PRIMERA. - RELACIÓN LABORAL. El personal comisionado, contratado, designado o utilizado por cada una de “LAS PARTES” para la instrumentación, ejecución y operación de este Convenio de Coordinación y/o de los instrumentos que del mismo se deriven, continuará bajo la dirección y dependencia de la parte a la que se encuentre adscrito, por lo que en ningún caso y bajo ningún motivo, la contraparte podrá ser considerada como patrón sustituto o solidario, por tanto “LAS PARTES” se liberan recíprocamente de cualquier responsabilidad laboral, administrativa, fiscal, judicial, sindical, de seguridad social y/o de cualquier otra naturaleza que llegara a suscitarse, en lo que respecta a su respectivo personal.

DÉCIMA SEGUNDA. SANCIONES POR EL INCUMPLIMIENTO. Para el caso de que “GOBERNACIÓN” detecte algún incumplimiento o varios en el ejercicio de los recursos, como lo prevé el numeral Cuadragésimo de los LINEAMIENTOS, procederá a dar por terminado el presente Convenio de Coordinación y ordenará al “EL GOBIERNO DEL ESTADO” la restitución total de los recursos y sus rendimientos financieros a la Tesorería de la Federación.

Lo anterior sin perjuicio de que la CONAVIM haga del conocimiento del o los incumplimientos a los órganos fiscalizadores para los efectos legales conducentes.

DÉCIMA TERCERA. FISCALIZACIÓN. El control, vigilancia y evaluación de los recursos federales a que se refiere la CLÁUSULA SEGUNDA del presente instrumento jurídico corresponderá a “GOBERNACIÓN”, a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública y a la Auditoría Superior de la Federación, conforme a las atribuciones que les confieren la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación y demás disposiciones aplicables, sin perjuicio de las acciones de control, vigilancia y evaluación que, en coordinación con la Secretaría de la Función Pública, realice la Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental de “EL GOBIERNO DEL ESTADO”.

Las responsabilidades administrativas, civiles y penales derivadas de afectaciones a la Hacienda Pública Federal en que incurran los servidores públicos federales, estatales o locales, así como los particulares que intervengan en la administración, ejercicio o aplicación de los recursos públicos a que se refiere este instrumento, serán sancionadas en los términos de la legislación aplicable.

DÉCIMA CUARTA. CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR. Queda expresamente pactado que “LAS PARTES” no tendrán responsabilidad por los daños y perjuicios que pudieran causarse como consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor, por lo que una vez que desaparezcan las causas que suscitaron la interrupción en la ejecución del proyecto, se reanudarán las tareas pactadas.

DÉCIMA QUINTA. MODIFICACIONES O ADICIONES. El presente Convenio de Coordinación podrá adicionarse o modificarse en cualquier tiempo durante su vigencia de común acuerdo entre “LAS PARTES”, mediante los convenios modificatorios correspondientes que formarán parte integrante del presente instrumento, y surtirán efectos a partir de la fecha de suscripción de éstos, los cuales deberán ser publicados en el DOF en un plazo de 60 días hábiles a partir de su suscripción.

DÉCIMA SEXTA. TERMINACIÓN ANTICIPADA. El presente Convenio de Coordinación podrá darse por terminado cuando se presente alguno de los siguientes supuestos:

- a. Por estar satisfecho el objeto para el que fue celebrado, siempre que no existan obligaciones pendientes de cumplir por “LAS PARTES” y, en su caso, se haya realizado el reintegro de los recursos y rendimientos financieros que procedan.
- b. En caso de que no se subsanen las inconsistencias que haya detectado la CONAVIM en los informes que presente “EL GOBIERNO DEL ESTADO”.

Para tales efectos se levantará una minuta en que se hagan constar las circunstancias específicas que: i) se presenten y establezcan los términos en que se dará por concluida su ejecución; ii) se identifiquen los responsables del resguardo y conservación de la documentación justificativa y comprobatoria que se haya generado hasta ese momento, y iii) se señale lo procedente respecto al reintegro de los recursos y rendimientos financieros que, en su caso, procedan.

DÉCIMA SÉPTIMA. VIGENCIA. El presente Convenio de Coordinación entrará en vigor a partir del día de su firma y hasta el 31 de diciembre de 2022. Lo anterior, no exime a “EL GOBIERNO DEL ESTADO” de presentar la comprobación de los gastos efectuados y reintegrar los recursos remanentes y/o no aplicados a los fines para los que fueron autorizados, junto con los rendimientos financieros correspondientes o, en su caso, las cargas financieras que se hubiesen generado.

DÉCIMA OCTAVA. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. “LAS PARTES” están de acuerdo en que el presente instrumento es producto de la buena fe, en razón de lo cual los conflictos que llegasen a presentarse por cuanto hacen a su interpretación, formalización y cumplimiento, serán resueltos de mutuo acuerdo.

DÉCIMA NOVENA. TRANSPARENCIA. “LAS PARTES” Se comprometen a cumplir con las disposiciones que establece la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Asimismo a efecto de dar cabal cumplimiento al objeto del presente Convenio de Coordinación, y “LAS PARTES” llegaren a tener acceso a datos personales cuya responsabilidad recaiga en la otra Parte, por este medio se obligan a: (i) tratar dichos datos personales únicamente para efectos del desarrollo del Convenio de Coordinación; (ii) abstenerse de tratar los datos personales para finalidades distintas a las instruidas por la otra Parte; (iii) implementar las medidas de seguridad conforme a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y las demás disposiciones aplicables; (iv) guardar confidencialidad respecto de los datos personales tratados; (v) suprimir los datos personales objeto de tratamiento una vez terminado el Convenio de Coordinación y (vi) abstenerse de transferir los datos personales.

En caso de que alguna de “LAS PARTES” llegare a tener conocimiento de datos personales diversos a los señalados en el párrafo anterior, que obren en registros, bases de datos o cualquier otro medio que pertenezca a la otra Parte, en este acto ambas se obligan a respetar las disposiciones que sobre los mismos establece la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, según sea el caso, así como los avisos de privacidad de cada una de ellas, en el entendido de que ante la ausencia de consentimiento de los titulares de tales datos personales, deben abstenerse de llevar a cabo cualquier tipo de tratamiento sobre los mismos.

VIGÉSIMA. DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN. Este Convenio de Coordinación se publicará en el DOF y en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado en un plazo de 60 días hábiles a partir de su suscripción y entrará en vigor a partir de la fecha de la misma.

“LAS PARTES” acuerdan que en la publicidad y difusión del programa se deberá incluir la siguiente leyenda: "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa", de conformidad con lo establecido en el artículo 27, fracción II, inciso a) del PEF 2022.

De igual manera, deberá señalarse en forma expresa e idéntica, en la comunicación y divulgación que se realice, la participación y apoyo del Gobierno de México a través de “GOBERNACIÓN”.

VIGÉSIMA PRIMERA. NOTIFICACIONES. “LAS PARTES” acuerdan que cualquier comunicación o notificación que se deba efectuar con motivo del presente instrumento será realizada en los domicilios señalados en el capítulo de DECLARACIONES. Cualquier cambio de domicilio que “LAS PARTES” efectúen en lo sucesivo, lo deberán notificar por escrito y en forma indubitable a la otra Parte, por lo menos con diez días de anticipación.

Leído por las partes y enteradas del contenido y alcance legal de sus cláusulas, lo firman en cuatro ejemplares en la Ciudad de México el día 23 del mes de junio de 2022.- Por Gobernación: el Subsecretario de Derechos Humanos, Población y Migración, **Alejandro de Jesús Encinas Rodríguez**.- Rúbrica.- La Comisionada Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, **Ma Fabiola Alanís Sámano**.- Rúbrica.- Por el Gobierno del Estado: el Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, **Alejandro Ismael Murat Hinojosa**.- Rúbrica.- El Secretario General de Gobierno, **Francisco Javier García López**.- Rúbrica.- El Secretario de Finanzas, **Jorge Antonio Hidalgo Tirado**.- Rúbrica.- La Secretaria de las Mujeres de Oaxaca y Titular de la Instancia Local Responsable e Instancia Local Receptora, **Ana Isabel Vásquez Colmenares Guzmán**.- Rúbrica.

ANEXO TÉCNICO PARA LA APLICACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A LAS ACCIONES DE COADYUVANCIA PARA LAS DECLARATORIAS DE ALERTA DE VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES EN ESTADOS Y MUNICIPIOS, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2022.

En cumplimiento a la Cláusula Primera del Convenio de Coordinación de fecha 23 de junio de 2022 celebrado entre la Secretaría de Gobernación y el Gobierno del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, de conformidad con el numeral Vigésimo octavo. de los Lineamientos para la obtención y aplicación de recursos destinados a las Acciones de Coadyuvancia para las Declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las mujeres en Estados y Municipios para el Ejercicio Fiscal 2022 (LINEAMIENTOS), se estipula lo siguiente:

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN**B. DATOS GENERALES****Entidad federativa:**

GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE OAXACA

Nombre del proyecto:

AVGM/OAX/AC2/SM/92

Acción de Coadyuvancia de acceso al Subsidio:

Prevención. Conlleva a garantizar la prestación de servicios jurídicos y psicológicos especializados y gratuitos para la recuperación de las víctimas directas e indirectas.

Fecha en que la Entidad Federativa solicitó el Subsidio:

19 de enero 2022

Instancia Local Responsable:

Secretaría de las Mujeres de Oaxaca

Instancia Local Receptora:

Secretaría de las Mujeres de Oaxaca

B. MONTO APROBADO**Monto aprobado:**

\$1,338,894.32 (Un millón trescientos treinta y ocho mil, ochocientos noventa y cuatro pesos, 32/100 M.N)

Monto coparticipación:

No aplica

Fecha de inicio del Proyecto:

01 de julio de 2022

Fecha estimada de conclusión que no exceda del 31 de diciembre de 2022

30 de noviembre de 2022

C. DESIGNACIÓN DE ENLACE

En ese sentido, en cumplimiento al Lineamiento Décimo noveno he tenido a bien designar como enlace ante CONAVIM a:

Nombre: Giovanni Israel Zúñiga Ramírez
 Cargo: Secretario Particular
 Área de adscripción: Oficina de la Secretaria
 Teléfono institucional 951 132 8243
 Correo Institucional giovanni.zuniga.smo@oaxaca.gob.mx
 smo.oficialia2020@gmail.com
 Domicilio Heroica Escuela Naval Militar 221, colonia Reforma, 68050, Oaxaca de Juárez, Oaxaca

D. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**d.1 Justificación**

Medida de Atención	Acción Coadyuvante	Objetivo General
A. Medida de Prevención. III. Las acciones para asegurar recursos financieros, humanos y materiales que permitan el adecuado desempeño de las instituciones de seguridad, salud, educación, procuración, administración de justicia y atención a las mujeres.	2. Prevención. Conlleva a garantizar la prestación de servicios jurídicos, médicos y psicológicos especializados y gratuitos para la recuperación de las víctimas directas o indirectas.	Fortalecer la captura, análisis, procesamiento y transferencia de la información hacia el Banco Nacional de Datos e Información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres a través de un sistema único de información de las unidades de atención de la Secretaría de las Mujeres.

d.2 Metodología

Objetivos específicos	Actividades	Indicadores	Medios de verificación
Fortalecimiento de la captura, análisis, procesamiento y transferencia de la información hacia el Banco Nacional de Datos e Información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres	Emisión de una convocatoria y selección de un proveedor para su contratación	Número de convocatorias emitidas	Convocatorias
	Emisión de una convocatoria y selección de personal a contratar para la captura de datos en el BANAIVIM	Número de convocatorias emitidas	Convocatorias
	Contratación de un proveedor que realice el fortalecimiento de las bases de datos de la SMO a través de un sistema único de información	Número de contratos suscritos	Contratos
	Implementación del sistema único de información en las unidades de atención de la SMO	Número de sistemas operando	Sistema
	Contratación de personal para la captura de datos en el BANAIVIM	Número de contratos suscritos	Contratos

d.2.1 Pasos a desarrollar

El Centro de Atención Integral a Mujeres en situación de violencia dependiente de la Secretaría de las Mujeres está integrado por cuatro unidades especializadas: Unidad de Atención Integral a Mujeres en Situación de Violencia Familiar y de Género, Unidad de Atención a Mujeres en Situación de Violencia Sexual, Unidad de atención y seguimiento a casos de feminicidio en el Estado y Grupo focalizado para la atención y seguimiento de casos de violencia digital en razón género contra las Mujeres en el Estado de Oaxaca.

Realizando una comparativa de los servicios brindados por el Centro entre los años 2019 y 2020, observamos lo siguiente: En el año 2019 se brindó un total de 67,728 servicios, mientras que en 2020 se registró un incremento del 70.06%, registrando 115,544 servicios. En el área de trabajo social de 6,209 servicios en 2019 se registró un aumento de 19.91% en el año 2020 brindando 7,445 servicios, en el área de psicología de 19,004 servicios en 2019 se registró un incremento considerable del 123.71%, para el año 2020, brindando 4,2513 servicios. En el área de tanatología se incrementó un 52.13% los servicios registrando 7,949 en 2019 y 12,093 en 2020. Así mismo, en el área jurídica se registró un incremento del 66.31%, registrando 31,804 servicios en 2019. Mientras que en 2020 se registraron 52,894 servicios. En cuanto al área de Ludoteca, ésta fue la única que no registro aumento en los servicios brindados en el año 2020 a comparación del 2019. Durante el 2021 la demanda de estos servicios incrementó un 41.25% respecto al año anterior, brindando un total de 163,210 servicios.

Actualmente la modalidad de captura se hace a través de hojas de cálculo en Excel, lo que dificulta la concentración de la información, ya que se realiza en varios equipos de cómputo, por lo que surge la necesidad de contar con herramientas tecnológicas que permitan gestionar la información de una manera completa, eficaz y segura, con el objetivo de agilizar los procesos, con esto se generó ya una propuesta de dicho sistema que incorpora los requerimientos necesarios para la ejecución de una plataforma única para los registros de la información y con la contratación de personal cuya labor será la captura de datos, acción que fortalecerá al BANAVIM.

Con el desarrollo de este sistema único de información, se busca obtener una base de datos de calidad para consultar información detallada, personas atendidas por periodo, reducir los errores en la captura de la información, abatir el rezago en los registros de seguimiento, generar reportes periódicos y fortalecer el BANAVIM a través de personal dedicado a la captura de datos en dicho Banco Nacional.

Este sistema resulta necesario para el correcto procesamiento de la información generada por las unidades de atención, en los que se destaca la siguiente información: información sensible y datos de las personas atendidas, tipos y modalidades de violencia, niveles de riesgo, tipo de atenciones brindadas y seguimiento de los casos, es por ello que además de buscar la homologación de la información, se tiene como objetivo resguardar y proteger la información de acuerdo a la normatividad aplicable.

La situación de emergencia ocasionada por el coronavirus (SARS-COV2), ha hecho más visibles las desigualdades de las mujeres y el impacto que ello ocasionó. Este hecho puso en evidencia las violencias que viven las mujeres en sus hogares y las colocó en mayor riesgo, que se refleja en los índices de violencia de género, aumentando la demanda de los servicios y razón por la cual la Secretaría de las Mujeres a través del Centro de Atención Integral a Mujeres en Situación de Violencia, implementó desde el 23 de marzo de 2020, el Plan de Contingencia COVID-19 que implicó la modificación del Modelo de Atención para cubrir los requerimientos de atención a mujeres en situación de violencia de género, durante esta pandemia y brindando atenciones presenciales y vía remota. Lo anterior también implicó replantear aspectos fundamentales para monitorear constantemente el nivel de riesgo de las mujeres, sus hijas e hijos en situación de violencia de género, así como de los servicios que brindan las profesionistas en la modalidad a distancia.

Los antecedentes enunciados con anterioridad son prueba fehaciente de la necesidad de fortalecer la captura, análisis, procesamiento de la información hacia el BANAVIM, derivado de la acción coadyuvante de prevención del subsidio y que con el presente proyecto se busca dar cumplimiento a la Medida III. De prevención:

III. Las acciones para asegurar los recursos financieros, humanos y materiales que permitan el adecuado desempeño de las instituciones de seguridad, salud, educación, procuración, administración de justicia y atención a las mujeres.

En este sentido los lineamientos para la obtención y aplicación de recursos destinados a las acciones de coadyuvancia; la de Prevención, en el numeral séptimo establece que los beneficiarios desarrollaran proyectos que atiendan a lo siguiente:

a) Fortalecer la captura, análisis, procesamiento y transferencia de la información hacia el BANAVIM acción que se realizaría en el presente proyecto, ya que con esta finalidad se solicita la contratación de un proveedor para la homologación de las bases de datos que concentra la Secretaría de las Mujeres a través de un sistema que permita el adecuado procesamiento y resguardo de la información para su transferencia al BANAVIM, proyecto que se desarrollará en las siguientes fases:

Fase 1. Planeación.

- Mes 1. Emisión de la convocatoria y contratación de un proveedor y personal para la captura de datos del BANAVIM..
- Mes 1. Reunión entre la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca, el enlace del Estatal del Banco (BANESVIM) y el enlace nacional del BANAVIM para la logística y estructuración del Sistema.
- Mes 1. Selección del personal para la captura de datos del BANAVIM.

Fase 2. Ejecución.

- Mes 2, 3, 4 y 5. El personal contratado capturará los datos en el BANAVIM.
- Mes 1, 2, 3 y 4. Adecuaciones del proveedor en el diseño de la estructura y las interfaces gráficas conforme a los requerimientos del BANESVIM, el BANAVIM y las unidades de atención de la SMO.
- Mes 4. Reunión de seguimiento sobre la versión preliminar del Sistema para su implementación.
- Mes 4. Capacitación al personal de la SMO para el uso del Sistema Único de Información.
- Mes 4 y subsecuentes. Implementación del Sistema para la captura, análisis y procesamiento de la información recabada por las unidades de atención de la SMO, y la transferencia de la información al BANAVIM.

Fase 3. Cierre.

- Mes 5. Reunión entre la SMO y el proveedor para la revisión, análisis de los resultados obtenidos de la implementación y cambios al Sistema de ser necesarios.
- Mes 5. Evaluación de los resultados obtenidos y observaciones necesarias para complementar el informe final del proyecto.

d.3 Cobertura geográfica y población beneficiaria

Cobertura demográfica	Estatal	Grupo etario	<input checked="" type="checkbox"/> 0 a 6 años
Nombre de los territorios		<i>Seleccionar todas las opciones que coincidan</i>	<input checked="" type="checkbox"/> 7 a 11 años
Tipo de población que se atiende	<input type="checkbox"/> Población de mujeres		<input checked="" type="checkbox"/> 12 a 17 años
<i>Seleccionar todas las opciones que coincidan</i>	<input type="checkbox"/> Población de hombres		<input checked="" type="checkbox"/> 18 a 30 años
	<input checked="" type="checkbox"/> Servidoras y servidores públicos u operadores jurídicos		<input checked="" type="checkbox"/> 30 a 59 años
			<input checked="" type="checkbox"/> 60 años en adelante
En el caso de atender a población de mujeres, ¿El proyecto va dirigido para uno o varios grupos en mayor situación de vulnerabilidad?	<input checked="" type="checkbox"/> Niñas y adolescentes		
	<input checked="" type="checkbox"/> Adultas mayores		
	<input checked="" type="checkbox"/> Indígenas		
	<input type="checkbox"/> Migrantes y/o refugiadas		
<i>Seleccionar todas las opciones que coincidan</i>	<input type="checkbox"/> Afromexicanas		
	<input type="checkbox"/> Desplazadas internas		
	<input type="checkbox"/> Con discapacidad		
	<input type="checkbox"/> LGBTI+		
	<input checked="" type="checkbox"/> Madres jefas de familia		
	<input type="checkbox"/> Usuarías de drogas		
	<input type="checkbox"/> En situación de calle		
	<input checked="" type="checkbox"/> Víctimas de violencia		
	<input checked="" type="checkbox"/> Familiares de víctimas		
	<input type="checkbox"/> Privadas de la libertad		
	<input type="checkbox"/> Otras (Especifique)		

d.4 Actores estratégicos

Actor	Tipo de participación
Las Instancias Municipales de las Mujeres	Red de puntos de atención para el primer contacto a víctimas de violencia de género y la canalización al Centro de Atención Integral a Mujeres en situación de violencia dependiente de la SMO y demás instituciones estatales competentes para la atención a mujeres víctimas de violencia.
Centro de Reeducción para Hombres que Ejercen Violencia contra las Mujeres de Seguridad Pública del estado.	Enlace estatal del Banco Nacional de Datos e Información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres (BANAVIM) y enlace estatal del Banco Estatal de Datos e Información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres para el Estado de Oaxaca (BANESVIM)
Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.	Enlace federal del Banco Nacional de Datos e Información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres (BANAVIM).
Sistema Estatal de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres	A través de la participación de las instituciones que integran el Comité de Prevención y el Subcomité de la Medida 3, con el objeto de fortalecer los trabajos llevados a cabo con esta acción de coadyuvancia.

d.5 Identificación de riesgos y cómo afrontarlos

Riesgo	Medidas de afrontamiento
Pandemia por Covid-19 y variantes	Además de brindar atención de forma presencial en los municipios, se habilitarán líneas telefónicas para la atención de las mujeres, niñas y adolescentes que sufren violencia, así mismo niñas, adolescentes y mujeres que sufren violencia y sus familiares.
Retraso en los recursos	Establecer una calendarización con tiempos aproximados a la transferencia de los recursos, tomar en cuenta el proceso administrativo que se conlleva para el ejercicio de éstos y continuar trabajando con recurso estatal.

d.6 Cronograma de actividades y gasto

ACTIVIDADES	CONCEPTO DE GASTO	MES					MONTO
		AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
Emisión de una convocatoria y selección de un proveedor para su contratación	No aplica						
Emisión de una convocatoria y selección de personal a contratar para la captura de datos en el BANAVIM	No aplica						
Contratación de un proveedor que realice el fortalecimiento de las bases de datos de la SMO a través de un sistema único de información	Pago de servicios de un proveedor	X		X			\$1,194,894.32

Implementación del sistema único de información en las unidades de atención de la SMO	No aplica						
Contratación de personal para la captura de información al BANAIVIM	Pago de servicios de personal para capturar información	X	X	X	X		\$144,000.00
(UN MILLÓN TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS 32/100 M.N.)							\$1,338,894.32

d.7 Perfil y experiencia que deberá acreditar la o las personas físicas o morales que realizarán el proyecto, distintas a aquellas que sean servidoras públicas, así como sus antecedentes respecto a la elaboración de otros proyectos en otras entidades federativas

Tipo de perfil requerido:

Proveedor
Servicios profesionales

Áreas de especialización requeridas

Áreas de especialización	Años de Experiencia Mínima Requerida	Grado o nivel de especialización
Ingeniería en sistemas	1 año	Ingeniería
Derecho	1 año	Licenciatura
Psicología	1 año	Licenciatura
Trabajo Social	1 año	Licenciatura
Contaduría	1 año	Licenciatura
Criminalística	1 año	Licenciatura
Administración	1 año	Licenciatura
Similares	1 año	Ingeniería o licenciatura

Leído por las partes y enteradas del contenido y alcance legal firman el Anexo Técnico en cuatro ejemplares, en términos del numeral Vigésimo octavo de los LINEAMIENTOS, para la realización del Proyecto AVGM/OAX/AC2/SM/92, en la Ciudad de México a 23 de junio de 2022.

ANEXO de asignación y transferencia de recursos para el Programa de Registro e Identificación de Población, que para el ejercicio fiscal 2022 celebran la Secretaría de Gobernación y el Estado de Chihuahua.

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

ANEXO DE ASIGNACIÓN Y TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA EL PROGRAMA DE REGISTRO E IDENTIFICACIÓN DE POBLACIÓN, QUE PARA EL EJERCICIO FISCAL 2022 CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL EJECUTIVO FEDERAL A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN EN ADELANTE "GOBERNACIÓN", POR CONDUCTO DE ALEJANDRO DE JESÚS ENCINAS RODRÍGUEZ, SUBSECRETARIO DE DERECHOS HUMANOS, POBLACIÓN Y MIGRACIÓN, CON LA PARTICIPACIÓN DE ROCÍO JUANA GONZÁLEZ HIGUERA, JEFA DE LA UNIDAD DE POLÍTICA MIGRATORIA, REGISTRO E IDENTIDAD DE PERSONAS Y JORGE LEONEL WHEATLEY FERNÁNDEZ, DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN E IDENTIDAD; Y POR LA OTRA, EL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE CHIHUAHUA EN ADELANTE "EL GOBIERNO DEL ESTADO", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR CÉSAR GUSTAVO JÁUREGUI MORENO, SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO, CON LA PARTICIPACIÓN DE JOSÉ DE JESÚS GRANILLO VÁZQUEZ, SECRETARIO DE HACIENDA, Y DE MARÍA DE LOS ÁNGELES ÁLVAREZ HURTADO, SECRETARIA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, CON LA ASISTENCIA DE RAFAEL ALEJANDRO CORRAL VALVERDE, DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE LA SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO; A QUIENES AL ACTUAR CONJUNTAMENTE SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

ANTECEDENTES

Con fecha 4 de diciembre de 2019, "LAS PARTES" suscribieron el Convenio de Coordinación para el Programa de Registro e Identificación de Población, el cual tiene el objeto de establecer los mecanismos de coordinación entre "LAS PARTES" para el Fortalecimiento del Registro Civil del Programa de Registro e Identificación de Población, al contribuir a la integración del Registro Nacional de Población y consolidación de la Base de Datos Nacional del Registro Civil, a través de la modernización y mejora de los servicios que brinda la institución registral en la Entidad. Con ello, se obtiene información de manera confiable, homogénea y oportuna, que contribuye a acreditar fehacientemente la identidad de las personas y garantizar su registro inmediatamente después de su nacimiento.

En virtud de lo anterior, conforme a la Cláusula Sexta del Convenio de Coordinación para el Programa de Registro e Identificación de Población, "LAS PARTES" podrán suscribir Anexos de Asignación y Transferencia donde se contemplarán metas específicas y la aprobación del correspondiente Programa de Trabajo.

Los Lineamientos de Operación del Programa Presupuestario E012 Registro e Identificación de Población, publicados en el Diario Oficial de la Federación, (en lo sucesivo DOF), el 11 de octubre de 2018; en los que establece en el numeral Octavo. Componentes, Apartado A. Fortalecimiento del Registro Civil, que se podrán asignar recursos a las entidades federativas para el desarrollo de las vertientes del componente Fortalecimiento del Registro Civil, mediante la suscripción de instrumentos jurídicos, con estricto apego a la normatividad que corresponda.

El Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022, publicado en el DOF el 29 de noviembre de 2021, señala el Ramo 04 "GOBERNACIÓN" en el Anexo 18. Recursos para la Atención de Niñas, Niños y Adolescentes, la asignación presupuestal para el "Registro e Identificación de Población".

Mediante oficio 307-A.-2736, se comunicó a las dependencias y entidades el Presupuesto de Egresos aprobado y sus Calendarios, correspondientes al Ejercicio Fiscal 2022. En tanto que del anexo "Distribución del Gasto por Unidad Responsable y al Nivel de Desagregación de Capítulo y Concepto de Gasto", emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se desprende el monto autorizado al Concepto 4300 "Subsidios y subvenciones", del Capítulo 4000, correspondiente a la UR 941 "Dirección General del Registro Nacional de Población e Identidad" del Ramo 4 "Secretaría de Gobernación".

En esa virtud, el 22 de febrero de 2022 "GOBERNACIÓN" integró el Comité de Asignación y Distribución de Recursos para el Ejercicio Fiscal 2022, con la finalidad de definir las aportaciones para cada Entidad Federativa, para la consecución de las metas de las vertientes y modalidades del Fortalecimiento del Registro Civil, conforme los Lineamientos de Operación del Programa Presupuestario E012 Registro e Identificación de Población.

DECLARACIONES**I. “GOBERNACIÓN” declara que:**

- I.1 Es una dependencia de la Administración Pública Federal, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 2o., fracción I, 26 y 27 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (en lo sucesivo LOAPF) y 1 del Reglamento Interior de la Secretaría de Gobernación (en lo sucesivo RISEGOB).
- I.2 Cuenta con facultades para operar el Servicio Nacional de Identificación Personal, de conformidad al artículo 27, fracción VI de la LOAPF.
- I.3 La Subsecretaría de Derechos Humanos, Población y Migración es parte integrante de “GOBERNACIÓN”, su Titular, Alejandro de Jesús Encinas Rodríguez, cuenta con las atribuciones necesarias para participar en la suscripción del presente instrumento jurídico de conformidad a lo establecido por los artículos 2, apartado A, fracción II y 6, fracciones IX y XII del RISEGOB.
- I.4 La Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas es una Unidad Administrativa dependiente de “GOBERNACIÓN”, su Titular, Rocío Juana González Higuera, cuenta con las atribuciones necesarias para participar en la suscripción del presente instrumento jurídico de conformidad a lo establecido por los artículos 2, Apartado B, fracción VII, 10, fracción V y 55 fracción XXXIV del RISEGOB.
- I.5 La Dirección General del Registro Nacional de Población e Identidad en lo sucesivo DGRNPI, es una Unidad Administrativa dependiente de “GOBERNACIÓN”, su Titular, Jorge Leonel Wheatley Fernández, cuenta con las atribuciones necesarias para participar en la suscripción del presente instrumento jurídico de conformidad a lo establecido por los artículos 2, Apartado B, fracción XXIX, 10, fracción V y 58, fracciones I y IV del RISEGOB.
- I.6 Que ha presentado documentales con las cuales manifiesta contar con los recursos suficientes en la partida 43801 para hacer la asignación prevista en este instrumento.
- I.7 Para efectos legales del presente instrumento jurídico, señala como su domicilio el ubicado en la Calle de Bucareli, número 99, piso 1, Edificio Cobián, Colonia Juárez, Demarcación Territorial Cuauhtémoc, Código Postal 06600, Ciudad de México.

II. “EL GOBIERNO DEL ESTADO” declara que:

- II.1 El Estado de Chihuahua, es una entidad federativa autónoma, libre y soberana en todo lo concerniente a su régimen interior, de conformidad con los artículos 40, 41, primer párrafo, 42, fracción I, 43 y 116, primer párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y los artículos 1, 2, 3, 30 y 31 de la Constitución Política del Estado de Chihuahua.
- II.2 César Gustavo Jáuregui Moreno, Secretario General de Gobierno, acredita su personalidad con el nombramiento expedido por la Gobernadora Constitucional del Estado, de fecha 08 de septiembre de 2021 y cuenta con las atribuciones necesarias para participar en la suscripción del presente instrumento jurídico de conformidad con lo establecido por los artículos 94 de la Constitución Política del Estado de Chihuahua; 2 fracción I, 24 fracción I y 25 fracción XVIII de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Chihuahua; artículos 2, 6, fracciones XXI, y XXVI, 7 y 8 fracción V, del Reglamento Interior de la Secretaría General de Gobierno del Estado de Chihuahua.
- II.3 José de Jesús Granillo Vázquez, Secretario de Hacienda, acredita su personalidad con el nombramiento expedido por la Gobernadora Constitucional del Estado y cuenta con las atribuciones necesarias para participar en la suscripción del presente instrumento jurídico de conformidad a lo establecido por los artículos 94 de la Constitución Política del Estado de Chihuahua; 2, fracción I, 24, fracción II y 26, fracciones I y XXXI de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado; artículos 1, 4, 8 fracción I, y 9, fracciones VII y del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda del Estado de Chihuahua.
- II.4 María de los Ángeles Álvarez Hurtado, Secretaria de la Función Pública, acredita su personalidad con el nombramiento expedido por la Gobernadora Constitucional del Estado de fecha 08 de septiembre de 2021 y cuenta con las atribuciones necesarias para participar en la suscripción del presente instrumento jurídico de conformidad a lo establecido por los artículos 94, de la Constitución Política del Estado de Chihuahua; 2, fracción I, 24 fracción XIII y 34, fracciones III, V y XXX de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Chihuahua; 6 fracciones III, V, y XXIX, y 8 fracciones IV, VII y XI del Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública del Gobierno del Estado de Chihuahua.

- II.5** La Dirección General del Registro Civil de la Secretaría General de Gobierno, para efectos del presente instrumento jurídico, es la Unidad Coordinadora Estatal (en lo sucesivo UCE), su Titular, Rafael Alejandro Corral Valverde, cuenta con las atribuciones necesarias para participar en la suscripción del presente instrumento jurídico de conformidad con lo establecido por los artículos 5 apartado G), 12, fracciones VII, XX y XXI, 46 fracciones I y V del Reglamento Interior de la Secretaría General de Gobierno; 2, 9, fracciones I, IV y XXII del Reglamento Interior del Registro Civil del Estado de Chihuahua.
- II.6** Para efectos legales del presente instrumento jurídico, señala como su domicilio el ubicado en Calle Venustiano Carranza Número 601, Colonia Obrera, Código Postal 31350, Chihuahua, Chihuahua.
- III. “LAS PARTES” declaran que:**
- III.1** Se comprometen, en el ámbito de sus atribuciones en materia registral, de identidad y de población, a cumplir con las obligaciones establecidas en los Lineamientos de Operación del Programa Presupuestario E012 Registro e Identificación de Población y en las Directrices del Fortalecimiento del Registro Civil que sean emitidas por el Consejo Nacional de Funcionarios de Registro Civil (en lo sucesivo CONAFREC), a efecto de que contribuyan al objetivo del presente instrumento jurídico y a optimizar la calidad en los servicios que brinda el Registro Civil.
- III.2** Están de acuerdo en suscribir el presente Anexo de Asignación y Transferencia de Recursos para el Ejercicio Fiscal 2022, sin que medie error, dolo, mala fe, violencia o cualquier otro vicio que pueda afectar en todo o en parte la validez del mismo.

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETIVO. “LAS PARTES” acuerdan establecer y desarrollar a través del presente Anexo de Asignación y Transferencia de Recursos para el Ejercicio Fiscal 2022, las acciones y compromisos para el fortalecimiento del Registro Civil del Estado de Chihuahua, a fin de garantizar el derecho a la identidad de la población y contribuir a la integración del Registro Nacional de Población.

SEGUNDA.- RESPONSABLES DE LA CONSECUCIÓN DEL OBJETIVO. “LAS PARTES” designan a las siguientes personas servidores públicos como responsables para la coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las actividades, acciones y compromisos para alcanzar el objetivo del presente instrumento jurídico, a:

Por “GOBERNACIÓN”

- Al Titular de la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identidad.

Por “EL GOBIERNO DEL ESTADO”

- Al Titular de la Unidad Coordinadora Estatal del Registro Civil.

“LAS PARTES” acuerdan que los responsables, podrán ser asistidos para el vínculo, ejecución seguimiento y verificación de las actividades, acciones y compromisos correspondientes, por funcionarios de nivel jerárquico inferior denominados Enlaces, los cuales se asentarán por escrito en el Acta de la Comisión de Seguimiento que corresponda.

TERCERA.- RECURSOS. Para alcanzar eficazmente el objetivo señalado en la Cláusula Primera, “LAS PARTES” aportarán las siguientes cantidades:

- a)** “GOBERNACIÓN” de conformidad con los artículos 82 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y 224 de su Reglamento, así como los Lineamientos de Operación del Programa Presupuestario E012 Registro e Identificación de Población, hará una aportación de recursos federales a “EL GOBIERNO DEL ESTADO”, previa entrega del comprobante fiscal emitido por este último, por la cantidad \$1,603,554.00 (Un millón seiscientos tres mil quinientos cincuenta y cuatro pesos 00/100 M.N.), que depositará en la cuenta bancaria productiva específica que permita la identificación inequívoca y particular de los recursos federales transferidos y de sus respectivos rendimientos financieros hasta su total aplicación.
- b)** “EL GOBIERNO DEL ESTADO” de conformidad con el artículo 6 fracción IV, inciso b) del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022, realizará dentro de los 20 días hábiles contados a partir de la recepción de los recursos federales, una aportación con recursos estatales por \$687,236.79 (Seiscientos ochenta y siete mil doscientos treinta y seis pesos 79/100 M.N.), que depositará en la cuenta bancaria referida en el último párrafo de la Cláusula Cuarta, informando por escrito a la DGRNPI, el depósito de dichos recursos estatales dentro de los 10 días hábiles posteriores a su realización.

CUARTA.- CUENTA BANCARIA. Los recursos federales establecidos en la Cláusula Tercera y sus respectivos rendimientos financieros se deberán depositar, permanecer y administrar exclusivamente hasta su total aplicación en la cuenta bancaria productiva específica aperturada por la Secretaría de Hacienda de “EL GOBIERNO DEL ESTADO”, la cual deberá referir al Programa de Registro e Identificación de Población (PRIP) o al Fortalecimiento del Registro Civil (FRC) y al Ejercicio Fiscal 2022; por lo tanto, los recursos no deberán ser transferidos a otra cuenta bancaria, conforme a lo establecido en el artículo 69 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

Asimismo, “EL GOBIERNO DEL ESTADO” a través de la UCE, deberá entregar a la DGRNPI, copia de los estados de cuenta mensuales correspondientes a los recursos federales y proporcionará al finalizar la administración de dichos recursos, copia de la cancelación de la cuenta bancaria, a fin de verificar el uso de estos hasta su total aplicación.

Respecto a los recursos aportados por “EL GOBIERNO DEL ESTADO”, éstos se depositarán en una cuenta bancaria productiva específica, la cual no deberá ser la misma cuenta bancaria productiva específica donde fueron depositados los recursos federales; la UCE remitirá a la DGRNPI, copia de los estados de cuenta mensuales de la cuenta bancaria donde se administren e identifiquen los recursos aportados y proporcionará al finalizar la administración de dichos recursos, copia de la cancelación de la cuenta bancaria, a fin de verificar el uso de estos hasta su total aplicación.

QUINTA.- DESTINO DE LOS RECURSOS. Los recursos señalados en la Cláusula Tercera se destinarán exclusivamente por conducto de la UCE, para alcanzar las siguientes metas, prioritariamente en beneficio de niñas, niños y adolescentes:

- a) La cantidad de \$90,000.00 (Noventa mil pesos 00/100 M.N.) para analizar y validar la captura de registros de defunción, de acuerdo a los criterios de captura acordados entre “LAS PARTES”, a fin de incorporarse a la Vista Local de la Solución Integral de la Conexión Interestatal e integrarse a la Base de Datos Nacional del Registro Civil.
- b) La cantidad de \$480,000.00 (Cuatrocientos ochenta mil pesos 00/100 M.N.) para la actualización tecnológica de la UCE y de al menos 11 oficialías, de acuerdo a las especificaciones técnicas que establezca la DGRNPI. Una vez concluido el proceso de adquisición, la UCE deberá completar la instalación del equipo en un plazo no mayor a tres meses.
- c) La cantidad de \$240,000.00 (Doscientos cuarenta mil pesos 00/100 M.N.) para la Integridad de la Información de la Base de Datos Nacional de la Clave Única de Registro de Población, a través de mecanismos de asignación y actualización de la Clave única de Registro de Población (en lo sucesivo CURP), así como para la verificación y captura de los registros de identidad en la Base de Datos Nacional del Registro Civil requeridos para la gestión de la CURP.
- d) La cantidad de \$22,500.00 (Veintidós mil quinientos pesos 00/100 M.N.) para la capacitación del personal de la UCE y personal del Registro Civil de “EL GOBIERNO DEL ESTADO”, respecto a los conocimientos teóricos y prácticos basados en el marco jurídico y administrativo en materia registral. La capacitación deberá ser formalmente solicitada por la UCE y aceptada por la DGRNPI, al menos 10 días hábiles previos a su realización.
- e) La cantidad de \$825,000.00 (Ochocientos veinticinco mil pesos 00/100 M.N.) para implementar campañas especiales hacia el subregistro cero de nacimiento, mediante el registro oportuno de nacimiento.
- f) La cantidad de \$426,000.00 (Cuatrocientos veintiséis mil pesos 00/100 M.N.) para implementar módulos del Registro Civil en instalaciones hospitalarias para el registro oportuno de nacimiento.
- g) La cantidad de \$100,000.00 (Cien mil pesos 00/100 M.N.) para implementar campañas especiales de regularización del estado civil de personas nacidas en los Estados Unidos de América, de padres o madres mexicanos por nacimiento, para el registro del nacimiento y la asignación de la CURP, mediante las verificaciones realizadas a través de la Asociación Nacional de Estadísticas y Sistemas Informáticos de Salud Pública de Estados Unidos de América, (NAPHSIS) por sus siglas en inglés.
- h) La cantidad de \$15,000.00 (Quince mil pesos 00/100 M.N.) para promover acciones de inclusión en beneficio de la población con debilidad visual, posibilitando que los Registros Civiles de “EL GOBIERNO DEL ESTADO” emitan documentos de identidad impresos en sistema braille.
- i) La cantidad de \$90,000.00 (Noventa mil pesos 00/100 M.N.) para implementar campañas de registro de personas nacidas en México de población migrante.

- j) La cantidad de \$2,290.79 (Dos mil doscientos noventa pesos 79/100 M.N.) para que se destine, en caso de ser procedente, a favor de la Secretaría de la Función Pública de "EL GOBIERNO DEL ESTADO", misma que deberá realizar la vigilancia, inspección, control y evaluación sobre las acciones y servicios ejecutados mediante el presente instrumento jurídico.

SEXTA.- PROGRAMA DE TRABAJO. Para garantizar que la ministración y aplicación de los recursos considerados en la Cláusula Tercera del presente instrumento jurídico se realice con oportunidad, eficiencia, eficacia, economía, honradez y transparencia, así como para medir los avances, entregables y su correcta ejecución, la UCE deberá elaborar el Programa de Trabajo en el formato que para tal efecto establece la DGRNPI, para su revisión y aprobación en la Comisión de Seguimiento, dicha Comisión se integrará conforme lo establece la Cláusula Tercera del Convenio de Coordinación citado en el apartado de Antecedentes, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles a partir de la recepción de los recursos federales.

Asimismo, durante la vigencia del presente instrumento jurídico, "LAS PARTES" deberán aprobar y autorizar en la Comisión de Seguimiento, cualquier modificación en los conceptos de compra previamente aprobados en un Programa de Trabajo, excepto cuando no se adquiera algún bien o servicio.

SÉPTIMA.- ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS NACIONAL DEL REGISTRO CIVIL. Con el propósito de mantener permanentemente actualizada la Base de Datos Nacional del Registro Civil a cargo de la DGRNPI, la UCE depositará en la Vista Local de la Solución Integral de la Conexión Interestatal para su transcodificación y transferencia los registros del estado civil de las personas capturados y digitalizados conforme a los criterios establecidos por la DGRNPI, y todas aquellas modificaciones de que fueren objeto los diferentes actos del Registro Civil, así como los nuevos registros que se hayan generado.

La UCE certificará que los registros que se registren exitosamente en la Base de Datos Nacional del Registro Civil, son copia fiel de las actas que se encuentran bajo su resguardo.

Además, la UCE apoyará en la búsqueda, localización y revisión de las actas registrales que le solicite la DGRNPI, en apoyo a los proyectos del Registro Nacional de Población.

OCTAVA.- INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN. "EL GOBIERNO DEL ESTADO" a través de la UCE, responsable de los datos personales asentados en los actos del estado civil de las personas, autoriza a "GOBERNACIÓN" para administrar, compartir, tratar y utilizar la información remitida como elemento de apoyo en las atribuciones y facultades de la DGRNPI para el registro y acreditación de la identidad de la población del país y de los nacionales residentes en el extranjero; la información compartida se ajustará a la correspondiente normatividad de protección de datos personales y demás normatividad aplicable.

Además, "LAS PARTES" utilizarán el FTP (*File Transfer Protocol*) y el SFTP (*Secure File Transfer Protocol*) para el intercambio de la información; la información permanecerá temporalmente en la correspondiente carpeta del FTP, misma que "LAS PARTES" se comprometen a depurar trimestralmente.

NOVENA.- CURP. "EL GOBIERNO DEL ESTADO" a través de la UCE, realizará acciones con la finalidad de incorporar en sus registros la CURP y, con ello apoyar y dar continuidad a la asignación y uso de la CURP en la Entidad.

DÉCIMA.- DERECHO A LA IDENTIDAD. "EL GOBIERNO DEL ESTADO" a través de la UCE, promoverá las acciones necesarias para hacer efectivo el "derecho a la identidad" que toda persona tiene, así como el registro universal y oportuno al agilizar y simplificar los trámites correspondientes, así como expedir gratuitamente la primera copia certificada del acta de registro de nacimiento, conforme a lo dispuesto en el párrafo octavo del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, adicionado y publicado en el DOF el 17 de junio de 2014.

Además, la UCE, realizará acciones para atender el registro extemporáneo de nacimiento, así como facilitar u orientar a la población sobre la rectificación y aclaración de actas del estado civil, a fin de abatir la falta de identidad jurídica de la población y la inconsistencia e incongruencia de los datos relacionados con la identidad de las personas.

DÉCIMA PRIMERA.- PROYECTOS DE REGISTRO E IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS. "EL GOBIERNO DEL ESTADO" a través de la UCE, apoyará en la instrumentación de los proyectos de Registro e Identificación de Personas que "GOBERNACIÓN" diseñe e implemente en beneficio de la población.

DÉCIMA SEGUNDA.- ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS. La aplicación oportuna, ejecución y canalización de los recursos para la adquisición de los bienes o servicios señalados en el Catálogo de Gastos y Comprobación, se realizará conforme el Programa de Trabajo y los procedimientos establecidos en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento, así como en la normatividad local; para la compra de servicios u otros elementos no contemplados en el citado Catálogo, su adquisición procederá previa valoración y acuerdo de la Comisión de Seguimiento. "EL GOBIERNO DEL ESTADO" a través de la UCE, se compromete a reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos que la DGRNPI determine que se ejercieron para la compra de bienes o servicios no autorizados por la Comisión de Seguimiento.

DÉCIMA TERCERA.- COMPROBACIÓN DE RECURSOS. Los recursos aportados por “GOBERNACIÓN” no pierden el carácter federal, por lo que la UCE informará mensualmente a la DGRNPI las acciones efectuadas para su ejercicio; además, de acuerdo con las fechas que la Comisión de Seguimiento establezca, la UCE enviará a la DGRNPI para su fiscalización, conforme el Catálogo de Gastos y Comprobación, copia de los documentos comprobatorios de las erogaciones realizadas. La documentación comprobatoria deberá ser identificada con un sello o marca que indique la leyenda de que dichos recursos corresponden al Programa de Registro e Identificación de Población, que su origen es federal o estatal y el Ejercicio Fiscal 2022.

Además, de conformidad con el artículo 85, fracción II de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, los informes sobre el ejercicio, destino y resultados obtenidos de los recursos federales que sean transferidos a las entidades federativas, se publicarán trimestralmente por “EL GOBIERNO DEL ESTADO” en los órganos locales oficiales de difusión y los pondrán a disposición del público en general a través de sus respectivas páginas electrónicas de internet o de otros medios locales de difusión. Lo anterior, no exime a “EL GOBIERNO DEL ESTADO” de presentar al Congreso de la Unión y las legislaturas locales, los informes que correspondan en cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

DÉCIMA CUARTA.- ECONOMÍAS. Cuando “EL GOBIERNO DEL ESTADO” informe de manera formal que el recurso se encuentra ejercido o comprometido documentalmente para el cumplimiento de la o las metas señaladas en la Cláusula Quinta y en caso de que existan economías, “LAS PARTES” acordaran mediante la Comisión de Seguimiento suscrita dentro de la vigencia del presente instrumento jurídico, continuar con las metas establecidas en la Cláusula Quinta u orientar los recursos para alguna de las vertientes relacionadas con los objetivos del Fortalecimiento del Registro Civil, para mejorar el servicio registral.

DÉCIMA QUINTA.- RECURSOS NO EJERCIDOS. Los recursos federales aportados a “EL GOBIERNO DEL ESTADO” mediante el presente instrumento jurídico y los rendimientos financieros que al final del Ejercicio Fiscal 2022 no hayan sido ejercidos ni formalmente comprometidos o devengados, deberán reintegrarse invariablemente a la Tesorería de la Federación dentro de los 15 días naturales siguientes al cierre del Ejercicio Fiscal. Los recursos formalmente comprometidos y aquellos devengados que no hayan sido pagados durante el ejercicio fiscal 2022, se deberán cubrir los pagos respectivos a más tardar durante el primer trimestre del ejercicio fiscal siguiente; los recursos devengados deberán contar ineludiblemente con su pasivo circulante; una vez cumplido el plazo referido, los recursos remanentes y los rendimientos financieros deberán reintegrarse a la Tesorería de la Federación a más tardar dentro de los 15 días naturales siguientes.

Los recursos se considerarán devengados para “GOBERNACIÓN”, a partir de la entrega de los mismos a “EL GOBIERNO DEL ESTADO”; lo anterior conforme lo dispuesto en los artículos 175 y 224 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, 13 y 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios, respectivamente.

DÉCIMA SEXTA.- INFORME DE AVANCES Y RESULTADOS. “EL GOBIERNO DEL ESTADO” a través de la UCE, entregará mensualmente a la DGRNPI, en el formato que para tal efecto establece esta última, un informe con los avances obtenidos en virtud del cumplimiento o consecución de las metas y objetivos para el Fortalecimiento del Registro Civil.

Una vez implementado el Sistema Nacional para el Seguimiento del Fortalecimiento del Registro Civil (en lo sucesivo SINAFREC), la UCE informará a través de éste lo referente a los avances del Programa para el Fortalecimiento del Registro Civil, la administración de los recursos y el cumplimiento de las metas comprometidas, así también, enviará la documentación probatoria de los recursos asignados. La DGRNPI a través del SINAFREC dará puntual seguimiento a la información aportada por la UCE en cumplimiento de los acuerdos del presente instrumento jurídico.

DÉCIMA SÉPTIMA.- ENTREGABLES. “EL GOBIERNO DEL ESTADO” a través de la UCE, deberá acreditar a la DGRNPI, el cumplimiento de las metas definidas en la Cláusula Quinta del presente instrumento jurídico, mediante los métodos, formas y formatos establecidos en el Catálogo de Gastos y Comprobación y aquellos que “LAS PARTES” acuerden en la Comisión de Seguimiento. La presentación de entregables a la DGRNPI se realizará una vez concluidas las acciones establecidas en el Programa de Trabajo, o bien, conforme lo acuerde la Comisión de Seguimiento.

DÉCIMA OCTAVA.- CONTROL Y VIGILANCIA. El control, supervisión, vigilancia, evaluación y la calidad de la información respecto al ejercicio y destino de los recursos públicos a que se refiere la Cláusula Tercera del presente instrumento jurídico, corresponderá en el ámbito de sus atribuciones a “LAS PARTES”, a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público conforme el artículo 31, fracción XXIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la Auditoría Superior de la Federación y a los órganos de fiscalización

superior conforme a las atribuciones de los artículos 1, 2, 3, 4 y 15 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación, y 82 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental y demás disposiciones aplicables; sin perjuicio de las acciones de control, vigilancia y evaluación que realice la Secretaría de la Función Pública de “EL GOBIERNO DEL ESTADO”.

“LAS PARTES” convienen que del monto total de los recursos aportados en la Cláusula Tercera del presente instrumento jurídico, se destine el uno al millar a favor de la Secretaría de la Función Pública de “EL GOBIERNO DEL ESTADO”, misma que se compromete a realizar en el semestre posterior al cierre del presente ejercicio fiscal, la vigilancia, inspección, control y evaluación sobre las acciones y servicios ejecutados por administración directa de dichos recursos, presentando un informe a la DGRNPI.

La DGRNPI, podrá efectuar visitas de supervisión y seguimiento a la UCE y a sus oficialías, lo que permitirá corroborar la correcta aplicación de los recursos aportados.

DÉCIMA NOVENA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. “LAS PARTES” acuerdan que los asuntos no expresamente previstos en el presente instrumento jurídico, así como las dudas y controversias que pudieran surgir con motivo de la interpretación, ejecución y cumplimiento del mismo, se resolverán de común acuerdo en el seno de la Comisión de Seguimiento; sin perjuicio de la competencia que corresponda a los órganos administrativos de vigilancia o fiscalización federales y estatales, así como a las autoridades judiciales.

VIGÉSIMA.- MODIFICACIONES AL ANEXO DE ASIGNACIÓN Y TRANSFERENCIA. “LAS PARTES” acuerdan realizar mediante Anexo Modificadorio del presente Anexo de Asignación y Transferencia de Recursos, durante la vigencia del mismo y con apego a las disposiciones legales aplicables, aquellas modificaciones en las aportaciones económicas que realice “GOBERNACIÓN”, o bien, para establecer las medidas o mecanismos que permitan afrontar contingencias que impidan el cumplimiento integral del presente instrumento jurídico con la finalidad de dar continuidad al Programa de Registro e Identificación de Población.

VIGÉSIMA PRIMERA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA. “GOBERNACIÓN” terminará anticipadamente el presente instrumento jurídico, notificando lo anterior a “EL GOBIERNO DEL ESTADO” por escrito cuando se acredite la causal que corresponda. En tal virtud “EL GOBIERNO DEL ESTADO” como sanción deberá reintegrar los recursos federales otorgados no devengados en términos de la normatividad aplicable, sin perjuicio de que “GOBERNACIÓN” informe a los Órganos fiscalizadores.

En el caso específico de que “EL GOBIERNO DEL ESTADO” desee dar por terminado el presente instrumento jurídico, deberá informarlo a “GOBERNACIÓN” de forma inmediata a su determinación, mediante escrito en donde queden asentados los motivos de su terminación anticipada, y se determine el grado de cumplimiento de las obligaciones pactadas y pendientes de cumplir.

Para que la terminación anticipada surta efectos, se levantará un acta por parte de la Comisión de Seguimiento, que contendrá una descripción de las obligaciones cumplidas y las obligaciones pendientes de cumplir, y en este último caso, se determinará tanto el procedimiento y plazo para su cumplimiento.

En ambos casos, se deberá realizar un corte de los avances y resultados alcanzados por “EL GOBIERNO DEL ESTADO”, realizándose una confronta entre dichos resultados y los recursos ejercidos, a efecto de que los recursos federales no ejercidos así como los intereses generados, sean reintegrados a la Tesorería de la Federación.

Entre las causas que determinarán la terminación anticipada del presente instrumento jurídico, se encuentran:

- I. Se identifique que los recursos federales fueron depositados, administrados o transferidos a cuentas o subcuentas no productivas y específicas, así como contratos o servicios de inversión o bien, que los recursos fueron reubicados en otra cuenta bancaria distinta a la señalada en la Cláusula Cuarta del presente instrumento jurídico, sin el debido sustento legal.
- II. Se haga caso omiso a las solicitudes de “GOBERNACIÓN” respecto al seguimiento y verificación de los compromisos suscritos en el presente instrumento jurídico.
- III. El deficiente seguimiento al Programa de Trabajo, así como la adquisición o contratación de bienes o servicios no asentados en el Programa de Trabajo.
- IV. Que “EL GOBIERNO DEL ESTADO” no realice en el plazo establecido la aportación de los recursos comprometidos, de conformidad con la Cláusula Tercera del presente instrumento jurídico.
- V. Se identifique que los recursos aportados por “EL GOBIERNO DEL ESTADO”, fueron depositados y administrados conjuntamente con los recursos federales.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- SUSPENSIÓN DE LAS ASIGNACIONES. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 223 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, "GOBERNACIÓN" suspenderá a futuro la asignación de los recursos federales a "EL GOBIERNO DEL ESTADO".

Dicha suspensión deberá quedar documentada en el acta del Comité de Asignación y Distribución de Recursos, en la cual se fundamente y motive las causas que generaron dicha acción y se deberá precisar el tiempo de duración de la suspensión para la entidad federativa.

Entre las causas que determinarán la suspensión del presente instrumento jurídico, se encuentran:

- I. La DGRNPI determine que los recursos se destinaron a fines distintos a los previstos en el presente instrumento jurídico o fines no autorizados por "LAS PARTES".
- II. La falta consecutiva de hasta 6 informes de avances y resultados o bien, de hasta 3 estados de cuenta bancarios, conforme lo establecido en las Cláusulas Cuarta y Décima Sexta del presente instrumento jurídico.
- III. Que la totalidad de los recursos se encuentren ociosos o no devengados al término del ejercicio fiscal.
- IV. Que la UCE no realice la adecuada comprobación de los recursos y no presente la totalidad de los entregables acordados.
- V. Que "EL GOBIERNO DEL ESTADO" no reintegre a la Tesorería de la Federación los recursos que la DGRNPI determine que se ejercieron para la compra de bienes o servicios no autorizados por la Comisión de Seguimiento.

VIGÉSIMA TERCERA.- VIGENCIA. El presente instrumento jurídico tendrá una vigencia a partir de la fecha de suscripción y surtirá efectos para "LAS PARTES" una vez que "GOBERNACIÓN" deposite los recursos federales a la cuenta bancaria establecida en la Cláusula Tercera y hasta el 31 de diciembre del 2022.

En su caso, si "GOBERNACIÓN" está imposibilitada en realizar la aportación de los recursos federales, la DGRNPI informará formalmente dicho acto a "EL GOBIERNO DEL ESTADO" para proceder a la cancelación del presente instrumento jurídico.

VIGÉSIMA CUARTA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR. "LAS PARTES" no serán responsables de eventos derivados de caso fortuito o de fuerza mayor, debiéndose entender el caso fortuito o fuerza mayor como algo imprevisible que se produce fuera de la esfera de responsabilidad de "LAS PARTES" y que ocasione la imposibilidad material de cumplir con las obligaciones del presente instrumento jurídico. Es obligación de "LAS PARTES" anunciar el caso fortuito o de fuerza mayor, en el término de 5 días hábiles a partir de que se dé dicha situación, misma que quedará debidamente formalizada y circunstanciada a través del acta que para tal efecto elabore la Comisión de Seguimiento.

Una vez que hayan quedado determinadas claramente las causas de fuerza mayor o caso fortuito, "LAS PARTES" se comprometen a coordinar acciones tendientes a reestablecer el cumplimiento de sus obligaciones. En caso contrario, en donde la Comisión de Seguimiento determine que no existe la posibilidad de restablecer el cumplimiento de las obligaciones, el presente instrumento jurídico podrá terminarse anticipadamente, conforme lo dispuesto en la Cláusula Vigésima Primera.

VIGÉSIMA QUINTA.- PUBLICACIÓN.- El presente Anexo de Asignación y Transferencia de Recursos para el Programa de Registro e Identificación de Población, para el Ejercicio Fiscal 2022, se publicará en el DOF de conformidad con lo dispuesto por el artículo 36 de la Ley de Planeación, y en el Periódico Oficial del Estado de Chihuahua, conforme el artículo 5, fracción VIII de la Ley del Periódico Oficial del Estado, toda vez que deriva del Convenio de Coordinación celebrado entre "LAS PARTES"

Enteradas las partes del valor y consecuencias legales del presente instrumento jurídico, lo suscriben en seis tantos en la ciudad de Chihuahua, Estado de Chihuahua, a los 31 días del mes de marzo de 2022.- Por Gobernación: el Subsecretario de Derechos Humanos, Población y Migración, **Alejandro de Jesús Encinas Rodríguez.-** Rúbrica.- La Jefa de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, **Rocio Juana González Higuera.-** Rúbrica.- El Director General del Registro Nacional de Población e Identidad, **Jorge Leonel Wheatley Fernández.-** Rúbrica.- Por el Gobierno del Estado: el Secretario General de Gobierno, **César Gustavo Jáuregui Moreno.-** Rúbrica.- El Secretario de Hacienda, **José de Jesús Granillo Vázquez.-** Rúbrica.- La Secretaria de la Función Pública, **María de los Ángeles Álvarez Hurtado.-** Rúbrica.- El Director General del Registro Civil de la Secretaría General de Gobierno, **Rafael Alejandro Corral Valverde.-** Rúbrica.

EXTRACTO de la solicitud de registro de la agrupación denominada Iglesia El Rey que Viene, para constituirse en asociación religiosa.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBERNACIÓN.- Secretaría de Gobernación.- Subsecretaría de Desarrollo Democrático, Participación Social y Asuntos Religiosos.- Unidad de Asuntos Religiosos, Prevención y la Reconstrucción del Tejido Social.- Dirección General de Asuntos Religiosos.

EXTRACTO DE LA SOLICITUD DE REGISTRO CONSTITUTIVO COMO ASOCIACIÓN RELIGIOSA QUE PRESENTÓ EL C. RAFAEL ANTONIO TOLEDO Y FIRMANTES DE LA AGRUPACIÓN DENOMINADA IGLESIA EL REY QUE VIENE.

En cumplimiento a lo dispuesto por el último párrafo del artículo 7° de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público; en relación con los diversos 8° y 10° de su Reglamento, se publica el correspondiente extracto de la solicitud de registro de la agrupación denominada IGLESIA EL REY QUE VIENE, para constituirse en asociación religiosa; solicitud presentada en la Dirección General de Asuntos Religiosos, para su trámite respectivo; cuyos datos principales son los que a continuación se señalan:

I.- Domicilio: Calle Juan Aldama Sin Número, Colonia Primera Sección, Santa María Xadani, Oaxaca, C.P. 70125.

II.- Bienes inmuebles: Calle Juan Aldama Sin Número, Colonia Primera Sección, Santa María Xadani, Oaxaca, C.P. 70125, manifestado de manera unilateral bajo contrato de comodato.

III.- Estatutos: Presentó estatutos, los que contienen las bases fundamentales de su doctrina, la determinación de los asociados, ministros de culto y representante, mismos que señalan como objeto, el siguiente: "Realizar actos de culto público religioso, así como propagar la doctrina cristiana."

IV.- Se exhiben las pruebas suficientes que acreditan que la agrupación religiosa cuenta con notorio arraigo entre la población

V.- Representantes: Rafael Antonio Toledo y/o Emmanuel Antonio Ruiz y/o José Luis Nuñez Valle.

VI.- Exhiben la Relación de asociados, para dar cumplimiento a lo dispuesto por la fracción VI del artículo 8° del Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público.

VII.- Exhiben el convenio propuesto a la Secretaría de Relaciones Exteriores, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la fracción I del artículo 27 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

VIII.- Órgano de Dirección o Administración: De conformidad con los estatutos exhibidos, se denomina "Consejo Directivo", integrada por las personas y cargos siguientes: Rafael Antonio Toledo, Presidente; Emmanuel Antonio Ruiz, Vicepresidente; Argelio Santiago Sánchez, Secretario; Miguel López Sánchez, Tesorero; Jaime Esteva Aquino, Vocal 1; Elfidio Matus López, Vocal 2 y Mariano Guadalupe Vicente Aquino, Vocal 3.

IX.- Ministros de Culto: Rafael Antonio Toledo, Emmanuel Antonio Ruiz, Argelio Santiago Sánchez, Miguel López Sánchez, Jaime Esteva Aquino, Elfidio Matus López, y Mariano Guadalupe Vicente Aquino.

X.- Credo Religioso: Cristiano Evangélico Pentecostés.

En cumplimiento a lo dispuesto por el primer párrafo del artículo 11 del Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público, se notifica lo anterior, a efecto de que las personas físicas, asociaciones religiosas, agrupaciones religiosas o iglesias que pudieran considerarse afectadas en su esfera jurídica, comparezcan dentro del término de veinte días hábiles, contados a partir del día siguiente de esta publicación a presentar su oposición ante esta Dirección General. Asimismo, se comunica que el expediente de la solicitud de referencia, estará a la vista de los interesados para su consulta solamente durante el término señalado.

Expedido en la Ciudad de México, a los veintinueve días del mes de agosto de dos mil veintidós.- El Director General Adjunto de la Dirección General de Asuntos Religiosos de la Secretaría de Gobernación, Lic. **Jorge Lee Galindo**.- Rúbrica.

EXTRACTO de la solicitud de registro de la entidad interna denominada Iglesia Bautista Dios con Nosotros de Nogales, Sonora para constituirse en asociación religiosa; derivada de Confraternidad Bautista Conservadora de México, A.R.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBERNACIÓN.- Secretaría de Gobernación.- Subsecretaría de Desarrollo Democrático, Participación Social y Asuntos Religiosos.- Unidad de Asuntos Religiosos, Prevención y la Reconstrucción del Tejido Social.- Dirección General de Asuntos Religiosos.

EXTRACTO DE LA SOLICITUD DE REGISTRO CONSTITUTIVO COMO ASOCIACIÓN RELIGIOSA DE UNA ENTIDAD INTERNA DE CONFRATERNIDAD BAUTISTA CONSERVADORA DE MÉXICO, A.R., DENOMINADA IGLESIA BAUTISTA DIOS CON NOSOTROS DE NOGALES, SONORA.

En cumplimiento a lo dispuesto por el último párrafo del artículo 7° de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público; 8° y 10 de su Reglamento, se publica el correspondiente extracto de la solicitud de registro de la entidad interna denominada IGLESIA BAUTISTA DIOS CON NOSOTROS DE NOGALES, SONORA para constituirse en asociación religiosa; derivada de CONFRATERNIDAD BAUTISTA CONSERVADORA DE MÉXICO, A.R., solicitud presentada en la Dirección General de Asuntos Religiosos, para su trámite respectivo; cuyos datos principales son los que a continuación se señalan:

I.- Domicilio: Calle Cóndor, Número 30, Colonia Villa Sonora, Municipio de Nogales, Estado de Sonora, Código Postal 84093.

II.- Bienes inmuebles: Se relacionó para cumplir con su objeto un inmueble, ubicado en Calle San Matías, Lotes 4 y 4', Manzana 8, Fraccionamiento San Carlos, Segunda Etapa, Colonia San Miguel, Municipio de Nogales, Estado de Sonora, Código Postal 84090, manifestado de manera unilateral como susceptible de incorporarse a su patrimonio.

III.- Estatutos: Presentó estatutos, los que contienen las bases fundamentales de su doctrina, la determinación de los asociados, ministro de culto y representante, mismos que señalan como objeto, el siguiente: "Proclamar el mensaje del Evangelio de Jesucristo exhortando a las personas para que lo reciban como Señor y Salvador".

IV.- Representante: José Antonio Rodríguez Álvarez.

V.- Exhiben Relación de asociados, para dar cumplimiento a lo dispuesto por la fracción VI del artículo 8° del Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público.

VI.- Exhiben el convenio propuesto a la Secretaría de Relaciones Exteriores, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la fracción I del artículo 27 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

VII.- Órgano de Dirección o Administración: De conformidad con los estatutos exhibidos, se denomina "Mesa Directiva", integrada por las personas y cargos siguientes: Esdras Mendivil Pérez, Presidente; José Antonio Rodríguez Álvarez, Vicepresidente; Ramsés Obed Navarro Guerrero, Secretario; Gabriela Vásquez Valenzuela, Tesorera; Maricela Josefina Ramírez Morales, Vocal 1; y Gabriela Madriles Flores, Vocal 2.

VIII.- Ministro de Culto: Cenobio Mendivil Ceceña.

IX.- Credo Religioso: Cristiano Evangélico Bautista.

En cumplimiento a lo dispuesto por el primer párrafo del artículo 11 del Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público, se notifica lo anterior, a efecto de que las personas físicas, asociaciones religiosas, agrupaciones religiosas o iglesias que pudieran considerarse afectadas en su esfera jurídica, comparezcan dentro del término de veinte días hábiles, contados a partir del día siguiente de esta publicación a presentar su oposición ante esta Dirección General. Asimismo, se comunica que el expediente de la solicitud de referencia, estará a la vista de los interesados para su consulta solamente durante el término señalado.

Expedido en la Ciudad de México, al primer día del mes de septiembre de dos mil veintidós.- El Director General Adjunto de la Dirección General de Asuntos Religiosos de la Secretaría de Gobernación, Lic. **Jorge Lee Galindo**.- Rúbrica.

SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

ACUERDO por el que se hace del conocimiento del público en general los días y horas de atención para los trámites y servicios ante las unidades administrativas que se señalan, de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y sus órganos administrativos desconcentrados.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

MARÍA LUISA ALBORES GONZÁLEZ, Secretaria de Medio Ambiente y Recursos Naturales, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 32 Bis de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 140 de la Ley General de Salud; 4 y 28 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y 6, fracción XXVII del Reglamento Interior de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, y

CONSIDERANDO

Que el 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró como pandemia al coronavirus SARS-CoV2, causante de la enfermedad COVID-19, en razón de su capacidad de contagio a la población en general;

Que el 23 de marzo de 2020, el Consejo de Salubridad General publicó, en el Diario Oficial de la Federación, el "Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia";

Que el artículo 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo ordena que los actos administrativos de carácter general, tales como decretos, acuerdos y circulares, entre otros, que tengan por objeto establecer obligaciones específicas, deben ser publicados en el Diario Oficial de la Federación para que produzcan efectos jurídicos;

Que el artículo 140 de la Ley General de Salud, dispone que las autoridades no sanitarias cooperarán en el ejercicio de la acción para combatir las enfermedades transmisibles, estableciendo las medidas que estimen necesarias, sin contravenir las disposiciones que rigen la materia;

Que esta Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, con fechas 24 de marzo; 06, 17 y 30 de abril; 29 de mayo; 02 de julio; 24 de agosto; 09 de octubre y 31 de diciembre, todas de 2020, dio a conocer mediante publicación en el Diario Oficial de la Federación diversos Acuerdos adoptando las medidas conducentes, a fin de procurar la seguridad en la salud de sus trabajadores y, eventualmente, del público usuario que visita las instalaciones de sus diversas unidades administrativas y órganos administrativos desconcentrados;

Que el 30 de marzo de 2020, el Consejo de Salubridad General publicó en el Diario Oficial de la Federación el "Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)";

Que el 27 de julio de 2020, la Secretaría de Salud publicó en el Diario Oficial de la Federación, el "Acuerdo por el que se da a conocer el medio de difusión de los criterios para las poblaciones en situación de vulnerabilidad", cuyo objetivo es orientar a las autoridades que conforman el Sistema Nacional de Salud, así como a las personas y centros de trabajo en la protección de la salud y la vida de poblaciones en situación de vulnerabilidad, estableciendo, conforme al color del semáforo epidemiológico y la condición que pone en situación de vulnerabilidad a las personas, la forma en que éstas pueden regresar a sus actividades laborales;

Que el 31 de julio de 2020, la Secretaría de la Función Pública publicó, en el mismo medio de difusión oficial, el "Acuerdo por el que se establecen los criterios aplicables para la administración de los recursos humanos en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para mitigar la propagación del coronavirus COVID-19"; cuyos efectos se prorrogaron mediante modificaciones publicadas los días 30 de septiembre de 2020, 21 de diciembre de 2020 y 8 de enero de 2021;

Que el 25 de enero de 2021, esta Dependencia del Ejecutivo Federal publicó en el Diario Oficial de la Federación el "Acuerdo por el que se hace del conocimiento del público en general las medidas que se establecen para coadyuvar en la disminución de la propagación del coronavirus COVID-19, así como los días que serán considerados como inhábiles para efectos de los actos y procedimientos administrativos substanciados por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y sus órganos administrativos desconcentrados, con las excepciones que en el mismo se indican";

Que el 30 de abril de 2021, la Secretaría de la Función Pública publicó en el mismo medio de difusión oficial, el “Acuerdo por el que se determinan los criterios para la administración de los recursos humanos en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal con el objeto de reducir el riesgo de contagio y dispersión del coronavirus SARS-CoV-2”;

Que el 26 de mayo de 2021, esta Dependencia del Ejecutivo Federal publicó en el Diario Oficial de la Federación el “Acuerdo que modifica el diverso por el que se hace del conocimiento del público en general las medidas que se establecen para coadyuvar en la disminución de la propagación del coronavirus COVID-19, así como los días que serán considerados como inhábiles para efectos de los actos y procedimientos administrativos substanciados por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y sus órganos administrativos desconcentrados, con las excepciones que en el mismo se indican, publicado el 25 de enero de 2021”, en el que se señalaron los días y horas para la atención al público usuario de los trámites y servicios que se brindan en esta Dependencia del Ejecutivo Federal, en los casos en los que el semáforo epidemiológico de la Ciudad de México se encuentre en color ROJO, NARANJA y AMARILLO;

Que el 27 de julio del 2021, la Secretaría de Salud emitió el “Acuerdo por el que se da a conocer el medio de difusión de la nueva metodología del semáforo por regiones para evaluar el riesgo epidemiológico que representa la enfermedad grave de atención prioritaria COVID-19”, el cual determina en su ARTÍCULO TERCERO que la Secretaría de Salud dará a conocer la metodología del semáforo por regiones, en el sitio web coronavirus.gob.mx/semáforo. Asimismo, dicho Acuerdo prevé que las personas a quienes se haya administrado un esquema de vacunación contra el virus SARS-CoV-2 y habiendo transcurrido dos semanas posteriores a la aplicación de la última dosis, no serán consideradas dentro de la población en situación de vulnerabilidad para contraer dicha enfermedad grave de atención prioritaria;

Que con fecha 30 de julio de 2021, esta Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales publicó en el Diario Oficial de la Federación el “Acuerdo que modifica por segunda ocasión el diverso por el que se hace del conocimiento del público en general las medidas que se establecen para coadyuvar en la disminución de la propagación del coronavirus COVID-19, así como los días que serán considerados como inhábiles para efectos de los actos y procedimientos administrativos substanciados por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y sus órganos administrativos desconcentrados, con las excepciones que en el mismo se indican, publicado el 25 de enero de 2021”, en el que se señalaron los días y horas para la atención al público usuario de los trámites y servicios que se brindan en esta Dependencia del Ejecutivo Federal, en los casos en los que el semáforo epidemiológico de la Ciudad de México se encuentre en color VERDE;

Que el 30 de julio de 2021, la Secretaría de la Función Pública publicó en el Diario Oficial de la Federación, el “Acuerdo por el que se determinan los criterios para la administración de los recursos humanos en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal con el objeto de reducir el riesgo de contagio y dispersión del coronavirus SARS-CoV2”, el cual establece en sus Artículos Primero, fracción I y Único Transitorio, que de conformidad con las necesidades del servicio y sin alterar el debido cumplimiento de las funciones institucionales que garanticen en todo momento la prestación de los servicios públicos de manera permanente y oportuna, los Titulares de la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y de las Unidades de Administración y Finanzas o equivalentes en la Administración Pública Federal, podrán autorizar o facilitar a las personas servidoras públicas el regreso a las labores presenciales en las instalaciones físicas de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de todos aquellos servidores públicos que concluyeron el proceso de inmunización contra el COVID-19, respetando las medidas sanitarias y de sana distancia determinadas por la Secretaría de Salud, señalando que su vigencia será indefinida hasta en tanto se emita el acuerdo de conclusión de sus efectos;

Que el 01 de agosto de 2021 entró en vigor el “Protocolo de Sanidad para evitar la propagación de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), para una reanudación de labores segura para el personal de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales”, emitido por la Dirección General de Desarrollo Humano y Organización de esta Dependencia del Ejecutivo Federal, en el que se establecieron medidas de observancia obligatoria para todos los centros de trabajo y personas servidoras públicas de esta Secretaría, así como para el público usuario que ingrese y/o permanezca en el interior de las oficinas, las cuales consisten en promoción de la salud, uso de equipo de protección personal, sana distancia, control de ingreso y egreso de las oficinas gubernamentales, medidas de prevención de contagios, entre otras. Asimismo, en su numeral 4. “Alcance y Vigencia” se estableció que estará vigente hasta en tanto las Autoridades sanitarias determinen el fin de la pandemia o dicten medidas que representen la necesidad de modificar ese Protocolo o emitir uno nuevo;

Que el último semáforo de riesgo epidémico al que se refiere el párrafo décimo segundo de la parte considerativa del presente Acuerdo, fue el correspondiente al periodo del 18 de abril al 1 de mayo de 2022, publicado en el sitio web <https://coronavirus.gob.mx/semáforo/>, sin que a la fecha haya habido actualización alguna;

Que debido a lo anterior y toda vez que las condiciones de emergencia sanitaria han cambiado, mismas que propiciaron que esta Dependencia del Ejecutivo Federal emitiera los Acuerdos publicados en el Diario Oficial de la Federación los días 29 de mayo, 02 de julio, 24 de agosto, 09 de octubre y 31 de diciembre, todos de 2020, así como 25 de enero, 26 de mayo y 30 de julio, todos de 2021, los cuales se basaron en el semáforo antes señalado, y ante la demanda de los trámites, resulta necesario que en la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y sus órganos administrativos desconcentrados, reanuden la normalidad en la recepción de los trámites y servicios que se encontraban bajo un esquema de reducción de días y horas, manteniendo como eje rector el cumplimiento de los protocolos y de las medidas necesarias para priorizar y preservar la salud e integridad de las personas servidoras públicas y de los miembros de la sociedad, evitando al máximo la concentración de personas y en estricto apego a los lineamientos que dicten las autoridades sanitarias, por lo que he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE HACE DEL CONOCIMIENTO DEL PÚBLICO EN GENERAL LOS DÍAS Y HORAS DE ATENCIÓN PARA LOS TRÁMITES Y SERVICIOS ANTE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE SEÑALAN, DE LA SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES Y SUS ÓRGANOS ADMINISTRATIVOS DESCONCENTRADOS

Artículo Primero. Se hace del conocimiento del público en general, que a partir del 19 de septiembre de 2022, en la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, sus unidades administrativas y órganos administrativos desconcentrados que conforme a sus atribuciones les compete la atención a trámites y servicios, lo harán en los días y horas legalmente establecidos, conforme se indica a continuación:

I. En la **Dirección General de Zona Federal Marítimo Terrestre y Ambientes Costeros**, en la **Dirección General de Gestión Integral de Materiales y Actividades Riesgosas**, en la **Dirección General de Impacto y Riesgo Ambiental**, en la **Dirección General de Vida Silvestre**, y en la **Dirección General de Industria, Energías Limpias y Gestión de la Calidad del Aire**, serán los días lunes a viernes de 09:30 a 15:00 horas, en la oficina del Espacio de Contacto Ciudadano ubicada en Av. Ejército Nacional número 223, Colonia Anáhuac, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, Código Postal 11320, en la Ciudad de México (acceso por calle Lago Xochimilco);

II. En la **Dirección General de Gestión Forestal, Suelos y Ordenamiento Ecológico**, serán los días lunes a viernes de 09:30 a 15:00 horas, en la oficina del Espacio de Contacto Ciudadano y en su **Oficialía de Partes** serán los días lunes a viernes de 09:00 a 15:00 horas, ubicadas ambas en Av. Progreso número 3, Colonia del Carmen, Demarcación Territorial Coyoacán, Código Postal 04100, en la Ciudad de México;

III. En la **Oficialía de Partes de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales**, ubicada en Av. Ejército Nacional número 223, Colonia Anáhuac, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, Código Postal 11320, en la Ciudad de México, serán los días lunes a viernes de 09:00 horas a 15:00 horas;

IV. En la oficialía de partes de la **Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas** ubicada en Av. Ejército Nacional número 223, Colonia Anáhuac, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, Código Postal 11320, en la Ciudad de México, para todos los procedimientos y trámites que, en ejercicio de sus atribuciones, dan atención sus distintas unidades administrativas; así como en los respectivos domicilios de las oficialías de partes de las oficinas de las **Direcciones Regionales y Direcciones de Áreas Naturales Protegidas de la Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas**, serán los días lunes a viernes de 09:00 a 15:00 horas;

V. En las **Oficinas de Representación de esta Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales** y sus respectivas oficinas del Espacio de Contacto Ciudadano, serán los días lunes a viernes de 09:00 a 14:30 horas para efectos de la atención a trámites y de 09:00 a 15:00 horas para el servicio de Oficialía de Partes. Para los estados de Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Nayarit, Sinaloa y Sonora, que se encuentran dentro de las zonas horarias Noroeste y Pacífico, el horario de atención serán los días lunes a viernes de 08:00 a 13:30 horas para efectos de la atención a trámites y de 08:00 a 14:00 horas para el servicio de Oficialía de Partes;

VI. En las oficinas del Área de Atención al Regulado y la Oficialía de Partes de la **Agencia Nacional de Seguridad Industrial y de Protección al Medio Ambiente del Sector Hidrocarburos** ubicadas en Boulevard Adolfo Ruiz Cortines No. 4209, Colonia Jardines en la Montaña, Demarcación Territorial Tlalpan, Código Postal 14210, en la Ciudad de México, serán los días de lunes a viernes de 09:00 a 15:00 horas, así como para aquellos actos administrativos inherentes a los trámites y procedimientos competencia de la Unidad de Gestión Industrial, la Unidad de Supervisión, Inspección y Vigilancia Industrial y la Unidad de Asuntos Jurídicos de la Agencia Nacional de Seguridad Industrial y de Protección al Medio Ambiente del Sector Hidrocarburos;

VII. En las oficinas de la **Procuraduría Federal de Protección al Ambiente** y su oficialía de partes, ubicadas en Avenida Félix Cuevas, número 6, Colonia Tlacoquemécatl del Valle, Demarcación Territorial Benito Juárez, Código Postal 03200, en la Ciudad de México, así como en los respectivos domicilios de las Oficinas de Representación de Protección Ambiental en las entidades federativas y en la Zona Metropolitana del Valle de México, serán los días lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas, y

VIII. En las oficinas de partes, los Centros Integrales de Servicios (CIS) y en las Ventanillas Únicas (VU) de la **Comisión Nacional del Agua**, ubicadas en el Nivel Nacional en Avenida Insurgentes Sur, número 2416, Colonia Copilco El Bajo, Demarcación Territorial Coyoacán, Código Postal 04340, en la Ciudad de México y en el Nivel Regional Hidrológico Administrativo, en los respectivos domicilios de los Organismos de Cuenca y Direcciones Locales, serán los días lunes a viernes de 09:00 a 15:00 horas; asimismo, permanece disponible la dirección electrónica <https://citas.conagua.gob.mx/citas/> a efecto de que los promoventes puedan seguir optando por acudir con o sin cita, en el entendido de que es preferible la obtención de cita previa con la finalidad de evitar al máximo la concentración física en espacios cerrados. De igual manera, en los casos de trámites cuyo medio de presentación pueda ser de manera electrónica o física, se podrá seguir optando por una u otra de las dos modalidades, privilegiando que se realicen en línea, a través del Buzón del Agua, utilizando para ello la siguiente dirección electrónica: <https://buzondelagua.conagua.gob.mx>

Artículo Segundo. Se hace del conocimiento al público en general y usuario de los trámites y servicios, conforme a las atribuciones que les compete a las unidades administrativas de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, lo siguiente:

I. Independientemente de la modalidad de presentación presencial, permanecen en funcionamiento los sistemas electrónicos correspondientes a aquellos trámites cuyo canal de presentación sea por modalidad electrónica, conforme su respectiva ficha inscrita en el Catálogo Nacional de Regulaciones, Trámites y Servicios. En razón de lo anterior, los usuarios de los mismos podrán optar por la modalidad de presentación presencial o electrónica;

II. A los usuarios de los trámites cuyo medio de presentación sea presencial, a través de las oficinas del Espacio de Contacto Ciudadano ubicadas en los domicilios señalados en las fracciones I y II del Artículo Primero del presente Acuerdo, se les informa que podrán seguir utilizando el sistema de citas para trámites de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, disponible en la dirección electrónica <https://citas.semarnat.gob.mx/>

Lo anterior, a efecto de evitar al máximo la concentración física, tránsito o desplazamiento de personas, y con la finalidad de resguardar la salud de las personas servidoras públicas y de la ciudadanía que asiste a las unidades administrativas y órganos administrativos desconcentrados, por lo que una vez que la ciudadanía acuda a su cita presencial, se observarán en todo momento las disposiciones normativas aplicables en materia de higiene y seguridad sanitaria para prevenir con ello la enfermedad por COVID-19, y

III. En materia de todos los trámites relacionados con emisiones a la atmósfera, a cargo de la Dirección General de Industria, Energías Limpias y Gestión de la Calidad del Aire, se hace del conocimiento del público en general que se habilita la dirección de correo electrónico oficialia.dgielgca@semarnat.gob.mx, en un horario de 09:00 a 18:00 horas, durante los días lunes a viernes, para efecto de recibir consultas particulares de los ciudadanos en las materias de su competencia.

Asimismo, permanecerá habilitada la dirección de correo electrónico tramites.upm@semarnat.gob.mx en un horario de 09:00 a 18:00 horas, durante los días lunes a viernes, para efecto de dar atención a cualquier duda relacionada con el trámite SEMARNAT-2020-071-002-A Asignación de cuota para la importación de sustancias reguladas por el Protocolo de Montreal relativo a las sustancias que agotan la capa de ozono.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor el día 19 de septiembre de 2022.

SEGUNDO. Se abrogan los Acuerdos emitidos por esta Dependencia del Ejecutivo Federal publicados con fechas 24 de marzo; 06, 17 y 30 de abril; 24 de agosto; 09 de octubre y 31 de diciembre, todos de 2020; 25 de enero, 26 de mayo y 30 de julio, todos de 2021.

TERCERO. Los días y horas señalados en los artículos Primero y Segundo del presente Acuerdo, para efectos de la presentación de los trámites y servicios en las respectivas Unidades Administrativas que se indican, son con excepción de aquellos señalados como inhábiles en términos del "Acuerdo por el que se hace del conocimiento del público en general los días del mes de diciembre del año 2021 y los del año 2022, que serán considerados como inhábiles para efectos de los actos y procedimientos administrativos substanciados por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y sus órganos administrativos desconcentrados", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 08 de diciembre de 2021, así como las disposiciones legales y administrativas aplicables al caso concreto, que lo sustituyan.

Ciudad de México, a 1 de septiembre de 2022.- La Secretaria de Medio Ambiente y Recursos Naturales,
María Luisa Albores González.- Rúbrica.

SECRETARÍA DE SALUD

SEGUNDO Convenio Modificatorio al Convenio Específico en materia de ministración de subsidios para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.

02-CM-AFASPE-VER/2022

SEGUNDO CONVENIO MODIFICATORIO AL CONVENIO ESPECÍFICO EN MATERIA DE MINISTRACIÓN DE SUBSIDIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, SUSCRITO EL 01 DE MARZO DE 2022, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL EJECUTIVO FEDERAL A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD, A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ "LA SECRETARÍA", POR CONDUCTO DEL DR. HUGO LÓPEZ-GATELL RAMÍREZ, SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, ASISTIDO POR EL DR. RICARDO CORTÉS ALCALÁ, DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD; EL DR. GABRIEL GARCÍA RODRÍGUEZ, DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA; LA MTRA. DIANA IRIS TEJADILLA OROZCO, SECRETARÍA TÉCNICA DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL; LA DRA. ANA LUCÍA DE LA GARZA BARROSO, SECRETARÍA TÉCNICA DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES; LA DRA. KARLA BERDICHEVSKY FELDMAN, DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA; EL DR. RUY LÓPEZ RIDAURA, DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES; LA DRA. ALETHSE DE LA TORRE ROSAS, DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA; EL DR. JOSÉ LUIS DÍAZ ORTEGA, DIRECTOR DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA DEL CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA; EL DR. DWIGHT DANIEL DYER LEAL, DIRECTOR GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD; EL DR. JORGE ENRIQUE TREJO GÓMORA, DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA; EL DR. JUAN MANUEL QUIJADA GAYTÁN; DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y EL DR. GADY ZABICKY SIROT; COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES; Y POR LA OTRA PARTE, VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR EL DR. GERARDO DÍAZ MORALES, SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ Y EL MTRO. JOSÉ LUIS LIMA FRANCO, SECRETARIO DE FINANZAS Y PLANEACIÓN, A LAS QUE AL ACTUAR DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

I. Con fecha 01 de marzo de 2022 "LA SECRETARÍA" y "LA ENTIDAD", celebraron el CONVENIO ESPECÍFICO EN MATERIA DE MINISTRACIÓN DE SUBSIDIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, con el objeto de ministrar recursos presupuestarios federales, en carácter de subsidios, así como insumos federales a "LA ENTIDAD", para coordinar su participación con "LA SECRETARÍA", en términos de lo previsto en los artículos 9 y 13, apartado B de la Ley General de Salud, en la ejecución de "LOS PROGRAMAS", que comprende la realización de intervenciones para el cumplimiento de metas de cada uno de ellos, a fin de contribuir con "LA ENTIDAD", a su adecuada instrumentación así como fortalecer la integralidad de las acciones de prevención y promoción de la salud, documento que en adelante se denominará "CONVENIO PRINCIPAL".

II. Con fecha 30 de mayo de 2022, "LA SECRETARÍA" y "LA ENTIDAD", celebraron el Convenio Modificatorio al Convenio Específico en Materia de Ministración de Subsidios para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, con el objeto de modificar las cláusulas Octava; Novena, fracción IX y XXIV; Décima Tercera; así como el Anexo 1 del "CONVENIO PRINCIPAL".

III. Que de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación con fecha 19 de agosto de 2020, la Dirección General de Información en Salud, el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, los Servicios de Atención Psiquiátrica y la Comisión Nacional contra las Adicciones, pasaron al tramo de control de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

IV. Que los Servicios de Atención Psiquiátrica y la Comisión Nacional contra las Adicciones, en coordinación con el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, tienen a su cargo la operación del Programa de Acción Específico "Salud Mental y Adicciones 2020-2024" el cual, forma parte de "LOS PROGRAMAS" señalados en el "CONVENIO PRINCIPAL" y establece como principales objetivos: Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y sensible a la línea de la vida; Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud; así como Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.

V. Que el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, tiene a su cargo la operación del Programa de Acción Específico “Acceso Universal a Sangre, Hemocomponentes y Células Troncales Hematopoyéticas seguros 2020-2024” cuyos objetivos prioritarios son: primero “Incrementar la seguridad sanguínea”, segundo “Garantizar el acceso universal a la sangre” y tercero “Evaluar la calidad y capacidad técnica”, mismos que se desarrollan mediante las estrategias prioritarias consistentes en el fomento a la cultura de la promoción de la donación voluntaria y altruista con pertinencia cultural y de género, basada en investigación científica y articulando cooperación interinstitucional del todo el Sistema Nacional de Salud; mejorar y ampliar la infraestructura del Sistema Nacional de Salud, mediante la regionalización y territorialización de los servicios de sangre y Diseñar y operar el Sistema Nacional de Biovigilancia, respectivamente. Destacando dentro de sus funciones principales la de promover la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, así como con organismos e instituciones públicas, privadas y sociales, para lograr la autosuficiencia, seguridad, cobertura, calidad y acceso equitativo de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas.

VI. Que la Dirección General de Información en Salud, es la Unidad Administrativa responsable de entre otras funciones, coordinar el Sistema de Información Estadística de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud y elaborar, difundir y vigilar la normatividad para normar los procesos de diseño, captación, integración, procesamiento y difusión de la estadística en salud que requieran las unidades administrativas de la Secretaría y otras dependencias y entidades con la finalidad de contar con información de calidad para una eficiente toma de decisiones en materia de Salud Pública a nivel nacional, incluyendo lo relativo a la promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, salud mental y adicciones, así como de la vigilancia epidemiológica.

VII. Que dicha Unidad Administrativa y Órganos Administrativos Desconcentrados, en adelante “UNIDADES TÉCNICAS”, tienen a su cargo los siguientes Programas de Acción Específicos, Programas Presupuestarios y/o interacción con “LA ENTIDAD”, a los cuales, en lo subsecuente se les denominará “PROGRAMAS TÉCNICOS”:

Unidad Administrativa/Órgano Administrativo Desconcentrado	Programa de Acción Específico y/o Programa Presupuestario	Clave del Programa Presupuestario con el que se relaciona
Comisión Nacional contra las Adicciones	Salud Mental y Adicciones / Prevención y Atención contra las Adicciones	E025
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	Acceso Universal a Sangre y Hemocomponentes y Células Troncales Hematopoyéticas seguros / Asistencia Social y Protección del Paciente	P013
Servicios de Atención Psiquiátrica	Salud Mental y Adicciones / Atención a la Salud	E023
Dirección General de Información en Salud	Rectoría en Salud	P012

VIII. En razón de lo anterior y toda vez que, las “UNIDADES TÉCNICAS”, realizan acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades y adicciones, así como, para la generación de información estadística en salud, conforme a sus respectivos ámbitos de competencia; y con el objetivo de fortalecer la integralidad de las acciones en materia de salud pública, que contribuyen a garantizar el acceso a los servicios de salud de la población a nivel nacional, se considera indispensable su integración al “CONVENIO PRINCIPAL”, con la finalidad de dar únicamente seguimiento a través de informes generados en el SIAFFASPE, al grado de avance y cumplimiento de los objetivos, estrategias, líneas de acción, actividades e indicadores establecidos en sus respectivos “PROGRAMAS TÉCNICOS”, así como coordinar su participación y cooperación técnica con “LA ENTIDAD”, en términos de lo previsto en los artículos 9 y 13, apartado B de la Ley General de Salud.

IX. Que, en la Cláusula DÉCIMA CUARTA, denominada MODIFICACIONES AL CONVENIO, del “CONVENIO PRINCIPAL”, las partes acordaron, a la letra: “... que el presente Convenio Específico podrá modificarse de común acuerdo y por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio Específico obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma y deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de “LA ENTIDAD”.

X. Que “LAS PARTES” han determinado, modificar el “CONVENIO PRINCIPAL”, con la finalidad de integrar a la Unidad Administrativa y Órganos Administrativos Desconcentrados, a que se hace referencia en los Antecedentes III, IV, V y VI del presente instrumento jurídico, así como para ajustar los montos de los recursos presupuestarios federales y/o insumos federales ministrados a “LA ENTIDAD”, conforme a los siguientes términos.

DECLARACIONES

I. “LA SECRETARÍA” declara que:

I.1. Se reproducen y ratifican las declaraciones I.1, I.2 y I.5 insertas en el “CONVENIO PRINCIPAL”.

II. “LA ENTIDAD”, declara que:

II.1. Se reproducen y ratifican las declaraciones insertas en el “CONVENIO PRINCIPAL”.

III. “LAS PARTES” declaran que:

III.1. Se reconocen mutuamente el carácter y las facultades con las que comparecen a la celebración del presente instrumento.

III.2. Están de acuerdo en celebrar el presente Convenio Modificatorio, de conformidad con los términos y condiciones que se estipulan en el mismo, al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA: OBJETO. - El presente instrumento, tiene por objeto modificar las declaraciones I.3 y I.4 del Apartado I “LA SECRETARÍA”; las cláusulas Primera, en lo que respecta a la Tabla de su párrafo tercero; Segunda, párrafos primero, segundo y sexto; Tercera numeral 5; Séptima; Décima, fracciones VI y X; los Anexos 1, 2, 3, 4, 5 y el Apéndice del “CONVENIO PRINCIPAL”, así como adicionar una cláusula como Décima Primera recorriendo las subsecuentes, para quedar como sigue:

“ I. “LA SECRETARÍA” declara que:

I.1. a I.2. ...

I.3. Las Direcciones Generales de Información en Salud, Promoción de la Salud y de Epidemiología, así como los Secretariados Técnicos de los Consejos Nacionales de Salud Mental y para la Prevención de Accidentes, son unidades administrativas de la Secretaría de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, apartado B, fracciones VIII, XII, XVII Bis, XIX y XXI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, con las atribuciones que se contienen en los artículos 24, 28, 32 Bis 2, 35 y 35 Bis 2 del citado Reglamento; asimismo los centros nacionales de Equidad de Género y Salud Reproductiva; la Transfusión Sanguínea; de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; y para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, así como los Servicios de Atención Psiquiátrica son órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 2, apartado C, fracciones II, IV, VII, VIII, IX y XIV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, con las atribuciones que se contienen en los artículos 36, 37, 38, 40, 42, 45, 46, 47 y 48 del citado Reglamento; de igual forma la Comisión Nacional contra las Adicciones de conformidad con el artículo 2, apartado C, fracción VII Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y en observancia a la publicación del Decreto en el Diario Oficial de la Federación del 20 de julio de 2016 por el que se modifica la denominación, objeto, organización y funcionamiento del Órgano Desconcentrado Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, para transformarse en la Comisión Nacional Contra las Adicciones, reviste el carácter de Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud, con las atribuciones señaladas en el citado Decreto; todos ellos adscritos a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de conformidad con el *Acuerdo por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de agosto de 2020, cuyos titulares se encuentran plenamente facultados para suscribir el presente Convenio Específico y acreditan sus cargos mediante sus respectivos nombramientos que en copia fotostática se acompañan como parte del **Anexo 1** del presente instrumento. De acuerdo con lo establecido en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, a las Unidades Administrativas y Órganos Administrativos Desconcentrados, adscritos a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, les corresponde, entre otras atribuciones, proponer las políticas y estrategias nacionales de los programas de prevención y control de enfermedades, de salud mental y adicciones, promoción de la salud, de transfusión sanguínea y vigilancia epidemiológica, así como de estadística en información en salud; participar en el ámbito de sus respectivas competencias en la instrumentación del Sistema Nacional de Salud; promover la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas; y proponer o definir los mecanismos que permitan el control en el suministro y la distribución oportuna, suficiente y de calidad del material y los insumos utilizados en “LOS PROGRAMAS”.

I.4.Cada una de las Unidades Administrativas y Órganos Administrativos Desconcentrados adscritos a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, cuentan con la disponibilidad técnica y presupuestaria correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento, de conformidad con el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2022.

I.5. ...”

“PRIMERA. OBJETO. -...

...

...

NO.	UNIDAD RESPONSABLE / PROGRAMA DE ACCIÓN	CLAVE DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO	MONTO MÁXIMO A CARGO DE "LA SECRETARÍA" (Pesos)		
			RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES	INSUMOS FEDERALES	TOTAL
310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD					
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	P018, U008	7,800,935.00	1,121,515.00	8,922,450.00
Subtotal			7,800,935.00	1,121,515.00	8,922,450.00
313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL					
1	Salud Mental y Adicciones	P018	819,527.53	0.00	819,527.53
	1 Salud Mental	P018	819,527.53	0.00	819,527.53
	2 Adicciones		0.00	0.00	0.00
Subtotal			819,527.53	0.00	819,527.53
315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES					
1	Seguridad Vial	P018	697,300.00	0.00	697,300.00
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	P018	425,000.00	0.00	425,000.00
Subtotal			1,122,300.00	0.00	1,122,300.00
316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA					
1	Emergencias en Salud	U009	2,019,489.00	0.00	2,019,489.00
	1 Emergencias	U009	1,009,744.50	0.00	1,009,744.50
	2 Monitoreo	U009	1,009,744.50	0.00	1,009,744.50
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	P018, U009	1,625,083.00	76,297.00	1,701,380.00
Subtotal			3,644,572.00	76,297.00	3,720,869.00
K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA					
1	VIH y otras ITS	P016	6,458,778.00	14,873,233.82	21,332,011.82
2	Virus de Hepatitis C	P016	1,737,920.00	0.00	1,737,920.00
Subtotal			8,196,698.00	14,873,233.82	23,069,931.82
L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA					
1	Salud Sexual y Reproductiva	P020	28,258,292.53	0.00	28,258,292.53
	1 SSR para Adolescentes	P020	3,233,962.00	0.00	3,233,962.00
	2 PF y Anticoncepción	P020	4,334,474.18	0.00	4,334,474.18
	3 Salud Materna	P020	10,747,170.25	0.00	10,747,170.25

	4	Salud Perinatal	P020	3,082,135.60	0.00	3,082,135.60
	5	Aborto Seguro	P020	3,939,704.50	0.00	3,939,704.50
	6	Violencia de Género	P020	2,920,846.00	0.00	2,920,846.00
2		Prevención y Control del Cáncer	P020	1,976,281.63	11,245,573.44	13,221,855.07
3		Igualdad de Género	P020	868,447.00	0.00	868,447.00
Subtotal				31,103,021.16	11,245,573.44	42,348,594.60
000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES						
1		Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	P018	0.00	66,468.00	66,468.00
2		Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos	P018, U009	1,193,377.50	10,992,817.95	12,186,195.45
	1	Paludismo	U009	144,922.50	0.00	144,922.50
	2	Enfermedad de Chagas	U009	159,922.50	0.00	159,922.50
	3	Leishmaniasis	P018, U009	18,000.00	43,837.00	61,837.00
	4	Intoxicación por Artrópodos	U009	290,177.50	0.00	290,177.50
	5	Dengue	U009	580,355.00	10,948,980.95	11,529,335.95
	6	Vigilancia Post Oncocercosis		0.00	0.00	0.00
3		Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	P018, U009	511,432.50	895,862.79	1,407,295.29
4		Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	U009	370,779.47	0.00	370,779.47
5		Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)		0.00	0.00	0.00
6		Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	U009	276,347.65	0.00	276,347.65
7		Enfermedades Cardiometabólicas	U008	9,982,123.00	0.00	9,982,123.00
8		Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	U008	972,900.00	0.00	972,900.00

9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	U009	211,150.00	0.00	211,150.00
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	U009	176,185.00	0.00	176,185.00
Subtotal			13,694,295.12	11,955,148.74	25,649,443.86
R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA					
1	Vacunación Universal	E036	2,516,742.00	139,247,827.73	141,764,569.73
2	Atención a la Salud de la Adolescencia		0.00	0.00	0.00
3	Atención a la Salud en la Infancia		0.00	0.00	0.00
4	Diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años		0.00	0.00	0.00
Subtotal			2,516,742.00	139,247,827.73	141,764,569.73
Total de recursos federales a administrar a "LA ENTIDAD"			68,898,090.81	178,519,595.73	247,417,686.54

...
...
..."

"SEGUNDA. - MINISTRACIÓN. - Para el cumplimiento del objeto del presente instrumento, "LA SECRETARÍA", con cargo a su presupuesto, ministrará a "LA ENTIDAD", recursos federales con el carácter de subsidios, hasta por la cantidad de \$247,417,686.54 (DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS 54/100 M.N), para la realización de las intervenciones y el cumplimiento de las metas que contemplan "LOS PROGRAMAS".

Los recursos presupuestarios federales por un monto de \$68,898,090.81 (SESENTA Y OCHO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL NOVENTA PESOS 81/100 M.N), se radicarán a la Secretaría de Finanzas y Planeación de "LA ENTIDAD", en la cuenta bancaria productiva específica que ésta establezca para tal efecto, en forma previa a la entrega de los recursos, en la institución de crédito bancaria que la misma determine, informando de ello a "LA SECRETARÍA". Los recursos presupuestarios a que se hace alusión, se ministrarán conforme al calendario establecido en el Anexo 3 del presente instrumento. Será requisito indispensable que "LA SECRETARÍA" cuente con el original del presente Convenio, debidamente suscrito y el registro de la cuenta bancaria en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

...
...
...

Los insumos federales que suministre "LA SECRETARÍA" a "LA ENTIDAD", por un monto total de \$178,519,595.73 (CIENTO SETENTA Y OCHO MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS 73/100 M.N), serán entregados directamente a la Secretaría de Salud y Servicios de Salud de Veracruz.

...
..."

"TERCERA. VERIFICACIÓN DEL DESTINO DE LOS RECURSOS FEDERALES. ...

1. a 4. ...

5. "LA SECRETARÍA", a través de las Unidades Administrativas u Órganos Administrativos Desconcentrados responsables de cada uno de "LOS PROGRAMAS", practicará, cuando lo considere necesario, visitas de supervisión o reuniones de seguimiento, las cuales podrán ser virtuales o presenciales a efecto de observar los avances de "LOS PROGRAMAS", así como el destino, aplicación, ejecución y comprobación de los recursos presupuestarios e insumos federales ministrados a "LA ENTIDAD".

“LA ENTIDAD” queda obligada a la entrega del formato de certificación del gasto que se obtenga del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, en adelante, “SIAFFASPE”, así como a exhibir la documentación original comprobatoria y justificatoria del gasto, que sustente y fundamente la aplicación de los recursos citados en la Cláusula Primera del presente instrumento.

6. ...”

“SÉPTIMA. DOCUMENTOS PARA EL EJERCICIO Y COMPROBACIÓN DE RECURSOS. - Los requisitos y especificaciones para el ejercicio y comprobación de recursos ministrados a través del presente Convenio, establecidos en los Criterios para la Contratación de Personal con Recursos del Ramo 12, 2022, Criterios para la Contratación de Servicios Integrales para llevar a cabo reuniones de trabajo y talleres en línea para la operación de los Programas de Acción Específicos, 2022; así como en los Criterios para la Comprobación del Gasto, 2022, registrados en el “SIAFFASPE”, forman parte integrante del presente instrumento y son de carácter obligatorio para “LAS PARTES” por lo que, en caso de incumplimiento a lo establecido en dichos Criterios, “LA SECRETARÍA” a través de sus Unidades Administrativas y Órganos Administrativos Desconcentrados responsables de cada uno de “LOS PROGRAMAS”, en observancia a lo dispuesto en la Cláusula Décima Segunda del presente instrumento, y conforme a sus respectivos ámbitos de competencia, podrá informar a las instancias de fiscalización federal y estatal dicho incumplimiento, para los efectos legales a que haya lugar.”

“DÉCIMA. OBLIGACIONES DE “LA SECRETARÍA”. -...

I. a V. ...

VI. Practicar, cuando lo considere necesario, visitas de supervisión o reuniones de seguimiento, las cuales podrán ser virtuales o presenciales y serán coordinadas por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud conforme al calendario que para tal efecto se establezca, como mecanismo para asegurar la aplicación de los recursos federales ministrados y el cumplimiento del objeto del presente instrumento, sin perjuicio de que las Unidades Administrativas u Órganos Administrativos Desconcentrados puedan realizar visitas de supervisión de carácter técnico, las cuales podrán ser virtuales o presenciales de conformidad con lo establecido en el numeral 5 de la Cláusula Tercera del presente Convenio.

VII. a IX. ...

X. Realizar, en el ámbito de su competencia, el control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios federales e insumos federales que en virtud de este instrumento serán ministrados y suministrados, respectivamente, a “LA ENTIDAD” de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables en materia del ejercicio del gasto público federal, lo anterior, sin perjuicio de las acciones de verificación, control, evaluación y fiscalización a que hace referencia la Cláusula Décima Segunda del presente instrumento.

XI. a XVI. ...”

“DÉCIMA PRIMERA. DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA Y SEGUIMIENTO A LOS “PROGRAMAS TÉCNICOS”. - Las “UNIDADES TÉCNICAS” tendrán la obligación de registrar de manera anual en el SIAFFASPE dentro del Módulo habilitado para ello, la información correspondiente al grado de avance y cumplimiento en los objetivos, estrategias, líneas de acción, actividades e indicadores establecidos en sus “PROGRAMAS TÉCNICOS”, para su respectivo seguimiento.

Asimismo, las “UNIDADES TÉCNICAS” deberán proporcionar la cooperación técnica que les sea requerida, conforme al ámbito de sus respectivas competencias, integrando la información solicitada por “LA SECRETARÍA” o “LA ENTIDAD”.”

“DÉCIMA SEGUNDA. ACCIONES DE CONTROL, VIGILANCIA, SUPERVISIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.- Los recursos presupuestarios federales e insumos que ministre “LA SECRETARÍA” a “LA ENTIDAD” con motivo del presente instrumento no pierden su carácter federal, por lo que el control, vigilancia, supervisión, seguimiento y evaluación, corresponderá a “LA SECRETARÍA”, a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como a las instancias de fiscalización federales que correspondan en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las acciones de control, vigilancia, supervisión, seguimiento y evaluación que, en coordinación con las instancias de fiscalización federales, realicen los órganos de fiscalización de “LA ENTIDAD” y se llevarán a cabo de conformidad con las disposiciones jurídicas vigentes en materia del ejercicio del gasto público federal.”

“DÉCIMA TERCERA. RELACIÓN LABORAL.- Queda expresamente estipulado por “LAS PARTES”, que el personal contratado, empleado o comisionado por cada una de ellas para dar cumplimiento al presente instrumento jurídico, guardará relación laboral únicamente con aquélla que lo contrató, empleó o comisionó, por lo que asumen plena responsabilidad por este concepto, sin que en ningún caso, la otra parte pueda ser considerada como patrón sustituto o solidario, obligándose en consecuencia, cada una de ellas, a sacar a la otra, en paz y a salvo, frente a cualquier reclamación, demanda o sanción, que su personal pretendiese fincar o entablar en su contra, deslindándose desde ahora de cualquier responsabilidad de carácter laboral, civil, penal, administrativa o de cualquier otra naturaleza jurídica que en ese sentido se les quiera fincar.”

“DÉCIMA CUARTA. VIGENCIA. - El presente Convenio Específico comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción y se mantendrán en vigor hasta el 31 de diciembre de 2022.”

“DÉCIMA QUINTA. MODIFICACIONES AL CONVENIO. - “LAS PARTES” acuerdan que el presente Convenio Específico podrá modificarse de común acuerdo y por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio Específico obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma y deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de “LA ENTIDAD”.

En caso de contingencias para la realización de “LOS PROGRAMAS” previstos en este instrumento, “LAS PARTES” acuerdan tomar las medidas necesarias que permitan afrontar dichas contingencias. En todo caso, las medidas acordadas serán formalizadas mediante la suscripción del convenio modificatorio correspondiente.”

“DÉCIMA SEXTA. CAUSAS DE TERMINACIÓN. - El presente Convenio Específico podrá darse por terminado de manera anticipada en los supuestos estipulados en “EL ACUERDO MARCO”.”

“DÉCIMA SÉPTIMA. CAUSAS DE RESCISIÓN. - El presente Convenio Específico podrá rescindirse administrativamente en su totalidad, o bien, de forma parcial, por cada una de las Unidades Administrativas u Órganos Administrativos Desconcentrados en lo concerniente a “LOS PROGRAMAS” que les corresponda, por las causas que señala “EL ACUERDO MARCO”.”

“DÉCIMA OCTAVA. OBLIGATORIEDAD DEL ACUERDO MARCO. - Para el cumplimiento del objeto del presente Convenio Específico, “LAS PARTES” convienen en sujetarse expresamente a las estipulaciones de “EL ACUERDO MARCO”, cuyo contenido se tiene por reproducido en el presente instrumento como si a la letra se insertasen, así como a las demás disposiciones jurídicas aplicables.”

ANEXO 1

SEGUNDO CONVENIO MODIFICATORIO AL CONVENIO ESPECÍFICO EN MATERIA DE MINISTRACIÓN DE SUBSIDIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS QUE CELEBRAN, EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE “LA SECRETARÍA”, Y VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE POR CONDUCTO DE “LA ENTIDAD”.

Copias fotostáticas simples de los nombramientos de los titulares de “LA SECRETARÍA”

1	...	...
2	...	...
3	...	...
4	...	...
5	...	...
6	...	...
7	...	...
8	...	...
9	...	...
10	Dr. Dwight Daniel Dyer Leal	Director General de información en Salud
11	Dr. Jorge Enrique Trejo Gómora	Director General del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
12	Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán	Director General de los Servicios de Atención Psiquiátrica
13	Dr. Gady Zabicky Sirot	Comisionado Nacional contra las Adicciones

...

...”

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Nombramiento No. LD-002/2020

Código 12-613-1-M1C029P-0000108-E-L-K

LIC. DWIGHT DANIEL DYER LEAL

P R E S E N T E.

Con fundamento en los artículos 2, apartado B, fracción VIII, 7, fracciones XXIV y XXV y 24 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 2, fracción XII del Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, así como los numerales 152, fracción I, inciso b) subinciso ii y 162 del "Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera", me permito hacer de su conocimiento que a partir de esta fecha, he tenido a bien nombrarle

DIRECTOR GENERAL

DE INFORMACIÓN EN SALUD

Dicha designación se formula con el carácter de servidor público de libre designación, rango de Dirección General, adscrito a la Dirección General de Información en Salud.

Al aceptar la encomienda, usted ha protestado guardar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los términos del artículo 128 y las leyes que de ella emanen, asimismo adquiere el compromiso de desempeñarla al límite de su capacidad y esfuerzo, debiendo siempre actuar con eficiencia, lealtad y honradez en el desempeño de la misma.

Ciudad de México, a 1 de noviembre de 2020.

EL SECRETARIO DE SALUD

Rúbrica.

DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Nombramiento No. LD-001/2020

Código 12-I00-1-M1C029P-0000035-E-L-V

DR. JORGE ENRIQUE TREJO GÓMORA

P R E S E N T E.

Con fundamento en los artículos 2, apartado C, fracción IV, 7, fracciones XV, XXIV y XXV y 42 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 2, fracción XII del Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, así como los numerales 152, fracción I, inciso b), subinciso ii y 162 del "Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera", me permito hacer de su conocimiento que a partir de esta fecha, he tenido a bien nombrarlo

**DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL
DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA**

Dicha designación se formula con el carácter de servidor público de libre designación, rango de Dirección General, adscrito al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Al aceptar la encomienda, usted ha protestado guardar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los términos del artículo 128 y las leyes que de ella emanen, asimismo adquiere el compromiso de desempeñarla al límite de su capacidad y esfuerzo, debiendo siempre actuar con eficiencia, lealtad y honradez en el desempeño de la misma.

Ciudad de México, a 1 de septiembre de 2020.

EL SECRETARIO DE SALUD

Rúbrica.

DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Nombramiento No. LD-001/2019

Código 12-N00-1-M1C026P-0000044-E-L-V

DR. JUAN MANUEL QUIJADA GAYTAN

P R E S E N T E.

Con fundamento en los artículos 2, apartado C, fracción XIV, 7, fracciones XV, XXIV y XXV y 48 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 2, fracción XII del Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, así como en los numerales 152 fracción I, inciso b), subinciso ii y 162 del "Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera", me permito hacer de su conocimiento que a partir de esta fecha, he tenido a bien nombrarlo

DIRECTOR GENERAL DE LOS
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Dicha designación se formula con el carácter de servidor público de libre designación, rango de Dirección General, adscrito a los Servicios de Atención Psiquiátrica.

Al aceptar la encomienda, usted ha protestado guardar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los términos del artículo 128 y las leyes que de ella emanen, asimismo adquiere el compromiso de desempeñarla al límite de su capacidad y esfuerzo, debiendo siempre actuar con eficiencia, lealtad y honradez en el desempeño de la misma.

Ciudad de México, a 16 de febrero de 2019.

EL SECRETARIO DE SALUD

Rúbrica.

DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

C. Gady Zabicky Sirot,

Presente.

Andrés Manuel López Obrador, *Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en el artículo 4, fracción II del Decreto por el que se modifica la denominación, objeto, organización y funcionamiento del órgano desconcentrado Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, para transformarse en la Comisión Nacional contra las Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, he tenido a bien nombrarlo Comisionado Nacional contra las Adicciones.*

Rúbrica.

Ciudad de México, a 16 de mayo de 2019.

ANEXO 2

Identificación de fuentes de financiamiento de "LOS PROGRAMAS" en materia de Salud Pública

310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12			INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES	SUBTOTAL	ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	7,800,935.00	0.00	7,800,935.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7,800,935.00
TOTALES		7,800,935.00	0.00	7,800,935.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7,800,935.00

313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12			INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES	SUBTOTAL	ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Salud Mental y Adicciones	0.00	819,527.53	819,527.53	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	819,527.53
1	Salud Mental	0.00	819,527.53	819,527.53	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	819,527.53
2	Adicciones	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTALES		0.00	819,527.53	819,527.53	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	819,527.53

315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12			INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES	SUBTOTAL	ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Seguridad Vial	697,300.00	0.00	697,300.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	697,300.00
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	425,000.00	0.00	425,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	425,000.00
TOTALES		1,122,300.00	0.00	1,122,300.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,122,300.00

316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)								TOTAL	
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO		SUBTOTAL
1	Emergencias en Salud	2,019,489.00	0.00	2,019,489.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,019,489.00
1	Emergencias	1,009,744.50	0.00	1,009,744.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,009,744.50
2	Monitoreo	1,009,744.50	0.00	1,009,744.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,009,744.50
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	1,625,083.00	0.00	1,625,083.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,625,083.00
TOTALES		3,644,572.00	0.00	3,644,572.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,644,572.00

K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)								TOTAL	
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO		SUBTOTAL
1	VIH y otras ITS	6,458,778.00	0.00	6,458,778.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6,458,778.00
2	Virus de Hepatitis C	1,737,920.00	0.00	1,737,920.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,737,920.00
TOTALES		8,196,698.00	0.00	8,196,698.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8,196,698.00

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)								TOTAL	
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO		SUBTOTAL
1	Salud Sexual y Reproductiva	6,795,531.25	21,462,761.28	28,258,292.53	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	28,258,292.53
1	SSR para Adolescentes	2,272,473.50	961,488.50	3,233,962.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,233,962.00
2	PF y Anticoncepción	191,480.00	4,142,994.18	4,334,474.18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,334,474.18
3	Salud Materna	2,733,486.75	8,013,683.50	10,747,170.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10,747,170.25
4	Salud Perinatal	1,598,091.00	1,484,044.60	3,082,135.60	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,082,135.60
5	Aborto Seguro	0.00	3,939,704.50	3,939,704.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,939,704.50
6	Violencia de Género	0.00	2,920,846.00	2,920,846.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,920,846.00
2	Prevención y Control del Cáncer	0.00	1,976,281.63	1,976,281.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,976,281.63
3	Igualdad de Género	868,447.00	0.00	868,447.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	868,447.00
TOTALES		7,663,978.25	23,439,042.91	31,103,021.16	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	31,103,021.16

000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS (PESOS)									TOTAL
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12		SUBTOTAL	INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR						
		CASSCO	CAUSES		ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL	
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos	1,193,377.50	0.00	1,193,377.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,193,377.50
1	Paludismo	144,922.50	0.00	144,922.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	144,922.50
2	Enfermedad de Chagas	159,922.50	0.00	159,922.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	159,922.50
3	Leishmaniasis	18,000.00	0.00	18,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	18,000.00
4	Intoxicación por Artrópodos	290,177.50	0.00	290,177.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	290,177.50
5	Dengue	580,355.00	0.00	580,355.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	580,355.00
6	Vigilancia Post Oncocercosis	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	0.00	511,432.50	511,432.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	511,432.50
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	370,779.47	0.00	370,779.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	370,779.47
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	0.00	276,347.65	276,347.65	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	276,347.65
7	Enfermedades Cardiometabólicas	100,000.00	9,882,123.00	9,982,123.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	9,982,123.00
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	0.00	972,900.00	972,900.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	972,900.00
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	211,150.00	0.00	211,150.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	211,150.00
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	176,185.00	0.00	176,185.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	176,185.00
TOTALES		2,051,491.97	11,642,803.15	13,694,295.12	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	13,694,295.12

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS									TOTAL	
		(PESOS)										
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12			INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR							
CASSCO	CAUSES	SUBTOTAL	ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL				
1	Vacunación Universal	0.00	2,516,742.00	2,516,742.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,516,742.00	
2	Atención a la Salud de la Adolescencia	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
3	Atención a la Salud en la Infancia	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
4	Diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTALES		0.00	2,516,742.00	2,516,742.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,516,742.00	

GRAN TOTAL

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	ORIGEN DE LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS									TOTAL	
		(PESOS)										
		SPPS/ INTERVENCIONES/RAMO 12			INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR							
CASSCO	CAUSES	SUBTOTAL	ANEXO 4 RECURSOS PRESUPUESTALES	ANEXO 4 INSUMOS	SUBTOTAL	FIDEICOMISO INSABI INSUMOS	FIDEICOMISO INSABI PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO	SUBTOTAL				
		30,479,975.22	38,418,115.59	68,898,090.81	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	68,898,090.81	

NOTA: La descripción detallada de los insumos/servicios a adquirir o contratar con los recursos que se indican en el presente anexo, se encuentran identificados en el Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 12, (Formato Reporte de ramo 12 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio) del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, SIAFFASPE.

ANEXO 3

Calendario de Ministraciones

(Pesos)

310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	
	Marzo	1,644,744.00
	Julio	6,156,191.00
	Subtotal de ministraciones	7,800,935.00
	U008 / OB010	6,062,117.50
	P018 / CS010	1,738,817.50
	Subtotal de programas institucionales	7,800,935.00
	Total	7,800,935.00

313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Salud Mental y Adicciones	
	1.1 Salud Mental	
	Marzo	0.00
	Julio	819,527.53
	Subtotal de ministraciones	819,527.53
	P018 / SSM30	819,527.53
	Subtotal de programas institucionales	819,527.53
	1.2 Adicciones	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
	Total Programa	819,527.53
	Total	819,527.53

315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Seguridad Vial	
	Marzo	0.00
	Julio	697,300.00
	Subtotal de ministraciones	697,300.00
	P018 / AC020	697,300.00
	Subtotal de programas institucionales	697,300.00
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	
	Marzo	0.00
	Julio	425,000.00
	Subtotal de ministraciones	425,000.00
	P018 / AC040	425,000.00
	Subtotal de programas institucionales	425,000.00
	Total	1,122,300.00

316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Emergencias en Salud	
	1.1 Emergencias	
	Marzo	422,844.00
	Julio	586,900.50
	Subtotal de ministraciones	1,009,744.50
	U009 / EE030	1,009,744.50
	Subtotal de programas institucionales	1,009,744.50
	1.2 Monitoreo	
	Marzo	422,844.00
	Julio	586,900.50
	Subtotal de ministraciones	1,009,744.50
	U009 / EE030	1,009,744.50
	Subtotal de programas institucionales	1,009,744.50
	Total Programa	2,019,489.00
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	
	Marzo	1,625,083.00
	Subtotal de ministraciones	1,625,083.00
	U009 / EE040	1,625,083.00
	Subtotal de programas institucionales	1,625,083.00
	Total	3,644,572.00

K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	VIH y otras ITS	
	Marzo	2,189,912.00
	Julio	4,268,866.00
	Subtotal de ministraciones	6,458,778.00
	P016 / VH030	6,458,778.00
	Subtotal de programas institucionales	6,458,778.00
2	Virus de Hepatitis C	
	Marzo	521,376.00
	Julio	1,216,544.00
	Subtotal de ministraciones	1,737,920.00
	P016 / VH030	1,737,920.00
	Subtotal de programas institucionales	1,737,920.00
	Total	8,196,698.00

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Salud Sexual y Reproductiva	
	1.1 SSR para Adolescentes	
	Marzo	2,699,029.00
	Julio	534,933.00
	Subtotal de ministraciones	3,233,962.00
	P020 / SR010	3,233,962.00
	Subtotal de programas institucionales	3,233,962.00
	1.2 PF y Anticoncepción	
	Marzo	3,451,907.18
	Julio	882,567.00
	Subtotal de ministraciones	4,334,474.18
	P020 / SR020	4,334,474.18
	Subtotal de programas institucionales	4,334,474.18
	1.3 Salud Materna	
	Marzo	8,953,382.75
	Julio	1,793,787.50
	Subtotal de ministraciones	10,747,170.25
	P020 / AP010	10,747,170.25
	Subtotal de programas institucionales	10,747,170.25
	1.4 Salud Perinatal	
	Marzo	2,835,371.60
	Julio	246,764.00
	Subtotal de ministraciones	3,082,135.60
	P020 / AP010	3,082,135.60
	Subtotal de programas institucionales	3,082,135.60
	1.5 Aborto Seguro	
	Marzo	2,214,822.00
	Julio	1,724,882.50
	Subtotal de ministraciones	3,939,704.50
	P020 / MJ030	3,939,704.50
	Subtotal de programas institucionales	3,939,704.50
	1.6 Violencia de Género	
	Marzo	1,757,908.00
	Julio	1,162,938.00
	Subtotal de ministraciones	2,920,846.00
	P020 / MJ030	2,920,846.00
	Subtotal de programas institucionales	2,920,846.00
	Total Programa	28,258,292.53

2	Prevención y Control del Cáncer	
	Marzo	1,618,258.63
	Julio	358,023.00
	Subtotal de ministraciones	1,976,281.63
	P020 / CC010	1,976,281.63
	Subtotal de programas institucionales	1,976,281.63
3	Igualdad de Género	
	Marzo	633,349.00
	Julio	235,098.00
	Subtotal de ministraciones	868,447.00
	P020 / MJ040	868,447.00
	Subtotal de programas institucionales	868,447.00
	Total	31,103,021.16

000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos	
	2.1 Paludismo	
	Marzo	45,765.00
	Julio	99,157.50
	Subtotal de ministraciones	144,922.50
	U009 / EE020	144,922.50
	Subtotal de programas institucionales	144,922.50
	2.2 Enfermedad de Chagas	
	Marzo	45,765.00
	Julio	114,157.50
	Subtotal de ministraciones	159,922.50
	U009 / EE020	159,922.50
	Subtotal de programas institucionales	159,922.50
	2.3 Leishmaniasis	
	Marzo	0.00
	Julio	18,000.00
	Subtotal de ministraciones	18,000.00
	U009 / EE020	18,000.00
	Subtotal de programas institucionales	18,000.00
	2.4 Intoxicación por Artrópodos	
	Marzo	91,635.00
	Julio	198,542.50
	Subtotal de ministraciones	290,177.50
	U009 / EE020	290,177.50
	Subtotal de programas institucionales	290,177.50

2.5 Dengue		
Marzo		183,270.00
Julio		397,085.00
Subtotal de ministraciones		580,355.00
U009 / EE020		580,355.00
Subtotal de programas institucionales		580,355.00
2.6 Vigilancia Post Oncocercosis		
Marzo		0.00
Subtotal de ministraciones		0.00
Total Programa		1,193,377.50
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	
Marzo		161,505.00
Julio		349,927.50
Subtotal de ministraciones		511,432.50
U009 / EE060		511,432.50
Subtotal de programas institucionales		511,432.50
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	
Marzo		140,948.00
Julio		229,831.47
Subtotal de ministraciones		370,779.47
U009 / EE010		370,779.47
Subtotal de programas institucionales		370,779.47
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	
Marzo		0.00
Subtotal de ministraciones		0.00
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	
Marzo		0.00
Julio		276,347.65
Subtotal de ministraciones		276,347.65
U009 / EE060		276,347.65
Subtotal de programas institucionales		276,347.65
7	Enfermedades Cardiometabólicas	
Marzo		1,933,827.00
Julio		8,048,296.00
Subtotal de ministraciones		9,982,123.00
U008 / OB010		9,982,123.00
Subtotal de programas institucionales		9,982,123.00
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	
Marzo		291,870.00
Julio		681,030.00
Subtotal de ministraciones		972,900.00
U008 / OB010		972,900.00
Subtotal de programas institucionales		972,900.00

9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	
	Marzo	61,110.00
	Julio	150,040.00
	Subtotal de ministraciones	211,150.00
	U009 / EE080	211,150.00
	Subtotal de programas institucionales	211,150.00
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	
	Marzo	70,474.00
	Julio	105,711.00
	Subtotal de ministraciones	176,185.00
	U009 / EE010	176,185.00
	Subtotal de programas institucionales	176,185.00
	Total	13,694,295.12

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

NO.	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO	
1	Vacunación Universal	
	Marzo	1,165,797.00
	Julio	1,350,945.00
	Subtotal de ministraciones	2,516,742.00
	E036 / VA010	2,516,742.00
	Subtotal de programas institucionales	2,516,742.00
2	Atención a la Salud de la Adolescencia	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
3	Atención a la Salud en la Infancia	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
4	Diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años	
	Marzo	0.00
	Subtotal de ministraciones	0.00
	Total	2,516,742.00
	Gran total	68,898,090.81

NOTA: La descripción detallada de los insumos/servicios a adquirir o contratar con los recursos que se indican en el presente anexo, se encuentran identificados en el Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 12, (Formato Reporte de ramo 12 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio) del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, SIAFFASPE.

ANEXO 4

Programas-Indicadores-Metas de “LOS PROGRAMAS” en materia de Salud Pública.

310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	1.1.1	Proceso	Número de redes estatales que han implementado un programa de trabajo en el año t	Número de Redes estatales de municipios por la salud en el año t	72	Mide las Redes Estatales de Municipios por la Salud que implementan (elaboración, ejecución, control) un programa de trabajo en materia de salud pública, se refiere al seguimiento que los miembros de las redes municipales activas dan a los avances del programa de trabajo anual de la red y generaran un informe trimestral de los avances. Se considera una red activa aquella que se ha instalado, que cuenta con su acta de instalación firmada. Los miembros de las redes una vez instaladas, elaboran un programa de trabajo anual que considera actividades que incidan en la respuesta a los problemas de salud locales priorizados.	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	1.2.1	Proceso	número de políticas públicas saludables que inciden en los problemas de salud pública con la participación de otros sectores, gobiernos y ciudadanía	número total de políticas públicas en salud en las entidades federativas programadas	80	Porcentaje de políticas públicas saludables que inciden en los problemas de salud pública con la participación de otros sectores, gobiernos y la ciudadanía	80
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	2.1.1	Proceso	Número de municipios que implementaron un programa de trabajo con acciones intersectoriales y de salud pública en el año t.	Número total de municipios en el año t.	28	Mide el porcentaje de municipios que están implementando un Programa de Trabajo con acciones intersectoriales y de salud pública para incidir en los principales problemas de salud a nivel local.	17
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	3.1.1	Resultado	Número de comunidades de 500 a 2500 habitantes certificadas como saludables y en caso de prioridad de salud pública en localidades urbanas	Total de comunidades de 500 a 2500 habitantes certificadas como saludables y en caso de prioridad de salud pública en localidades urbanas	100	Mide la cobertura de comunidades que lograron certificación mediante el trabajo participativo de los integrantes de ésta (Personas, familias, instituciones, OSC) para mejorar su salud a través del control de los determinantes sociales de la salud.	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	3.2.1	Proceso	Número de entornos certificados como saludables en los lugares donde intervenga el Programa	Total de entornos programados para certificar como saludables en los lugares donde intervenga el Programa	100	Mide los entornos certificados como saludables, que se requieren para cumplir con la certificación de comunidades y municipios ubicados en zonas prioritarias en las que se realicen acciones integradas de salud pública	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	3.3.1	Resultado	Número de ferias de promoción de la salud para población indígena con pertinencia cultural y lingüística realizadas	No aplica	35	Número de ferias de promoción de la salud para población indígena con pertinencia cultural y lingüística	3

1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	4.1.1	Resultado	Número de escuelas que cumplen con los criterios de certificación como promotoras de la salud	Total de escuelas publicas certificadas de nivel basico programadas a nivel estatal*100	2	Porcentaje de escuelas publicas de nivel básico que cumplieron con los criterios de certificación para ser escuelas promotoras de la salud	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	7.1.1	Proceso	Número de albergues para población migrante validados como promotores de la salud	No aplica	25	Número de albergues para población migrante validados como promotores de la salud	1
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	7.2.1	Resultado	Número de ferias de promoción de salud para población migrante realizadas	No aplica	42	Número de ferias de promoción de salud para población migrante	11
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.1.1	Proceso	Consultas con Atención Integrada de Línea de Vida	Consultas otorgadas en los Servicios de Salud Estatales	72	Número de Consultas con Atención Integrada de Línea de Vida	80
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1	Proceso	Población no derechohabiente que recibe Cartilla Nacional de Salud	Cartillas Nacionales de Salud entregadas a la población	80	Cobertura de población no derechohabiente que recibe Cartilla Nacional de Salud	80
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.3.1	Proceso	Número de usuarios de los Servicios Estatales de Salud que presentan en la consulta otorgada la Cartilla Nacional de Salud	Total de las consultas otorgadas a la población usuaria de los Servicios Estatales de Salud	68	Porcentaje de usuarios de los Servicios Estatales de Salud que presentan en la consulta otorgada la Cartilla Nacional de Salud	80
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	9.1.1	Resultado	La sumatoria de los puntos de los determinantes positivos de la salud del cuestionario POST intervención – la sumatoria de los puntos de los determinantes positivos de la salud del cuestionario PRE-INTERVENCIÓN	La sumatoria de los puntos de los determinantes positivos de la salud del cuestionario PRE-INTERVENCIÓN	10	El indicador mide la variación de los determinantes positivos de la salud en la población pre y post intervención.	10
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	9.2.1	Proceso	Número estrategias educativas realizadas para la promoción de estilos de vida saludables	Total de estrategias educativas programadas	100	Mide el porcentaje de las estrategias educativas de promoción de la salud para el fomento de estilos de vida saludable dirigidas a la población,	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	9.3.1	Resultado	La sumatoria de los puntos de los determinantes ambientales positivos de la salud del diagnóstico POST intervención – la sumatoria de los puntos de los determinantes ambientales positivos de la salud del diagnóstico PRE-INTERVENCIÓN	La sumatoria de los puntos de los determinantes ambientales positivos de la salud del diagnóstico PRE-INTERVENCIÓN	10	Mide la variación de los determinantes ambientales positivos en los entornos laborales intervenidos	10
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	11.1.1	Estructura	Número de jurisdicciones sanitarias que realizan jornadas nacionales de salud pública	Total de jurisdicciones sanitarias que realizan jornadas de salud pública	100	Porcentaje de Jornadas Nacionales de Salud Pública realizadas en las jurisdicciones sanitarias	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	12.1.1	Resultado	Número de materiales educativos realizados y difundidos	Total de materiales educativos programados * 100	100	Mide el número de materiales de comunicación educativa en salud realizados y difundidos que motiven la adopción de comportamientos saludables	1
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	12.2.1	Resultado	Número de estrategias de comunicación bidireccional desarrolladas	Total de estrategias de comunicación bidireccional programadas *100	90	Mide el número de estrategias de comunicación bidireccional desarrolladas e implementadas	1

1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	12.3.1	Resultado	Número de campañas en temas de salud pública implementadas en medios digitales	Total de campañas en temas de salud pública implementadas en medios digitales programadas * 100	90	Mide el número de entidades federativas que al menos realizaron una campaña en temas de salud pública en medios digitales, con incremento de al menos 3 indicadores KPI	2
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	18.1.1	Proceso	Personal de salud capacitado que opera y entrega de servicios de promoción de la salud a la población	Personal de salud que opera y entrega de servicios de promoción de la salud a la población programado para recibir capacitación	80	Mide el porcentaje de personal que concluye capacitación	80
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	18.2.1	Proceso	Personas que intervienen en el Programa, capacitadas y que obtienen constancia, presentan carta descriptiva o lista de asistencia	Total de personas que intervienen en el Programa, capacitadas y que obtienen constancia, presentan carta descriptiva o lista de asistencia	100	Mide la proporción de personas capacitadas, que intervienen en el programa y obtienen constancia, presentan carta descriptiva o lista de asistencia de temas relacionados con la salud pública y promoción de la salud.	100
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	18.3.1	Proceso	Número de autoridades municipales capacitadas en temas de salud pública en el año t	Número de municipios que han implementado un programa de trabajo municipal de promoción de la salud en el año t	5	La razón es la relación entre el número de autoridades municipales (personal del municipio con toma decisión en los asuntos del ayuntamiento, tales como presidente municipal, síndicos, regidores, directores o responsables de áreas del ayuntamiento), que ha recibido capacitación en temas de salud pública, con respecto a los municipios que están implementado de un programa de trabajo municipal de promoción de la salud en la solución de problemas de salud local.	5
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	18.4.1	Resultado	Promotores de Salud Hablantes de Lengua Indígena capacitados con Programa Individual de Trabajo Elaborado	No aplica	55	Promotores de salud hablantes de lengua indígena con programas de trabajo implementados en comunidades indígenas	14
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	20.1.1	Proceso	Numero de servicios estatales de salud que tienen un 80% de cumplimiento en sus procesos, indicadores y metas programadas de políticas de salud pública y promoción de la salud.	Total de Servicios Estatales de Salud	80	Mide el cumplimiento de los procesos, indicadores y metas del programa	80
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	21.1.1	Resultado	Número de estrategias de mercadotecnia en salud evaluadas con impacto positivo en los estilos de vida saludables de la población destinataria	Total de estrategias de mercadotecnia en salud implementadas en el año * 100	20	Mide las estrategias de mercadotecnia en salud evaluadas con influencia positiva en los comportamientos y estilos de vida saludables de la población destinataria	1

313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Salud Mental y Adicciones							
1	Salud Mental	2.2.1	Resultado	Número de personal capacitado	No aplica	20,300	Muestra el total de profesionales médicos y paramédicos de unidades de primer nivel de atención capacitados en la guía mhGAP 2021	600
1	Salud Mental	2.2.2	Resultado	Número de personal capacitado.	No aplica	10,300	Total de personal médico y paramédico no especializado de atención primaria capacitado en prevención de suicidio durante el año 2022.	60
1	Salud Mental	3.1.1	Resultado	Material informativo	No aplica	542,071	e material informativo (impreso y digital) difundido a sobre promoción de salud mental e identificación de signos y síntomas de las condiciones de salud mental, adicciones y signos de alerta de conducta suicida.	1,012

315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Seguridad Vial	1.1.1	Resultado	Total de mediciones de factores de riesgo realizadas.	No aplica	32	Las entidades federativas realizarán el levantamiento de datos correspondiente a la identificación de factores de riesgo en el ámbito de ocurrencia seleccionado de acuerdo con sus necesidades identificadas en los perfiles epidemiológicos y muestras seleccionadas, con la finalidad de establecer acciones de prevención de lesiones en materia de seguridad vial.	1
1	Seguridad Vial	2.1.1	Proceso	Numero de Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes activos que realicen acuerdos vinculantes.	No aplica	155	Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes activos, que realicen acuerdos vinculantes en materia de seguridad vial.	5
1	Seguridad Vial	3.1.1	Proceso	Número de municipios prioritarios que aplican controles de alcoholimetría.	Total de Municipios Prioritarios (197)	80	La aplicación de puntos de control de alcoholimetría se refiere a la instalación de operativos en donde realicen pruebas diagnósticas de alcohol en aire expirado a conductores de vehículos motorizados mediante el uso de equipos de alcoholimetría.	6
1	Seguridad Vial	3.2.1	Proceso	Número de Centros Reguladores de Urgencias Médicas instalados y operando.	No aplica	27	Centro Regulador de Urgencias Médicas instalados y operando.	1

1	Seguridad Vial	4.2.1	Resultado	Auditorías de seguridad vial realizadas.	Total de auditorías de seguridad vial realizadas.	96	Las entidades federativas llevarán a cabo las auditorías de seguridad vial, para detectar irregularidades en la infraestructura vial y hacer las recomendaciones de mejora.	3
1	Seguridad Vial	4.3.1	Proceso	Población civil con habilidades en primera respuesta.	No aplica	25,000	Población civil con habilidades en Primera Respuesta.	2,500
1	Seguridad Vial	5.1.1	Proceso	Total de población que reciben pláticas de sensibilización sobre seguridad vial.	No aplica	1,691,539	Población sensibilizada mediante pláticas sobre prevención de accidentes.	112,246
1	Seguridad Vial	5.2.1	Proceso	Número de campañas sobre prevención de accidentes viales difundidas en las entidades federativas.	No aplica	19	Mide el número de campañas activas de prevención accidentes viales en las entidades federativas.	1
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	1.1.1	Resultado	Total de mediciones de factores de riesgo realizadas.	No aplica	30	Las entidades federativas realizarán el levantamiento de datos correspondiente a la identificación de factores de riesgo en el ámbito de ocurrencia seleccionado de acuerdo con sus necesidades identificadas, con la finalidad de establecer acciones de prevención de lesiones accidentales.	1
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	3.1.1	Resultado	Número de acciones de sensibilización sobre prevención de lesiones accidentales realizadas.	No aplica	96	Las entidades federativas realizarán acciones de sensibilización de acuerdo al grupo de edad de pertenencia, con la finalidad de que puedan identificar los principales factores de riesgo para la ocurrencia de lesiones accidentales.	3
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	3.2.1	Resultado	Número de entidades federativas que realizan acciones de prevención de lesiones accidentales, a través de la difusión de material educativo y de promoción de la salud.	No aplica	32	Mide el número de entidades federativas que difunden material educativo y de promoción de la salud, para la prevención de lesiones accidentales (ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras).	1
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	3.3.1	Resultado	Número de entidades federativas que difundieron a través de diferentes medios de comunicación, campañas de prevención de lesiones accidentales (ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras).	No aplica	32	Mide el número de entidades federativas que difunden, a través de diferentes medios de comunicación, acciones de prevención de lesiones accidentales (ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras).	1

316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Emergencias en Salud							
1	Emergencias	1.1.1	Proceso	Número de UIES estatales operando en el año bajo la normatividad establecida.	Número de UIES programadas por año	90	UIES en operación bajo la normatividad establecida.	90
1	Emergencias	2.1.1	Proceso	Numero de Servicios estatales de Sanidad Internacional en operación bajo la normatividad establecida.	Número de servicios Estatales de Sanidad Internacional programados para operar en el año.	90	Servicios Estatales de Sanidad Internacional en operación bajo la normatividad establecida.	90
1	Emergencias	3.1.1	Proceso	Supervisiones realizadas	Supervisiones Programadas	100	Supervisión a las jurisdicciones sanitarias de mayor riesgo y niveles locales.	100
2	Monitoreo	1.1.1	Proceso	Número de sistemas de Vigilancia Epidemiológica evaluados	26 Sistemas de Vigilancia epidemiológica Vigentes.	80	Evaluación de los Sistemas que integran el SINAVE durante el ejercicio 2022	80
2	Monitoreo	1.1.2	Proceso	Número de Reportes de Información Epidemiológica mensual publicados.	Número de reportes de información epidemiológicos programados para su publicación	100	Información Epidemiológica Actualizada y Publicada periódicamente	100
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	1.1.2	Proceso	Índice de desempeño alcanzado por el LESP	Índice de desempeño máximo esperado por el LESP	100	Identificar áreas de oportunidad en la operación de los Laboratorios Estatales de Salud Pública para tomar acciones que conlleven, a la mejora a través de los indicadores de concordancia, cumplimiento, desempeño técnico y competencia técnica. El reto es mantener o incrementar el índice de desempeño nacional año con año.	100
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	2.1.2	Proceso	Número de muestras procesadas del Marco Analítico	Número de muestras aceptadas del Marco Analítico	100	mide el porcentaje de la cobertura del diagnóstico y de referencia que realiza el InDRE a la RNLSL por no contar con la metodología diagnóstica, infraestructura o los recursos necesarios para brindar este servicio en el nivel estatal, para garantizar el blindaje epidemiológico en el país, contra las principales enfermedades de importancia en salud pública, así como la cobertura del servicio de los diagnósticos que realizan los LESP.	100
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	2.1.3	Proceso	Número de muestras procesadas en tiempo del Marco Analítico	Número de muestras aceptadas del Marco Analítico	100	Medir el porcentaje de los resultados obtenidos en el servicio de diagnóstico, en tiempo y forma, con base en los estándares de servicio establecidos en el InDRE y la RNLSL que contribuyen directamente con la oportuna toma de decisiones.	100

K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	VIH y otras ITS	1.2.1	Proceso	Número de servicios especializados en VIH e ITS con la estrategia de PrEP implementada.	Número de servicios especializados en VIH e ITS con la estrategia de PrEP programada.	100	Es el porcentaje de servicios especializados en VIH e ITS (Capasits y SAIHs) con implementación de la PrEP, con respecto a los servicios especializados programados.	100
1	VIH y otras ITS	1.8.1	Proceso	Número de trabajadores de salud de los Servicios Especializados en VIH e ITS, que aprobaron los cursos en VIH seleccionados.	Número de trabajadores de salud de los Servicios Especializados en VIH e ITS.	100	Se refiere a la proporción de personal de salud que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS que aprobaron los cursos seleccionados*, con respecto al personal de salud que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS. *Reducción de Daños y Riesgos asociados a VIH, VHC y consumo de sustancia. Lenguaje incluyente libre de estigma y discriminación para prestadores de servicios de salud.	100
1	VIH y otras ITS	1.9.1	Proceso	Condomes entregados a personas viviendo con VIH en los CAPASITS y SAIHs en la Secretaría de Salud	Personas de 15 a 60 años en tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud	112	Mide el número de condones entregados a las personas viviendo VIH que acuden a los Servicios Especializados de Atención Integral (SAIH y Capasits) de la Secretaría de Salud, durante un año.	112
1	VIH y otras ITS	5.1.1	Proceso	Personas viviendo con VIH que se diagnostican e incorporan por primera vez a atención (sin tratamiento antirretroviral previamente) cuyo primer recuento de linfocitos CD4 es menor a 200 células/µl, en la Secretaría de Salud.	Personas viviendo con VIH que se diagnostican e incorporan por primera vez a atención (sin tratamiento antirretroviral previamente) que tuvieron su primer recuento de linfocitos CD4 en el periodo, en la Secretaría de Salud.	100	Es la proporción de personas viviendo con VIH que se diagnostican e incorporan por primera vez a atención (no tratadas anteriormente) con un recuento de linfocitos CD4 menor a 200 células/µl, con respecto al total de las personas viviendo con VIH diagnosticadas e incorporadas a atención en el periodo, en la Secretaría de Salud.	100
1	VIH y otras ITS	8.2.1	Resultado	Personas viviendo con VIH con 6 meses o más en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida (<1,000 copias/ml) en el último año, en la Secretaría de Salud.	Personas viviendo con VIH con 6 meses o más en tratamiento antirretroviral en el último año, en la Secretaría de Salud.	95	Mide el impacto del tratamiento antirretroviral en las personas viviendo con VIH con 6 meses o más en tratamiento con carga viral suprimida (<1000 copias/ml) en el último año, en la Secretaría de Salud.	95
1	VIH y otras ITS	8.10.1	Proceso	Personas en TAR con diagnóstico de TB activa en tratamiento en la Secretaría de Salud.	Personas con diagnóstico de TB activa y VIH en la Secretaría de Salud.	90	Es el porcentaje de personas en TAR con diagnóstico de TB activa en tratamiento para ésta en la Secretaría de Salud, respecto del total del personas con diagnóstico de TB activa y VIH en TAR en la Secretaría de Salud, en el periodo.	90
1	VIH y otras ITS	11.6.1	Proceso	Detecciones de sífilis en personas en tratamiento antirretroviral en el año, en la Secretaría de Salud.	Personas de 15 a 60 años que se encuentran en tratamiento antirretroviral en el año, en la Secretaría de Salud.	1	Mide el número de detecciones de sífilis realizadas por persona en tratamiento antirretroviral de 15 a 60 años al año, en la Secretaría de Salud.	1

1	VIH y otras ITS	12.3.1	Proceso	Mujeres embarazadas viviendo con VIH, bajo tratamiento antirretroviral, con carga viral indetectable (<50 copias/ml), en la Secretaría de Salud.	Mujeres embarazadas viviendo con VIH, bajo tratamiento antirretroviral.	90	Se refiere a la proporción de mujeres embarazadas viviendo con VIH, bajo tratamiento antirretroviral, con carga viral indetectable (<50 copias/ml), en la Secretaría de Salud.	90
2	Virus de Hepatitis C	5.2.1	Proceso	Número de trabajadores de salud del programa de hepatitis C que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS que aprobaron el curso en VHC seleccionado.	Número de trabajadores de salud del programa de hepatitis C que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS.	100	Se refiere a la proporción de personal del programa de hepatitis C que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS que aprobaron los cursos seleccionados*, con respecto al personal del programa de hepatitis C que trabaja en los Servicios Especializados en VIH e ITS. *Curso vinculado al programa de Hepatitis C Reducción de Daños y Riesgos asociados a VIH, VHC y consumo de sustancia.	100

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Salud Sexual y Reproductiva							
1	SSR para Adolescentes	1.1.1	Proceso	Total de campañas y estrategias de IEC realizadas para la adecuada difusión de los derechos sexuales y reproductivos.	No aplica	96	Se refiere a las campañas lanzadas con el objetivo de difundir y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes	3
1	SSR para Adolescentes	1.2.1	Estructura	Total de docentes formados como capacitadores en temas de salud sexual y reproductiva	No aplica	2,875	Corresponde al número de docentes que han sido formados como replicadores de temas de salud sexual y reproductiva para adolescentes.	123
1	SSR para Adolescentes	1.3.1	Proceso	Total de Promotores y brigadistas juveniles voluntarios activos x100	Total de Promotores y brigadistas juveniles voluntarios registrados	80	Corresponde al porcentaje de Promotores y brigadistas juveniles voluntarios activos, respecto del total de promotores registrados al periodo de evaluación.	80
1	SSR para Adolescentes	2.1.1	Proceso	Total de supervisiones realizadas en Jurisdicciones Sanitarias y unidades de salud	No aplica	294	Se refiere a las visitas de supervisión realizadas a jurisdicciones sanitarias y unidades médicas durante el año	8
1	SSR para Adolescentes	2.2.1	Estructura	Total de personas capacitadas para proporcionar atención en salud sexual y reproductiva para población adolescente.	No aplica	2,744	Número de personas que laboran en centros de salud de primer nivel de atención, capacitadas y sensibilizadas para proporcionar atención en salud sexual y reproductiva para población adolescente	88
1	SSR para Adolescentes	2.3.1	Proceso	Número de jurisdicciones sanitarias con al menos una unidad de primer nivel con atención amigable para adolescentes	Total de Jurisdicciones Sanitarias en el estado	100	Número de Jurisdicciones Sanitarias con al menos una unidad de primer nivel que proporciona atención amigable para adolescentes	100

1	SSR para Adolescentes	2.4.1	Proceso	Total de consultas de primera vez, otorgadas a adolescentes en servicios amigables	Número de servicios amigables en operación	26	Corresponde al número de atenciones de primera vez que se proporcionan a población adolescente por mes en los Servicios Amigables	18
1	SSR para Adolescentes	2.5.1	Estructura	Total de servicios amigables nuevos durante el periodo	No aplica	143	Número de servicios amigables incorporados a la red de atención durante el año en los Servicios Estatales de Salud	3
1	SSR para Adolescentes	2.5.2	Estructura	Número de municipios que cuentan con al menos un servicio amigable de salud sexual y reproductiva para adolescente x 100	Total Municipios en el estado	73	Porcentaje de municipios que cuentan con al menos un servicio amigable para la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente	95
1	SSR para Adolescentes	2.5.3	Proceso	Numero de servicios amigables itinerantes que proporcionan atención en SSRA	No aplica	32	Número de servicios amigables itinerantes otorgando el paquete básico de SSRA en localidades seleccionadas	1
1	SSR para Adolescentes	2.5.4	Proceso	Número de Municipios visitados durante el año con el servicio amigable itinerante (Edusex)	Total Municipios registrados	49	Se refiere al número de municipios que fueron visitados mediante el Servicio Amigable Itinerante (Edusex) al menos una vez durante el año	8
1	SSR para Adolescentes	3.1.1	Resultado	Total de mujeres adolescentes menores de 20 años que son usuarias activas de métodos anticonceptivos en la Secretaría de Salud	Total de mujeres adolescentes menores de 15 a 19 años de edad con vida sexual activa, responsabilidad de la Secretaría de Salud	66	Porcentaje de mujeres adolescentes con vida sexual activa, que son usuarias activas de métodos anticonceptivos, y pertenecen a la población responsabilidad de la Secretaría de Salud	41
1	SSR para Adolescentes	3.2.1	Resultado	Mujeres adolescentes que aceptan un método anticonceptivo de larga duración, otorgado durante el post evento obstétrico x 100	Mujeres adolescentes a la que se les atendió un evento obstétrico	80	Porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que posterior a algún evento obstétrico, aceptan un método anticonceptivo de larga duración, excepto condón.	97
1	SSR para Adolescentes	3.3.1	Proceso	Total de servicios amigables que favorecen el acceso a servicios de aborto seguro para adolescentes	No aplica	32	Se refiere al número de servicios amigables para adolescentes que cuentan con personal de salud proporcionando atención en aborto seguro con medicamentos	1
2	PF y Anticoncepción	1.1.1	Proceso	Número de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos en la institución (consultas de primera vez), incluye usuarias de condón masculino y femenino	No aplica	645,341	Corresponde al número de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos en la Secretaría de Salud, registradas en consulta externa durante el año (no incluye oclusiones tuberias bilaterales ni vasectomías)	44,950
2	PF y Anticoncepción	1.2.1	Resultado	Número de mujeres usuarias activas de habla indígena (que utilizan un método anticonceptivo) responsabilidad de la secretaria de salud	No aplica	283,299	Corresponde al número de mujeres en edad fértil de habla indígena que utilizan un método anticonceptivo proporcionado o aplicado en la Secretaria de Salud	29,861
2	PF y Anticoncepción	1.4.1	Proceso	Promedio de condones masculinos proporcionados en la Secretaría de Salud durante el año.	Número de usuarios activos de condones masculinos	53	Señala el número de condones masculinos que se otorgan al año en promedio por cada usuario activo de este método en la Secretaría de Salud	70

2	PF y Anticoncepción	2.1.1	Resultado	Número de mujeres usuarias activas de métodos anticonceptivos aplicados o proporcionados en la Secretaría de Salud	No aplica	4,618,331	Corresponde al total de mujeres en edad fértil que utilizan un método anticonceptivo proporcionado o aplicado en la Secretaría de Salud	299,476
2	PF y Anticoncepción	2.1.2	Estructura	Número de servicios activos de telemedicina	No aplica	32	Corresponde al servicio de atención a distancia que se encuentre operando en los servicios estatales de salud	1
2	PF y Anticoncepción	2.2.1	Proceso	Número de personas capacitadas durante el año en temas de Planificación Familiar.	No aplica	6,507	Se refiere al número de personal capacitado respecto al número de personas a capacitar en el año (meta)	165
2	PF y Anticoncepción	2.3.1	Proceso	Número de visitas de supervisión realizadas a las jurisdicciones sanitarias y unidades médicas	No aplica	541	Visitas de supervisión de la situación de abasto de anticonceptivos realizadas a jurisdicciones sanitarias y unidades médicas durante el año	12
2	PF y Anticoncepción	2.4.1	Proceso	Cobertura de aceptantes de un método anticonceptivo (DIU, OTB, IMPLANTES y Hormonales) durante el post-evento obstétrico y el puerperio	No aplica	75	Cobertura de mujeres atendidas por algún evento obstétrico durante el año (parto, aborto o cesárea) que adoptan un método anticonceptivo durante los 42 días posteriores a la atención del evento.	91
2	PF y Anticoncepción	2.5.1	Resultado	(Número de usuarias activas de ARAP (DIU, SIU, Implante subdérmico) al final del año en curso.)*100	Número de usuarias activas de ARAP (DIU, SIU, Implante subdérmico) al final del año anterior más número de usuarias nuevas de ARAP (DIU, SIU, Implante subdérmico) durante el año en curso.	80	Muestra el porcentaje de mujeres que iniciaron el año con un ARAP ó adoptaron un ARAP durante el año y se mantienen activas al final del año	91
2	PF y Anticoncepción	2.6.1	Estructura	Número de unidades médicas con servicios de planificación familiar instalados para la atención de mujeres con alto riesgo obstétrico (incluye centros de salud y hospitales).	No aplica	117	Corresponde al número de centros de salud y hospitales con alta demanda de atención de enfermedades concomitantes (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, sobrepeso, etc.) que cuentan con al menos un consultorio habilitado para la prestación de servicios de planificación familiar y anticoncepción para mujeres con alto riesgo obstétrico.	7
2	PF y Anticoncepción	2.7.1	Resultado	Vasectomías realizadas	No aplica	42,208	Número de vasectomías realizadas a hombres con paridad satisfecha, responsabilidad de la Secretaría de Salud	2,843
2	PF y Anticoncepción	2.8.1	Estructura	Número de jurisdicciones sanitarias con al menos un servicio de vasectomía sin bisturí en operación	No aplica	217	Corresponde al número de jurisdicciones sanitarias que cuentan con al menos un servicio de vasectomía sin bisturí con personal acreditado para realizar este procedimiento quirúrgico	11
3	Salud Materna	1.1.1	Proceso	Número de pláticas de educación para la salud, durante el embarazo y el puerperio.	No aplica	120,001	Número de pláticas de educación para la salud, durante el embarazo y el puerperio.	9,637

3	Salud Materna	1.2.1	Resultado	Total de atenciones otorgadas por brigadistas	No aplica	653,400	Promedio de atenciones otorgadas por personal brigadista	23,400
3	Salud Materna	1.3.1	Proceso	Número de campañas de promoción de atención a la salud materna.	No aplica	32	Número de campañas de promoción de atención a la salud materna.	1
3	Salud Materna	2.1.1	Resultado	Número de mujeres que tuvieron consulta de atención pregestacional	Número de mujeres con consulta prenatal, por 100	100	Proporción de mujeres con atención pregestacional.	100
3	Salud Materna	2.2.1	Resultado	Número de consultas de atención prenatal de primera vez en el primer trimestre	Total de consultas de atención prenatal de primera vez en cualquier trimestre de gestación.	60	Proporción de consultas de atención prenatal de primera vez otorgadas durante el primer trimestre	60
3	Salud Materna	2.3.1	Resultado	Número de mujeres embarazadas a las que se les realiza la prueba para la detección de VIH / Sífilis	Total de mujeres embarazadas en control prenatal	90	Porcentaje de mujeres embarazadas a las que se les realiza la prueba para la detección de VIH / Sífilis que se atienden en las unidades médicas	90
3	Salud Materna	2.4.1	Proceso	Número de entidades federativas que tienen implementada la estrategia estatal y su difusión en cada unidad medica hospitalaria	No aplica	32	Estrategia de disminución de cesárea, basada en el análisis de la cesárea con los criterios de Robson establecida	1
3	Salud Materna	2.5.1	Resultado	Total de defunciones de mujeres por causas maternas en un año determinado	Total de recién nacidos vivos registrados en los certificados de nacimiento para el mismo período por 100,000.	800	Mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y puérperas de acuerdo con la normatividad aplicable	25
3	Salud Materna	2.6.1	Proceso	Total de mujeres puérperas que reciben un método anticonceptivo de larga duración y alta efectividad	Total de mujeres con evento obstétrico	80	Mujeres en el puerperio que aceptan y reciben anticoncepción post evento obstétrico de larga duración y alta efectividad	80
3	Salud Materna	2.7.1	Proceso	Número de mujeres que tuvieron un evento obstétrico y recibieron por lo menos una consulta de atención en el puerperio	Total de mujeres que tuvieron un evento obstétrico	90	Proporción de mujeres postevento obstétrico que reciben consulta en el puerperio	90
3	Salud Materna	2.8.1	Proceso	Número de entidades federativas que tienen implementada la estrategia	Total de entidades federativas, por 100	100	Proporción de entidades federativas con estrategia de abordaje de la pérdida gestacional y depresión posparto.	100
3	Salud Materna	2.9.1	Proceso	Número de personas recién nacidas por parto con apego inmediato al seno materno	Número de personas recién nacidas por parto x 100	90	Porcentaje de personas recién nacidas por parto, con apego inmediato al seno materno	90
3	Salud Materna	3.1.1	Proceso	Número de entidades federativas que implementaron el proyecto prioritario.	No aplica	32	Implementación del proyecto prioritario de atención integral del proceso reproductivo, en al menos una unidad de atención obstétrica	1
3	Salud Materna	3.2.1	Proceso	Total de Comités Estatales de Referencia y Contrarreferencia obstétrica instalados	No aplica	32	Número de Comités Estatales de Referencia y Contra referencia obstétrica instalados	1
3	Salud Materna	3.4.1	Proceso	Número de entidades federativas con estrategia elaborada	No aplica	32	Número de entidades federativas con estrategia para la atención de mujeres embarazadas migrantes o en contexto de desastre, elaborada y difundida	1

3	Salud Materna	3.5.1	Proceso	Total de casos analizados en el seno del Comité de Prevención Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal	No aplica	384	Número de casos sesionados a nivel estatal en el seno del Comité de Prevención Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal	12
3	Salud Materna	3.6.1	Resultado	Número casos de mortalidad materna analizados	Número de casos de mortalidad materna registrados	100	Proporción de casos de mortalidad materna analizados en el Comité de Prevención Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal	100
4	Salud Perinatal	1.1.1	Resultado	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia con peso menor a los 2500 gr, en el periodo	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia en el periodo	5	Personas recién nacidas sin derechohabencia con peso menor a los 2500 gr, en el periodo	5
4	Salud Perinatal	1.2.1	Resultado	Número de BLH y/o Lactarios en la Entidad Federativa que reportan productividad mensual	Número total de BLH y/o Lactarios en la Entidad Federativa	85	Proporción de mujeres donadoras del total de mujeres atendidas en bancos de leche humana	85
4	Salud Perinatal	1.3.1	Proceso	Número de reportes realizados de campañas de promoción de la lactancia materna (SMLM, Día donación, semanas de salud pública).	Número de reportes a realizar de campañas de promoción de la lactancia materna (SMLM, Día donación, semanas de salud pública).	100	Porcentaje de reportes emitido para la Actividades de promoción de la lactancia materna	100
4	Salud Perinatal	2.1.1	Proceso	Personal capacitado en Reanimación neonatal en el periodo	No aplica	3,600	Porcentaje de profesionales de la salud capacitados en Reanimación neonatal	100
4	Salud Perinatal	2.2.1	Proceso	Unidades hospitalarias de la SSA con atención obstétrica con Nominación a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña	Unidades hospitalarias de la SSA con atención obstétrica	32	Porcentaje de hospitales en las entidades federativas nominados en IHANN	1
4	Salud Perinatal	2.3.1	Resultado	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia con tamiz auditivo en el periodo	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia en el periodo	80	Cobertura de tamiz auditivo	80
4	Salud Perinatal	2.4.1	Resultado	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia con tamiz metabólico	Número de personas recién nacidas sin derechohabencia en el periodo	90	Cobertura de tamiz metabólico	90
4	Salud Perinatal	2.5.1	Resultado	Personal de salud capacitado que participa en el BLH y/o lactarios	Personal de salud que participa en el BLH y/o lactarios	80	Porcentaje de personal capacitado en BLH y/o Lactarios	80
4	Salud Perinatal	3.1.1	Proceso	Centros de Salud en los Servicios Estatales de Salud con nominación como Unidades Amigas del Niño y de la Niña	Centros de Salud en los Servicios Estatales de Salud	32	Porcentaje de centros de salud de la SSA Nominados como unidades amigas del Niño y de la Niña	1
4	Salud Perinatal	3.2.1	Proceso	Personal de salud capacitado que participa en el proceso de toma de tamiz metabólico	Personal de salud que participa en el proceso de toma de tamiz metabólico	80	Porcentaje de personal capacitado en el proceso de tamiz metabólico	80
4	Salud Perinatal	3.3.1	Proceso	Número de Comités de mortalidad materna y perinatal instalados en el estado, que realizan análisis de la morbilidad y mortalidad perinatal	Número de Comités de mortalidad materna y perinatal instalados en el estado	90	Porcentaje de Comités de mortalidad materna y perinatal instalados en el estado, que realizan análisis de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal	90

4	Salud Perinatal	3.4.1	Proceso	Número de profesionales de la salud capacitados en el manejo de CPESMMMP que participan en el análisis de la morbilidad y mortalidad perinatal	Número de profesionales de la salud que participan en el análisis de la mortalidad perinatal	90	Porcentaje de profesionales de la salud capacitados en el manejo de CPESMMMP que participan en el análisis de la morbilidad y mortalidad perinatal	90
5	Aborto Seguro	1.1.1	Proceso	Materiales de comunicación difundidos con la población y el personal de salud	No aplica	32	Materiales de comunicación difundidos entre la población y el personal de salud, a partir de la elaboración y diseño estrategias de comunicación para informar sobre el derecho al acceso y atención del aborto seguro.	1
5	Aborto Seguro	1.1.2	Proceso	Número de líneas telefónicas contratadas	No aplica	32	Número de líneas telefónicas habilitadas para otorgar atención y referencia a la población y personal de salud acerca de los Servicios de Aborto Seguro	2
5	Aborto Seguro	2.1.1	Proceso	Número de personal médico operativo capacitado para brindar los servicios de aborto seguro	No aplica	96	Es el personal medico operativo capacitado para brindar los servicios de aborto seguro.	3
5	Aborto Seguro	2.2.1	Proceso	Número de personal médico que se incorpora para garantizar los procedimientos de aborto seguro.	No aplica	64	Es el número de personal médico que se incorpora para garantizar los procedimientos de aborto seguro.	9
5	Aborto Seguro	2.3.1	Proceso	Número de espacios equipados y en operación dentro de las unidades de salud para otorgar los servicios de aborto seguro.	No aplica	32	Son los espacios que se equiparon en las unidades de salud para otorgar los servicios de aborto seguro.	5
5	Aborto Seguro	2.3.2	Resultado	Número de servicios aborto seguro habilitados	No aplica	32	Número de servicios aborto seguro habilitados	3
5	Aborto Seguro	3.2.1	Proceso	Número de supervisiones realizadas en las unidades de salud para verificar la implementación de los mecanismos de rutas de atención y referencia a los servicios de aborto seguro.	No aplica	256	Son las acciones de monitoreo y seguimiento a las unidades de salud para verificar la implementación de las rutas de atención y referencia para favorecer el acceso a los servicios de aborto seguro.	8
6	Violencia de Género	1.1.1	Proceso	Número de materiales de comunicación de promoción de una vida libre de violencia difundidos entre la población y el personal de salud	No aplica	128	Número de materiales de comunicación de promoción de una vida libre de violencia difundidos entre la población y el personal de salud	4
6	Violencia de Género	1.3.1	Proceso	Número de talleres de prevención de la violencia dirigidos a Promotores juveniles	No aplica	192	Número de talleres de prevención de la violencia dirigidos a Promotores juveniles	6
6	Violencia de Género	1.3.2	Proceso	Grupos formados para prevención de la violencia en población adolescente	No aplica	512	Mide el número de grupos formados para prevenir la violencia de género, así como los grupos formados para prevención de la violencia en el noviazgo, dirigidos a la población adolescente	20
6	Violencia de Género	2.1.1	Resultado	Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa	Número de mujeres de 15 años y más unidas en situación de violencia familiar y de género severa, estimadas para su atención en los servicios especializados	23	Número de mujeres de 15 años y más unidas en situación de violencia familiar y de género severa atendidas en servicios especializados respecto del número de mujeres programadas para su atención.	24

6	Violencia de Género	2.1.2	Proceso	Número de supervisiones PRESENCIALES a la operación de la NOM-046-SSA2-2005 en en los servicios esenciales y especializados de salud	No aplica	128	Número de supervisiones PRESENCIALES a la operación de la NOM-046-SSA2-2005 en en los servicios esenciales y especializados de salud	6
6	Violencia de Género	2.2.1	Proceso	Número de herramientas de detección de la violencia que resultaron positivas.	Número de herramientas de detección aplicadas	26	Número de herramientas de detección de la violencia familiar y de género que resultaron positivas respecto de las programadas para su aplicación en mujeres de 15 años y más unidas.	24
6	Violencia de Género	2.4.1	Proceso	Número de talleres brindados sobre IVE	No aplica	32	Número de talleres brindados sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo	1
6	Violencia de Género	2.4.3	Resultado	Número de talleres brindados sobre NOM-046 presencial	No aplica	32	Número de talleres brindados sobre NOM-046 PRESENCIAL	1
6	Violencia de Género	2.4.4	Resultado	Número de talleres brindados sobre Atención inmediata a víctimas de violación sexual dirigido a personal de enfermería	No aplica	32	Número de talleres brindados sobre Atención inmediata a víctimas de violación sexual dirigido a personal de enfermería	1
6	Violencia de Género	2.5.2	Resultado	Número de Grupos de autoayuda en la comunidad de la Vertiente intercultural (Fase 2)	No aplica	60	Número de Grupos de autoayuda en la comunidad de la Vertiente intercultural (Fase 2)	6
6	Violencia de Género	2.5.3	Resultado	Número de Estrategias de articulación intersectorial para la Vertiente Intercultural del Modelo Integrado prevención y atención a la violencia familiar y de género(fase 2)	No aplica	10	Número de Estrategias de articulación intersectorial para la Vertiente Intercultural del Modelo Integrado prevención y atención a la violencia familiar y de género(fase 2)	1
6	Violencia de Género	3.2.1	Proceso	Número de grupos formados para reeducación de víctimas de violencia de pareja	No aplica	512	Número de grupos formados para reeducación de víctimas de violencia de pareja	30
6	Violencia de Género	3.2.2	Proceso	Número de grupos formados para la reeducación de agresores de violencia de pareja.	No aplica	512	Número de grupos formados para la reeducación de agresores de violencia de pareja	24
6	Violencia de Género	3.4.1	Proceso	Número de talleres de Buen Trato y medidas para evitar la violencia obstétrica	No aplica	192	Número de talleres de buen trato y medidas para evitar la violencia obstétrica	6
6	Violencia de Género	3.4.2	Resultado	Número de Hospitales con la Estrategia de Prevención y Atención para la Eliminación de la Violencia Obstétrica y Promoción del Buen Trato implementada	No aplica	32	Número de Hospitales con la Estrategia de Prevención y Atención para la Eliminación de la Violencia Obstétrica y Promoción del Buen Trato implementada	1
2	Prevención y Control del Cáncer	2.1.3	Resultado	Mujeres tamizadas con prueba de VPH de 35 a 64 años en 5 años	Mujeres de 35 a 64 años responsabilidad de la Ssa	23	Cobertura de tamizaje con prueba de VPH	23
2	Prevención y Control del Cáncer	2.1.4	Resultado	Número de mujeres de 18 años y más, tamizadas en los CAPASITS	Total de mujeres mayores de 18 años registradas en los CAPASITS	70	Cobertura de tamizaje para cáncer de cuello uterino mujeres viviendo con VIH	70
2	Prevención y Control del Cáncer	2.1.5	Resultado	Mujeres de 25 a 39 años de edad con exploración clínica de mamas en el periodo a evaluar	Mujeres de 25 a 39 años responsabilidad de la Ssa.	29	Cobertura de tamizaje con exploración clínica de mamas	29

2	Prevención y Control del Cáncer	2.1.6	Resultado	Mujeres tamizadas con mastografía de 40 a 69 años en dos años.	Mujeres de 40 a 69 años responsabilidad de la Ssa.	12	Cobertura de tamizaje con mastografía	5
2	Prevención y Control del Cáncer	2.1.7	Resultado	Mujeres tamizadas con citología cervical de 25 a 34 años en 3 años	Mujeres de 25 a 34 años responsabilidad de la Ssa	11	Cobertura de tamizaje con citología cervical	10
2	Prevención y Control del Cáncer	2.1.8	Resultado	Mujeres a las que se les realizó citología y/o prueba de VPH y que viven en zona rural	Mujeres de 25 a 64 años en 3 y 5 años (citología y prueba de VPH respectivamente) responsabilidad de la Ssa que viven en zona rural	63	Cobertura de tamizaje con citología cervical y PVPH en zona rural	70
2	Prevención y Control del Cáncer	2.3.1	Proceso	Mujeres con citología anormal y PVPH positiva con evaluación colposcópica	Total de mujeres con citología anormal y PVPH positiva	80	Porcentaje de casos con evaluación colposcópica	80
2	Prevención y Control del Cáncer	2.3.3	Resultado	Mujeres con resultado BIRADS 4 y 5 que cuentan con evaluación diagnóstica	Total de mujeres con resultado BIRADs 4 y 5	90	Proporción de mujeres con BIRADS 4 y 5 evaluadas con evaluación diagnóstica	90
2	Prevención y Control del Cáncer	3.1.4	Resultado	Mujeres con biopsia para confirmación de cáncer de mama que cuentan con al menos una sesión de primera vez con acompañamiento emocional	Mujeres con biopsia para confirmación de cáncer de mama	80	Proporción de mujeres que recibieron acompañamiento emocional al momento de la confirmación diagnóstica	80
2	Prevención y Control del Cáncer	4.2.4	Estructura	No. de "sistemas de imagen" funcionales, con póliza de mantenimiento y control de calidad vigente	Total de "sistemas de imagen"	80	Proporción de sistemas de imagen funcionales con pólizas de mantenimiento vigentes	80
2	Prevención y Control del Cáncer	4.3.2	Proceso	Pruebas utilizadas de manera adecuada* en el año a evaluar	Pruebas otorgadas para su uso* en el año a evaluar	97	Proporción de pruebas de VPH utilizadas de manera adecuada	97
2	Prevención y Control del Cáncer	5.1.1	Proceso	Supervisiones realizadas que cuenten con informe/minuta de supervisión entregado en tiempo y forma.	Supervisiones programadas	90	Proporción de supervisiones realizadas con informe de supervisión	90
2	Prevención y Control del Cáncer	5.2.4	Proceso	Unidades que enviaron informes mensuales de control de calidad rutinario	Unidades dentro del programa de control de calidad rutinario	100	Proporción de unidades con control de calidad rutinario	100
3	Igualdad de Género	1.1.1	Proceso	Número de atenciones brindadas a mujeres en los CEI	No aplica	78,280	Número de atenciones brindadas a mujeres en los Centros de Entrenamiento Infantil (CEI)	2,280
3	Igualdad de Género	1.2.2	Proceso	Número de unidades de salud que cuentan con mecanismos incluyentes dirigidos a grupos en condición de vulnerabilidad	No aplica	176	Número de unidades de salud que cuentan con mecanismos incluyentes dirigidos a grupos en condición de vulnerabilidad.	6
3	Igualdad de Género	1.4.1	Proceso	Número total de personal de unidades de salud, oficinas centrales y jurisdiccionales capacitado	No aplica	6,592	Número de personas de unidades de salud, oficinas centrales y jurisdiccionales capacitadas en materia de derechos humanos, no discriminación, inclusión y pertinencia cultural en salud	638
3	Igualdad de Género	4.2.1	Proceso	Actividades para prevenir, atender y dar seguimiento a posibles casos de hostigamiento y acoso sexual	Actividades programadas para prevenir, atender y dar seguimiento a posibles casos de hostigamiento y acoso sexual	100	Porcentaje de actividades realizadas para prevenir, atender y dar seguimiento a posibles casos de hostigamiento y acoso sexual respecto a lo programado	100

000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	3.1.1	Proceso	Número de profilaxis antirrábicas humanas iniciadas por agresión o contacto por perro o gato doméstico	Total de agresiones o contacto con perro o gato doméstico por 100	10	Brindar la profilaxis antirrábica humana a toda persona expuesta al virus de la rabia por agresión o contacto de perro o gato doméstico, que lo requiera.	10
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	3.1.2	Estructura	Número de profilaxis antirrábicas iniciadas en personas agredidas o en contacto con animales silvestres así como con domésticos de interés económico	Número de personas agredidas o en contacto con animales silvestres así como con domésticos de interés económico	100	Se busca iniciar la profilaxis antirrábica al 100% de las personas agredidas o en contacto con animales silvestres así como por domésticos de interés económico.	100
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	3.1.3	Resultado	Número de casos de rabia humana transmitido por perro registrados	Número de casos de rabia humana transmitida por perro estimados	100	Se busca mantener al país sin casos de rabia humana transmitido por perro	100
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.1.1	Proceso	Perros y gatos vacunados contra la rabia	Meta de perros y gatos a vacunarse contra la rabia	90	Perros y gatos vacunados contra la rabia	90
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.2.1	Proceso	Perros y gatos esterilizados quirúrgicamente	Meta anual de perros y gatos a vacunarse contra la rabia	5	Perros y gatos esterilizados quirúrgicamente en relación al universo anual de animales a vacunarse contra la rabia.	5
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.3.1	Proceso	Número de muestras de cerebros enviadas al laboratorio, correspondientes a reservorios sospechosos (con signología sugestiva a rabia) o probables (animal sospechoso con antecedente de contacto con otro animal sugestivo a rabia o confirmado) de padecer rabia y/o perros y gatos que mueran durante observación clínica.	Número reportado de reservorios sospechosos (con signología sugestiva a rabia) o probables (animal sospechoso con antecedente de contacto con otro animal sugestivo a rabia o confirmado) de padecer rabia y/o perros y gatos que mueran durante observación clínica.	90	Se busca conocer la circulación del virus de la Rabia en zonas que propicien su transmisión al ser humano, mediante el envío de muestras de cerebro de animales reservorios sospechosos o probables de padecer rabia y/o perros y gatos que mueran durante observación clínica.	90
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	5.1.1	Resultado	Número de casos de brucelosis	Total de población por 100,000 habitantes	1	Lograr disminuir los casos de brucelosis y con ello limitar las complicaciones que causa esta enfermedad en la cronicidad	1
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	5.2.1	Proceso	Casos Probables que cumplen con la definición operacional con tratamiento	Casos Probables que cumplen con la definición operacional	100	Número de pacientes que cumplen con la definición operacional de caso probable de brucelosis y que reciben tratamiento específico	100
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	7.1.1	Proceso	Número de casos probables de rickettsiosis que reciben tratamiento, reportados en el SEVE en el trimestre.	Número de casos probables de rickettsiosis reportados en el SEVE en el trimestre.	100	Mide la cobertura de tratamientos ministrados a pacientes probables de padecer FMMR u otras rickettsiosis.	100
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	7.1.2	Resultado	Número de casos confirmados de rickettsiosis al cierre del año.	Número de casos confirmados de rickettsiosis al cierre del año anterior.	1	Se busca disminuir la presencia de casos de rickettsiosis y con ello limitar las defunciones por esta causa.	1

2 Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos									
1	Paludismo	1.1.1	Proceso	Número de personal de salud capacitado en paludismo sin exclusión de género	Total de personal de salud en el estado que realiza actividades de prevención y control de paludismo	100	Cuantifica el porcentaje del personal de salud capacitado en paludismo sin exclusión de género.	100	
1	Paludismo	2.1.1	Proceso	Total de gotas gruesa tomadas a casos probables de paludismo	Total de casos probables de paludismo reportados	100	Toma de gota gruesa a todos los casos probables de paludismo para confirmación diagnóstica	100	
1	Paludismo	3.1.1	Proceso	Numero de localidades de riesgo trabajadas en la Eliminación y modificación de hábitats y criaderos del vector	Total de localidades de riesgo existentes	100	Estima la cobertura de localidades de riesgo trabajadas en la Eliminación y modificación de hábitats y criaderos de los anofelinos	100	
1	Paludismo	4.1.1	Proceso	Número de localidades de riesgo con infestaciones larvarias menores al 1% de caladas positivas, posterior a la intervención de control.	Número de localidades de riesgo con positividad larvaria mayor a 1% en los estudios entomológicos previos	100	Mide el impacto de las acciones para la eliminación y modificación de hábitats y criaderos de los anofelinos.	100	
1	Paludismo	5.1.1	Proceso	Número de pacientes positivos a paludismo que recibieron tratamiento específico.	Número total de pacientes positivos a paludismo	100	Total de casos de paludismo que recibieron tratamiento farmacológico	100	
1	Paludismo	6.1.1	Proceso	Número de casas que utilizan pabellones impregnados con insecticida	Número de casas a las que se les proporciono pabellón impregnado con insecticida	100	Mide la cantidad de viviendas donde se usa pabellón impregnado	100	
1	Paludismo	8.1.1	Proceso	Número de reuniones del El Comité Técnico Estatal de Certificación para la eliminación del paludismo realizadas	Número de reuniones del El Comité Técnico Estatal de Certificación para la eliminación del paludismo programadas	100	Contar con Comité Técnico Estatal de Certificación para la eliminación del paludismo que sesione bimestralmente	100	
2	Enfermedad de Chagas	2.1.1	Proceso	Numero de casas con acciones de manejo integral del vector	Numero de casas que requieren de acciones de control integral del vector	100	Controlar la transmisión vectorial intradomiciliar.	100	
2	Enfermedad de Chagas	2.2.1	Proceso	Número de localidades con acciones de mejoramiento a través de la participación comunitaria.	Número de localidades que requieren acciones de mejoramiento en localidades prioritarias.	100	Acciones de mejoramiento de la vivienda con recursos locales a través de la participación comunitaria .	100	
2	Enfermedad de Chagas	2.3.1	Proceso	Número de pruebas de tamizaje que son tomadas y confirmadas serológicamente en centros de transfusión sanguínea.	Número de pruebas de tamizaje doblemente reactivas en centros de transfusión sanguínea.	90	Cuantifica la proporción de pruebas de tamizaje que son tomadas y confirmadas serológicamente en centros de transfusión sanguínea.	90	
2	Enfermedad de Chagas	2.4.1	Proceso	Número de casos con tratamiento etiológico y seguimiento terapéutico	Número de casos confirmados que sean candidatos a tratamiento etiológico	100	Verifica la atención integral de los casos de Enfermedad de Chagas	100	
2	Enfermedad de Chagas	2.5.1	Proceso	Número de localidades con vigilancia entomológica	Número de localidades que requieren de vigilancia entomológica	100	Verifica la actualización de la distribución de especies triatomíneos y sus densidades.	100	
2	Enfermedad de Chagas	2.6.1	Proceso	Número de capacitaciones realizadas	Número de capacitaciones programadas	100	Mejorar el conocimiento sobre el abordaje de la Enfermedad de Chagas en los diferentes ámbitos de competencia.	100	
2	Enfermedad de Chagas	4.1.1	Proceso	Número de embarazadas residiendo o procedentes de áreas prioritarias con tamizaje para detección de T. cruzi	Número de embarazadas residiendo o procedentes de áreas prioritarias	90	Determinar la prevalencia de mujeres embarazadas con infección por T. cruzi	90	

2	Enfermedad de Chagas	4.2.1	Proceso	Número de Recién nacidos de madres positivas con tamizaje para detección de T. cruzi.	Número de recién nacidos de madres positivas a infección por T. cruzi	90	Determinar el riesgo de transmisión connatal	90
2	Enfermedad de Chagas	5.1.1	Proceso	Número de niños menores de 15 años con tamizaje para detección de T. cruzi que vivan en localidades con vector intradomiciliario	Número de niños menores de 15 años que vivan en localidades con vector intradomiciliario	90	Determinar el riesgo de transmisión vectorial intradomiciliaria, así como identificar los focos de transmisión activa.	90
3	Leishmaniasis	1.1.1	Proceso	Número de casos de Leishmaniasis confirmados por Laboratorio (LESP)	Número de casos de Leishmaniasis diagnosticados	95	Número de casos de Leishmaniasis confirmados por Laboratorio (LESP)	95
3	Leishmaniasis	2.1.1	Proceso	Localidades con focos activos con evaluación entomológica	No aplica	9	Señala las actividades de vigilancia entomológica realizados en los estados con focos de transmisión	9
3	Leishmaniasis	3.1.1	Proceso	Número de tratamientos etiológicos supervisados a casos de Leishmaniasis hasta su curación	Número de casos confirmados para Leishmaniasis registrados en el Sistema de Información	95	Tratamiento etiológico de leishmaniasis bajo supervisión hasta su curación a todos los casos confirmados por Laboratorio	95
3	Leishmaniasis	4.3.1	Proceso	Número de capacitaciones (teórico-práctico) al personal médico, paramédico y operativo, en manejo clínico, prevención y control de la Leishmaniasis en las jurisdicciones con focos activos	No aplica	9	Brindar capacitación profesional y técnica para integrar el manejo clínico, la vigilancia epidemiológica, de laboratorio, entomológica y ambiental para la prevención y control de la Leishmaniasis en las jurisdicciones con focos activos	2
3	Leishmaniasis	5.1.1	Proceso	Número de capacitaciones realizadas para la comunidad y a los sectores educativos y de turismo sobre las medidas de prevención de la Leishmaniasis	No aplica	9	Otorgar información teórico-práctica para promover las medidas preventivas individuales, familiares y colectivas en localidades y áreas turísticas prioritarias	1
4	Intoxicación por Artrópodos	3.2.1	Proceso	Número de localidades prioritarias con estudios de alacranes realizados.	Número de localidades prioritarias.	100	El indicador medirá la proporción de localidades prioritarias en las que se hayan llevado a cabo estudios de alacranes para actualizar el inventario de especies y estratificar el riesgo de acuerdo a la toxicidad de las especies identificadas.	100
5	Dengue	1.2.1	Proceso	Número de Capacitaciones Realizadas	Número de Capacitaciones Programadas	32	Verifica la actualización al personal médico de primer y segundo nivel para el manejo adecuado de pacientes con Dengue, con base en los lineamientos vigentes	1
5	Dengue	3.1.1	Proceso	Localidades Prioritarias con Ovitrampas	Número de Localidades Prioritarias	100	Mide semanalmente la variación de los principales indicadores de ovitrampas en las Localidades Prioritarias	15
5	Dengue	3.3.1	Proceso	Localidades Prioritarias con Vigilancia Entomoviroológica	No aplica	137	Mide trimestralmente la vigilancia entomoviroológica implementada en las Localidades Prioritarias	1
5	Dengue	6.3.1	Proceso	Unidades Entomológicas y de Bioensayo que realizan los Estudios de Eficacia Biológica y Susceptibilidad de los Insecticidas	No aplica	30	Mide el cumplimiento de las Unidades Entomológicas y de Bioensayo que realizan los Estudios de Eficacia Biológica y Susceptibilidad de los Insecticidas	1

5	Dengue	7.2.1	Proceso	Número de entidades con estudios serológicos de intoxicación por Carbamatos y medición de niveles de Colinesterasa al personal	No aplica	31	Mide el número de estudios serológicos de intoxicación por Carbamatos y medición de niveles de Colinesterasa realizados al personal que aplica Insecticidas	1
5	Dengue	7.3.1	Proceso	Número de Localidades prioritarias	Número de Localidades prioritarias	100	Mide trimestralmente el cumplimiento en las acciones de control larvario en las localidades prioritarias	22
5	Dengue	7.3.2	Proceso	Número de Localidades prioritarias con Acciones de Nebulización Espacial en UBV	Número de Localidades prioritarias	100	Mide trimestralmente el cumplimiento de nebulización espacial en localidades prioritarias	22
5	Dengue	7.3.3	Proceso	Número de Localidades Prioritarias con acciones de Rociado Intradomiciliar	Número de Localidades Prioritarias	100	Mide trimestral el porcentaje de localidades con acciones de rociado residual intradomiciliar	22
5	Dengue	8.1.1	Proceso	Número de Semanas con Captura de Información en Plataforma	No aplica	48	Mide la regularidad en el reporte semanal de actividades mediante el porcentaje de registro en Plataforma de manera trimestral	48
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	1.1.1	Proceso	Número de contactos de caso pulmonar con confirmación bacteriológica de TB notificados (nuevos y previamente tratados) niñas y niños menores de 5 años con tratamiento para ITBL	Total de contactos de caso pulmonar con confirmación bacteriológica de TB notificados (nuevos y previamente tratados) niñas y niños menores de 5 años. X 100.	63	Contactos de caso pulmonar con confirmación bacteriológica de TB notificados (nuevos y previamente tratados) niñas y niños menores de 5 años.	63
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	1.1.2	Proceso	Número de baciloscopias realizadas a casos nuevos, en prevalencia y en vigilancia postratamiento	Número de baciloscopias programadas a casos nuevos, en prevalencia y vigilancia postratamiento x 100	100	Porcentaje de baciloscopias realizadas a casos nuevos, en prevalencia y en vigilancia postratamiento	100
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	1.2.1	Proceso	Número de histopatologías realizadas a casos nuevos y prevalentes	Total de casos prevalentes	100	Cumplir el 100% de las histopatologías de los casos nuevos y en prevalencia de los casos de lepra	100
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	1.3.1	Proceso	Número de Jornadas Dermatológicas	No aplica	44	Realizar actividades de búsqueda mediante la realización de Jornadas Dermatológicas en las entidades	1
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1	Proceso	Número de casos nuevos de TBP confirmados bacteriológicamente (BK o Cultivo +) que ingresan a tratamiento primario acertado, los que terminan y los que curan (Éxito)	Número de casos nuevos de TBP confirmados bacteriológicamente (BK o Cultivo +) que ingresan a tratamiento primario acertado x 100.	86	Porcentaje de casos nuevos de TBP confirmada bacteriológicamente que ingresa a tratamiento primario acertado los que terminan y los que curan (Éxito de tratamiento).	86
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	3.1.1	Proceso	Número de casos TB TF nuevos y previamente tratados que se les realiza una prueba de sensibilidad al diagnóstico, incluye resultados de pruebas moleculares (Xpert MTB/RIF) así como de pruebas fenotípicas convencionales	/Número de casos nuevos y previamente tratados notificados X 100	30	Este indicador valorará la cobertura de pruebas a sensibilidad a fármacos al momento del diagnóstico, realizadas por métodos moleculares o convencionales en casos nuevos o previamente tratados (Reingresos y recaídas) a todos los probables de TB TF.	30
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1	Proceso	Escriba aquí la descripción del numerador	Número de casos programados con diagnóstico de resistencia a fármacos en el año X 100	90	El indicador evalúa el porcentaje de casos de TB con resistencia a fármacos que reciben esquema de tratamiento con fármacos antituberculosis de 2da línea.	90

4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.1.1	Resultado	Sumatoria de porcentaje de emergencias en salud atendidas (brotes y desastres) en menos 24 hrs.	32	90	Porcentaje de emergencias en salud atendidas con oportunidad.	90
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	1.2.1	Resultado	Kits de reservas estratégicas integrados.	No aplica	96	Integración de Kits de reservas estratégicas.	3
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	1.1.1	Resultado	Número de casos nuevos de Influenza	Total de población del año evaluado x 100,000	2	Reducción de la tasa de incidencia de INFLUENZA, comparada con el año 2020	2
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	3.1.1	Proceso	Número de eventos de capacitación con enfoque en la prevención y tratamiento de casos de neumonía, influenza y COVID-19 realizados	No aplica	2	Determina la realización de eventos de capacitación con enfoque en la prevención y atención de Influenza, neumonía y COVID-19.	2
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.1.1	Proceso	Cursos y talleres realizados	No aplica	2	Se refiere a las actividades de educación continua para que el personal de salud adquiera las competencias necesarias para la atención integral del paciente con asma y EPOC.	2
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.1	Resultado	Número de personas con factores de riesgo para Asma y EPOC estudiadas con espirometría	Total de personas con factor de riesgo para desarrollar asma y EPOC programadas	70	Porcentaje de personas con factor de riesgo para asma y/o EPOC que fueron estudiadas con prueba de espirometría	70
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.2	Resultado	Número de pacientes con diagnóstico de EPOC y que ingresaron a tratamiento.	Total de pacientes con diagnóstico de EPOC.	60	Porcentaje de pacientes con EPOC que cuentan con prueba de espirometría y evaluación clínica para establecer su diagnóstico con ingreso a tratamiento	60
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.3	Resultado	Número de pacientes con EPOC en tratamiento y no presentan exacerbación en el periodo.	Total de pacientes con EPOC con seis o más meses en tratamiento	60	Porcentaje de pacientes con EPOC con al menos 6 meses en tratamiento y no presenten exacerbaciones en el periodo.	60
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.4	Resultado	Número de pacientes con diagnóstico de asma y que ingresaron a tratamiento.	Total de pacientes con diagnóstico de asma.	30	Porcentaje de pacientes con asma que cuentan con prueba de función pulmonar y evaluación clínica para establecer su diagnóstico e ingresaron a tratamiento.	30
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	2.3.5	Resultado	Número de pacientes con asma con tres meses o más en tratamiento y no presentan crisis en el periodo.	Total de pacientes con asma con tres o más meses en tratamiento.	60	Porcentaje de pacientes con asma con al menos tres meses en tratamiento y no presentan crisis en el periodo.	60
7	Enfermedades Cardiometabólicas	1.1.1	Estructura	Número de personal contratado	Número de personal programado	100	Número de profesionales de la salud contratados para el programa de Cardiometabólicas	100
7	Enfermedades Cardiometabólicas	2.1.1	Proceso	Número de detecciones de HTA realizadas en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	Total de población programada de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16	Corresponde al porcentaje de detecciones realizadas de HTA en la población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16
7	Enfermedades Cardiometabólicas	2.1.2	Proceso	Número de detecciones de DM realizadas en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	Total de población programada de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16	Corresponde al porcentaje de detecciones realizadas de DM en la población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16
7	Enfermedades Cardiometabólicas	2.1.3	Proceso	Número de detecciones de obesidad realizadas en la población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	Total de población programada de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16	Corresponde al porcentaje de detecciones realizadas de Obesidad realizadas en la población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	16

7	Enfermedades Cardiometabólicas	3.1.3	Proceso	Número de pacientes con DM que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor al 7% y/o glucosa plasmática en ayuno de 70-130mg/dl	Número de pacientes con DM en tratamiento en el primer nivel de atención en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	9	Se refiere al porcentaje de pacientes con DM en tratamiento en el primer nivel de atención que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor al 7% y/o glucosa plasmática en ayuno de 70-130mg/dl	9
7	Enfermedades Cardiometabólicas	3.1.4	Proceso	Número de pacientes con HTA en el primer nivel de atención que alcanzan el control con T/A <140/90mmHg en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	Número de pacientes con HTA en tratamiento en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	20	Se refiere al porcentaje de pacientes con HTA en tratamiento en el primer nivel de atención que alcanzan el control con T/A <140/90mmHg en población de 20 años y más en la Secretaría de Salud	20
7	Enfermedades Cardiometabólicas	3.2.1	Proceso	Número de pacientes con DM en tratamiento a los que se les realizó revisión de pies	Número de pacientes con DM en tratamiento que acudieron a consulta	80	Porcentaje de pacientes con DM a los que se les realizó revisión de pies	80
7	Enfermedades Cardiometabólicas	5.1.1	Resultado	Número de profesionales del primer nivel de atención capacitados en materia de cardiometabólicas	Número de profesionales del primer nivel de atención programados para capacitación en materia de cardiometabólicas	80	Número de profesionales de la salud del primer nivel de atención que se capacitaron en materia de cardiometabólicas	80
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	1.1.1	Proceso	Número de personal capacitado a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas en atención a la persona mayor	Número de participantes programados	100	Son el número de personas capacitados a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas en atención a la persona mayor	100
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	1.3.1	Resultado	Número de personas mayores que se les realiza detección (tamizaje) para riesgo de caídas	Número de personas mayores que acuden de primera vez en el periodo en primer nivel de atención	30	Son el número de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza detección (tamizaje) de riesgo de caídas.	30
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	1.4.1	Resultado	Número actividades realizadas en la atención e intervención gerontológica a personas mayores	Población sujeta a programa	90	Son las actividades de atención gerontológica a las personas adultas mayores y las intervenciones no farmacológicas realizadas por el licenciado en gerontología como son las pláticas de educación y promoción para la salud y talleres personalizados y grupales	90
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	2.1.1	Resultado	Población adulta mayor con detecciones realizadas de AIVD y de ABVD	Número de personas mayores que acuden de primera vez en el periodo en primer nivel de atención	5	Son las personas adultas mayores (60 años y más) no aseguradas que se les aplico el cuestionario para su detección de AIVD y de ABVD	5
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	3.2.1	Resultado	Número de personas mayores que se les realiza detección (tamizaje) para incontinencia urinaria	Número de personas mayores que acuden de primera vez en el periodo en primer nivel de atención	30	Es el porcentaje de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza detección (tamizaje) de incontinencia urinaria.	30
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	5.1.1	Resultado	Es el número de adultos mayores con detecciones (por tamizaje) realizadas de depresión	Es el número de personas mayores en unidades de primer nivel de atención	40	Es el número de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza detección (tamizaje) de depresión	40
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	5.2.1	Resultado	Número de adultos mayores con aplicación de vacuna anti-influenza	Número de personas mayores en unidades de primer nivel de atención.	90	Es la población de adultos mayores (60 años y más) protegida por la aplicación de vacuna anti-influenza	90
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	6.2.1	Resultado	Número de mujeres y hombres de 50 años y más que se les realiza la detección para riesgo de fracturas por osteoporosis	Número de mujeres y hombres de 50 años y más que acuden a la consulta de primera vez en el periodo en primer nivel de atención;	30	Son las personas de 50 años y más con detección de riesgo de fractura por osteoporosis	30

8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	7.1.1	Proceso	Número de personal de salud directivo que realizo curso de la OPS sobre el desarrollo de la estrategia de cuidados de Largo plazo	Número de participantes programados	100	Son el número de personal de salud directivo que realizo el curso de la OPS sobre el desarrollar la estrategia de Cuidados de Largo Plazo.	100
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	7.2.1	Resultado	Número de adultos mayores que se les da tratamiento no farmacológico para síndrome de caídas en el primer nivel de atención	Número de personas mayores con detección positiva de síndrome de caídas	40	Son el número de mujeres y hombres de 60 años y más que se les da tratamiento no farmacológico para síndrome de caídas en el primer nivel de atención	40
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	7.3.1	Resultado	Número de personas mayores que se les realiza detección (por tamizaje) para alteraciones de memoria	Número de personas mayores que acuden de primera vez en el periodo en primer nivel de atención	40	Es el número de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les detecta (por tamizaje) alteraciones de la memoria.	40
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	4.2.1	Resultado	Campañas de salud bucal realizadas durante el año.	No aplica	62	Participación del programa de salud bucal durante las Jornadas Nacionales de Salud Pública.	2
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	5.1.1	Resultado	Actividades preventivas extramuros realizadas.	No aplica	22,686,397	Contempla la aplicación del esquema básico de prevención de salud bucal para preescolares y escolares, así como actividades preventivas a población en general. (SBE01, 02, 06, 07, 11, 15, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 47, 48, 49 y 50)	1,384,816
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	9.1.1	Resultado	Número de actividades preventivas y curativas realizadas.	No aplica	26,431,394	Se contemplan actividades preventivas y curativas que se realicen en unidades aplicativas. (todas las variables del apartado SBI, excepto SBI27 (tratamiento integral terminado).	1,741,429
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	9.2.2	Resultado	Número de aplicaciones de barniz de flúor.	No aplica	1,688,715	Corresponde a la aplicación de barniz de flúor intra y extramuros, así como en Jornadas Nacionales de Salud Pública.	81,004
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	10.1.1	Resultado	Número de cursos de capacitación estomatológica realizados.	No aplica	57	Cursos de capacitación realizados al personal estatal, jurisdiccional y operativo sobre las principales estrategias del programa de salud bucal.	2
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	11.1.1	Resultado	Número de visitas de supervisión realizadas.	No aplica	5,310	Supervisiones realizadas al personal odontológico de las jurisdicciones y unidades aplicativas.	430
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	11.1.2	Resultado	Informe de evaluación y seguimiento.	No aplica	124	Apoyo al Responsable Estatal en supervisión y evaluación de las estrategias del programa, así como dar seguimiento a las actividades de prevención.	4
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	12.1.1	Resultado	Número de consultas estomatológicas realizadas.	No aplica	3,534,201	Se contempla el total de consultas de primera vez y subsecuente del servicio estomatológico. (CPP06 y 13)	213,017
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	13.1.1	Resultado	Número de tratamientos restaurativos atraumáticos realizados.	No aplica	34,277	Aplicación del tratamiento restaurativo atraumático a personas en comunidades que carecen de servicios odontológicos.	1,798

10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	2.1.1	Proceso	Campañas de prevención realizadas.	No aplica	32	Realización de campañas estatales de prevención de diarreas para población general.	1
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	2.1.2	Proceso	Campañas de prevención realizadas en las zonas prioritarias seleccionadas.	No aplica	64	Realización de campañas de prevención de diarreas en zonas prioritarias seleccionadas.	2
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	2.2.1	Proceso	Operativos preventivos realizados en zonas prioritarias identificadas.	No aplica	64	Realizar operativos preventivos en áreas de riesgo para diarreas, por ejemplo: en las zonas prioritarias seleccionadas, ferias, periodos vacacionales, zonas con aislamientos de V cholera, fiestas religiosas, grandes eventos, etc.	2
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	2.3.1	Proceso	Número de cursos de capacitación realizados.	Número de cursos de capacitación programados	100	Mide el porcentaje de capacitaciones realizadas a personal de salud en jurisdicciones sanitarias en cada entidad, de acuerdo a los criterios establecidos como prioritarios.	2
10	Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas Agudas	3.1.1	Proceso	Supervisiones realizadas	No aplica	64	Supervisión a las jurisdicciones sanitarias y niveles locales para verificar la operación del programa.	2

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	TIPO DE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	META FEDERAL	INDICADOR	META ESTATAL
1	Vacunación Universal	1.1.1	Resultado	Población menor de un año de edad que recibe las dosis de vacunas correspondientes al esquema completo de vacunación en el periodo a reportar.	Población de menores de un año de edad de responsabilidad para la Secretaría de Salud en el periodo a reportar.	90	Expresa el porcentaje alcanzado de esquema completos en niñas y niños menores de 1 año de edad.	90
1	Vacunación Universal	1.1.3	Resultado	Población de seis años de edad a la que se le aplicó la segunda dosis de vacuna SRP en el periodo a reportar	Población de seis años de edad de responsabilidad para la Secretaría de Salud en la D.P.R.I., en el periodo a reportar	95	Expresa el porcentaje alcanzado con la aplicación de vacuna SRP en población de seis años de edad	95
1	Vacunación Universal	1.2.1	Resultado	Población de un año de edad que recibe las dosis de vacunas correspondientes al esquema completo de vacunación en el periodo a reportar.	Población de un año de edad de responsabilidad para la Secretaría de Salud en el periodo a reportar.	90	Expresa el porcentaje alcanzado de esquema completos de vacunación en niñas y niños de 1 año de edad.	90
1	Vacunación Universal	1.3.1	Resultado	Población de 4 años de edad a la que se le aplicó una dosis de vacuna DPT en el periodo a reportar.	Población de cuatro años de edad, de responsabilidad para la Secretaría de Salud en la D.P.R.I.	95	Expresa el porcentaje alcanzado con la aplicación de vacuna DPT en población de cuatro años de edad	95
1	Vacunación Universal	1.3.2	Resultado	Población de mujeres embarazadas a quienes se les aplica una dosis de Tdpa en un periodo de tiempo determinado	Población de mujeres embarazadas, responsabilidad de la Secretaría de Salud en la D.P.R.I., en el periodo a reportar	95	Expresa el porcentaje alcanzado con la aplicación de vacuna Tdpa en las mujeres embarazadas en un periodo determinado	95

1	Vacunación Universal	2.1.1	Resultado	Población con dosis aplicada de vacuna contra influenza estacional en un periodo determinado	Total de población meta a vacunar con la vacuna contra influenza Estacional de Responsabilidad Institucional para la Secretaría de Salud	70	Se refiere a las dosis de Vacuna de Influenza Estacional aplicadas durante el último trimestre del 2022	70
1	Vacunación Universal	5.1.2	Proceso	Personal de salud operativo del primer nivel de atención bajo responsabilidad de los Servicios de Salud, capacitado.	Personal de salud operativo del primer nivel de atención bajo responsabilidad de los servicios de salud adscrito a unidades ubicadas en municipios de atención prioritaria.	90	Permite conocer el porcentaje del personal de salud bajo responsabilidad de los servicios de salud en municipios de atención prioritaria del estado, que han sido capacitados en temas de atención integrada en la infancia y vacunación.	90
2	Atención a la Salud de la Adolescencia	2.3.1	Proceso	Total de población de 10 a 19 años de edad atendida	Total de población de 10 a 19 años de edad programada	90	Población adolescente que reciben talleres de nutrición, salud mental y activación física, para que estén en posibilidades de adquirir estilos de vida saludable	90
3	Atención a la Salud en la Infancia	1.1.1	Proceso	Número de niños menores de cinco años con EDA de primera vez que reciben tratamiento con Plan A	Denominador: Número de niños menores de cinco años con EDA de primera vez.	95	Es el número de NN menores de 5 años que recibieron tratamiento para EDA con plan A de hidratación.	95
3	Atención a la Salud en la Infancia	1.2.1	Proceso	Número de niños menores de cinco años con IRA de primera vez que reciben tratamiento sintomático	Número de niños menores de cinco años con IRA de primera vez.	70	Es el número de NN menores de 5 años que recibieron tratamiento para IRA con tratamiento sintomático	70
3	Atención a la Salud en la Infancia	1.3.1	Proceso	Niñas y niños menores de 24 meses con anemia detectados por primera vez en el año.	Niñas y niños menores de 24 meses que acuden a las unidades de salud por primera vez en el año.	50	Este indicador permitirá identificar el porcentaje de detección de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 24 meses que acuden a las unidades de salud del primer nivel de atención.	50
3	Atención a la Salud en la Infancia	2.1.1	Proceso	Número de niñas y niños desde un mes de nacidos a 5 años 11 meses 29 días de edad evaluados mediante la prueba EDI de primera vez en la vida durante la consulta de niño sano.	Total de NN menores de 6 años que acudió a consulta de niño sano de primera vez en el año.	50	Número de niñas y niños desde 1 mes de nacidos a 5 años 11 meses 29 días de edad evaluados en su desarrollo con la aplicación de la prueba EDI.	50
3	Atención a la Salud en la Infancia	2.2.1	Proceso	Número de niñas y niños que acudieron a los talleres de estimulación temprana de primera vez en el año.	Niñas y niños con resultado normal (verde) y rezago (amarillo) en la evaluación del desarrollo EDI.	50	Niñas y niños a partir de 1 mes de nacidos a 5 años 11 meses 29 días, que acudieron por primera vez en el año al servicio de estimulación temprana.	50
3	Atención a la Salud en la Infancia	8.2.1	Proceso	Personal de salud operativo del primer nivel de atención bajo responsabilidad de los servicios de salud, capacitado	Personal de salud operativo del primer nivel de atención bajo responsabilidad de los servicios de salud.	18	Permite conocer el porcentaje de personal de salud bajo responsabilidad de los servicios de salud del estado, que ha sido capacitado en temas de atención integrada en la infancia	18
3	Atención a la Salud en la Infancia	10.1.1	Proceso	Número de supervisiones realizadas al Programa de Atención a la Salud de la infancia en el año	Número de supervisiones programadas al programa de Atención a la Salud de la Infancia en el año	80	es el número de supervisiones realizadas al Programa de Atención a la Salud de la infancia en el año	80

ÍNDICE: Representado por: Número de Estrategia. Número de Línea de Acción y Número de Actividad General

ANEXO 5

Relación de insumos federales enviados en especie por "LOS PROGRAMAS" en materia de Salud Pública.

310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1.3	Ramo 12-Apoyo Federal	Servicio de impresion de documentos oficiales para la prestacion de serv. Pub. Descripción complementaria: Cartilla Nacional de Salud Mujer de 20 a 59 años de edad	3.02	91,000	274,820.00
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1.3	Ramo 12-Apoyo Federal	Servicio de impresion de documentos oficiales para la prestacion de serv. Pub. Descripción complementaria: Cartilla Nacional de Salud Adolescentes de 10 a 19 años de edad	2.79	43,500	121,365.00
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1.3	Ramo 12-Apoyo Federal	Servicio de impresion de documentos oficiales para la prestacion de serv. Pub. Descripción complementaria: Cartilla Nacional de Salud Niñas y Niños de 0 a 9 años de edad	3.02	178,500	539,070.00
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	8.2.1.3	Ramo 12-Apoyo Federal	Servicio de impresion de documentos oficiales para la prestacion de serv. Pub. Descripción complementaria: Cartilla Nacional de Salud Hombre de 20 a 59 años	2.78	67,000	186,260.00
TOTAL							1,121,515.00

313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
SIN DATOS							

315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
SIN DATOS							

316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	1.1.2.28	Ramo 12-Apoyo Federal	Otros productos químicos de laboratorio Descripción complementaria: Reactivos y Biológicos en general elaborados por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos a solicitud de los Laboratorios Estatales de Salud Pública.	1.00	76,297	76,297.00
TOTAL							76,297.00

K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
1	VIH y otras ITS	1.9.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Condón masculino. De hule látex. Envase con 100 piezas. Descripción complementaria: Clave: 060.308.0177	90.09	19,380	1,745,944.20
1	VIH y otras ITS	1.9.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Gel. Lubricante a base de agua. Envase con 2 a 60 g.	6.96	291,299	2,027,441.04
1	VIH y otras ITS	1.9.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Condón femenino. De poliuretano o látex lubricado con dos anillos flexibles en los extremos. Envase con 1, 2 ó 3 piezas en empaque individual. Descripción complementaria: Clave: 060.308.0227	10.34	135,512	1,401,194.08

1	VIH y otras ITS	5.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Pruebas Rápidas. Prueba rápida para la determinación cualitativa de anticuerpos IgG por inmunocromatografía, contra el virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1) y tipo 2 (VIH-2) en fluido oral, sangre capilar, sangre total y plasma. Para uso como prueba de tamizaje. Requiere prueba confirmatoria. Equipo para 25 pruebas. TATC. Descripción complementaria: Clave: 080.829.5406	55.56	2,425	134,733.00
1	VIH y otras ITS	5.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Pruebas Rápidas. Inmunoanálisis para la detección del antígeno p24 de HIV-1 y anticuerpos al HIV-1 y HIV-2. Inmunoanálisis cualitativo in vitro con lectura visual para la detección simultánea del antígeno (Ag) no inmunocomplejo p24 del HIV-1 en forma libre y anticuerpos (Ab) a HIV-1 y HIV-2 en sangre humana. 10 tarjetas de prueba recubiertas de antígeno HIV1/2 recombinante y péptidos sintéticos, anticuerpos al antígeno p24 y avidina. TATC. Descripción complementaria: Prueba VIH Ag/Ac (4ta). Clave 080.829.5539	91.64	6,335	580,539.40
1	VIH y otras ITS	5.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Pruebas Rápidas. Prueba rápida inmunocromatográfica para la determinación cualitativa de anticuerpos IgM/IgG anti HIV-1 y HIV-2 simultáneamente en suero, sangre, plasma o sangre total humana. Con lanceta retráctil con 3 niveles de punción, pipeta de toma y solución de corrimiento y sensibilidad igual o superior al 99% y especificidad igual o superior al 98% para VIH, de acuerdo con el certificado de evaluación diagnóstica del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, o en su caso algún otro organismo internacional como la FDA, EMA o la Organización Mundial de la Salud. Pieza. Descripción complementaria: Clave: 080.980.0001	43.92	73,850	3,243,492.00
1	VIH y otras ITS	8.10.1.2	Ramo 12-Apoyo Federal	Valganciclovir. Comprimido Cada Comprimido contiene: Clorhidrato de valganciclovir equivalente a 450 mg de valganciclovir. Envase con 60 Comprimidos Descripción complementaria: Clave: 010.000.4373.00 (Costo sin IVA)	898.90	175	157,307.50
1	VIH y otras ITS	8.10.1.4	Ramo 12-Apoyo Federal	Reactivo y Juego de Reactivos para Pruebas Específicas. Reactivos para la detección de compuestos de ADN de Mycobacterium tuberculosis y mutaciones asociadas a resistencia a rifampicina del gen rpoB, mediante PCR semicuantitativa, integrada y en tiempo real, en muestras de esputo y sedimentos preparados 10 Cartuchos RTC. Descripción complementaria: Clave: 080.784.7991 Cada pieza incluye 10 cartuchos RTC (Costo con IVA)	20,880.00	75	1,566,000.00
1	VIH y otras ITS	11.6.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Pruebas Rápidas. Prueba rápida inmunocromatográfica para la determinación de anticuerpos de Treponema pallidum en suero o plasma humano. Con sensibilidad no menor al 95% y una especificidad no menor al 98% de acuerdo con el certificado de evaluación diagnóstica del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos o en su caso algún otro organismo internacional como la FDA, EMA, o la Organización Mundial de la Salud. Requiere prueba confirmatoria. Envase para mínimo 20 pruebas. Descripción complementaria: Clave 080.829.5463. Las cantidades son por pruebas	46.40	79,275	3,678,360.00
1	VIH y otras ITS	12.3.1.2	Ramo 12-Apoyo Federal	Sucedaneo De Leche Humana De Pretermino. Polvo Contenido en: Kilocalorías Unidad kcal 100g Min. 400 Máx 525 100kcal Min 100.0 Máx 100.0 100ml Min 64 Máx 85 Lípidos Unidad g 100g Min. 19.2 Máx 31.5 100kcal Min4.80 Máx 6.00 100ml Min 3.072 Máx 5.1 Acido linoleico Unidad mg 100g Min. 1200 Máx 7350 100kcal Min300.00 Máx 1400.00 100ml Min 192 Máx 1190 Ac alfa Linoléico Unidad mg 100g Min. 200 Máx SE* 100kcal Min50.00 Máx SE* 100ml Min 32 Máx SE* Relac A. Linoleico/ A. á Linolenico 100g Min. 5:1 Máx 15:1 100kcal Min5:1 Máx 15:1 100ml Min 5:1 Máx 15:1 Acido araquidónico Unidad % 100g Min. 1.60 Máx 3.675 100kcal Min0.40 Máx 0.70 100ml Min 0.256 Máx 0.595 Acido DHA** Unidad % 100g Min. 1.40 Máx 2.625 100kcal Min 0.35 Máx 0.50 100ml Min 0.224 Máx 0.425 Relac Aa/DHA 100g Min. 1.5:1 Máx 2:1 100kcal Min1.5:1 Máx 2:1	95.00	443	42,085.00

				100ml Min 1.5:1 Máx 2:1 Proteínas Unidad g 100g Min. 9.60 Máx 15.75 100kcal			
				<p>Min 2.40 Máx 3.00 100ml Min 1.536 Máx 2.55 Taurina Unidad mg 100g Min. 20.00 Máx 63 100kcal Min 5.00 Máx 12.00 100ml Min 3.2 Máx 10.2 Hidratos de carbono*** Unidad g 100g Min. 38.80 Máx 73.5 100kcal Min 9.70 Máx 14.00 100ml Min 6.208 Máx 11.9 Sodio Unidad mg 100g Min. 144.00 Máx 315 100kcal Min 36.00 Máx 60.00 100ml Min 23.04 Máx 51 Potasio Unidad mg 100g Min. 376.00 Máx 840 100kcal Min 94.00 Máx 160.00 100ml Min 60.16 Máx 136 Cloruros Unidad mg 100g Min. 240.00 Máx 840 100kcal Min 60.00 Máx 160.00 100ml Min 38.4 Máx 136 Calcio Unidad mg 100g Min. 380.00 Máx 735 100kcal Min 95.00 Máx 140.00 100ml Min 60.8 Máx 119 Fósforo Unidad mg 100g Min. 208.00 Máx 525 100kcal Min 52.00 Máx 100.00 100ml Min 33.28 Máx 85 Relación Ca/P 100g Min. 1.7:1 Máx 2:1 100kcal Min 1.7:1 Máx 2:1 100ml Min 1.7:1 Máx 2:1 Vitamina A Unidad U.I. 100g Min. 2800.00 Máx 6583.5 100kcal Min 700.00 Máx 1254.00 100ml Min 448 Máx 1065.9 Vitamina A ER (Retinol) Unidad ?g 100g Min. 816.00 Máx 1995 100kcal Min 204.00 Máx 380.00 100ml Min 130.56 Máx 323 Vitamina D Unidad U.I. 100g Min. 292.00 Máx 525 100kcal Min 73.00 Máx 100.00 100ml Min 46.72 Máx 85 Vitamina E (Alfa Tocoferol) Unidad U.I. 100g Min. 12.00 Máx 63 100kcal Min 3.00 Máx 12.00 100ml Min 1.92 Máx 10.2 Vitamina K Unidad ?g 100g Min. 32.80 Máx 131.25 100kcal Min 8.20 Máx 25.00 100ml Min 5.248 Máx 21.25 Vitamina C Unidad mg 100g Min. 53.60 Máx 194.25 100kcal Min 13.40 Máx 37.00 100ml Min 8.576 Máx 31.45 Vitamina B1 (tiamina) Unidad ?g 100g Min. 240.00 Máx 1312.5 100kcal Min 60.00 Máx 250.00 100ml Min 38.4 Máx 212.5 Vitamina B2 (riboflavina) Unidad ?g 100g Min. 560.00 Máx 2625 100kcal Min 140.00 Máx 500.00 100ml Min 89.6 Máx 425 Niacina Unidad ?g 100g Min. 4000.00 Máx 7875 100kcal Min 1000.00 Máx 1500.00 100ml Min 640 Máx 1275 Vitamina B6 (piridoxina) Unidad ?g 100g Min. 300.00 Máx 918.75 100kcal Min 75.00 Máx 175.00 100ml Min 48 Máx 148.75 Acido fólico Unidad ?g 100g Min. 148.00 Máx 262.5 100kcal Min 37.00 Máx 50.00 100ml Min 23.68 Máx 42.5 Acido pantoténico Unidad ?g 100g Min. 1800.00 Máx 9975 100kcal Min 450.00 Máx 1900.00 100ml Min 288 Máx 1615 Vitamina B12 (cianocobalamina) Unidad ?g 100g Min. 0.80 Máx 7.875 100kcal Min 0.20 Máx 1.50 100ml Min 0.128 Máx 1.275 Biotina Unidad ?g 100g Min. 8.80 Máx 52.5 100kcal Min 2.20 Máx 10.00 100ml Min 1.408 Máx 8.5 Colina Unidad mg 100g Min. 30.00 Máx 262.5 100kcal Min 7.50 Máx 50.00 100ml Min 4.8 Máx 42.5 Mioinositol Unidad mg 100g Min. 16.00 Máx 210 100kcal Min 4.00 Máx 40.00 100ml Min 2.56 Máx 34 Magnesio Unidad mg 100g Min. 28.00 Máx 78.75 100kcal Min 7.00 Máx 15.00 100ml Min 4.48 Máx 12.75 Hierro Unidad mg 100g Min. 6.80 Máx 15.75 100kcal Min 1.70 Máx 3.00 100ml Min 1.088 Máx 2.55 Yodo Unidad ?g 100g Min. 24.00 Máx 236.25 100kcal Min 6.00 Máx 45.00 100ml Min 3.84 Máx 38.25 Cobre Unidad ?g 100g Min. 360.00 Máx 630 100kcal Min 90.00 Máx 120.00 100ml Min 57.6 Máx 102 Zinc Unidad mg 100g Min. 4.40 Máx 7.875 100kcal Min 1.10 Máx 1.50 100ml Min 0.704 Máx 1.275 Manganeseo Unidad ?g 100g Min. 28.00 Máx 131.25 100kcal Min 7.00 Máx 25.00 100ml Min 4.48 Máx 21.25 Selenio Unidad ?g 100g Min. 7.20 Máx 26.25 100kcal Min 1.80 Máx 5.00 100ml Min 1.152 Máx 4.25 Nucleótidos Unidad mg 100g Min. 7.60 Máx 84 100kcal Min 1.90 Máx 16.00 100ml Min 1.216 Máx 13.6 Cromo Unidad ?g 100g Min. 6.00 Máx 52.5 100kcal Min 1.50 Máx 10.00 100ml Min 0.96 Máx 8.5 Molibdeno Unidad ?g 100g Min. 6.00 Máx 52.5 100kcal Min 1.50 Máx 10.00 100ml Min 0.96 Máx 8.5 Dilución 16% Envase con 450 a 454 g y medida de 4.40 a 5.37 g. * Aunque no existe un nivel superior de recomendación siempre deberá conservar la relación de ácido linoleico/ácido linolenico. **DHA: Acido Docosahexanoico. *** La lactosa y polímeros de glucosa deben ser los hidratos de carbono preferidos, sólo podrán añadirse almidones naturalmente exentos de gluten precocidos y/o gelatinizados hasta un máximo de 30% del contenido total de hidratos de carbono y hasta un máximo de 2 g/100ml.</p>			

				Descripción complementaria: Clave: 030.000.0003.00				
1	VIH y otras ITS	12.3.1.2	Ramo 12-Apoyo Federal	<p>Fórmula para lactantes (Sucedáneo de Leche Humana de Término). Polvo o líquido. Energía - Mínimo /100 mL: 60 kcal Máximo /100 mL: 70 kcal. Energía - Mínimo /100 mL: 250 kcal Máximo /100 mL: 295 kcal. Vitaminas. Vitamina A (expresados en retinol): Mínimo/100 kcal: 200 U.I. o 60 µg, Máximo/100 kcal: 600 U.I. o 180 µg. NSR/100 kcal En caso de productos en polvo debería procurarse conseguir NSR más bajo Vitamina D: Mínimo/100 kcal: 1 µg o 40 U.I., Máximo/100 kcal: 2,5 µg o 100 U.I. En caso de productos en polvo debería procurarse conseguir NSR más bajo. Vitamina C (Ac. ascórbico): Mínimo/100 kcal: 10 mg, Máximo/100 kcal: S. E., NSR/100 kcal: 70 mg. Vitamina B Tiamina (B1) Mínimo/100 kcal: 60 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 300 µg. Riboflavina (B2): Mínimo/100 kcal: 80 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal 500 µg. Niacina (B3): Mínimo/100 kcal: 300 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 1 500 µg. Piridoxina (B6): Mínimo/100 kcal: 35 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 175 µg. Ácido fólico (B9): Mínimo/100 kcal: 10 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 50 µg. Ácido pantoténico (B5): Mínimo/100 kcal: 400 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 2 000 µg. Cianocobalamina (B12): Mínimo/100 kcal: 0,1 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 1,5 µg. Biotina (H): Mínimo/100 kcal: 1,5 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 10 µg. Vitamina K1: Mínimo/100 kcal: 4 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 27 µg. Vitamina E (alfa tocoferol equivalente): Mínimo/100 kcal: 0,5 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 5 mg. Nutrientes inorgánicos (minerales y elementos traza): Sodio (Na): Mínimo/100 kcal: 20 mg Máximo/100 kcal: 60 mg NSR/100 kcal: -. Potasio (K): Mínimo/100 kcal: 60 mg Máximo/100 kcal: 180 mg NSR/100 kcal: -. Cloro (Cl): Mínimo/100 kcal: 50 mg Máximo/100 kcal: 160 mg NSR/100 kcal: -. Calcio (Ca): Mínimo/100 kcal: 50 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 140 mg. Fósforo (P): Mínimo/100 kcal: 25 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 100 mg. La relación Ca:P: Mínimo/100 kcal: 1:1 Máximo/100 kcal: 2:1. Magnesio (Mg): Mínimo/100 kcal: 5 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 15 mg. Hierro (Fe): Mínimo/100 kcal: 1 mg Máximo/100 kcal: 2 mg. Yodo (I): Mínimo/100 kcal: 10 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 60 µg. Cobre (Cu): Mínimo/100 kcal: 35 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 120 µg. Cinc (Zn): Mínimo/100 kcal: 0,5 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 1,5 mg. Manganeseo (Mn): Mínimo/100 kcal: 1 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 100 µg. Selenio (Se): Mínimo/100 kcal: 1 µg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 9 µg. Colina: Mínimo/100 kcal: 14 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 50 mg. Mioinositol (Inositol): Mínimo/100 kcal: 4 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 40 mg. L-Carnitina (Carnitina): Mínimo/100 kcal: 1,2 mg Máximo/100 kcal: 2,3 mg. Taurina: Mínimo/100 kcal: 4,7 mg Máximo/100 kcal: 12 mg. Nucleótidos **: Mínimo/100 kcal: 1,9 mg Máximo/100 kcal: 16 mg NSR/100 kcal: -. Fuente de proteína Contendrá los aminoácidos esenciales. Leche de vaca Proteínas Totales: Mínimo/100 kcal 1,8 g Máximo/100 kcal: 3,0 g NSR/100 kcal: -. Lípidos y ácidos grasos: Grasas: Mínimo/100 kcal: 4,4 g Máximo/100 kcal: 6 g NSR/100 kcal: -. ARA: Mínimo/100 kcal: 7 mg Máximo/100 kcal: S.E. DHA: Mínimo/100 kcal : 7 mg Máximo/100 kcal: S.E. NSR/100 kcal: (0,5 % de los ácidos grasos). Relación ARA: DHA: Mínimo/100 kcal: 1:1 Máximo/100 kcal: 2:1. Ácido linoléico: Mínimo/100 kcal: 300 mg Máximo/100 kcal: S. E. NSR/100 kcal: 1 400 mg. Ácido alfa-linolénico: Mínimo/100 kcal : 50 mg Máximo/100 kcal: S. E. -. Hidratos de carbono. Hidratos de carbono: Mínimo/100 kcal: 9 g Máximo/100 kcal: 14 g NSR/100 kcal: -. Disposiciones Generales La proporción de ácido linoleico/alfa-linolénico mínimo 5:1, máximo 15:1 De manera opcional, la fuente de proteína podrá contener los aminoácidos esenciales (valina, leucina, isoleucina, treonina, lisina, metionina, fenilalanina y triptofano, y otros, regulados en la NORMA Oficial Mexicana NOM-131-SSA1- 2012) y en caso de ser adicionados se listarán en la ficha técnica. El contenido de ácidos grasos trans no</p>	35.20	8.413	296,137.60	

				será superior al 3% del contenido total de ácidos grasos en las fórmulas para lactantes. En las fórmulas para lactantes sólo podrán añadirse almidones			
				naturalmente exentos de gluten precocidos y/o gelatinizados hasta un máximo de 30% del contenido total de hidratos de carbono y hasta un máximo de 2 g/100 ml. En las fórmulas para lactantes debe evitarse el uso de sacarosa, así como la adición de fructosa como ingrediente, salvo cuando sea necesario por justificación tecnológica. En las fórmulas para lactantes podrán añadirse otros nutrimentos/ingredientes normalmente presentes en la leche materna o humana en cantidad suficiente con la finalidad de lograr el efecto nutrimental o fisiológico de ésta, sobre la base de las cantidades presentes en la leche materna y para asegurarse que sea adecuado como fuente única de la nutrición del lactante. Su idoneidad e inocuidad debe estar demostrada científicamente. Se debe contar con evidencia científica que demuestre la utilidad de los nutrimentos/ingredientes opcionales que se utilicen y estar a disposición de la Secretaría de Salud cuando ésta lo solicite. Las fórmulas que contengan más de 1,8 g de proteínas por cada 100 kcal, deben incrementar el contenido de piridoxina en al menos 15 µg de piridoxina por cada gramo de proteína arriba de dicho valor. En la fórmula lista para ser consumida de acuerdo con las instrucciones descritas en la etiqueta. Si se añade ácido docosahexaenoico (DHA), el contenido de ácido araquidónico debe ser al menos el mismo que el de DHA y el contenido de ácido eicosapentaenoico (EPA) no debe exceder el contenido de DHA. ** Opcional S.E. Sin Especificación NSR: Nivel Superior de Referencia. Envase desde 360 g hasta 454 g polvo y medida dosificadora. Descripción complementaria: Clave: 030.000.0011.00			
TOTAL							14,873,233.82

Nota: La fuente de información para estimar los medicamentos antirretrovirales con recursos del Fondo de Salud para el Bienestar del Instituto de Salud para el Bienestar, será el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), por tanto, es obligatorio el uso del Sistema en las Entidades Federativas y que estas mantengan sus existencias y necesidades de medicamentos actualizadas a los cortes que establece el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA.

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
2	Prevención y Control del Cáncer	4.3.2.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Reactivos y Juegos de reactivos para pruebas específicas Reactivos completos para la cuantificación de ácidos nucleicos de los siguientes microorganismos: Virus de Inmunodeficiencia Humana, de la Hepatitis B, Hepatitis C, Virus del Papiloma Humano, Citomegalovirus, Chlamydia trachomatis y Mycobacterium tuberculosis. Equipo para mínimo 10 pruebas. RTC. Descripción complementaria: Reactivos completos para la cuantificación de ácidos nucleicos de Virus de Papiloma Humano por PCR	369.24	30,456	11,245,573.44
TOTAL							11,245,573.44

000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Amoxicilina (como trihidrato de amoxicilina) 150 mg, vehículo c.b.p. 1 ml. Frasco de 100 ml (Uso veterinario). Frasco con 100 ml	499.00	10	4,990.00
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Tiletamina-Zolazepam al 10% (Uso veterinario) Descripción complementaria: Con 5 ml de diluyente.	520.00	107	55,640.00

1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	4.2.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Clorhidrato de Xilacina al 2% (Uso veterinario)	139.00	42	5,838.00
2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos						
3	Leishmaniasis	3.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Otros medicamentos diferentes al cuadro básico de medicamentos Descripción complementaria: Caja con 56 tabletas de Miltefosina	4,088.00	5	20,440.00
3	Leishmaniasis	3.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Ampolletas medicamento (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Caja con 5 Ámpulas de Glucantime Tx. Sistémico	177.25	132	23,397.00
5	Dengue	7.3.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Larvicida biorracional al 37.4%, caja con 24 tarros de 500 gramos cada uno	19,518.25	15	292,773.75
5	Dengue	7.3.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Larvicida biorracional al 2.5%, caja con dos sacos de 10 kilos cada uno	36,700.00	42	1,541,400.00
5	Dengue	7.3.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Regulador de Crecimiento al 1.3% en Saco de 18.18 kilogramos	34,776.80	7	243,437.60
5	Dengue	7.3.2.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Adulticida Piretroide al 1.73% en base oleosa, caja con dos bidones de 10 litros	20,800.77	70	1,456,053.90
5	Dengue	7.3.2.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Adulticida organofosforado al 40%, bidon de 20 litros	19,674.47	230	4,525,128.10
5	Dengue	7.3.2.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Adulticida Neonicotinoide al 3% + Piretroide al 0.75%, tambos de 208 litros	195,700.00	6	1,174,200.00
5	Dengue	7.3.2.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Adulticida organofosforado al 49% en caja con 12 frascos de 1 litro	21,300.00	50	1,065,000.00
5	Dengue	7.3.3.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Plaguicidas (insecticidas) Descripción complementaria: Adulticida piretroide al 10% en cuñete de 200 sobres de 62.5 gramos cada uno	32,549.38	20	650,987.60
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Rifampicina, cápsula de 150mg, caja con 100 cápsulas	232.82	394	91,731.08
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Pediátrico combinado, Fase Intensiva (R75mg/H 50 mg/Z 150 mg) caja con 84 tabletas dispersables	177.32	20	3,546.40
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Rifampicina, cápsula de 300mg, caja de 100 cápsulas	364.31	571	208,021.01
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Pediátrico combinado, Fase Sostén (R75mg/H 50 mg) caja con 84 tabletas dispersables	147.77	15	2,216.55
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Etambutol HCl 400 mg, caja con 672 tabletas	544.12	99	53,867.88
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Pirazinamida 400 mg, caja c/672 tabletas	351.85	131	46,092.35
3	Programa Nacional de Prevención y	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos)	5.25	2,000	10,500.00

	Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)			Descripción complementaria: Cicloserina, cápsula 250 mg			
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Clofazimina, cápsula 100 mg	9.89	7,656	75,717.84
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Etambutol HCl, tableta 400 mg	0.68	1,456	990.08
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Impenem y cilastatina. Solución Inyectable Cada frasco ampula con polvo contiene: Impenem monohidratado equivalente a 500 mg de imipenem. Cilastatina sódica equivalente a 500 mg de cilastatina. Envase con un frasco ampula	71.00	1	71.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Levofloxacino, tableta 250 mg	0.53	17,840	9,455.20
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Amikacina. Solución Inyectable. Cada ampolla o frasco ampula contiene: Sulfato de amikacina equivalente a 500 mg de amikacina. Envase con 1 ampolla o frasco ampula con 2 ml.	6.23	10	62.30
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Bedaquiline tableta 100 mg	37.91	10	379.10
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Isoniazida 300 mg, tableta	0.40	1,000	400.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Moxifloxacino, tableta 400 mg	4.99	940	4,690.60
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Pirazinamida, tableta 400 mg	0.44	3,000	1,320.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Delamanid, tableta 50 mg	53.03	1,344	71,272.32
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Prothionamida, tableta 250 mg	2.13	1,632	3,476.16
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Bedaquiline tableta 100 mg	36.08	5,264	189,925.12
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Moxifloxacino, tableta 400 mg	6.43	420	2,700.60
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Moxifloxacino, tableta 400 mg	6.55	104	681.20
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Amoxicilina + ácido Clavulánico tableta 500 mg / 125 mg	2.60	10	26.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	4.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Antibióticos (substancias y productos farmaceuticos) Descripción complementaria: Linezolid, tableta 600 mg	14.84	8,000	118,720.00

(Tuberculosis y Lepra)							
TOTAL							11,955,148.74

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL (PESOS)
1	Vacunación Universal	1.1.1.5	Ramo 12-Apoyo Federal	Vacuna Contra Difteria, Tos Ferina, Tetanos, Hepatitis B, Poliomieltis Y Haemophilus Influenzae Tipo B. Suspension Inyectable. Cada frasco ampula con 0.5 ml contiene: Toxoide diftérico no menos de 20 UI Toxoide tetánico no menos de 40 UI Toxoide pertussis 25 µg Hemaglutinina filamentosa 25 µg Poliovirus tipo 1 inactivado (Mahoney) 40 U Poliovirus tipo 2 inactivado (MEF-1) 8 U Poliovirus tipo 3 inactivado (Saukett) 32 U Antígeno de superficie del virus de Hepatitis B 10 µg Polisacárido capsular de Haemophilus influenzae tipo b 12 µg Conjugado a la proteína tetánica 22-36 µg Envase con 10 frascos ampula con 1 dosis de 0.5 ml cada uno. Descripción complementaria: Vacuna Hexavalente, clave 020.000.6135.00 Capturado en dosis y precio por dosis	273.46	235,290	64,341,697.53
1	Vacunación Universal	2.1.1.1	Ramo 12-Apoyo Federal	Vacuna antiinfluenza. Suspensión Inyectable. Cada dosis de 0.5 ml contiene: Fracciones antigénicas purificadas de virus de influenza inactivados correspondientes a las cepas autorizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el periodo pre-invernal e invernal de los años correspondientes del hemisferio norte. Envase con 1 frasco ampula con 5 ml cada uno (10 dosis). Descripción complementaria: Vacuna contra la Influenza Estacional. Envase con 1 frasco ampula con 5 ml cada uno (10 dosis) Clave 020.000.3822.01	677.24	110,605	74,906,130.20
TOTAL							139,247,827.73
Gran total							178,519,595.73

NOTA: La descripción del objeto para el que serán utilizados los insumos que se indican en el presente anexo, se encuentran identificados en el Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 12, (Formato Reporte de ramo 12 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio), del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, SIAFFASPE, los cuales serán consumidos conforme a las metas e indicadores de cada Programa

Relación de insumos federales enviados en especie por "LOS PROGRAMAS" en materia de Salud Pública financiados con la fuente de financiamiento del ANEXO 4-INSUMOS.

L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	CANTIDAD (VOLUMEN)
SIN DATOS					

O00 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	CANTIDAD (VOLUMEN)
SIN DATOS					

R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

No.	PROGRAMA	ÍNDICE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CONCEPTO	CANTIDAD (VOLUMEN)
SIN DATOS					
GRAN TOTAL (PESOS)					0.00

NOTA: Para el programa de Planificación Familiar y Anticoncepción a cargo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; los programas de Enfermedades Cardiometaabólicas, Micobacteriós, Dengue y Zoonosis a cargo del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; y para el programa de Vacunación, a cargo del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, tendrán como fuente de financiamiento adicional recursos de

presupuesto INSABI, y los recursos adicionales.

ÍNDICE: Representado por: *Número de Estrategia, Número de Línea de Acción, Número de Actividad General y Número de Acción Específica.*

APÉNDICE

La información de la distribución de los recursos presupuestarios del ramo 33, Aportación Estatal, y Otra, así como los del Instituto de Salud para el Bienestar, INSABI, ANEXO 4- INSUMOS y el Fondo de Salud para el Bienestar, FIDEICOMISO INSABI, no forman parte de los recursos federales ministrados por "LA SECRETARÍA" a "LA ENTIDAD" con motivo del presente convenio, se colocan sólo para efectos de la evaluación de la eficiencia y eficacia de "LOS PROGRAMAS".

**Resumen de recursos por fuente de financiamiento
(Monto pesos)**

No.	UNIDAD RESPONSABLE / PROGRAMA DE ACCIÓN	SPPS RAMO 12		SUBTOTAL	RAMO 33	APORTACIÓN ESTATAL	OPORTUNIDADES	OTRA	SUBTOTAL	INSABI			SUBTOTAL	TOTAL
		RECURSOS FINANCIEROS CASSCO CAUSES	INSUMOS		RECURSOS FINANCIEROS FASSA - P FASSA - C RECTORÍA	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS		ANEXO 4 – INSUMOS Y PRESUPUESTOS	SMS XXI – INSABI (PRESUPUESTOS E INSUMOS)	FIDEICOMISO INSABI		
										RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS		
310 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD														
1	Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud	7,800,935.00	1,121,515.00	8,922,450.00	7,369,067.00	0.00	0.00	0.00	7,369,067.00	0.00	0.00	0.00	0.00	16,291,517.00
	Total:	7,800,935.00	1,121,515.00	8,922,450.00	7,369,067.00	0.00	0.00	0.00	7,369,067.00	0.00	0.00	0.00	0.00	16,291,517.00
313 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL														
1	Salud Mental y Adicciones	819,527.53	0.00	819,527.53	99,100.00	0.00	0.00	0.00	99,100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	918,627.53
1	Salud Mental	819,527.53	0.00	819,527.53	99,100.00	0.00	0.00	0.00	99,100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	918,627.53
2	Adicciones	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Total:	819,527.53	0.00	819,527.53	99,100.00	0.00	0.00	0.00	99,100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	918,627.53
315 SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES														
1	Seguridad Vial	697,300.00	0.00	697,300.00	932,585.00	0.00	0.00	0.00	932,585.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,629,885.00
2	Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables	425,000.00	0.00	425,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	425,000.00
	Total:	1,122,300.00	0.00	1,122,300.00	932,585.00	0.00	0.00	0.00	932,585.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,054,885.00
316 DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA														
1	Emergencias en Salud	2,019,489.00	0.00	2,019,489.00	2,466,297.00	0.00	0.00	0.00	2,466,297.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,485,786.00
1	Emergencias	1,009,744.50	0.00	1,009,744.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,009,744.50
2	Monitoreo	1,009,744.50	0.00	1,009,744.50	2,466,297.00	0.00	0.00	0.00	2,466,297.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,476,041.50
2	Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio	1,625,083.00	76,297.00	1,701,380.00	2,966,485.00	0.00	0.00	0.00	2,966,485.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,667,865.00
	Total:	3,644,572.00	76,297.00	3,720,869.00	5,432,782.00	0.00	0.00	0.00	5,432,782.00	0.00	0.00	0.00	0.00	9,153,651.00
K00 CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA														
1	VIH y otras ITS	6,458,778.00	14,873,233.82	21,332,011.82	29,273,578.00	0.00	0.00	0.00	29,273,578.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50,605,589.82
2	Virus de Hepatitis C	1,737,920.00	0.00	1,737,920.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,737,920.00
	Total:	8,196,698.00	14,873,233.82	23,069,931.82	29,273,578.00	0.00	0.00	0.00	29,273,578.00	0.00	0.00	0.00	0.00	52,343,509.82
L00 CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA														
1	Salud Sexual y Reproductiva	28,258,292.53	0.00	28,258,292.53	11,342,385.64	0.00	0.00	560,000.00	11,902,385.64	0.00	0.00	0.00	0.00	40,160,678.17
1	SSR para Adolescentes	3,233,962.00	0.00	3,233,962.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,233,962.00
2	PF y Anticoncepción	4,334,474.18	0.00	4,334,474.18	4,537,263.00	0.00	0.00	0.00	4,537,263.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8,871,737.18
3	Salud Materna	10,747,170.25	0.00	10,747,170.25	3,282,098.87	0.00	0.00	0.00	3,282,098.87	0.00	0.00	0.00	0.00	14,029,269.12
4	Salud Perinatal	3,082,135.60	0.00	3,082,135.60	1,896,199.41	0.00	0.00	560,000.00	2,456,199.41	0.00	0.00	0.00	0.00	5,538,335.01
5	Aborto Seguro	3,939,704.50	0.00	3,939,704.50	387,036.36	0.00	0.00	0.00	387,036.36	0.00	0.00	0.00	0.00	4,326,740.86
6	Violencia de Género	2,920,846.00	0.00	2,920,846.00	1,239,788.00	0.00	0.00	0.00	1,239,788.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4,160,634.00
2	Prevención y Control del	1,976,281.63	11,245,573.44	13,221,855.07	9,526,436.10	0.00	0.00	0.00	9,526,436.10	0.00	0.00	0.00	0.00	22,748,291.17

No.	UNIDAD RESPONSABLE / PROGRAMA DE ACCIÓN	SPPS RAMO 12		SUBTOTAL	RAMO 33	APORTACIÓN ESTATAL	OPORTUNIDADES	OTRA	SUBTOTAL	INSABI			SUBTOTAL	TOTAL
		RECURSOS FINANCIEROS CASSCO CAUSES	INSUMOS		RECURSOS FINANCIEROS FASSA - P FASSA - C RECTORÍA	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS		ANEXO 4 – INSUMOS Y PRESUPUESTOS	SMS XXI – INSABI (PRESUPUESTOS E INSUMOS)	FIDEICOMISO INSABI		
										RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS		
	Cáncer													
3	Igualdad de Género	868,447.00	0.00	868,447.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	868,447.00
	Total:	31,103,021.16	11,245,573.44	42,348,594.60	20,868,821.74	0.00	0.00	560,000.00	21,428,821.74	0.00	0.00	0.00	0.00	63,777,416.34
000 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES														
1	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes	0.00	66,468.00	66,468.00	34,693,243.71	0.00	0.00	0.00	34,693,243.71	0.00	0.00	0.00	0.00	34,759,711.71
2	Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos	1,193,377.50	10,992,817.95	12,186,195.45	38,812,810.50	0.00	0.00	0.00	38,812,810.50	0.00	0.00	0.00	0.00	50,999,005.95
1	Paludismo	144,922.50	0.00	144,922.50	10,279,609.23	0.00	0.00	0.00	10,279,609.23	0.00	0.00	0.00	0.00	10,424,531.73
2	Enfermedad de Chagas	159,922.50	0.00	159,922.50	1,071,209.28	0.00	0.00	0.00	1,071,209.28	0.00	0.00	0.00	0.00	1,231,131.78
3	Leishmaniasis	18,000.00	43,837.00	61,837.00	219,402.22	0.00	0.00	0.00	219,402.22	0.00	0.00	0.00	0.00	281,239.22
4	Intoxicación por Artrópodos	290,177.50	0.00	290,177.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	290,177.50
5	Dengue	580,355.00	10,948,980.95	11,529,335.95	27,242,589.77	0.00	0.00	0.00	27,242,589.77	0.00	0.00	0.00	0.00	38,771,925.72
6	Vigilancia Post Oncocercosis	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3	Programa Nacional de Prevención y Control de las micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra)	511,432.50	895,862.79	1,407,295.29	3,984,440.10	0.00	0.00	0.00	3,984,440.10	0.00	0.00	0.00	0.00	5,391,735.39
4	Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	370,779.47	0.00	370,779.47	900,506.00	0.00	0.00	0.00	900,506.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,271,285.47
5	Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19)	0.00	0.00	0.00	44,083.98	0.00	0.00	0.00	44,083.98	0.00	0.00	0.00	0.00	44,083.98
6	Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas	276,347.65	0.00	276,347.65	786,420.80	0.00	0.00	0.00	786,420.80	0.00	0.00	0.00	0.00	1,062,768.45
7	Enfermedades Cardiometaabólicas	9,982,123.00	0.00	9,982,123.00	3,494,742.00	0.00	0.00	0.00	3,494,742.00	0.00	0.00	0.00	0.00	13,476,865.00
8	Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento	972,900.00	0.00	972,900.00	4,878,635.00	0.00	0.00	0.00	4,878,635.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,851,535.00
9	Prevención, Detección y Control de las Enfermedades Bucales	211,150.00	0.00	211,150.00	2,190,159.03	0.00	0.00	0.00	2,190,159.03	0.00	0.00	0.00	0.00	2,401,309.03
10	Prevención y Control de	176,185.00	0.00	176,185.00	758,700.00	0.00	0.00	0.00	758,700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	934,885.00

No.	UNIDAD RESPONSABLE / PROGRAMA DE ACCIÓN	SPPS RAMO 12		SUBTOTAL	RAMO 33	APORTACIÓN ESTATAL	OPORTUNIDADES	OTRA	SUBTOTAL	INSABI			SUBTOTAL	TOTAL
		RECURSOS FINANCIEROS CASSCO CAUSES	INSUMOS		RECURSOS FINANCIEROS FASSA - P FASSA - C RECTORÍA	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS		ANEXO 4 – INSUMOS Y PRESUPUESTOS	SMS XXI – INSABI (PRESUPUESTOS E INSUMOS)	FIDEICOMISO INSABI		
					RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS		RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS			
	Enfermedades Diarréicas Agudas													
	Total:	13,694,295.12	11,955,148.74	25,649,443.86	90,543,741.12	0.00	0.00	0.00	90,543,741.12	0.00	0.00	0.00	0.00	116,193,184.98
R00 CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA														
1	Vacunación Universal	2,516,742.00	139,247,827.73	141,764,569.73	41,653,586.38	0.00	0.00	0.00	41,653,586.38	0.00	0.00	0.00	0.00	183,418,156.11
2	Atención a la Salud de la Adolescencia	0.00	0.00	0.00	1,095,026.00	0.00	0.00	0.00	1,095,026.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,095,026.00
3	Atención a la Salud en la Infancia	0.00	0.00	0.00	1,504,351.04	0.00	0.00	0.00	1,504,351.04	0.00	0.00	0.00	0.00	1,504,351.04
4	Diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer en menores de 18 años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Total:	2,516,742.00	139,247,827.73	141,764,569.73	44,252,963.42	0.00	0.00	0.00	44,252,963.42	0.00	0.00	0.00	0.00	186,017,533.15
Gran Total:		68,898,090.81	178,519,595.73	247,417,686.54	198,772,638.28	0.00	0.00	560,000.00	199,332,638.28	0.00	0.00	0.00	0.00	446,750,324.82

NOTA: La descripción detallada de los insumos/servicios a adquirir o contratar con los recursos que se indican en el presente Apéndice, se encuentran identificados en los siguientes módulos del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas, SIAFFASPE: Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 12 (Formato Reporte de ramo 12 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio); Módulo de Reportes-Presupuestación-Ramo 33 (Formato Reporte de ramo 33 por entidad federativa, programa, fuente de financiamiento e insumo, bien o servicio) y Módulo de Presupuestación-INSABI-Insumos-Captura y Validación.

SEGUNDA. “LAS PARTES” acuerdan que, salvo por lo expresamente estipulado en el presente instrumento jurídico, todas las demás obligaciones del “CONVENIO PRINCIPAL” permanecerán sin cambio alguno, por lo que reconocen y ratifican la plena vigencia y obligatoriedad del “CONVENIO PRINCIPAL”.

TERCERA. “LAS PARTES” convienen en que la ejecución del presente instrumento no constituye una novación de cualquier obligación establecida en el “CONVENIO PRINCIPAL”.

CUARTA. “LAS PARTES” convienen en que, para la interpretación y cumplimiento del presente Convenio, será aplicable el derecho federal vigente y se someten irrevocablemente a la jurisdicción de los tribunales federales competentes en la Ciudad de México, renunciando a cualquier otra jurisdicción que, en razón de su domicilio presente o futuro o por cualquier otra razón, les pudiera corresponder.

QUINTA. El presente Convenio Modificatorio empezará surtir efectos a partir de la fecha de su firma, y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2022.

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Convenio Modificatorio, lo firman por cuadruplicado a los un día del mes de junio de dos mil veintidós.- Por la Secretaría: Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Dr. **Hugo López Gatell Ramírez.**- Rúbrica.- Director General de Promoción de la Salud, Dr. **Ricardo Cortés Alcalá.**- Rúbrica.- Director General de Epidemiología, Dr. **Gabriel García Rodríguez.**- Rúbrica.- Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental, Mtra. **Diana Iris Tejadilla Orozco.**- Rúbrica.- Secretaria Técnica del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, Dra. **Ana Lucía de la Garza Barroso.**- Rúbrica.- Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Dra. **Karla Berdichevsky Feldman.**- Rúbrica.- Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Dr. **Ruy López Ridaura.**- Rúbrica.- Directora General del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, Dra. **Alethse De La Torre Rosas.**- Rúbrica.- Director de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Dr. **José Luis Díaz Ortega.**- Rúbrica.- Director General de Información en Salud, Dr. **Dwight Daniel Dyer Leal.**- Rúbrica.- Director General del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Dr. **Jorge Enrique Trejo Gómora.**- Rúbrica.- Director General de los Servicios de Atención Psiquiátrica, Dr. **Juan Manuel Quijada Gaytán.**-

Rúbrica.- Comisionado Nacional contra las Adicciones, Dr. **Gady Zabicky Sirot**.- Rúbrica.- Por la Entidad: Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Veracruz, Dr. **Gerardo Díaz Morales**.- Rúbrica.- Secretario de Finanzas y Planeación, Mtro. **José Luis Lima Franco**.- Rúbrica.

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico, publicado el 14 de diciembre de 2016.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBIERNO DE MÉXICO.- Consejo de Salubridad General.

El Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 4o, párrafo cuarto y 73, fracción XVI, Bases 1a. y 3a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3o., fracciones II y XXVII Bis, 4o., fracción II, 17, fracción VI y 33, fracción IV de la Ley General de Salud, así como 1, 9, fracciones II y VI y 10, fracción VIII del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud;

Que, en términos de lo dispuesto en los artículos 73, fracción XVI, bases 1a y 3a de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 4o, fracción II de la Ley General de Salud, el Consejo de Salubridad General tiene el carácter de autoridad sanitaria y sus disposiciones generales serán obedecidas por las autoridades administrativas del país;

Que el Consejo de Salubridad General, con base en las atribuciones que le concede la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, su Reglamento Interior y otros ordenamientos jurídicos, en el ámbito de su competencia, participa en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud;

Que el artículo 3o, fracciones II y XXVII Bis de la Ley General de Salud, establece que la atención médica y el tratamiento integral del dolor, son materia de salubridad general;

Que, con fundamento en las disposiciones señaladas, el 14 de diciembre de 2016 el Consejo de Salubridad General publicó en el Diario Oficial de la Federación *el Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico*, cuyo contenido es necesario actualizar conforme a las mejores prácticas clínicas conocidas en la actualidad, y

Que en virtud de las anteriores consideraciones y a fin de garantizar que las actividades de atención médica paliativas que se brindan a menores de edad sean acordes con las necesidades específicas de dicho segmento de la población, el Consejo de Salubridad General aprobó, en su segunda sesión ordinaria celebrada el 8 de diciembre de 2021, el siguiente

ACUERDO

ÚNICO. Se modifica el Anexo Único del Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2016.

TRANSITORIO

ÚNICO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la Ciudad de México, a los treinta y un días del mes de agosto de 2022.- El Presidente del Consejo de Salubridad General y Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela**.- Rúbrica.

ANEXO ÚNICO

Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico

Coordinación general

Dr. José Ignacio Santos Preciado	Consejo de Salubridad General
Dr. Juan García Moreno	Consejo de Salubridad General
Dr. Ricardo Plancarte Sánchez	Instituto Nacional de Cancerología

Capítulo I

Dra. Kenya Sosa Sánchez	Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
Dr. Juan Arenas Arrocena	Hospital del Niño Morelense

Capítulo II

Dra. Mónica Osio Saldaña	Seminario de Globalidad. Universidad Nacional Autónoma de México
Dra. Anaíd Dordelly Hernández	Hospital del Niño, Saltillo Coahuila
Dra. Iliana Verónica Cortés Ponce	Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Secretaría de Salud Federal
Lic. Jimena Cabrera Camargo	Consejo de Salubridad General
Mtro. Manuel Bandala Ledesma	Consejo de Salubridad General

Capítulo III

Dra. Alejandra Laura Nava Martínez	Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund", Centro Médico Nacional Siglo XXI
Dra. Jessica Haydee Guadarrama Orozco	Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
Dr. Marcos Homar Córdova Juárez	Hospital de la Niñez Oaxaqueña

Capítulo IV

Dr. Sergio Abel Castañeda Ramírez	Instituto Nacional de Pediatría
Dra. Irma Alejandra Coronado Zarco	Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"
Dr. Alejandro Escalona Espinosa	Hospital Español
Dra. Blanca Olivia Almazán García	Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dra. Adriana Barrientos Deloya	Instituto Nacional de Pediatría
Dra. Celina Castañeda de la Lanza	Secretaría de Salud del Estado de México

Capítulo V

Dra. Enjie Fakhr El Din Ismail Paz	Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
Dra. Georgina Velasco Pérez	Instituto Nacional de Pediatría
Dr. Jorge Alberto Ramos Guerrero	Hospital General de Occidente. Secretaría de Salud, Jalisco
Dra. Yuriko Nakashima Paniagua	Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca"
Dra. Edith Adriana Benitez Vázquez	Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca"
Dra. Angélica Duarte Castro	Instituto Nacional de Pediatría
Dr. Jorge Mauricio Cervantes Blanco	Ejercicio privado

Capítulo VI

Psic. José Méndez Venegas	Hospital Infantil Teletón de Oncología. Querétaro
Mtra. Margarita Dávila Robledo	Docente colaboradora del CSG. Ejercicio privado
Psic. Claudia Nidia Lima Carcaño	Voluntariado Oncología CMN SXXI
Psic. Mtra. Azareel Maya Del Moral	Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer. Querétaro

Capítulo VII

Dra. Psic. María Aurora Mortera Gutiérrez	Centro Médico Naval. Secretaría de Marina
Mtra. Margarita Dávila Robledo	Docente colaboradora del CSG. Ejercicio privado
Psic. Mtra. Martha Gabriela García Durán	Hospital Pediátrico de Sinaloa "Dr. Rigoberto Aguilar Pico"
Lic. Enf. Adriana Aidé Galicia Núñez	Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Capítulo VIII

Dr. Edén González Roldán	Comisión Nacional de Bioética
Dr. Armando Garduño Espinosa	Instituto Nacional de Pediatría
Dra. Iris Mabel Narváez Sarmiento	Centro Médico 20 de Noviembre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
Dr. David Benitez Valladares	Comisión de Bioética Secretaría de Salud de la Ciudad de México
Enf. María Cristina Reyes Lucas	Instituto Nacional de Pediatría

Capítulo IX

Mtra. María de Lourdes Dávalos Rodríguez.	Consejo de Salubridad General
Dr. Jorge Alberto Ramos Guerrero	Hospital General de Occidente. Secretaría de Salud, Jalisco.
Dra. Beatriz Elena Dorsey Rivera	Hospital General ISSSTE Tláhuac. Seminario de Globalidad Universidad Nacional Autónoma de México
Dr. Gregorio Zúñiga Villanueva	Departamento Pediatría del Tecnológico de Monterrey
Dra. Mónica Osio Saldaña	Seminario de Globalidad. Universidad Nacional Autónoma de México
Dra. Norma Esthela Llamas Peregrina	Hospital Civil de Guadalajara, "Dr. Juan I. Menchaca"

INDICE**Presentación****Prólogo**

Capítulo I. Panorama actual de los cuidados paliativos pediátricos a nivel mundial, Latinoamérica y en México.

- 1.1 Introducción.
- 1.2 Panorama Internacional.
- 1.3 Latinoamérica.
- 1.4 Panorama Nacional.

Bibliografía.

Capítulo II. Marco jurídico de los cuidados paliativos pediátricos.

Bibliografía.

Capítulo III. La atención paliativa pediátrica.

- 3.1 Definición de cuidados paliativos pediátricos.
- 3.2 Historia de los cuidados paliativos pediátricos.
- 3.3 Definiciones de importancia para el tema.

- 3.4 Categorías de enfermedades limitantes para la vida y amenazantes para la vida.
- 3.5 Generalidades de la atención paliativa pediátrica.
- 3.6 Organización y atención de la atención paliativa.
- 3.7 Atención domiciliaria.

Bibliografía.

Capítulo IV. Modelos de provisión de la atención paliativa pediátrica.

- 4.1 Introducción.
- 4.2 Modelo de provisión de la atención paliativa perinatal.
- 4.3 Modelo de provisión para atención paliativa en el paciente no oncológico.
- 4.4 Modelo de provisión de la atención paliativa pediátrica en el paciente oncológico.
- 4.5 Modelo de provisión de la atención paliativa pediátrica con transición a la vida adulta.

Bibliografía.

Capítulo V. Control de signos y síntomas en cuidados paliativos pediátricos.

- 5.1 Dolor y su abordaje multimodal.
- 5.2 Síntomas sistémicos.
- 5.3 Síntomas respiratorios.
- 5.4 Síntomas gastrointestinales.
- 5.5 Síntomas neuro-psiquiátricos.
- 5.6 Síntomas dermatológicos.
- 5.7 Urgencias paliativas.
- 5.8 Manejo de síntomas refractarios (Sedación paliativa).

Bibliografía.

Capítulo VI. Atención psicosocial, espiritual y duelo en los cuidados paliativos pediátricos.

- 6.1 Atención psicosocial.
- 6.2 Espiritualidad en cuidados paliativos pediátricos.
- 6.3 Duelo.

Bibliografía.

Capítulo VII. Comunicación en los cuidados paliativos pediátricos.

- 7.1 Definición de comunicación.
- 7.2 Objetivos de la comunicación.
- 7.3 Elementos de la comunicación.
- 7.4 Cuatro ejes que guían el alcance de la comunicación dentro de los cuidados paliativos para pacientes pediátricos.
- 7.5 Comunicación colaborativa.
- 7.6 Un enfoque de equipo interdisciplinario para la comunicación.
- 7.7 Manejo de conflictos.
- 7.8 Conciencia pronóstica.
- 7.9 Comunicación con las familias al final de la vida y durante el duelo.
- 7.10 Comunicación con el paciente.
- 7.11 Comunicación con los hermanos y familia extendida.
- 7.12 Conceptos de muerte y enfermedad en el niño/adolescente.
- 7.13 Comunicar las malas noticias.
- 7.14 Conspiración del silencio.

Bibliografía.

Capítulo VIII. Consideraciones bioéticas en los cuidados paliativos pediátricos.

- 8.1 Introducción
 - 8.2 Marcos teóricos
 - 8.3 Marcos metodológicos en apoyo a la toma de decisiones
 - 8.4 Aspectos para considerar desde la perspectiva bioética
 - 8.5 Participación de los Comités Hospitalarios de Bioética
 - 8.6 Investigación en población pediátrica que recibe cuidados paliativos.
 - 8.7 Participación de los Comités de Ética en Investigación.
- Bibliografía

Capítulo IX. Competencias para la provisión de cuidados paliativos pediátricos.

- 9.1 ¿Qué se necesita saber para la provisión de cuidados paliativos pediátricos (CPP)?
 - 9.2 Propósitos.
 - 9.3 Dirigido a:
 - Profesionales de la salud.
 - Otras personas involucradas en el CPP.
 - Organizaciones.
 - 9.4 Escenarios posibles para la atención paliativa.
 - 9.5 Nivel de Complejidad.
 - 9.6 Competencias.
 - 9.7 Formador de formadores.
 - 9.8 Metas.
 - 9.9 Estrategias.
 - 9.10 Formas de intervención: Intervención educativa sinérgica.
- Bibliografía

Glosario

Anexo: Enfoque de competencias

PRESENTACIÓN

Las disposiciones y Acuerdos del Consejo de Salubridad General tienen carácter ejecutivo y su cobertura abarca a todo el **Sistema Nacional de Salud**, gracias a que es la única instancia en el país que, por su estructura, tiene la posibilidad de unificar o alinear a todas las políticas con la de salud y en favor de la salud.

En la actual administración, han existido importantes logros, al vincular sus acciones al Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y al Programa Sectorial de Salud 2020-2024, mediante 24 funciones, estando dentro de ellas la de “Aprobar los acuerdos necesarios y demás disposiciones generales de observancia obligatoria en el país, en materia de salubridad general, dentro del ámbito de su competencia”.

Su visión se actualiza con el devenir de la ciencia, teniendo la innovación como referente y la calidad como sustrato. Asimismo, su filosofía mantiene un enfoque humanista, al considerar a la salud como un derecho humano y a la persona con un valor inapreciable, por lo que sus decisiones fortalecen la atención de la población con mayor grado de vulnerabilidad.

En este contexto, se ha realizado la actualización de la presente “Guía de Cuidados Paliativos Pediátricos”, anexa al Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos en el paciente pediátrico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2016.

El trabajo fue realizado por 40 profesionales de 23 instituciones de salud y académicas, convergiendo el trabajo de médicos especialistas en: Pediatría, Anestesiología Pediátrica, Algología Pediátrica, Reumatología Pediátrica, Cuidados Paliativos Perinatales, Neonatología, Neurología Pediátrica y Oncología Pediátrica, todos ellos con formación y experiencia en el ejercicio de la Medicina Paliativa.

De igual manera, se contó con la colaboración de maestros y doctores en Psicología, Tanatología, Psico-Oncología, Educación, Sociología, Derecho, Bioética y Enfermería, cuyo desempeño profesional está relacionado con los aspectos normativos, o bien operativos del control del dolor y la aplicación permanente de la Medicina Paliativa.

Cabe destacar que la presente Guía fue elaborada mediante reuniones virtuales, en las cuales se organizaron nueve grupos, acorde al número de capítulos determinados, con la participación de profesionales de diferentes instituciones, turnos y lugares de adscripción en el país. Debido a ello, hubo necesidad de que, cada grupo citara la bibliografía correspondiente al final de su capítulo, numerándola conforme apareciera en el contenido. Lo cual explica por qué una misma cita puede aparecer en más de un capítulo, y evidentemente, al hacer referencia a un concepto o idea determinados, tiene un lugar específico en la numeración correspondiente según el capítulo que la contiene.

El trabajo de los profesionales participantes, plasmado en la presente Guía de Cuidados Paliativos Pediátricos, por demás excelso, seguramente se verá recompensado en cada paciente que de alguna manera sea beneficiado con las decisiones del personal de salud que lo atienda, por lo cual el Consejo de Salubridad General les manifiesta un merecido reconocimiento y les agradece su incondicional y valiosa colaboración.

Dr. José Ignacio Santos Preciado

PRÓLOGO

Los cuidados paliativos pediátricos, desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituyen “un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que afrontan una enfermedad que amenaza la vida de un niño, a través de la prevención y alivio del sufrimiento”.

Con la presente Guía de Cuidados Paliativos Pediátricos, se tiene el propósito de orientar y fortalecer acciones en la prestación de servicios en todas las instituciones de salud y académicas de las entidades federativas de México, acorde y con apego a los diferentes Modelos de Atención con que operan las diversas instituciones.

Contar con esta Guía, representa también, sin duda, la posibilidad de que el personal para la atención de la salud esté mejor informado, coadyuvando con ello al logro de una visión integral de la atención de y con calidad, que favorezca su desempeño, su desarrollo profesional y le aporte información actualizada para disipar dudas, y a la vez, se propicie la calidad de vida de los pacientes que necesitan los cuidados paliativos, e, en dado caso, reciban un acompañamiento verdaderamente profesional para comprender y aceptar sus condiciones y pronóstico de salud, sin omitir la atención que necesariamente requieren sus familias.

En la determinación de su contenido, se tuvo especial cuidado en tener consenso, participando profesionales de instituciones del ámbito público y privado, todos con formación y experiencia en cuidados paliativos enfocados a la población pediátrica, lo cual permite sustentar que la presente guía, tiene un elevado valor desde el punto de vista científico y como particular relevancia, un material enfocado a las necesidades y características de la población mexicana.

La sólida formación, experiencia y trayectoria profesional de los autores, representan una garantía para la obtención de la guía como fuente de consulta confiable, ya que incorpora información actualizada sobre aspectos conceptuales, regulatorios, atención paliativa pediátrica, modelos de atención, atención psicosocial, espiritual y en duelo en los cuidados paliativos pediátricos, comunicación, aspectos bioéticos y competencias para la provisión de cuidados paliativos pediátricos.

Vale la pena destacar que, en el desarrollo de cada uno de sus capítulos, está considerado el marco conceptual generador de las premisas que determinan la postura del Consejo de Salubridad General sobre los cuidados paliativos pediátricos:

1. Considerar las directrices del contexto internacional;
2. Propiciar que las políticas relacionadas con el “Control del Dolor Crónico y la Aplicación Permanente de la Medicina Paliativa”, estén en concordancia con los aspectos legislativos y normativos correspondientes;
3. Disponer de medicamentos para el tratamiento del dolor y otros síntomas en los tres niveles de atención;
4. Incrementar la infraestructura y fomentar la formación y capacitación del personal de salud; y
5. Fortalecer a las instituciones públicas de salud, para lograr modelos de atención eficaces.

Así mismo, valorar a los cuidados paliativos pediátricos, no sólo como acciones a realizar por el personal de salud, sino como la necesidad de reconocerla como una nueva especialidad e impulsar la formación de especialistas en Medicina Paliativa Pediátrica.

Dr. Ricardo Plancarte Sánchez

CAPITULO I

PANORAMA ACTUAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS A NIVEL MUNDIAL, LATINOAMÉRICA Y EN MÉXICO

1.1 INTRODUCCIÓN

El acceso a los cuidados paliativos es un desafío emergente y una prioridad de salud pública, crucial para la salud mundial. Los pacientes con enfermedades graves experimentan una carga considerable de sufrimiento.

La necesidad de cuidados paliativos nunca ha sido mayor y está aumentando a un ritmo rápido debido al envejecimiento de la población mundial, y a los adelantos de la ciencia para la sobrevivencia de recién nacidos prematuros y con enfermedades amenazantes para la vida, el aumento del cáncer y otras enfermedades no transmisibles y la reciente aparición de COVID-19. Para 2060, se espera que la necesidad de cuidados paliativos al final de la vida se duplique.⁽¹⁾

Los cuidados paliativos deben proporcionarse de acuerdo con los principios de la cobertura sanitaria universal. Todas las personas, independientemente de sus ingresos, tipo de enfermedad o edad, deberían tener acceso a un conjunto de servicios básicos de salud determinados a nivel nacional, incluidos los cuidados paliativos. Los sistemas financieros y de protección social deben tener en cuenta el derecho humano a los cuidados paliativos para los grupos de población pobres y marginados.⁽²⁾

Existen múltiples acuerdos, pactos, artículos, organizaciones y organismos internacionales en el mundo, entre ellas la OMS que se han pronunciado a favor de los cuidados paliativos como un derecho humano, esto incluye el derecho a la salud y el derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes. Esto implica implementar el acceso a los cuidados paliativos en todos los niveles de atención, lo que obliga a las naciones a desarrollar políticas públicas, leyes, reglamentos y guías de práctica clínica, así mismo asegurar el acceso a medicamentos esenciales para el control de síntomas, e impulsar la educación formal en cuidados paliativos, todo esto con el objetivo de formar una estrategia humanitaria para favorecer los cuidados al final de la vida y permitir una muerte digna.⁽²⁾

1.2 PANORAMA INTERNACIONAL

En todo el mundo se estima que más de 56.8 millones de personas requieren cuidados paliativos cada año. Incluidos 31.1 millones antes del final de la vida y 25.7 millones cerca del final de la vida. La mayoría, el 67.1% son adultos mayores de 50 años y al menos el 7% son niños.

La gran mayoría (> 97%) de los niños de 0 a 19 años que necesitan cuidados paliativos viven en países de bajos ingresos.

El número total mundial estimado de niños que necesitan cuidados paliativos en 2017 fue de casi 4 millones. Hay una proporción ligeramente mayor de hombres (53,8%) que de mujeres.

La mayoría de los niños que necesitan cuidados paliativos se encuentran en África y en el Regiones de Asia Sudoriental (51,8% y 19,5% respectivamente), seguidas por las regiones del Mediterráneo Oriental (12%), Pacífico Occidental (7,7%) y Región de las Américas (6,2%). En contraste, la región europea tiene solo el 2.8% del total.

Las regiones de África, el Mediterráneo oriental y el sudeste asiático tienen las tasas más altas por cada 100.000 niños (369, 156, 103 respectivamente).

La condición de Enfermedad que genera mayor necesidad de cuidados paliativos entre los niños es el VIH / SIDA (29,6%), seguida del parto prematuro y traumatismo del nacimiento (17,7%), anomalías congénitas (16,2%) y lesiones (16%). Los cánceres solo representan el 4,1%.

Las enfermedades progresivas no malignas, excluido el VIH / SIDA, generan la mayor necesidad de cuidados paliativos entre los niños de todas las regiones de la OMS, excepto África. El cáncer genera una pequeña proporción de la necesidad en todas las regiones.⁽³⁾

1.3 LATINOAMÉRICA

Según el atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica 2020, se identificaron un total de 123 equipos que corresponden a 0,8 equipos/millón de habitantes menores de 15 años. Esto varía de países con mayor desarrollo como Uruguay con 19,3 equipos / millón de habitantes menores de 15 años a países sin ningún equipo identificado, como Paraguay y Venezuela. Los equipos presentados varían de unidades de cuidados paliativos pediátricos a equipos móviles de interconsulta.

Cinco países tienen una ley específica de cuidados paliativos y de éstos Costa Rica y México tienen un plan nacional. En Chile la ley es específica para pacientes con patología oncológica. Argentina, Brasil, Ecuador, El Salvador, Panamá, Uruguay y Venezuela cuentan con un programa nacional de cuidados paliativos. En México 610,319 personas necesitan atención Paliativa, y solo el 3% de esa población la recibe.

⁽⁴⁾

1.4 PANORAMA NACIONAL

México pertenece al grupo de países donde los servicios de cuidados paliativos y hospicio se encuentran en una etapa de integración avanzada en la prestación de servicios generales, un país de esta categoría se caracteriza por el desarrollo de una masa crítica de activismo en cuidados paliativos en una amplia gama de lugares; prestación integral de todo tipo de cuidados paliativos por parte de múltiples proveedores de servicios; una amplia conciencia de los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud, las comunidades locales y la sociedad en general; una estrategia de cuidados paliativos que se ha implementado y se actualiza periódicamente; disponibilidad irrestricta de morfina y de la mayoría de los analgésicos potentes; impacto sustancial de los cuidados paliativos en la política; la existencia de guías de cuidados paliativos; la existencia de Centros educativos reconocidos y vínculos académicos con universidades con evidencia de integración de los cuidados paliativos en los planes de estudio relevantes; y la existencia de una asociación nacional de cuidados paliativos que ha logrado un impacto significativo.⁽³⁾

En materia de política en nuestro país los Derechos Humanos de niñas, niños y adolescentes están previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los tratados internacionales y en las demás leyes aplicables, esencialmente en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, ordenamientos en los que se les reconoce como titulares de derechos.

Es imprescindible que el equipo terapéutico de cuidados paliativos en pediatría esté capacitado para identificar las necesidades a cubrir y resolver las múltiples situaciones que se presenten, mediante intervenciones de probada eficacia, protocolos estandarizados de manejo y criterios uniformes de actuación; de manera que el paciente reciba atención adecuada y de calidad.

El eje rector de la toma de decisiones en pediatría se centra en el mayor bienestar del menor. En esta situación, la integración de un diagnóstico clínico y de un pronóstico son indispensables, sin embargo, el reto para el personal de salud es poder ofrecer al paciente pediátrico y su familia, equilibrio entre las diferentes opciones terapéuticas posibles a lo largo de la evolución de la enfermedad, el impacto en calidad de vida del paciente y las preferencias del menor y su familia.⁽⁵⁾

En materia de formación de profesionales, para efecto de realizar el aval educativo en materia de cuidados paliativos pediátricos, en los términos previstos en el Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de diciembre de 2014, se consideraron distintas instituciones, entre las que destacan las universidades nacionales, instituciones y hospitales nacionales del sector salud facultados en la atención pediátrica, academias y consejos nacionales relacionados con la atención pediátrica, asociaciones y sociedades médicas como la Asociación Mexicana para Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD), Asociación Mexicana de Cuidados Paliativos (AMECUP), Asociación Mexicana de Cuidados Paliativos y Algiólogos A.C. (AMECPA), Colegio Mexicano de Cuidados Paliativos A.C. otros organismos avalados por la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública y la Universidad Nacional Autónoma de México.⁽⁵⁾

Sólo dieciséis de las 102 facultades de medicina en México ofertan cursos sobre cuidados paliativos para estudiantes de medicina de pregrado y estos cursos son obligatorios en sólo dos de ellas, se cuenta también con cursos de alta especialidad y Subespecialidad en Medicina Paliativa, con reconocimiento universitario.⁽⁶⁾

Así mismo desde la publicación de estos acuerdos,⁽⁵⁾ se han sumado más universidades y hospitales en las distintas entidades federativas de nuestro país, así como grupos de cada vez mayor crecimiento en la formación profesional para la atención pediátrica, siendo en los últimos dos años el registro de más unidades con atención paliativa pediátrica.

Estas mismas organizaciones en sincronía con el gobierno federal son las encargadas de realizar distintas guías de manejo adecuadas para su aplicación a nivel de toda la República Mexicana, en el afán de ser incluyente con la población pediátrica.

En materia de acceso a medicamentos se creó una modificación en el 2020 al Compendio Nacional de Insumos para la Salud, en los que cada vez se incluyen más medicamentos de presentación pediátrica para el manejo y control de síntomas, y se incluyen nueve opioides en distintas presentaciones para el uso en el control de dolor como síntoma principal en el paciente terminal pediátrico.⁽⁷⁾

Actualmente poco más del 70% de las entidades federativas de la República Mexicana cuentan con al menos una unidad de atención paliativa que atiende pacientes pediátricos, estas unidades iniciaron su formación a partir del 2005 con el Instituto Nacional de Pediatría como pioneros con el Dr. Armando Garduño Espinoza como su principal líder⁽⁸⁾, de la misma manera las unidades del Hospital Civil Dr. Juan I Menchaca

con la Dra. Yuriko Nakashima Paniagua, se ha convertido en el principal grupo en el occidente de la República; y a partir de esas fechas se ha contado con un crecimiento notable de unidades que brindan atención paliativa a los niños y niñas en el país. Muchas de estas unidades iniciaron operaciones dirigidas en ocasiones por personal para adultos, pero cada vez se vuelven específicas para el paciente pediátrico integrando a sus filas a cada vez más especialistas en la rama pediátrica. ⁽⁶⁾⁽⁸⁾

A pesar de la promoción intensa que se realiza día con día de los cuidados paliativos en México, el alcance de sus beneficios a la población está muy lejos de compararse con los países desarrollados. Aunque se conocen las múltiples necesidades de los pacientes pediátricos que requieren el soporte de cuidados paliativos, para poder satisfacerlas, se requiere un enfoque de equipo multidisciplinario e interdisciplinario, lo cual se logra con capacitación constante en el área al personal de salud.

La necesidad de los cuidados paliativos en el país apremia, y dado que todos los seres humanos somos susceptibles de tener sufrimiento durante o al final de nuestras vidas, se requiere urgentemente que se dispongan los recursos necesarios para llevarlos a cabo, no basta el cúmulo de conocimientos, se necesita desarrollar una medicina con enfoque compasivo, que proporcione alivio del sufrimiento para los niños y sus familias.

Los cuidados paliativos son la oportunidad perfecta para entrelazar otras disciplinas como la bioética, el desarrollo humano, trabajo social, que permitan dignificar el estado de salud de las personas que lo necesiten.

BIBLIOGRAFIA

1. Sleeman K, de Brito M, Etkind S. et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Global Health* [internet]. 2019 [citado 10 enero 2021], 7: 83-92. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30172-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30172-X)
2. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2018 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>
3. Connors Stephen, ed. *Global Atlas of Palliative Care 2ª ed.* London UK, 2020 www.thewhpca.org
4. Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garraida E, Pons JJ, Centeno C (2021). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020*. Houston: IAHPC Press.
5. Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2016.
6. *Cuidar cuando no es posible curar*, Human Rights Watch. Octubre de 2014.
7. Consejo de Salubridad General. Grupo Terapéutico de los Cuidados Paliativos del Libro de Medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud. Ciudad de México, 29 de septiembre de 2020.
8. González C., Méndez J., Romero I., Bustamante J., Castro R., et al., "Cuidados Paliativos en México". *Revista Médica del Hospital General de México*, Vol. 75, Núm. 3, julio 2012; páginas 173-179.

CAPÍTULO II

MARCO JURÍDICO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

El derecho a recibir atención paliativa está reconocido de manera implícita en el texto constitucional, conjuntamente, encuentra su fundamento en principios y derechos contemplados en el marco normativo nacional e internacional.

La atención paliativa es un derecho humano que sostiene su existencia principalmente en la dignidad humana; en el derecho a la protección de la salud y a la integridad personal y en la protección contra tratos degradantes e inhumanos.

La OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), definen los cuidados paliativos pediátricos como el cuidado activo y total del cuerpo, mente y espíritu del niño con enfermedad que amenaza y/o limita su vida; estos cuidados deben:

- Comenzar desde el momento del diagnóstico junto con el tratamiento curativo, si éste existe;
- Incluir todos los cuidados de confort hacia el paciente;
- Valorar y realizar el tratamiento escalonado del dolor y otros síntomas molestos;
- Incluir un contacto temprano con el niño y la familia;

- Brindarse independientemente del pronóstico a corto plazo;
- Realizarse de preferencia mediante un equipo multidisciplinario;
- Incluir al niño y la familia en la toma de decisiones;
- Usar los recursos disponibles en la comunidad, y
- Ofrecerse en todos los escenarios de atención: hospitalario, ambulatorio, domiciliario, y seguimiento en el duelo.

Por la naturaleza de la población de niños, niñas y adolescentes se hace necesario proponer una Guía específica que la atienda promoviendo el principio del interés superior del menor. En este contexto, los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos en el paciente pediátrico, así como los procesos señalados en el presente documento, son obligatorios para los integrantes del Sistema Nacional de Salud.

Dentro de las disposiciones jurídicas que sustentan la atención paliativa en nuestro orden jurídico nacional, se encuentran:

- Las fracciones II y XXVII Bis del artículo 3o. de la Ley General de Salud, conforme las cuales, la atención médica y el tratamiento integral del dolor son consideradas materia de salubridad general;
- La fracción IV del artículo 33 de la Ley General de Salud determina que las actividades de atención médica paliativas incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario;
- Título Octavo Bis, De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal, de la Ley General de Salud;
- Capítulo VIII Bis Disposiciones para la Prestación de Servicios de Cuidados Paliativos, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica;
- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos;
- El Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de diciembre de 2014;
- El Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico, publicado el 14 de diciembre de 2016 en el Diario Oficial de la Federación, y
- Capítulo Noveno Del Derecho a la Protección de la Salud y a la Seguridad Social, del Título Segundo De los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Cabe destacar que, desde 2011 se incorporó el principio del interés superior de la niñez en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al especificar que: en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, reconoce principalmente su carácter de titulares de derechos, prevé que el interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera primordial, que tienen derecho a ser informados sobre sus derechos e insta a considerar la opinión y preferencia de las niñas, niños y adolescentes para la toma de decisiones que les concierne de manera directa conforme a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez.

Estos cuidados permiten que durante el avance de la enfermedad se mitigue el dolor, el sufrimiento y se atiendan aspectos psicológicos, sociales y espirituales para preservar en todo momento la dignidad del paciente y su calidad de vida, esto en virtud de que "la medicina no solo debe estar dirigida a salvar la vida de los pacientes, sino que también busca mejorar la calidad de vida de los mismos" ⁽⁷⁾ entendiendo además que, la medicina paliativa no excluye la atención curativa.

En 2014, en la que fue la primera resolución de ámbito mundial sobre cuidados paliativos (resolución 67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud) se instó a la OMS y a sus Estados miembros a mejorar el acceso a los cuidados paliativos como componente central de los sistemas de salud, haciendo hincapié en la atención primaria y la atención comunitaria y domiciliaria. ⁽⁷⁾

El tratamiento de dolor como un derecho humano, fue aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud 2005 WHA 58-22 y establecido en 2010, también valorándose así en la Carta de Montreal. De tal manera que, al ser parte del cuidado paliativo, éste ha sido reconocido y ratificado como derecho humano por la OMS, Carta de Praga, 2014. (WHA 67-19).

Los tratados internacionales en relación con el acceso a cuidados paliativos que México ha suscrito y tienen carácter vinculante incluyen:

- Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos;
- Principios II y IV de la Declaración de los Derechos del Niño;
- Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;
- Artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos;
- Artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador";
- Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, y
- Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Bajo este panorama, la implementación de los cuidados paliativos en pediatría es la estrategia adecuada para atender el sufrimiento con un enfoque centrado en el paciente y su familia, promoviendo la calidad de vida y considerando la muerte como un proceso natural.

El respeto a la autonomía del paciente pediátrico implica comprensión de su situación, la intención de las intervenciones y la implicación de la toma de decisiones en su calidad de vida; así como asegurar su capacidad para expresar sus ideas y preferencias.

El menor tiene derecho a elegir en función del desarrollo de sus capacidades, por lo que se reconoce un proceso de adquisición de autonomía progresiva vinculada con su desarrollo.

Ante la incapacidad legal de los niños y las niñas, las decisiones deberán ser consensuadas y autorizadas por los padres o tutor legal, a falta de ellos, se podrá solicitar a un juez, de acuerdo con las disposiciones civiles aplicables, atendiendo siempre al interés superior del menor. El adolescente deberá ser considerado para la toma de decisiones y dar consentimiento en función de su madurez y competencia.

En todos los casos existe la obligación de los padres, tutores y personal de salud de informar y explicar al paciente en términos claros acorde a su desarrollo la información respecto del tratamiento que recibirá y a considerar su asentimiento, opinión y preferencia sobre los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, tomando en cuenta su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez.

El reto para el personal de salud es poder ofrecer al paciente pediátrico y su familia, equilibrio entre las diferentes opciones terapéuticas posibles a lo largo de la evolución de la enfermedad, el impacto en calidad de vida del paciente y las preferencias del menor y su familia. De igual manera, valorar de forma progresiva durante la trayectoria de la enfermedad las circunstancias y escenarios de atención para facilitar la toma de decisiones informadas y consensuadas, así como vigilar la seguridad en su atención, evitando situaciones de riesgo que incurran en abandono, futilidad u obstinación terapéutica.

Todas las acciones realizadas en el contexto de atención paliativa deberán ser plasmadas por escrito en el expediente clínico conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley General de Salud. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación. Febrero 7 de 2022. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
2. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Servicios de Atención Médica. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de julio de 2018. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf
3. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014
4. Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General; declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de diciembre de 2014, http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377407&fecha=26/12/2014

5. Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2016. http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/slider/Acuerdo_manejo_cuidados_paliativos_pediatricos.pdf
6. Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, consultada el 05-08-2021, pp. 38-43. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2021-01/Ley_GDNNA.pdf
7. Resolución 67.19 Asamblea Mundial de Salud. Fortalecimiento de los Cuidados Paliativos Como Parte del Tratamiento Integral a lo Largo de la Vida, novena sesión plenaria, 24 de mayo de 2014, comisión B, tercer informe. Internet. Consultado el 05-08-2021. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf

CAPÍTULO III

LA ATENCIÓN PALIATIVA PEDIÁTRICA

3.1 DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Cuidados paliativos pediátricos son aquellos que previenen, identifican y tratan el sufrimiento en los niños con enfermedades crónicas, progresivas y avanzadas, en sus familias y en los equipos que los atienden. Son adecuados en cualquier etapa de la enfermedad y ofrecen más beneficios cuando se proporcionan tempranamente junto con otros tratamientos dirigidos a curar o controlar la enfermedad de base.

No deben limitarse exclusivamente a los últimos días de vida sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familia con un mayor enfoque en aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo, en cuyo caso es ideal su instrumentación desde el diagnóstico de la enfermedad.

La definición de cuidados paliativos de la OMS, adaptada para pediatría, dice que éstos constituyen “un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que afrontan una enfermedad que amenaza la vida de un niño, a través de la prevención y alivio del sufrimiento”. Para ello se requiere de “la identificación temprana, la evaluación precisa, y el tratamiento adecuado del dolor y otros problemas físicos, psicosociales, y espirituales”.⁽¹⁾

En la actualidad, los avances en el desarrollo de nuevos tratamientos y los abordajes técnicos hacen posible que algunos niños con enfermedades graves desde la etapa neonatal y pediátrica vivan más tiempo, lo que demuestra que mejora la tasa de supervivencia. Disminuyendo de manera importante la mortalidad, con excepción de aquellas enfermedades que son incurables desde su diagnóstico, teniendo un pronóstico extremadamente malo para la vida; pero que pueden sobre vivir por tiempo prolongado con tratamientos que controlan las exacerbaciones, manteniendo una buena calidad de vida y permitiendo la participación en actividades de la vida diaria.

Es difícil identificar el punto en donde el tratamiento se hace exclusivamente paliativo y el principal reto para los médicos y el equipo multidisciplinario que debe de proporcionar este tipo de tratamiento.

Es importante destacar que el grupo de lactantes menores de 1 año representa un tercio de los pacientes con enfermedades limitantes para la vida, donde se concentran patologías como: cardiopatías, daño pulmonar y daño neurológico.⁽²⁾

En este grupo es donde la toma de decisiones resulta más difícil porque la evolución de la enfermedad puede presentar una amplia variabilidad.⁽³⁾

3.2 HISTORIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

La OMS definió en 1990 los Cuidados Paliativos (CP) como: el “cuidado integral” de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Su meta era lograr la mejor calidad de vida posible en los pacientes y en sus familias. En ese entonces, se consideró hacer una distinción entre intervenciones curativas y paliativas, reservando la paliación a un estado de terminalidad.

Lo anterior derivó en dificultad para la toma de decisiones respecto a la transición, dada la exclusión entre los dos tipos de intervenciones terapéuticas. Como alternativa en 1993 el Children 's Hospice International introdujo un nuevo concepto en los CP: Administrar tratamiento curativo y paliativo simultáneamente ajustando el grado de intervención a la respuesta médica que el paciente iba presentando, facilitando junto al tratamiento con finalidad curativa, la terapia de apoyo necesaria para poder sobre enfrentar lo mejor posible la evolución y desenlace en caso de ser letal. Los cuidados paliativos no serían por tanto excluyentes como en un principio se percibió.

En 1998 la OMS siguió insistiendo en que la meta principal de los Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP), era lograr la máxima calidad de vida en el paciente y en su familia, independiente de la fase de la enfermedad. Consideró imprescindible el control del dolor y de los síntomas acompañantes, ocasionados no sólo por la enfermedad en sí misma, sino también por los problemas psicológicos o sociales presentes. Desde entonces, recomienda administrar tratamiento curativo y terapias complementarias necesarias para un tratamiento holístico del niño y de su familia. Enfatizando que los CPP deberían comenzar desde que se diagnostica una enfermedad grave con alto riesgo de muerte y que se debería proseguir con ellos, independientemente de que el niño reciba o no, tratamiento dirigido a la curación.

De forma similar, la Academia Americana de Pediatría, en el año 2000, propuso un modelo integral de CPP, que se iniciarían en el momento del diagnóstico y continuarían a lo largo de la enfermedad, con independencia del resultado.

Tradicionalmente el paciente que se incluía en los programas de CP era el paciente en fase terminal definido como aquel que presentaba estas características:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Sin embargo, esta definición dejaba fuera a muchos pacientes que pueden beneficiarse de recibir un manejo integral dentro de un programa de CPP, por ello la insistencia en la actualidad de incluir los pacientes desde el diagnóstico de una enfermedad ya sea amenazante o limitante para la vida.

3.3 DEFINICIONES DE IMPORTANCIA PARA EL TEMA

Enfermedades amenazantes para la vida (EAV): Definidas como aquellas en las cuales existe el riesgo de morir. Si bien es un término corriente, se debe reconocer que el sólo hecho de padecer una EAV no define la necesidad de cuidados paliativos. Para cada niño ésta dependerá del desarrollo particular de la EAV y del contexto familiar y social. Por tanto, esta categorización resulta de poca ayuda a la hora de planificar acciones sanitarias, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud recomiende el abordaje multidisciplinar desde el diagnóstico de la enfermedad.

Enfermedad crónica compleja: incluye a niños médicamente complejos o niños con patología crónica compleja. Los cuales tienen alguna condición médica que puede esperarse razonablemente que dure al menos 12 meses (a menos que se produzca el fallecimiento) e involucre a diferentes sistemas o a un solo sistema, pero lo suficientemente grave como para requerir atención pediátrica especializada y probablemente, un cierto periodo de hospitalización en un centro de atención terciaria.

Hace referencia, al paciente portador de una enfermedad de larga evolución (años) que finalmente puede ser letal. En su evolución puede sufrir varios episodios agudos, que no tratados conducen a la muerte, pero que en el mejor de los casos una vez superados pueden dejar al paciente cada vez más cerca del final de su vida. Estos episodios son potencialmente terminales. ^(2,4)

Enfermedad Limitante para la Vida en etapa inicial: se trata de una patología que, no tiene posibilidades razonables de curación, es progresiva y se prevé que ocasionará una muerte prematura, sin embargo, a pesar del pronóstico sombrío de la enfermedad a mediano y largo plazo, el paciente aún se encuentra en buenas condiciones médicas generales, con participación en actividades de la vida diaria y adecuada funcionalidad ^(3,4).

Enfermedad Limitante para la Vida en etapa Avanzada: Enfermedad incurable, progresiva, con un pronóstico vital limitado, que se encuentra con gran deterioro físico, funcional, emocional del paciente y los cuidadores, ocasionando incapacidad para realizar actividades de la vida diaria con empeoramiento franco de la calidad de vida e incremento en la dependencia de sus cuidadores.

- “No tiene posibilidad razonable de cura”: posibilidad menor a 50% de curarse; y
- Muerte prematura: morir antes de los 30 años cumplidos. ⁽⁵⁾

Enfermedad Terminal: Se refiere a una enfermedad letal. Este término debería aplicarse solo a aquellos enfermos en quienes la experiencia indica que podrían morir en un plazo relativamente corto de tiempo, medido en días, semanas o meses. Cumpliendo criterios específicos según la enfermedad.

Etapa Preagónica: Etapa previa a la agonía que puede considerarse según la escala de Nova (consta de cinco ítems, los criterios utilizados en la escala son: estado mental, incontinencia, movilidad, nutrición y actividad) a menor puntuación, mayor riesgo de muerte.

Etapa Agónica: Implica la presencia probable de la muerte. Dicha etapa abarca desde las últimas siete a cero horas de vida antes de la muerte.

Ciertas condiciones clínicas indican deterioro severo de los órganos por lo que la muerte podría esperarse en el transcurso de horas. Según la escala de Mentem (incluye criterios objetivos para realizar el diagnóstico de agonía) con más de 4 puntos el paciente entra en etapa agónica.

3.4 CATEGORÍAS DE ENFERMEDADES LIMITANTES PARA LA VIDA Y AMENAZANTES PARA LA VIDA

A continuación, se enumera las cuatro categorías en las que pueden agruparse las patologías susceptibles de recibir cuidados paliativos. El diagnóstico es solo parte del proceso, el espectro de las enfermedades, la severidad de la enfermedad, las complicaciones subsecuentes y las necesidades del paciente y su familia deben de considerarse siempre.

Grupo 1.- Enfermedades amenazantes para la vida, para las cuales el tratamiento curativo es posible, pero puede fracasar. Ejemplo: el cáncer, algunas insuficiencias orgánicas susceptibles del trasplante. **Grupo 2.-** Enfermedades donde la muerte prematura es inevitable, los tratamientos intensivos pueden prolongar la calidad de vida y permitir participar en actividades de la vida diaria. Ejemplo: fibrosis quística, distrofia muscular.

Grupo 3.- Enfermedades progresivas sin opciones de tratamiento curativo, donde el tratamiento es exclusivamente paliativo y puede proporcionarse durante varios años. Ejemplo: Mucopolisacaridosis.

Grupo 4.- Enfermedades irreversibles, pero no progresivas, que causa severas discapacidades haciendo al paciente más susceptible a complicaciones médicas y provocando la muerte prematura. Ejemplo: parálisis cerebral infantil. ^(6,7)

3.5 GENERALIDADES DE LA ATENCIÓN PALIATIVA PEDIÁTRICA

El éxito de un equipo de cuidados paliativos pediátricos (CPP) radica en su capacidad para detectar lo bastante oportuno los síntomas y situaciones emocionales y sociales que rodean al paciente que cursa con una enfermedad amenazante o una enfermedad limitante para la vida, principalmente en el final de esta, esto se logra a través de una evaluación integral, sistemática y dinámica del menor y su entorno.

Permanecer asintomático o con los menores síntomas posibles, vivir en el domicilio, mantener la escolarización y las relaciones con los seres queridos, son tan solo algunos de los objetivos que suelen ir dirigidos a respetar el interés superior del menor, o lo que es lo mismo: tratar al niño como persona y priorizar sus intereses a los de los profesionales o la familia.

Para lograr el objetivo anterior, es menester poseer diversas habilidades y capacidades como: escuchar, reconocer, analizar, comunicación eficiente y habilidad para ofrecer recursos de apoyo. El tener una evaluación impecable, resulta un abordaje integral por parte del equipo interdisciplinar tanto del enfermo, de la familia y cuidadores principales.

Los principales objetivos en la Atención Paliativa Pediátrica son:

1. Comunicación y relación entre el personal de la salud, el niño y su familia;
2. Historia Clínica Pediátrica para recabar toda la información con respecto a la evolución de la enfermedad, los tratamientos previamente recibidos, la sintomatología que presenta el paciente con una semiología estricta y en caso de que el niño no tenga la capacidad de comunicación por su edad, o por su limitación secundaria a discapacidad neurológica, interrogar de manera exhaustiva a los padres o cuidadores principales;
3. Clasificar y estadificar la enfermedad;
 - Enfermedad amenazante para la vida;
 - Enfermedad limitante para la vida. (Antes llamada condición clínica compleja);
 - Enfermedad limitante para la vida en etapa incurable inicial;
 - Enfermedad limitante para la vida en etapa incurable avanzada; y
 - Enfermedad terminal en etapa preagónica o agónica.

4. Detectar necesidades: Físicas, psíquicas, funcionales, familiares, sociales y espirituales;
5. Tener prioridad en los problemas que presenta el paciente;
6. Tener un plan de acción y fijar metas terapéuticas;
7. Seguimiento por la consulta externa, la visita domiciliaria, telemedicina y centro de atención telefónica para la monitorización constante; y
8. Evaluar los resultados, para continuar con el control de la sintomatología o realizar ajustes al tratamiento.

Los Cuidados Paliativos Pediátricos consisten en la atención activa de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del niño, niña o adolescente con enfermedad incurable y apoyo a su familia y/o cuidador primario. Se inician en el momento del diagnóstico de una enfermedad amenazante para la vida, continúan durante toda la enfermedad del niño, niña o adolescente, independientemente de que reciba tratamiento específico para su enfermedad, y se mantienen durante el proceso de duelo, apoyo a la familia. Tienen como objetivo velar por el mejor interés del niño, niña o adolescente y proteger sus derechos.⁽⁸⁾ Los cuidados paliativos pediátricos generan las condiciones necesarias para permitir la creación de una atmósfera de integridad con la finalidad de curación o de bienestar hasta el fin, traducido este último en calidad de vida en el trayecto de cualquiera de estos dos caminos y donde se incluye a la familia.

La atención paliativa se basa en la administración de tratamientos farmacológicos, planificación de estrategias terapéuticas incluyendo rehabilitación física, cuidados de enfermería, la atención psicológica, espiritual y otras terapias. Incluye la atención de las necesidades sociales, educativas y espirituales de forma adaptada a las necesidades de cada paciente en cada momento de su vida.⁽⁹⁾

Los cuidados paliativos comienzan en el diagnóstico de la enfermedad amenazante o limitante para la vida mediante el enfoque paliativo. Con el enfoque paliativo, el pediatra debe aceptar la irreversibilidad del proceso del paciente y la posibilidad de fallecimiento como acontecimiento natural, sin privar al paciente de lo que necesita para estar bien.⁽¹⁰⁾ El enfoque paliativo debe ser ofrecido por todos los médicos pediatras y sub especialistas involucrados en la atención del niño, niña y adolescente. Algunos especialistas pediátricos atienden a un mayor número de pacientes al final de su vida, al ejercer su trabajo en especialidades como la Neonatología, Cuidados Intensivos, Oncología o Neurología. En estas situaciones, los cuidados paliativos generales permiten optimizar el control de síntomas, atender a la familia para mejorar la toma de decisiones y facilitar su adaptación al duelo.

Los cuidados paliativos específicos son los ofrecidos por unidades con formación específica y dedicación exclusiva a los cuidados paliativos. Consisten, además de lo anterior, en el control de síntomas difíciles, en la colaboración en la toma de decisiones complejas teniendo en cuenta el interés superior del niño, sus necesidades y problemas, y en el acompañamiento a la familia durante la vida y tras la muerte del niño, niña o adolescente.⁽¹¹⁾

3.6 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PALIATIVA

El establecimiento y desarrollo de servicios de cuidados paliativos pediátricos es indispensable con base en lo dispuesto por la ley y dada la necesidad de hacer valer un derecho moral y humano para la atención de los pacientes pediátricos con una enfermedad limitante para la vida y para su familia.

La implementación de estos servicios deberá estar conformada por personal capacitado e interesado en esta área, en un espacio físico adecuado y con los recursos materiales suficientes.

Implementar un plan de CPP adecuado requiere la confluencia de múltiples factores. Debe realizarse con base en un plan de metas establecido en conjunto con el paciente (si su edad lo permite), la familia y el equipo médico encargado, tanto para fines curativos como paliativos. Una intervención exitosa requiere de un equipo interdisciplinario, puesto que un solo profesional únicamente abarcará un área de atención y no bastará para cubrir las necesidades del niño y su familia.⁽¹²⁾

Además, se requiere que el equipo médico tenga una relación de confianza con el niño y la familia, para así abrir canales de comunicación efectivos, sin lo cual una intervención exitosa no es posible. Este es quizás uno de los pilares más importantes del CPP, puesto que aspectos culturales y sociales, sumados a un desconocimiento de esta temática, sus alcances y sus métodos, en ocasiones lleva a que los padres de pacientes con enfermedades susceptibles de CPP se nieguen a recibir dicho manejo.^(13,14)

El deseo del paciente, la edad del niño y el estado de salud general son puntos fundamentales para considerar con respecto al tratamiento, las pruebas diagnósticas y otros procedimientos terapéuticos que pudieran realizarse. La información debe ser clara y suficiente para el niño, niña o adolescente y su familia, respetando las creencias e ideologías que puedan interferir con la implementación del manejo paliativo.

Si los deseos de la familia y el niño, niña o adolescente son acordes a la implementación de CPP, el equipo médico debe dar apoyo a la familia incluso después del deceso del niño niña o adolescente, para asegurar que esta realice un duelo adecuado. Este manejo integral, el cual incluye aspectos físicos, sociales y espirituales, explica la necesidad de tener un equipo estructurado e interdisciplinario que debe incluir profesionales que satisfagan cada una de las necesidades que el paciente y su familia puedan presentar en cada campo. ⁽¹⁵⁾

Respecto a los criterios de inclusión de un paciente a la atención paliativa pediátrica, como se mencionó previamente, deben ser atendidos todos aquellos que se encuentren con enfermedades limitantes para la vida y aquellos con enfermedades amenazantes para la vida cuya severidad, progresión o falta de respuesta al tratamiento los hace susceptibles de recibir atención paliativa.

Este tipo de servicio deberá estar implementado en los tres niveles de atención médica, priorizando el primer nivel, favoreciendo la atención a domicilio, mediante un sistema eficiente de referencia y contra referencia. ^(25, 26)

Nivel primario de cuidados paliativos pediátricos. Está dirigido a niños con enfermedades relativamente frecuentes y menos graves, donde los principios de los cuidados paliativos pediátricos son llevados a cabo por todos los profesionales sanitarios.

Segundo nivel de cuidados paliativos pediátricos. Dirigido a casos más complejos, que requieren la intervención de personal de atención primaria y hospitalario, que, aunque no se dedica exclusivamente a los servicios de cuidados paliativos pediátricos, posee habilidades específicas determinadas por estándares reconocidos.

Tercer nivel o nivel especializado de cuidados paliativos pediátricos. Dirigido a enfermedades y situaciones muy complejas que requieren cuidados continuados por profesionales que trabajan de manera exclusiva en el sector de los cuidados paliativos pediátricos; miembros de un equipo interdisciplinario especializado.

Para la organización de servicios específicos de cuidados paliativos pediátricos deben considerarse dos entornos potenciales de cuidados: el domicilio y el medio hospitalario.

3.7 ATENCIÓN DOMICILIARIA

Los cuidados centrados en la familia, proporcionados en el domicilio, son el objetivo de los cuidados paliativos pediátricos; es lo que la mayoría de las familias quieren y tienen un impacto positivo en la calidad de vida del niño, niña o adolescente. ⁽¹⁶⁾ Las ventajas de la atención domiciliar son muchas. La atención a domicilio disminuye enormemente la sensación de miedo, aislamiento y desamparo. Permite al niño, niña o adolescente, participar en las actividades de la familia y le ofrece importantes oportunidades de comunicación y socialización. También permite a otros miembros de la familia compartir las responsabilidades de los cuidados. Sin embargo, hay que considerar que, para algunos niños o familias, la atención a domicilio puede que no sea la mejor opción.

La atención domiciliar requiere la implicación de un equipo multidisciplinar que apoye a la familia. Tiene que haber accesibilidad a un experto en cuidados paliativos pediátricos 24 horas al día, a programas de atención hospitalaria inmediata si fuera necesario. Es esencial que exista un “profesional clave” para coordinar los cuidados del niño con la familia, con el personal de atención primaria, con el hospital de segundo nivel y con los centros especializados. ^(17,18)

Existen dos principales modelos asistenciales que proporcionan cuidados en el domicilio son:

Cuidados dependientes de un hospital. Cuando un equipo perteneciente a un centro terciario pediátrico continúa atendiendo al niño tras el alta hospitalaria. El equipo con frecuencia está compuesto por enfermeras especializadas, un médico especialista, un médico residente, un psicólogo, un especialista en bioética clínica y personal administrativo. Todos ellos trabajan estrechamente con otros equipos del hospital, incluyendo la unidad de dolor crónico, equipos de enfermedades específicas, la unidad de cuidados intensivos (UCIN/UCIP) (la mayoría de los niños mueren durante el primer año de vida), otros hospitales, hospices, médicos de familia, servicios sanitarios locales de atención primaria y colegios. ⁽¹⁹⁾

Cuidados dependientes de la atención primaria. Cuando un equipo de atención primaria cuida del paciente y la familia. Esta opción permite al niño llevar una vida familiar y social normal; ofrece la posibilidad de una amplia cobertura geográfica y la prestación de servicios multidisciplinarios. Sin embargo, esta opción puede sufrir las consecuencias de la discontinuidad del tratamiento hospitalario, unos recursos insuficientes y unas habilidades inadecuadas. El éxito de este modelo de cuidados depende de la comunicación y la interacción entre los servicios hospitalarios y los comunitarios, de la formación en cuidados paliativos pediátricos del personal de atención primaria, del entrenamiento de la familia para acudir a los servicios de la comunidad y de la disponibilidad de suministros y equipos médicos. Los equipos de atención primaria deben poder llamar a un equipo de cuidados paliativos pediátricos especializado y experimentado cuando lo necesiten. ⁽²⁰⁾

Los cuidados a domicilio no siempre son posibles; en casos especialmente complejos, por motivos de agotamiento, estrés emocional o razones logísticas o de organización, son necesarias soluciones transitorias. Estas soluciones para niños con enfermedades que limitan o amenazan su vida pueden prestarse principalmente en tres entornos de cuidados; unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, unidades de urgencias y cuidados intensivos y, más recientemente, en unidades de hospitalización de cuidados paliativos pediátricos. ⁽²¹⁾

Unidades Hospitalarias de segundo y tercer nivel: estos tienen la ventaja de que se dedican al manejo de casos raros y complejos en un entorno adecuado a las necesidades del niño y la familia. Al cubrir amplias áreas geográficas, tienen el suficiente número de pacientes para desarrollar la experiencia y los recursos específicos de manera que sean económicamente viables. Tienen la desventaja de separar al niño de su hogar.

Salas de urgencias o unidad de cuidados intensivos en hospitales: por su naturaleza, misión y organización éste no es el lugar ideal para proporcionar cuidados paliativos a niños sin embargo en la actualidad estas áreas no deben representar un límite para la administración de cuidados paliativos pediátricos ya que se ha demostrado que los niños con enfermedades crónicas que mueren en estas áreas tienen más probabilidades de haber recibido ventilación mecánica y hospitalización durante períodos más prolongados antes de su muerte. ⁽²²⁾

Unidades de hospitalización de cuidados paliativos pediátricos: estos “hospices” dentro de un hospital ofrecen cuidados paliativos especializados desde el diagnóstico, a lo largo de los diferentes periodos de la enfermedad que avanza e incluyendo las últimas fases de la enfermedad.

Debido a que cada uno de los modelos organizativos mencionados anteriormente tiene limitaciones, la mayoría de los actuales programas de cuidados paliativos pediátricos adoptan una combinación de las soluciones descritas. Son módulos dentro de una red única, en la que varias organizaciones de salud pública trabajan con otras para prestar cuidados continuos, de forma flexible, a lo largo del curso de la enfermedad. Las familias pueden acceder a los diferentes entornos de cuidados dentro de la red de acuerdo a las necesidades del niño y la familia. Pueden facilitarse distintas opciones de cuidados limitadas en el tiempo, dependiendo de la enfermedad del niño y de la situación clínica en un momento dado. El equipo específico de cuidados paliativos pediátricos actúa como referente para todos los profesionales dentro de la red; este modelo de atención sanitaria ofrece un alto nivel de competencia y un gran apoyo para la familia. Varios estudios internacionales reconocen que las redes específicas de cuidados paliativos pediátricos que cubren amplias áreas y que combinan tanto la atención domiciliaria como la hospitalaria ofrecen el modelo de atención sanitaria más efectivo, eficiente y sostenible para los niños con enfermedades incurables y sus familias. ^(23,24)

BIBLIOGRAFÍA

1. Hui D, De La Cruz M, Mori M, Parsons HA, Kwon JH, Torres-Vigil I, et al. Concepts and definitions for “supportive care,” “best supportive care,” “palliative care,” and “hospice care” in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Support Care Cancer*. marzo de 2013;21(3):659-85.
2. Burke RT, Alverson B. Impact of Children With Medically Complex Conditions. *PEDIATRICS*. 1 de octubre de 2010;126(4):789-90.
3. Goldhagen J, Fafard M, Komatz K, Eason T, Livingood WC. Community-based pediatric palliative care for health related quality of life, hospital utilization and costs lessons learned from a pilot study. *BMC Palliat Care*. diciembre de 2016;15(1):73.
4. Hain R, Devins M, Hastings R, Noyes J. Paediatric palliative care: development and pilot study of a ‘Directory’ of life-limiting conditions. *BMC Palliat Care*. diciembre de 2013;12(1):43.
5. Lenton S, Stallard P, Lewis M, Mastroyannopoulou K. Prevalence and morbidity associated with non-malignant, life-threatening conditions in childhood: Lenton *et al*. *Child: Care, Health and Development*. septiembre de 2001;27(5):389-98.
6. RUBIO JV, GARCÍA MA. Cuidados paliativos pediátricos. *Bol Pediatr*. 2012; 52:131-45.
7. Berry JG, Agrawal R, Kuo DZ, Cohen E, Risko W, Hall M, et al. Characteristics of Hospitalizations for Patients Who Use a Structured Clinical Care Program for Children with Medical Complexity. *The Journal of Pediatrics*. agosto de 2011;159(2):284-90.
8. Jerrell JM, Shuler CO, Tripathi A, Black GB, Park Y-MM. Long-Term Neurodevelopmental Outcomes in Children and Adolescents With Congenital Heart Disease. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 22 de octubre de 2015 [citado 12 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://www.psychiatrist.com/PCC/article/Pages/2015/v17n05/15m01842.aspx>

9. ACT (Organization), Royal College of Paediatrics and Child Health. A guide to the development of children's palliative care services: update of a report. Bristol: ACT; 2003.
10. Watson MS. Manual Oxford de cuidados paliativos. Madrid: Aula Médica; 2008.
11. Graham F, Clark D. WHO definition of palliative care. *Medicine*. febrero de 2008;36(2):64-6.
12. Pinto MJV. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia ya la adolescencia [BOE n.º 175, de 23-VII-2015] y Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia ya la adolescencia [BOE. AIS: *Ars Iuris Salmanticensis*. 2016;4(1):242-5.
13. Caruso Brown AE, Howard SC, Baker JN, Ribeiro RC, Lam CG. Reported Availability and Gaps of Pediatric Palliative Care in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Published Data. *Journal of Palliative Medicine*. diciembre de 2014;17(12):1369-83.
14. Williams-Reade J, Lamson AL, Knight SM, White MB, Ballard SM, Desai PPP. Paediatric palliative care: a review of needs, obstacles and the future. *J Nurs Manag*. enero de 2015;23(1):4-14.
15. Johnson L-M, Snaman JM, Cupit MC, Baker JN. End-of-Life Care for Hospitalized Children. *Pediatric Clinics of North America*. agosto de 2014;61(4):835-54.
16. Unidas N. Convención sobre los Derechos del Niño. 1989;
17. Río JA del. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (II). Josefina Alventosa del Río La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (II) En: *Revista Española de Drogodependencias*, 2003, Vol 28, no 4. 2003;
18. Bradford N, Herbert A, Mott C, Armfield N, Young J, Smith A. Components and Principles of a Pediatric Palliative Care Consultation: Results of a Delphi Study. *Journal of Palliative Medicine*. noviembre de 2014;17(11):1206-13.
19. Gade G, Venohr I, Conner D, McGrady K, Beane J, Richardson RH, et al. Impact of an Inpatient Palliative Care Team: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Palliative Medicine*. marzo de 2008;11(2):180-90.
20. Health ID of, Children. A palliative care needs assessment for children. Department of Health and Children; 2005.
21. Hynson JL, Gillis J, Collins JJ, Irving H, Trethewie SJ. The dying child: how is care different? *Medical Journal of Australia* [Internet]. septiembre de 2003 [citado 12 de septiembre de 2021];179(S6). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05571.x>
22. Consortium YHE, others. Independent Review of Palliative Care Services for Children and Young People: Economic Study. Final Report York: York Health Economics Consortium. 2007;
23. Eaton N. Children's community nursing services: models of care delivery. A review of the United Kingdom literature. *J Adv Nurs*. 2000; 32(1):49-56.
24. Ramnarayan P, Craig F, Petros A, Pierce C. Characteristics of deaths occurring in hospitalised children: changing trends. *Journal of Medical Ethics*. 2007;33(5):255-60.
25. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana. NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de diciembre de 2014. <http://www.dof.gob.mx.fecha=09/12/2014>
26. Julio V, Vacarezza M, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la Salud. *Arch. Med Int*. 2011;33(1):7-11. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03>.

CAPÍTULO IV

MODELOS DE PROVISIÓN DE LA ATENCIÓN PALIATIVA PEDIÁTRICA

4.1 INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el objetivo del plan de atención del paciente en cuidados paliativos es el de organizar la prestación de la atención médica para el paciente con enfermedad avanzada, cuando los tratamientos con fines curativos no pueden aportar beneficios en términos de supervivencia ni calidad de vida.

Se pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes y de su familia, cuando afrontan los problemas relacionados con una enfermedad potencialmente mortal que deterioran la función y el desempeño; atendiendo los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales propios y de su entorno, con medidas de promoción, prevención, rehabilitación y cuidado para el control de síntomas, garantizando la continuidad durante el proceso de la enfermedad.

Se fundamenta en los estándares de cobertura, equidad, calidad y humanismo.

Los objetivos generales incluyen proporcionar las mejores condiciones de vida de los enfermos en situación terminal y/o paliativa a sus familias, de manera racional, planificada y eficiente, garantizando los cuidados paliativos según los principios rectores del Sistema Nacional de Salud.

1. Proporcionar atención integral de calidad favoreciendo la integración de la consejería familiar y asesoría telefónica;
2. Facilitar un modelo de trabajo que permita el abordaje interdisciplinar de las necesidades del paciente, así como la coordinación con otros sectores implicados;
3. Fomentar redes integradas de atención en cuidados paliativos basados en la atención por niveles de complejidad adaptada a las necesidades clínicas y preferencias del paciente;
4. Favorecer la toma de decisiones consensuada con el paciente y la familia que afectan el estado de salud en el momento actual y en situaciones futuras;
5. Fomentar la incorporación organizada de la familia, cuidadores y voluntarios en la atención y cuidado de la persona en situación avanzada y terminal;
6. Impulsar la formación continua de recurso humano en cuidados paliativos, apoyar el desarrollo de la investigación en el campo y su divulgación;
7. Asegurar el desarrollo e implementación de estándares para la atención adecuada en cuidados paliativos, que permitan la generación de indicadores de monitoreo y evaluación del plan; y
8. Desarrollo de indicadores de procesos, calidad y resultado en cuidados paliativos con fines de evaluación.

La implementación del plan de atención del paciente en cuidados paliativos se contempla en los tres niveles de atención considerando:

- Educación, capacitación y difusión. Esto a través de programas permanentes a profesionales de la salud y disciplinas afines, así como la elaboración, actualización e implementación de las normas, acuerdos, guías y algoritmos de cuidados paliativos;
- Fomentar la creación de recursos humanos para la atención de cuidados paliativos, necesaria para proporcionar calidad, efectividad y eficiencia; y
- Desarrollar la infraestructura necesaria para la atención de los pacientes en cuidados paliativos.

Asimismo, las funciones fundamentales de los equipos de apoyo en cuidados paliativos son:

- Atención directa de enfermos y familias, apoyo y consulta a otros equipos, formación y coordinación de recursos;
- Evaluación y tratamiento de los síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales;
- Definir e implementar con los pacientes y familiares los objetivos del plan de cuidados paliativos, y
- Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente.

La aplicación del plan de atención del paciente en cuidados paliativos en los servicios de salud deberá ser escalonada.

Todos los pacientes con enfermedades limitantes para la vida son susceptibles de ser atendidos con criterios de cuidados paliativos. La atención reside en las redes coordinadas de atención médica. Sin embargo, determinadas situaciones, por su complejidad, requerirán de servicios específicos de cuidados paliativos, en el domicilio u hospitalarios.

La intervención de los equipos específicos debe basarse en principios de efectividad y eficiencia, y debe reservarse para la atención de enfermos y situaciones de alta complejidad, promoviendo la capacidad de resolución de los recursos convencionales (mediante la formación, la interconsulta y la atención compartida).

Los pacientes con necesidades de atención paliativa, son personas con una enfermedad limitante para la vida y sus familias, en los que predominan las necesidades relacionadas con la calidad de vida (síntomas físicos, emocionales, impacto social, espiritual), con pronóstico de vida limitado.

A continuación, se citan algunas características que se sugiere considerar para la atención de los pacientes, según nivel de atención.

Atención en primer nivel

- Pacientes con una enfermedad limitante para la vida en estadio avanzada que elija permanecer en su domicilio con familia capaz de brindar atención;
- Recursos específicos: equipos básicos (médico tratante, enfermera) o completos si se dispone de otros profesionales de la salud (psicólogos, odontólogos, nutriólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales u otros); e
- Infraestructura: centro de salud (personal adscrito) y dependiendo de la cobertura un centro de atención telefónica disponible las 24 horas.

Actividades:

- Favorecer la atención domiciliaria;
- Mejorar el acceso para la continuidad de la atención;
- Atención al duelo familiar en donde se cuente con personal calificado;
- Contar con un equipo consultor de apoyo con formación en cuidados paliativos, en el segundo nivel de atención y Coordinación entre niveles asistenciales; y
- Referencia y contrarreferencia: un paciente en enfermedad terminal puede pasar de una modalidad a otra y de un nivel de atención primaria al nivel terciario, dependiendo de las necesidades que presente.

Los pacientes pueden ser:

- Captados por equipos de salud;
- Captados por demanda espontánea de los mismos o sus familiares cumpliendo con las condiciones señaladas previamente, para ser atendidos por los equipos de cuidados paliativos existentes; y
- Referidos por unidades de cuidados paliativos hospitalarios o por otro médico.

Las personas con enfermedad avanzada en fase terminal podrán pasar de una modalidad a otra dependiendo de su evolución clínica y los cambios que se den en su entorno.

El mecanismo de referencia y contrarreferencia se empleará para dar seguimiento y continuidad al proceso.

Atención en segundo nivel

- Contar con criterios de intervención de los equipos específicos;
- Factores en relación con el paciente: dificultad en el control sintomático (por ejemplo: disnea, hemoptisis, estado confusional, dolor neuropático o mixto de mal pronóstico, obstrucción intestinal, etc.);
- Escasa respuesta a terapéutica convencional (por ejemplo, a la morfina oral, antieméticos orales) y que requiere tratamiento más complejo (por ejemplo, rotación de opioides u otros);
- Tratamientos especializados (tecnología o complejidad psicosocial). Dificultades de adaptación emocional;
- Factores relacionados a las familias: emocionales, de cuidados o de adaptación a la situación. Riesgo de duelo patológico. Claudicación del cuidador; e
- Implementación de equipos multidisciplinarios, Integrados por personal del área médica, trabajo social, psicología, enfermería entre otros; que funciona como un equipo de consulta dentro del hospital.

Consulta externa.

Se recomienda que la atención domiciliaria se realice en primer y segundo nivel de atención.

La consulta ambulatoria es un recurso óptimo para mejorar la accesibilidad y cobertura del programa, especialmente por las intervenciones tempranas compartidas con otras especialidades. Puede estar a cargo de un equipo hospitalario con interacción con un equipo de apoyo domiciliario.

Atención en tercer nivel

Unidades especializadas en atención de pacientes paliativos de alta complejidad. Se recomienda que la estructura física de la unidad favorezca la privacidad y el bienestar de los pacientes, facilitando el acceso a los familiares. Que la unidad cuente con camas para hospitalización y largas estancias. La función del tercer nivel de atención en cuidados paliativos está dirigida a la investigación clínica, docencia y asistencia.

Actividades:

- Hospitalización de día. Para control de síntomas que ameriten la permanencia del paciente por algunas horas dentro de la unidad hospitalaria;
- Hospitalización para control de síntomas difíciles, urgencias y/o sedación paliativa;
- Favorecer la referencia y contrarreferencia al primer y segundo nivel de atención según amerite el paciente;
- Hospitalización, consejería familiar, consulta externa;
- Cuidado Global: Es considerar al enfermo de manera integral en el plano biopsicosocial (intelectual, social, financiero y espiritual).

Los objetivos fundamentales de la atención paliativa consisten en el alivio del padecimiento evitable y en la adaptación al padecimiento inevitable, con el fin de mejorar la experiencia de la enfermedad progresiva mediante la promoción de la calidad de vida y el bienestar de enfermos y familias. Para lograrlos, es necesario tener presente y considerar:

- Los fundamentos para el cuidado paliativo perinatal;
- La identificación de los candidatos a cuidado paliativo perinatal;
- Las etapas del cuidado paliativo perinatal;
- Los aspectos clínicos del cuidado paliativo perinatal;
- El manejo del dolor en periodo perinatal;
- El manejo de la disnea en el periodo perinatal; y
- El abordaje de la familia en el periodo perinatal.

4.2 MODELO DE PROVISIÓN PARA ATENCIÓN PALIATIVA PERINATAL

“La dignidad personal es el reconocimiento de que somos merecedores de lo mejor.” (Walter Riso).

Fundamentos para el cuidado paliativo perinatal. Socialmente la percepción de la nueva vida no comienza al momento del nacimiento sino desde el momento de la percepción de un embarazo. Se generan expectativas y procesos de inclusión social aún antes del nacimiento, de manera que las pérdidas de vidas tempranas son significativas independientemente de la edad gestacional del producto o de los días de vida posterior al nacimiento. También desde el punto de vista legal, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4°, párrafo cuarto establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Por lo que se protege la vida desde el momento mismo de la concepción y con ello tenemos la obligación de respetar los derechos humanos y la dignidad de este grupo. ⁽¹⁾

Actualmente, dentro de la mortalidad por debajo de los cinco años de edad, el grupo más afectado es la población neonatal. En 2019 se registraron por parte del INEGI 23,868 defunciones fetales con una tasa de 1.89 por 10,000 habitantes. En el mismo año se registró un total de 14, 246 muertes neonatales, 69% de las cuales ocurrieron en la primera semana de vida, especialmente dentro del día del nacimiento. La mayor parte de la muerte neonatal se considera prevenible y por tanto existe un gran pendiente por parte de la sociedad para lograr la reducción de dichas muertes. Sin embargo, existe un número significativo de muertes fetales y neonatales que presentan patologías incompatibles con la vida a corto y largo plazo o bien, que, tras los esfuerzos terapéuticos iniciales, presentan una evolución desfavorable para la vida. En estos pacientes neonatales y todos aquellos con condiciones amenazantes para la vida, la incorporación del cuidado paliativo oportuno genera el potencial de brindar calidad de vida y sentido de dignidad independientemente del desenlace.

La protección de la vida humana como elemento fundamental ético implica un trato digno. El feto y el neonato tienen capacidad fisiológica para sentir plenamente el dolor ya que además las rutas inhibitorias están inmaduras, por lo que ante la presencia de por lo menos uno de los síntomas fundamentales en el cuidado paliativo este abordaje es indispensable. ^(2,3) En función del concepto de dolor que se maneja en otras etapas de la vida, en fetos y neonatos se habla de “actividad nociceptiva” con implicaciones importantes para

estos seres humanos en todas las esferas de su vida. Las terminaciones nerviosas nociceptivas existen en la piel del neonato en mayor densidad que en la piel adulta y son detectables en el área peri oral desde la semana 7 de gestación; se desarrollan en todo el cuerpo hacia las 20 semanas de gestación. La inmadurez del sistema nervioso, contrario a lo que se pensaba, no atenúa la percepción nociceptiva, la incrementa. El feto y el neonato tienen estructuras anatómicas y funcionales para la percepción de estímulos dolorosos. ⁽⁴⁾

Dignidad fetal y neonatal. Desde la perspectiva ontológica, los miembros de la especie humana son dignos independientemente de su condición, méritos o deméritos. La dignidad surge como consecuencia misma de la existencia del ser humano independientemente de la etapa de la vida en que se encuentre, así como de su identidad. ⁽⁵⁾ El feto y el neonato son integrantes activos de la familia a pesar de su inmadurez y cuando la vida es breve deja huella permanente en su entorno social.

Desde la perspectiva ética la construcción del trato digno requiere que los tomadores de decisiones primarios sean los padres y deben ser integrados en todo el proceso con comunicación asertiva y apoyo integral.

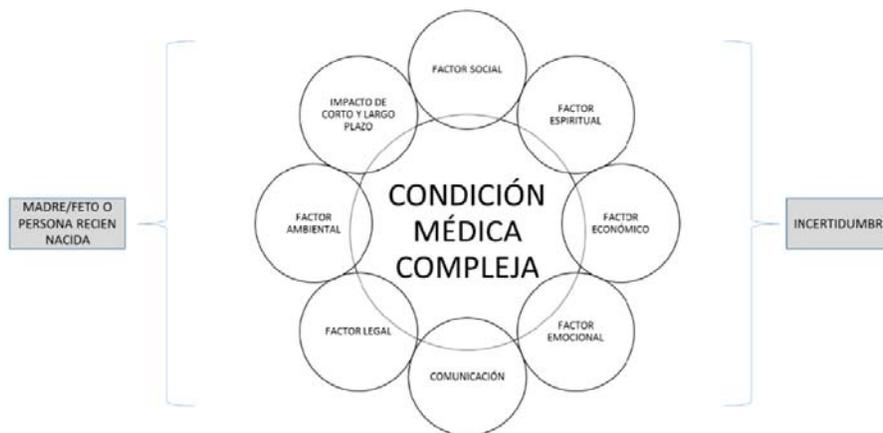
La generación de sufrimiento es multifactorial y con distinto peso específico para cada variable involucrada, por lo que, en el concepto de trato digno, cada caso debe ser analizado cuidadosamente e individualizado.

El vacío legal para el cuidado paliativo perinatal. La legislación emitida hasta el momento en México (Ver Capítulo II de esta Guía) para el cuidado paliativo no hace alusión específica a la población fetal y neonatal, sin embargo, dentro de la generalidad de dichas leyes y normas existe el espacio para el desarrollo del cuidado paliativo perinatal independientemente de que existe esa deuda por parte del Estado mexicano con estos pacientes en el sentido de ser mencionados como tales en el discurso legal y normativo. La recomendación legal más importante para las instituciones que se encuentran ante el reto de desarrollar procesos para el cuidado paliativo perinatal es la elaboración de consentimientos informados apegados a la ley e inclusivos de las circunstancias y características de esta población, así como de la afectación de su calidad de vida.

Equipo integrante del cuidado paliativo perinatal. La parte fundamental en la implementación de un proceso de cuidado paliativo perinatal es asumir la complejidad. Dicha complejidad parte de la base de que normalmente el análisis incluye la circunstancia de dos personas (binomio) con o sin estructura social de apoyo. La toma de decisiones en relación con una de las personas involucradas implica la salud y el bienestar de la otra. El nacimiento es un fenómeno cultural por lo que todos los factores biológicos, médicos, científicos, éticos, sociales, económicos son determinantes de la calidad de vida de madre, feto o persona recién nacida.

Otro elemento importante es el conjunto de variables que construyen la complejidad de cada evento perinatal y por tanto la toma de decisiones se realiza en un espacio significativo de incertidumbre que no es cubierto plenamente por solo la evidencia científica (Tabla 1). Una forma de poder controlar la incertidumbre es plantearse la organización de un cuidado paliativo perinatal en los distintos escenarios posibles.

Tabla 1. ESCENARIO DE CUIDADO PALIATIVO PERINATAL



Por esta razón al igual que en otras etapas de la vida, la recomendación es que los procesos de implementación de cuidado paliativo perinatal se integren con un equipo multidisciplinario que genere una auténtica estructura de apoyo en la atención con calidad de vida para paciente y familia. En la Tabla No.2 se realiza una propuesta de estructuración de equipo para atención en cuidado paliativo perinatal.

TABLA 2. INTEGRANTES DE EQUIPO PARA CUIDADO PALIATIVO PERINATAL



Construcción de calidad de vida en el periodo perinatal. El objetivo del cuidado paliativo perinatal, al igual que en otras etapas, es la calidad de vida ante una condición amenazante para la vida. Es por ello fundamental definir calidad de vida en esta etapa, sin embargo, no es una tarea fácil al estar hablando de personas que aún no tienen la madurez suficiente para poder expresar su opinión o necesidades. La perspectiva de lo que es calidad de vida entre familiares y personal de salud puede distanciarse enormemente. Discapacidad no equivale a mala calidad de vida en la percepción de muchas familias, pero sí para el personal de salud. Mientras que la invasividad y el aislamiento son muy relevantes en la perspectiva de las familias y en menor proporción para el personal de salud. ⁽⁶⁾ Un referente importante para incluir a la familia de forma adecuada en el proceso de cuidado paliativo es la *atención centrada en la familia* que hoy se ha vuelto el estándar de calidad de atención neonatal. Sin embargo, este concepto también varía en la literatura médica ⁽⁷⁾. En esencia es buscar una adecuada interacción de los miembros de la familia del paciente neonatal con el personal involucrado en la atención.

El proceso de atención en cuidado paliativo es un acto médico fundamental que incorpora de forma integral todos aquellos factores o circunstancias que determinan la calidad de vida de la persona recién nacida y su familia a través de un equipo multidisciplinario. Ante la limitación para la comunicación recurrir a escalas de medición puede mejorar la identificación de las necesidades de la persona recién nacida en cuidado paliativo.

En la Tabla 3 se incorporan elementos a evaluar en la construcción de la calidad de vida con algunas sugerencias de escalas de medición que podrían contribuir a una evaluación más objetiva. ⁽⁸⁻¹⁴⁾

Tabla 3.

Dolor	Neonatal Infant Pain Scale, Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale, CRIES
Patrón neuroconductual	Neonatal Behavioral Assessment Scale, Neonatal Care Unit Network Neurobehavioral Scale, NIDCAP
Integridad de la piel	Neonatal Skin Condition Score
Calidad del sueño	Peds QL Infant Scale
Tolerancia alimentaria	LATCH

Disnea	Silverman
Estrés ambiental	Medición de ruido
Invasividad	N° de procedimientos invasivos
Contacto Familiar (piel a piel < 9)	Tiempo

Proceso de atención en cuidado paliativo perinatal

Identificación de candidatos a cuidado paliativo perinatal. En el periodo perinatal la complejidad y la incertidumbre se vuelven parte del reto en la implementación del cuidado paliativo.

La elaboración de protocolos de atención paliativa perinatal permite un mayor cumplimiento de objetivos. Se han elaborado a lo largo del tiempo diversos esquemas con propuestas de pacientes en el periodo perinatal susceptibles de requerir cuidado paliativo, sin embargo, dependiendo de la circunstancia, un mismo paciente puede encontrarse en una categoría en una etapa de la vida y en otra posteriormente.

Es por ello que el listado que se incorpora en la Tabla 4 debe ser entendido como un proceso dinámico en el que la recategorización debe ser contemplada.

La propuesta elaborada por "Together for Short Lives" permite esta flexibilidad muchas veces necesaria derivado de la dinámica de la etapa perinatal.

Tabla 4. Categorías de condiciones amenazantes o limitantes para la vida en la etapa perinatal
Adaptada de "Together for Short Lives"



Condición amenazante para la vida con opción de tratamiento curativo susceptible de fallar	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuro de 25 semanas gestacionales • Cardiopatía congénita compleja con opción quirúrgica
Muerte prematura inevitable	<ul style="list-style-type: none"> • Anencefalia • Displasia ósea tanatofórica
Deterioro progresivo sin opción de tratamiento curativo	<ul style="list-style-type: none"> • Trisomía 18 • Osteogénesis imperfecta tipo II
Condición irreversible no progresiva con discapacidad severa susceptible de complicaciones frecuentes y muerte prematura	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de migración neuronal • Holoprosencefalia alobar

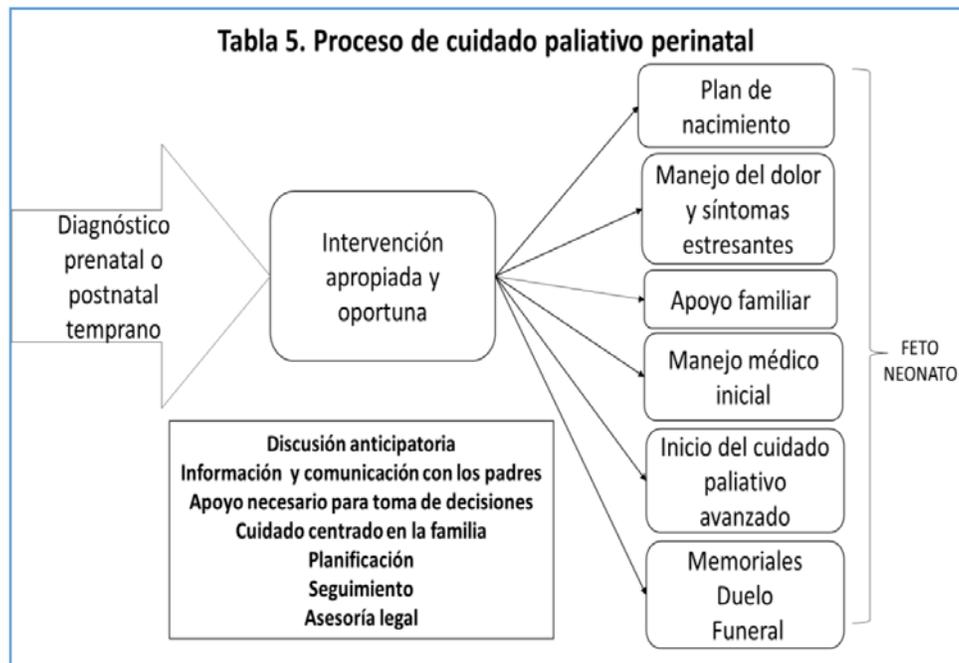
Inicio del cuidado paliativo perinatal. Este comienza a partir de la identificación de una condición amenazante para la integridad física y la vida. Es fundamental que en el inicio de este tipo de abordajes se tenga siempre presente el impacto que podrán tener las decisiones de forma integral para la madre, feto o recién nacido y el grupo familiar.

El fomentar la conciencia social sobre la importancia de control prenatal adecuado abre las puertas para la identificación oportuna de problemas. En la mayoría de las ocasiones los procesos de atención paliativa perinatal tienen ventanas de oportunidad muy cortas, pero de gran impacto para las personas involucradas. Es así que la aceptación y detección oportuna son pasos fundamentales en el proceso.

En la Tabla 5 se muestra cómo la identificación oportuna genera el espacio de oportunidad para intervenciones adecuadas. La participación de un equipo multidisciplinario fortalece la calidad de atención.

En todo momento será prioritario un enfoque ético y humanista en el que, de ser necesario, debe ser involucrado el Comité Hospitalario de Bioética. El equipo de salud involucrado deberá ser vigilante del apoyo centrado en la familia generando siempre los espacios para la privacidad, intimidad y respeto.

Es idóneo que los miembros del equipo de salud desarrollen habilidades de comunicación y contención como parte del trato digno.



El apoyo psicológico y la información adecuada serán los pilares de las mejores decisiones por parte de la familia. Los sitios destinados para el nacimiento y el fallecimiento deben ser establecidos de acuerdo a las necesidades familiares generando el espacio adecuado para la elaboración de duelo y rituales. En aquellos casos que las condiciones familiares y del paciente lo permitan podrá ser favorecido el fallecimiento en casa, siempre con el enfoque de procurar la calidad de vida durante el cuidado paliativo y en el proceso final. En caso de existir medicación las instrucciones deben ser claras, precisas, y la familia debe conocer el objetivo de los medicamentos que se incorporen al manejo. La asesoría sobre registros de nacimiento, certificados de defunción, servicios funerarios y apoyo psicológico posterior al fallecimiento son indispensables.

Derivado de que los síntomas preponderantes al final de la vida son dolor y disnea, es imprescindible romper las barreras de prejuicio y contemplar de forma óptima los opiáceos. También es necesario que en aquellos casos que el paciente lo requiera y la familia lo solicite, la pre medicación adecuada ante el retiro de manejo de soporte incluida la extubación compasiva debe ser perfectamente analizados y planeados. Independientemente del espacio definido para la defunción, la familia debe ser y sentirse apoyada por el equipo médico. La evaluación del paciente debe ser continua para la identificación de nuevos eventos generadores de estrés que pudieran requerir manejo específico. Dependiendo de las patologías involucradas, dentro de los planes al nacimiento puede estar contemplada una interrupción del embarazo o una intervención curativa o de prolongación de vida, que eventualmente de acuerdo con la evolución puede redirigirse a intervenciones paliativas avanzadas. La muerte digna es un derecho universal incluso al comienzo de la vida, y la aceptación es el primer gran paso para apoyar a esta población vulnerable entre vulnerables. Ante el reto de desarrollar el cuidado paliativo perinatal es importante recordar la frase de Carl Gustav Jung *“Lo que niegas te somete, lo que aceptas te transforma”*.

4.3 MODELO DE PROVISIÓN PARA ATENCIÓN PALIATIVA EN EL PACIENTE NO ONCOLÓGICO

Los objetivos fundamentales de la atención paliativa consisten en el alivio del padecimiento evitable y en la adaptación al padecimiento inevitable, con el fin de mejorar la experiencia de la enfermedad progresiva mediante la promoción de la calidad de vida y el bienestar de enfermos y familias. ⁽¹⁶⁾

Los padecimientos oncológicos encabezan a los pacientes que requieren esta modalidad de atención. Sin embargo, una gran diversidad de enfermedades crónicas se beneficia de estas intervenciones, por debajo del cáncer se encuentran los trastornos neurológicos 30%, malformaciones congénitas y síndromes genéticos 7% y las cardiopatías en un 5%, entre otros grupos, de acuerdo a la casuística en el Instituto Nacional de Pediatría. ⁽¹⁷⁾ A diferencia del niño con cáncer, estos pacientes se enfrentan a enfermedades incurables en la mayoría de los casos, con deterioro progresivo y un pronóstico difícil de establecer, pudiendo ser la esperanza de vida muy corta o prolongarse años. Por lo que es fundamental intervenciones tempranas por parte del equipo de soporte para una correcta identificación y valoración inicial.

El objetivo de estas intervenciones tempranas de acuerdo a lo que dicta la OMS "reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud"⁽¹⁸⁾ El manejo de los síntomas complejos no es solo el objetivo principal en estos niños, sino vigilar la historia natural de la enfermedad, la complementación del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los servicios tratantes, el fortalecimiento emocional y empoderamiento a los cuidadores primarios respecto al manejo en domicilio e identificación de datos de alarma. Y sin duda el gran reto en estos pacientes es evitar la discriminación por el personal de salud o incluso por sus familiares (sobre todo en los pacientes con grave daño neurológico) y la realización de intervenciones fútiles, procurando el trato digno y favoreciendo el interés superior del menor.

4.4 MODELO DE PROVISIÓN DE LA ATENCIÓN PALIATIVA PEDIÁTRICA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

El cáncer infantil en México es un problema de salud pública por ser la principal causa de muerte por enfermedad entre los cinco y 14 años, se estima que cada año se diagnostican alrededor de 5,000 casos nuevos de cáncer en personas menores de 18 años, con más de 2,000 muertes anuales y una sobrevivida global a 5 años de 56%.⁽¹⁹⁾

El cáncer es curable si se detecta a tiempo; desafortunadamente el 75% de los casos de cáncer en menores de 18 años en México se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad.

Contar con un modelo de provisión en atención paliativa pediátrica tiene como objetivo mejorar la atención integral de las niñas, niños y adolescentes con condición de vida amenazante, limitante y/o en etapa terminal que reciban tratamiento oncológico en México, brindando a la población pediátrica, así como a su familia, una atención eficiente, oportuna y de calidad conformando equipos interdisciplinarios, comprometidos y de vanguardia que proporcionen atención paliativa para el menor y su familia.

Con este modelo se promueve el acceso oportuno, diagnóstico multidimensional y tratamiento centrado en las necesidades de cada binomio paciente-familia con equidad y respeto a su dignidad y autonomía. Se proporciona a través de una planificación anticipada de cuidados que incluya la percepción de la familia e involucre los recursos comunitarios disponibles; la atención paliativa es asequible aun con recursos limitados y continúa a lo largo de la evolución de la enfermedad independientemente del desenlace; se pueden otorgar en unidades especializadas, hospitales, centros de atención comunitaria y también en el domicilio de los niños. No se limitan a un solo escenario.⁽²⁰⁾

La propuesta de atención paliativa de la OMS recomienda:⁽²¹⁻²²⁾

- Comenzar desde el momento del diagnóstico, junto con el tratamiento curativo, si este existe;
- Incluir todos los cuidados de confort hacia el paciente;
- Valorar y realizar el tratamiento escalonado del dolor y otros síntomas;
- Incluir contacto temprano con el niño y la familia;
- Otorgar la atención independientemente del pronóstico;
- Promover el tratamiento de preferencia mediante equipo multidisciplinario;
- Incluir al niño y la familia en la toma de decisiones;
- Usar los recursos disponibles en la comunidad; y
- Ofrecerse en todos los escenarios de atención: hospitalario, ambulatorio y domiciliario.

Todas las unidades médicas que proporcionen atención pediátrica a pacientes con enfermedades limitantes o amenazantes para la vida deben contar con equipos multidisciplinarios capacitados en cuidados paliativos pediátricos. En todos los niveles de atención se deben proporcionar intervenciones adecuadas a las circunstancias y medios que correspondan a cada caso, mantener comunicación y coordinación continua mediante un adecuado sistema de referencia y contra referencia con el fin de proporcionar la mejor calidad de vida al menor y su familia, con respeto a su dignidad y autonomía.⁽²³⁾

Las instituciones del sistema nacional de salud deberán asegurar el acceso efectivo a los servicios de cuidados paliativos, incluyendo infraestructura, recursos humanos capacitados e insumos.

Criterios de atención

- Paciente en tratamiento curativo con síntomas refractarios o alta complejidad asistencial, en el que se proporciona atención para atender su problemática y continúa atención por el servicio tratante;
- Paciente con enfermedad avanzada, progresiva, síntomas complejos, multifactoriales y alta complejidad asistencial;
- Paciente fuera de tratamiento curativo, con síntomas de difícil control o alta complejidad asistencial;

- Paciente en etapa terminal que elija fallecer en medio hospitalario;
- Paciente que elija tratamiento paliativo en domicilio para establecer plan de atención paliativa, contrarreferencia y seguimiento de caso. ⁽²⁴⁾

Intervención del equipo de cuidados paliativos

- Conformar equipos multidisciplinarios en todas las instituciones de segundo y tercer nivel que presten atención a población pediátrica;
- Realizar valoración multidisciplinaria desde el diagnóstico cuando se identifiquen necesidades no resueltas o durante el proceso terapéutico;
- Elaborar plan de atención y seguimiento incluyendo a los equipos de atención primaria en las comunidades de origen; y
- Atención terapéutica integral que incluya aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales para los pacientes y sus familias a nivel hospitalario, ambulatorio y/o domiciliario mediante intervenciones de probada eficacia, protocolos estandarizados de manejo y criterios uniformes de actuación, calidad de atención y continuidad de cuidados. ⁽²⁵⁾

Referencia. El servicio de oncología pediátrica a cargo del paciente solicita la intervención del equipo interdisciplinario de soporte y paliación. El equipo interdisciplinario realiza valoración multidimensional mediante instrumentos validados y consensuados para integrar el diagnóstico multidimensional integral y elaborar el plan inicial de atención. Todas las intervenciones serán consignadas en el expediente clínico institucional.

Se realiza reunión para consensuar con paciente-familia el plan de atención paliativa y las metas de atención: control sintomático, problemática psico-social, familiar, directrices anticipadas, etc.

El diagnóstico, plan de atención y consensos establecidos se integran en el expediente clínico incluyendo la evaluación de metas e indicadores de atención.

Se establece cita de seguimiento, se valora la evolución y pertinencia de continuar la atención en la clínica de soporte y paliación o referencia a su clínica de atención primaria.

Plan de atención paliativa. Para todos los casos se establecerá un plan de atención multidisciplinario consensuado con paciente y familia con el fin de coordinar las metas de atención durante el proceso evolutivo de la enfermedad.

En el caso de pacientes que elijan atención paliativa en domicilio se establecerá el plan de atención paliativa multidimensional con apoyo psico-educativo para los cuidadores que realizarán los cuidados en el domicilio y referencia al equipo de atención primaria correspondiente.

Niveles de intervención. ⁽²⁶⁾ Primer nivel de atención: los cuidados paliativos pediátricos son llevados a cabo por todos los profesionales de la salud con conocimientos básicos de atención paliativa en seguimiento del plan de atención consensuado con el equipo tratante. Es recomendable contar con pediatras de atención primaria para seguimiento de casos a domicilio.

Segundo nivel de atención: dirigido a casos más complejos que requieren intervención especializada ambulatoria, hospitalaria o de urgencia. Todos los médicos de unidades de segundo nivel deberán tener una formación intermedia en cuidados paliativos y asesoría por cuidados paliativos especializados para dar continuidad al plan de atención.

Tercer nivel de atención: dirigido a situaciones de alta complejidad asistencial que requieren atención por profesionales miembros de un equipo interdisciplinario especializado en cuidados paliativos pediátricos. Estos equipos elaboran guías y planes de atención, capacitan, asesoran mediante telemedicina y dan seguimiento a los equipos que brindan atención de menor complejidad.

La atención domiciliaria se proporciona principalmente en casos con baja complejidad asistencial: pacientes con plan de atención establecido, adecuado control de síntomas, con red de apoyo familiar, cuidadores capacitados y que elijan permanecer en su domicilio en la etapa final de la vida.

Para garantizar la continuidad en la atención del paciente pediátrico y la comunicación entre los diferentes equipos con el binomio paciente-familia, las instituciones de salud deberán facilitar la referencia y contra referencia oportuna, expediente clínico y plan de atención compartido, además de soporte, a través de líneas telefónicas y/o telemedicina.

En caso necesario por complejidad asistencial o síntomas refractarios, se solicitará apoyo de la unidad de cuidados paliativos de segundo o tercer nivel de atención, la cual determinará si el paciente es candidato a hospitalización, manejo en otras unidades especializadas, atención de urgencia o manejo ambulatorio.

Es esencial la organización de redes específicas de acción rápida donde trabajen equipos interdisciplinarios pediátricos expertos en estrecha colaboración con las redes locales de atención primaria y hospitales de referencia.

4.5 MODELO DE PROVISIÓN DE LA ATENCIÓN PALIATIVA PEDIÁTRICA CON TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA

El paciente pediátrico se considera hasta los 16-18 años de vida en México, edad que puede variar en diferentes países.

En el contexto legislativo de nuestro país, los adolescentes de 16 años ya son responsables de sus actos ~~delictivos~~, pero en medicina nos tenemos que preguntar si tenemos que usar las mismas directrices de autonomía y dignidad para con las decisiones terapéuticas que rijan al enfermo.

A pesar de que no existe una estadística confiable para conocer la frecuencia de uso de los servicios médicos en adolescentes, se estima que es aproximadamente 7% de la totalidad de la consulta de primer nivel y la población se encuentra entre 10 y 19 años. ⁽²⁷⁻²⁸⁾

Dentro de las primeras causas de mortalidad en la adolescencia e inicios de la adultez se encuentran las leucemias, problemas congénitos y parálisis cerebral infantil, las cuales son enfermedades crónicas que necesitan una atención primaria de cuidados paliativos.

En pacientes con alguna enfermedad crónica o terminal que se encuentre o requiera cuidados paliativos y esté cerca de los 16 años, será muy importante encaminar el tratamiento paliativo a instancias para adultos que puedan y tengan la capacidad para atenderles y así realizar una transición menos agresiva.

La sugerencia es que esta preparación sea aproximadamente de tres meses previos al cambio de instancia. ^(29,30)

En cuanto a los recursos públicos, normalmente son insuficientes para permitir a todas las familias cuidar de los pacientes en su domicilio, por lo tanto, el equipo debe adaptarse en medida de lo posible a la dinámica de cada familia para procurar mantener su normalidad familiar y social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Bellieni CV, Vannuccini S, Petraglia F. Is fetal analgesia necessary during prenatal surgery? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018 May; 31:1241-1245.
3. Glover V, Fisk NM. Fetal pain: implications for research and practice. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1999;106:881-6
4. Anand KJS, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *New Engl J Med* 1987;317:1321-1329
5. León A. Ensayo sobre ética y profesión médica. Impresora Edive, 1985. pp.303-309
6. Adams, SY, Tucker, R., Clark, MA y col. "Quality of life: parent and neonatologist perspective. *J Perinatol* 2020; 40:1809–1820.
7. Ramezani T, Hadian Shirazi Z, Sabet Sarvestani R, Moattari M. Family-centered care in neonatal intensive care unit: a concept analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2014; 2:268-278.
8. Bass RD, et al. Health-related quality of life for infants in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol* 2012;32:901-6
9. Lowman LB, Stone LL, Cole JG. Using developmental assessments in the NICU to empower families. *Neonatal Netw* 2006;25:177-86
10. Lund CH, Osborne JW. Validity and reliability of the neonatal skin condition score. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2004; 33:320-7.
11. Varni JW, Limbers CA, Neighbors K, Schulz K, Lieu JE, Heffer RW, Tuzinkiewicz K, Mangione-Smith R, Zimmerman JJ, Alonso EM. The PedsQL™ Infant Scales: feasibility, internal consistency reliability, and validity in healthy and ill infants. *Qual Life Res.* 2011 Feb; 20:45-55.
12. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1994 Jan;23:27-32
13. Hedstrom AB, Gove NE, Mayock DE, Batra M. Performance of the Silverman Andersen Respiratory Severity Score in predicting PCO2 and respiratory support in newborns: a prospective cohort study. *J Perinatol.* 2018;38:505-511

14. Olsson E, Ahl H, Bengtsson K, et al. The use and reporting of neonatal pain scales: a systematic review of randomized trials. *Pain*. 2021; 162:353-360.
15. Dickson G. A perinatal pathway for babies with palliative care needs. 2ª Edition. Editors: Lizzie Chambers, Myra Johnson, Helen Curry. *Together For Short Lives* 2017. England Wales pp. 14
16. Cassell EJ, editor. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, New York: Oxford Univ. Pr.; 1991.
17. Armando Garduño Espinosa, *Cuidados paliativos en pediatría*, 2da ed. México: Trillas 2018.
18. Cuidados paliativos (who.int). Agosto 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
19. *Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (2013-2018) Programa de acción específico* SS http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/PAE_Cancer.pdf
20. *Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas* http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/ctcp/art-ctcp_15.pdf
21. Cámara de Diputados. Dictamen de la Comisión de Salud por el que se reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos. *Gaceta Parlamentaria*. 2021. 1-27
http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2021/04/asun_4174463_20210421_1619018818.pdf
22. World Health Organization. World Health Organization WHO definition of Palliative Care [curso en línea]. *Redbioética Unesco*, 2007. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/print.html>
23. Bernarda Cuidados paliativos pediátricos *Arch Pediatr Urug* 2012; 83(3): 204-211 <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v83n3/v83n3a08.pdf>
24. Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico, publicado en el Diario Oficial de la federación el 14 de diciembre de 2016. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5465444&fecha=14/12/2016#:~:text=ACUERDO%20por%20el%20que%20se,Paliativos%20en%20el%20Paciente%20Pedi%C3%A1trico.
25. Modelo de salud para el Bienestar basado en APS https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/631068/2021_Modelo_SABI_FINAL_17_feb_21.pdf
26. Cacciavillano, Walter Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico - 1ª ed. - Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2013. <http://www.icpcn.org/wp-content/uploads/2015/04/Soporte-y-cuidados-paliativos-en-el-paciente-pediatrico.pdf>
27. Carmen Varela Petito, (2008). Jóvenes en transición hacia una vida adulta. En *Demografía de una sociedad en transición*, (pp. 69-73). Uruguay: Trilce.
28. J.A. Villegas Rubio y M.J. Antuña García, (2012). Cuidados Paliativos Pediátricos. *Boletín de Pediatría*, LII, (pp. 131-145).
29. Santos-Preciado JI, Villa-Barragán JP, García-Avilés MA, León-Álvarez GL, Quezada-Bolaños S. y Tapia-Conyer R, (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, (pp. 45, 140-152).
30. Grupo de trabajo en el seno del Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, (2014). *Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

CAPÍTULO V

CONTROL DE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

La piedra angular en los Cuidados Paliativos hace referencia al control del dolor y otros síntomas físicos. Las bases para el manejo de síntomas en la población pediátrica, es muy similar a la de los adultos, sin embargo, guarda algunas particularidades con respecto al adulto, como son el estado de maduración y desarrollo del niño, las diferencias de absorción y metabolismo de los medicamentos, sobre todo en los primeros seis meses de vida. Otra de las particularidades de este grupo etario, es la dificultad para poder deglutir las formas sólidas de los fármacos y las pocas presentaciones pediátricas disponibles en el país de los medicamentos necesarios para el control de síntomas. ^(1,2)

Para favorecer la calidad de vida tanto del niño como de su familia, es imprescindible llevar a cabo un impecable manejo de síntomas, siempre teniendo en cuenta el estado del paciente, la progresión de la enfermedad y los recursos disponibles en cada familia. ^(1,2)

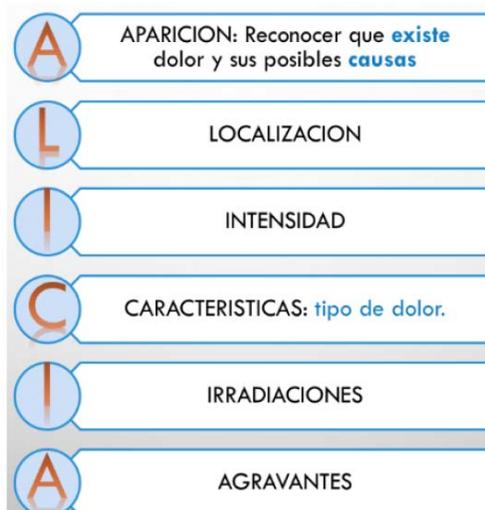
5.1 DOLOR Y SU ABORDAJE MULTIMODAL

Tanto en niños como adultos en Cuidados Paliativos, uno de los principales síntomas que se evidencian en estos pacientes es el dolor, de ahí la importancia de reconocerlo y manejarlo de forma precoz y eficaz. Independientemente de la condición del niño; el dolor y el miedo son las principales causas de sufrimiento del niño que cursa con alguna enfermedad limitante o amenazante para la vida. ^(1, 2)

El dolor se define según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño. También se considera a la percepción del dolor como una cualidad del ser humano que actúa como un sistema de señales en respuesta a un daño tisular, que incluye respuestas fisiológicas como conductuales, por lo que se puede medir mediante indicadores conductuales y/o fisiológicos. Además, el dolor es la consecuencia de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos, individuales, sociales y ambientales, en el cual se vinculan emociones como la ansiedad, depresión y el comportamiento. ^(3,4)

Evaluación del dolor en pediatría. La adecuada evaluación y anamnesis del dolor facilitará el manejo oportuno y eficaz dependiendo de la patología y evolución de cada niño.

El primer paso para llevar a cabo ante la presencia de un niño con dolor es realizar una adecuada semiología, existen algunas nemotecnias que ayudarán a evaluar cada aspecto de dolor, una muy útil es la siguiente:



Semiología del dolor. Los métodos de medición utilizados en pediatría son de tres tipos:

- Métodos fisiológicos. La reacción fisiológica del cuerpo del niño al dolor. Se evalúan signos como la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la frecuencia respiratoria;
- Métodos conductuales: Lo que al niño le hace al sentir el dolor. Se fundamentan en la observación de la conducta del niño en situación de dolor; y
- Métodos de autorreporte: Lo que el niño dice respecto a su dolor. A partir de los tres a cuatro años la mayoría de los niños tiene capacidad para comprender el concepto de dolor, percibir su intensidad e informarlo. ⁽⁵⁾

Asimismo, una escala ideal debe ser aquella que brinde una adecuada sensibilidad, libre de sesgos, lo más exacta posible, fiable, reproducible, barata y segura, que permita cuantificar el dolor, instaurar un tratamiento adecuado basado en la intensidad de este, valorar la respuesta terapéutica y comparar la efectividad de los tratamientos. ^(6,7)

Escalas empleadas de acuerdo con el grupo etario. En niños menores de cuatro años se usan las mediciones conductuales, tomando en cuenta como parte fundamental de la evaluación el reporte de los padres, familiares y/o del equipo de enfermería. El siguiente paso es revisar los signos vitales, desde el día anterior hasta la nueva visita y así verificar el comportamiento en las horas anteriores. Esta manera de evaluación también se utiliza en pacientes que no se pueden comunicar por alguna alteración o por el estado de su enfermedad. Una de las escalas más empleadas en la escala de FLACC. ^(6,7)

Puntuación	0	1	2
Expresión facial.	Expresión habitual; cara relajada.	Arruga la nariz; frunce el entrecejo; muecas esporádicas.	Temblor del mentón mandíbula tensa.
Posibilidad de consuelo.	Está a gusto de modo espontáneo.	Se le puede consolar.	Es difícil consolarle.
Llanto.	No hay llanto.	Gimotea, se queja.	Llanto intenso.
Actividad.	Esta acostado y tranquilo.	Se dobla sobre su abdomen; encoje las piernas.	Está rígido.
Movimientos de piernas.	Piernas relajadas.	Piernas inquietas.	Pataleo intenso.

Nota: 0= no dolor; 1-2= dolor leve; 3-5= dolor moderado; 6-8= dolor intenso; 9-10= máxima dolor imaginable

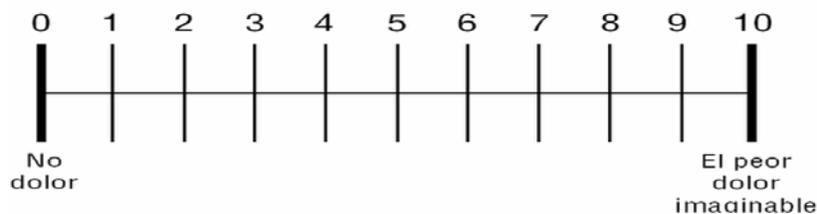
Escala de FLACC indicada en los pacientes menores de 4 años y no colaboradores. Entre los 4 y los 6 años: la evaluación del dolor puede ser difícil y se debe elegir el elemento que complazca al niño, si es posible la autoevaluación. En este grupo etario, la escala de elección es la Manual Analógica (MA) adecuándose el vocabulario del paciente para mayor entendimiento; se realiza mostrando con la mano si el dolor es “chiquito”, “mediano” o “grandote” y se le pregunta al paciente; ⁽⁷⁾

Escala Manual Análoga



Para mayores de seis años, el autorreporte es lo mejor, lo que el niño nos dice respecto de su dolor y cómo lo define.

- Escalas numéricas: preguntar cuánto es el dolor de 0 a 10 (0 indica que no duele nada y 10 es el máximo dolor imaginable).
- Escala visual análoga: variante de la anterior. Sobre una línea de 10 cm, explicar lo mismo y permitir que el paciente señale cuál es su dolor. Esta escala es más sensible.^{6,7}



- Escala de las caras revisada (FPS-R, Figura 2): se trata de una escala gráfica con seis caras que van desde una imagen sin dolor a una con mucho dolor. Comparada con otras escalas de caras, es más específica para medir intensidad del dolor. ^(6,7)

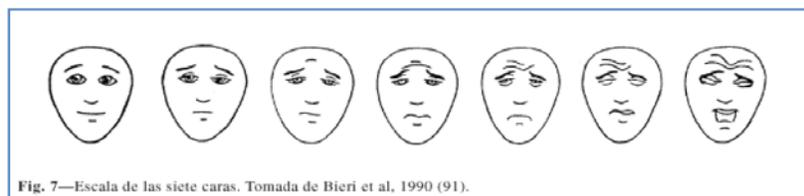


Fig. 7—Escala de las siete caras. Tomada de Bieri et al, 1990 (91).



Dichas escalas nos permitirán evaluar la intensidad del dolor: ^(1,2)

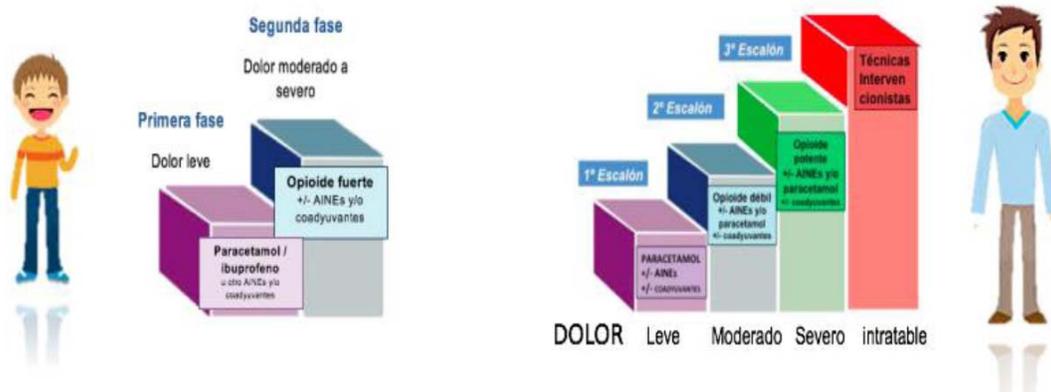
- Leve (0 a 3);
- Moderado (4 a 6); y
- Severo (más de 7)

Clasificación del dolor. El dolor se clasifica según su fisiopatología, temporalidad e intensidad, de acuerdo con la tabla siguiente. ^(2,3)

Fisiopatología		Temporalidad	Intensidad
• Nociceptivo	Somático	• Agudo	• Leve
	Visceral	• Irruptivo	• Moderado
• Neuropático		• Crónico	• Severo
• Dolor mixto			
• Psicogénico			

Escalera analgésica. En 1986 se publicó el artículo Cancer Pain Relief y su publicación derivó en lo que hoy se conoce como la escalera analgésica de la OMS.

ESCALERA ANALGÉSICA EN EL NIÑO Y EN EL ADULTO



Dicha escalera, ha sido motivo de constantes debates, sobre todo en lo que respecta a la población pediátrica, ya que, en el 2012, se establecieron las directrices del manejo del dolor en pediatría con un documento denominado: "Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children", en donde se propone el uso de una escalera de dos peldaños, sin embargo en los últimos años la tendencia ha sido usar la escalera de tres peldaños (usada también en adultos), en la que se recomienda el uso de tramadol para el tratamiento del dolor moderado, ya que este ha cobrado mejor evidencia en la población pediátrica en los últimos años, sobre todo en algunos lugares en donde no es asequible algún opioide fuerte, este fármaco puede ser una opción eficaz para el manejo de dolor moderado. ⁽⁸⁾

Estrategias farmacológicas. El manejo farmacológico en el área pediátrica es complejo debido a las variantes en cuanto a la farmacodinamia y farmacocinética en todos los grupos etarios, además de la evidencia clínica limitada que guíe el uso correcto de muchos fármacos. La mayoría de los medicamentos y de las directrices sobre su uso, es basada en información extrapolada de adultos a la práctica en pacientes pediátricos. Por lo que es importante considerar las características farmacológicas, los mecanismos de acción, los efectos adversos y las indicaciones específicas de cada fármaco para incrementar la seguridad en la elección del tratamiento. ^(8,9)

AINES. Dosis recomendadas de Paracetamol en pediatría para manejo del dolor ⁽⁹⁾

	Dosis inicial única al inicio de tratamiento (mg/kg)	Dosis de continuación (mg / kg)	Intervalo de dosis (h)	dosis diaria máxima (mg / kg / día)
Oral prematuros 28-30 SDG	20	15	12	35
Infantes prematuros 31 – 38 SDG	20	15	12	45
Recién nacido y bebés hasta a 6 meses	20	20	8	60
Bebés después del sexto mes	30	10-20	(4-)6	60
Niños pequeños > 1 año	30	15	(4-)6	75
Niños > 6 años	30	15	(4-)6	90 Máx. absoluto
Intravenoso recién nacidos de término y niños con peso <10 kgs	7.5	7.5	(4-)6	30
Niños que pesan: >10 kg y ≤33 y >33 a ≤50 kg	15	15	6	60 Máximo: 2 y 3 g /día.
Es necesario destacar que: La dosis de paracetamol por vía I.V. es controvertida en neonatos y lactantes. El BNF para niños sugiere una dosis de 7.5 mg / kg cada 8 h (máximo 25 mg kg al día) en neonatos prematuros de más de 32 semanas de edad postmenstrual y 10 mg kg cada 4–6 h (máximo 30 mg / kg al día) en neonatos.				

Dosis recomendadas de AINES más comunes en pediatría para manejo del dolor. ⁽⁹⁾

Medicamento	Tiempo de acción	Dosis pediátrica	Dosis Adulto
Ibuprofeno	0.5 h	6-10 mg/kg cada 6-8 hrs.	200-400 mg cada 4-6 hrs.
Naproxeno	2-4 h	5 mg/kg cada 12 hrs.	250-500 mg cada 6-8 hrs.
Ketorolaco	0.75-1 h	0,25-0,5 mg/kg IV o IM, cada 6 hrs.	Dosis de carga de 30 mg IV, luego 15-30 mg cada 6 hrs.
Metamizol		10-15 mg/kg cada 8 hrs.	1 a 2 gr IV cada 8 hrs.

Opioides. Existen cuatro prácticas fundamentales de optimización del uso de los opioides en niños.

- Los opioides sólo deben utilizarse para las indicaciones apropiadas y ser prescritos por profesionales capacitados tras evaluar detenidamente los beneficios y los riesgos;
- El uso de opioides por parte de las personas, su impacto en el dolor y sus efectos adversos deben ser continuamente monitoreados y evaluados por profesionales capacitados;
- El profesional que prescriba la receta debe tener un plan claro para la continuación, disminución o interrupción de la administración de opioides en función de la afección del niño. El niño y la familia deben ser informados del plan y de su justificación; y
- Debe prestarse la debida atención a la adquisición, el almacenaje y la eliminación de los opioides no utilizados. ⁽¹⁰⁾

Dosis pediátricas de opioides. ^(10,11)

Fármaco	Edad	Dosis
Tramadol	> 6 meses	1-2 mg/kg/6-8 hrs Infusión: máximo 6-7 mg/kg/día.
Morfina	Recién Nacidos, lactantes y niños.	IV. SC. Bolos: 0.05-0.1 mg /kg cada 2-4 hrs Oral: 0.15-0.3 mg/kg cada 4 hrs 6 u 8 hrs. Infusión: 0.03 mg/kg /hrs o 0.2-0.5 mg/kg /día
Oxicodona	Lactantes 1- 8 años >8 años	Oral: 50 a 125 mcg/kg/4 hrs Oral: 125- 200 mcg/Kg/4 hrs (Máximo de 5 mg/dosis) Liberación inm. Oral 5 mg cada 12 hrs (Liberación prolongada)
Hidromorfona	1-12 años	IV. SC. Bolos: 0. 0.015 mg/kg cada 2-4 hrs Oral: 0.03-0.06 mg/kg cada 3-4 hrs Infusión: 0.006 mg/kg/hrs
Buprenorfina	Lactantes y niños.	IV Bolos 0.5 a 2 µg/kg/ dosis cada 6- 8 hrs Infusión 6-18 µg / kg / día
Fentanilo	Recién Nacidos, lactantes y niños.	IV Bolos: 0.5-1 µg/kg cada 1-2 hrs Infusión: 0.5-3.0 µg /kg /hrs
Metadona	Recién Nacidos, lactantes y niños.	100-200 mcg/kg/4 hr VO (Máximo 5 mg/dosis) VO y IV. Después de 3 dosis se continua cada 6 – 12 hrs.

Adyuvantes

Neuromoduladores. Son un grupo de fármacos, que participan en la disminución del proceso fisiopatológico de sensibilización central y periférica, actúan como tratamiento esencial para el control del dolor de tipo neuropático y en algunos cuadros de hiperalgesia visceral. Este conjunto farmacológico es representado por antiepilépticos gabapentinoides y antidepressivos tricíclicos. Actualmente sigue existiendo poca evidencia respecto al uso de estos fármacos. ^(12,13)

- Gabapentoides: actúan como análogos estructurales del GABA, interactúan de manera selectiva con la subunidad alfa-2-delta de los canales de calcio, modulando el flujo de este ión a la célula, reducen la liberación de glutamato y noradrenalina, disminuyen la liberación de sustancia P y calcitonina e inhiben la hiperexcitabilidad de las neuronas. Particularmente la Gabapentina ha demostrado seguridad y efectividad en su uso en pediatría, requiere una titulación gradual, con ajuste a dosis óptimas, con dosis iniciales de 10 a 15 mg/ kg / día hasta 50 mg/kg/día. Su principal efecto adverso es el efecto de somnolencia y efecto sedativo de leve a moderado. ⁽¹²⁾
- Dexmedetomidina: agonista adrenérgico α -2. Proporciona analgesia al unir receptores α -2 en la vía nociceptiva aferentes en el cuerno dorsal de la médula espinal, alterando así la liberación de la sustancia P. Los efectos adversos más representativos son la hipotensión, bradicardia y sequedad bucal. ^(12,14)
- Tricíclicos: su mecanismo de acción es el bloqueo de los receptores colinérgicos α 1 y α 2 adrenérgicos, y H1 y H2, histaminérgicos; bloquean la recaptación de la noradrenalina y de la serotonina, bloqueo de canales de sodio, calcio y activador de canales de potasio, inhibición de NMDA, disminución de PGE2 y de la producción del FNT, incrementa la función del receptor GABA, activa receptores opioides. La dosis pediátrica de la amitriptilina es de 0,5 – 1 mg/kg al acostarse, pudiendo elevarse la dosis hasta 5 mg/kg. ⁽¹²⁾
- Duloxetina: fármaco antidepressivo, inhibidor de la recaptación de serotonina y de noradrenalina. También inhibe débilmente la recaptación de dopamina, dentro de sus principales adversos destacan las náuseas, somnolencia, mareos y fatiga. La dosis recomendada en pediatría es de 0,5 a 1 mg/kg c/12 ó 24 horas. ⁽¹²⁾

- Ketamina: Antagonista no competitivo de NMDA, efectos opiáceos débiles, antagonista del receptor NMDA, demuestra actividad en los receptores opiáceos, e inhibe la receptación de la dopamina y la serotonina a dosis sub-anestésica tienen efectos analgésicos y anti hiperalgésico. Sus principales efectos adversos son: la disforia, alucinaciones, somnolencia y mareo. La dosis recomendada es de 0.1 a 0.2 mg / kg/ hr. ⁽¹⁵⁾
- Lidoacaina: Fármaco antiarrítmico 1b clase que inhibe los canales de sodio y de potasio, el receptor de NMDA, y el transportador de glicina I. Su uso debe ser cauto tomando en consideración el riesgo de neurotoxicidad y cardiotoxicidad asociado al uso de anestésicos locales. ^(12,14)
- Esteroides: En situaciones especiales, el uso de esteroides puede ser de utilidad, como por ejemplo en tumores que condiciones hepatomegalia, infiltración al sistema nervioso central o periférico, la hipertensión intracraneana, en el dolor óseo refractario ó secundario a metástasis óseas. El fármaco de elección en este grupo es la dexametasona con una dosis 0.25 mg-0.5 mg/kg/día. ^(12,14)

Estrategias no farmacológicas para manejo de dolor. Definición: Medidas físicas y psicológicas para disminuir el dolor, empleadas de primera línea y como auxiliar en el tratamiento con enfoque multimodal que incluye el empleo de estrategias no medicamentosas. Se centra en individualizar las necesidades del paciente y ha demostrado la necesidad de dosis más bajas y menos efectos adversos de los medicamentos. La mayoría de las estrategias pueden ser llevadas a cabo por cualquier miembro del equipo de salud. Las intervenciones pueden ser de mucho beneficio cuando se requiere la cooperación del paciente para realización de procedimientos y el empleo de fármacos no es factible. ⁽¹⁶⁾

Los niños menores de 7 años son cognitivamente inmaduros por lo que las medidas de comodidad física y las actividades de distracción son más eficaces que el razonamiento verbal para el control de angustia, y por lo tanto a mejorar el dolor. ⁽¹⁷⁾

Medidas de comodidad física:

- Estimulación oral. Administración de alimentación mediante succión o solución glucosada al 25% durante el periodo neonatal;
- Contacto físico con los padres. Terapia Canguro (piel con piel) durante procedimientos dolorosos; ⁽¹⁶⁾
- Masaje: Superficial, que tiene efecto sobre los sistemas nervioso y muscular porque mejora de circulación local; y profundo, que estimula la circulación, disminuye espasmos y tensión muscular;
- Medicina física:
- Medios físicos (crio o termoterapia);
- Neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS);
- Requiere prescripción médica;
- Estimulación vibratoria. (Requiere prescripción médica); y
- Movilización articular, que puede emplearse en conjunto con terapia asistida con animales. ⁽¹⁶⁾

Actividades de distracción. Pueden ser empleadas en pacientes de distintas edades y nivel de desarrollo:

- Medios electrónicos: juegos de videos, caricaturas, películas, etc.;
- Juego: marionetas, juego de imitación, interactivos, lectura de historias, cuentos imaginativos guiados;
- Terapia asistida con animales;
- Intervenciones conductuales;
- Arte: pintura, dibujo, musicoterapia; y
- Empleo de lenguaje positivo: hablar con sinceridad, tranquilizar, emplear analogías de acuerdo con las preferencias culturales y necesidades del paciente y su familia. ⁽¹⁷⁾

Actividades de relajación

- Aromaterapia con las siguientes recomendaciones de esencias:
Cefalea: menta, lavanda, romero, eucalipto;
Dolor generalizado: pimienta negra, limón, romero, copaiba;
Ansiedad: naranja, manzanilla, lavanda, sándalo, ylang ylang.

Observación: Estas esencias no deben ser ingeridas, nebulizadas o aplicadas directamente en mucosas o heridas abiertas. Su uso es mediante difusores, inhalación del recipiente que las contenga, en caso de no existir alergias pueden aplicarse en la piel de preferencia diluidas en aceites vehiculares como el de coco fraccionado, aguacate, uva, etc. De emplearse en manos pueden ser mediante el terapeuta o paciente y estas deben de lavarse con agua y jabón al concluir la terapia. ^(18,19)

Técnicas de relajación

- Modificación del ambiente: Buscar un ambiente tranquilo, luces y sonidos tenues, aroma y temperatura agradable;
- Posicionamiento: cambio de posiciones para buscar la comodidad del paciente;
- Mindfulness; y
- Dibujar. ⁽¹⁹⁾

5.2 SÍNTOMAS SISTÉMICOS

Síndrome constitucional. Se integra con la presencia de tres signos y síntomas: astenia, pérdida de peso involuntaria (>5 % del peso corporal total en 6 meses) y anorexia. ⁽¹⁾

Estrategia farmacológica		
Fármaco	Dosis	Precauciones
Procinético. En caso de asociarse a náuseas o para mejorar el vaciamiento gástrico.	Cisaprida (VO) Pediatria: 0.1 a 0.2 mg/kg/dosis cada 6 a 8 horas. No exceder 10 mg/dosis. Metoclopramida (VO/IV) Pediatria: 0.1 a 0.15 mg/kg/dosis hasta cada 8 horas. No exceder 0.5 mg/kg/día	Pueden presentarse diarrea, cólicos y alteraciones gastrointestinales, que mejoran con disminución de la dosis. Trastornos Extrapiramidales.
Glucocorticoides *Suelen usarse por periodos cortos de tiempo.	Dexametasona (IM/IV/VO) Pediatria: 2.5-10 mg/ m ² /día. Repartir en 2 a 4 dosis. Máximo 10 mg cada 6 horas. Prednisona (VO) Pediatria: 1 a 2 mg/kg/día. dividido en 1 a 3 dosis. Dosis máxima 60 mg/día.	Hipertensión arterial, hipokalemia, debilidad muscular. Síndrome Cushing Uso prolongado a dosis altas: supresión adrenal. *En caso de pacientes con obesidad calcular con base a peso ideal.

Estrategia no farmacológica

- Explicar a la familia que el apetito e ingesta de alimentos suele disminuir al final de la vida;
- Ofrecer alimentos apetecibles en pequeñas cantidades y en un entorno tranquilo con compañía;
- Atención psicosocial;
- Empleo de técnicas de relajación;
- Mindfulness;
- Aromaterapia; y
- Musicoterapia. ⁽²⁾

Fiebre. Cuando sea posible, se debe determinar si las causas son reversibles, es decir, susceptibles de tratamiento.

Ejemplo de este tipo de circunstancias, sería cuando se obtienen beneficios con el uso de antibióticos, citotóxicos, relajantes musculares, antiinflamatorios, transfusiones sanguíneas, enfermedad injerta contra huésped, desregulación autonómica, estado pro inflamatorio. Sin omitir que, cuando el paciente se encuentra al final de la vida, el tratamiento se limita generalmente al control de síntomas. A continuación, se citan algunos fármacos de utilidad.

Estrategia farmacológica		
Fármaco	Dosis	Precauciones
Antipiréticos	Paracetamol (VO/IV) <12 años: 10-15 mg/kg/dosis cada 4 a 6 hrs <12 años: 325 a 650 mg cada 4 a 6 hrs Vía Rectal: 10-20 mg/kg/dosis cada 4 a 6 hrs No sobrepasar 3 gr/día. Metamizol (VO/IV) Pediatria: 10-15 mg/kg/dosis cada 4 a 6 horas	Hepatotoxicidad *Evitar vía intrarrectal en pacientes con neutropenia
AINE	Ibuprofeno (VO) Pediatria: 10 mg/kg/dosis cada 6 a 8 horas, no sobrepasar 400 mg cada 6 horas. Dosis máxima 3.2 gr/día *Combinación con paracetamol en caso de que la fiebre no ceda a un solo agente. Naproxeno (VO) 2 a 12 años: 5-7 mg/kg/ dividido en dosis cada 12 horas al día >12 años: 250-500 mg cada 8-12 hrs Dosis máxima: 1,250 mg/día	Con uso prolongado incrementa riesgo de sangrado de tubo digestivo. Cuando es posible administrar con alimentos o leche. Nefrotoxicidad. No emplear en conjunto más de un AINE.

Estrategia no farmacológica

- Evitar sobre arropamiento;
- Mantener al paciente hidratado;
- Evitar fluctuación de temperatura en la habitación;
- Baño con agua tibia;
- Evitar el uso de alcohol o fomentos con agua fría;
- Promover el cuidado de la boca, manteniendo labios y mucosa hidratados; y
- Explicar a cuidadores que la fiebre puede ser parte del proceso de muerte y no siempre es causada por infección. ⁽²⁾

Caquexia y anorexia. El tratamiento de la enfermedad de base puede ayudar en el control de la producción excesiva de citosinas y factores pro inflamatoria.

Estos síntomas en general tienen mala respuesta al tratamiento farmacológico. ⁽¹⁾

Estrategia farmacológica		
Fármaco	Dosis	Precauciones
Procinético En caso de asociarse a náuseas o para mejorar el vaciamiento gástrico	Cisaprida (VO) Pediatria: 0.1 a 0.2 mg/kg/dosis cada 6 a 8 horas. No exceder 10 mg/dosis. Metoclopramida (VO/IV) Pediatria: 0.1 a 0.15 mg/kg/dosis hasta cada 8 horas. No exceder 0.5 mg/kg/día.	Pueden presentarse diarrea, cólicos y alteraciones gastrointestinales, que mejoran con disminución de dosis. Trastornos extrapiramidales

<p>Corticoesteroides:</p> <p>*Suelen usarse por periodos cortos de tiempo</p>	<p>Dexametasona (IM / IV / VO)</p> <p>Pediatría: 2.5-10 mg / m²/ día. Repartir en 2 a 4 dosis.</p> <p>Prednisona (VO)</p> <p>Pediatría: 1 a 2 mg / kg / día. dividido en 1 a 3 dosis.</p> <p>Dosis máxima 60 mg / día</p>	<p>Hipertensión arterial, hipokalemia, debilidad muscular.</p> <p>Síndrome Cushing</p> <p>Uso prolongado a dosis altas: supresión adrenal.</p> <p>*En caso de pacientes con obesidad calcular con base a peso ideal.</p>
<p>Hormonales</p>	<p>Acetato de megestrol (VO)</p> <p>>8 meses: 7,5 a 10 mg / kg / día dividida en 1 a 4 dosis y ajustar dosis en función de la respuesta. Se recomienda disminuir la dosis si el aumento de peso es excesivo. Dosis máxima diaria: 800 mg/día o 15 mg / kg / día. Duración aproximada del tratamiento: 3-11 meses.</p>	
<p>Antihistamínicos</p>	<p>Ciproheptadina (VO)</p> <p>Pediatría: 2 a 4 años: 3 mg/8 horas.</p> <p>4-10 años: 6 mg / 8 horas.</p> <p>>10 años: 9 mg / 8 horas.</p>	<p>Sedación, mareo</p>

Estrategia no farmacológica

- Intervención psicosocial;
- Explicar a cuidadores que generalmente disminuye el apetito del paciente al final de la vida. Establecer metas alcanzables;
- Forzar la ingesta de alimento no prolonga la vida y puede causar molestias como: vómito, calambres, constipación y alteraciones en motilidad intestinal;
- Individualizar cada caso y considerar el empleo de tubos de alimentación;
- Sugerir opciones distintas a la nutrición como humedecer los labios y boca (con esponja, gasa o algodón húmedos, pequeños trozos de hielo);
- Hacer partícipe al paciente en la elección de sus alimentos y ofrecer pequeñas porciones. Pueden ofrecerse alimentos líquidos con un alto aporte calórico (licuado, dieta polimérica);
- Ofrecer alimentos fáciles de deglutir; y
- Brindar compañía al paciente mientras come e intentar brindar alimento en una habitación distinta al área de descanso. ⁽²⁾

Alimentación e hidratación. Cuando se habla sobre la Alimentación y la Hidratación en Cuidados Paliativos, muchas veces se traslada a los dilemas éticos que estos temas presentan sobre todo en la etapa final de la vida. Sin embargo, hay que recordar que este tipo de cuidados no sólo se brinda al final de la vida, si no desde el momento del diagnóstico de enfermedades que limitan o amenazan la vida; y es en este mismo tenor que la alimentación artificial (entendida como aquella que requiera de algún dispositivo como sondas oro/nasogástricas, de gastrostomía o de forma parenteral) puedan ser consideradas para los niños que tienen pronóstico que puede extenderse por meses incluso años. ⁽³⁾

Hay que recordar que proveer alimento, es una forma muy instintiva de cuidado por parte de los padres, especialmente de la madre, por lo que hacer ajustes para poder cubrir esa necesidad sin que esto implique un disconfort o genere algún tipo de sufrimiento en el niño.

En los más pequeños siempre se favorecerá la alimentación al seno materno de ser posible. En niños mayores que pueden ingerir alimento de forma oral se aconseja que los platillos no sean muy especiados (sobre todo en el paciente que recibe quimioterapia) o picantes, que se presenten en formas atractivas y fraccionar en porciones pequeñas varias veces por día. Hacer del momento de la comida un tiempo agradable.

La Hidratación, se rige por los mismos principios que la alimentación. Al final de la vida no hay que hidratar de manera artificial, se puede administrar pequeñas cantidades con jeringa incluso con un gas o un algodón mojado pasando sobre los labios del paciente. ⁽⁴⁾

Siempre hay que tener en cuenta en la etapa final de la enfermedad que tanto la nutrición como la hidratación, administradas de forma artificial, constituyen intervenciones que pueden ser retiradas al igual que otras actividades que son parte del soporte vital siempre y cuando haya un consenso de que el continuar con estas medidas no proporciona un beneficio real para el paciente, lo cual afectaría el interés superior del niño. ^(5,6)

5.3 SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Disnea. Sensación desagradable y consciente de dificultad para respirar. Suele ser uno de los síntomas más temidos y estresantes, frecuentemente acompañada de ansiedad.

Se presenta en el 40 a 65 % de los niños con enfermedades malignas. ⁽¹⁾

Estrategia farmacológica		
Fármaco	Dosis	Precauciones
<p><i>Opioides</i></p> <p>Mejoran la sensación subjetiva de falta de aire, sin alterar el ritmo respiratorio.</p>	<p>1. Paciente virgen de opioides: Morfina 30 a 50 % de la dosis inicial para dolor.</p> <p>VO 0,1-0,25 mg / kg / dosis IV 0,05-0,1 mg / kg / dosis cada 2 a 4 hrs</p> <p>Nebulizado: 2,5-5 mg / 3 ml de suero fisiológico en nebulización cada 4 hrs</p> <p>2. Paciente con opioides: se titula, como para el dolor, con aumentos entre 30 a 50 % de la dosis previa. ⁽²⁾</p> <p>Es importante proveer alivio anticipatorio con dosis de rescate de opioides (10 % de la dosis diaria total), ante posibles exacerbaciones de la disnea.</p>	<p>Depresión respiratoria.</p> <p>Estreñimiento</p> <p>Retención urinaria.</p> <p>Náuseas y vómito</p> <p>*la morfina en nebulización puede causar broncoespasmo intenso y empeorar la disnea. Podría ser preferible el fentanilo en nebulización. ⁽²⁾</p>
<p><i>Benzodiazepinas</i></p> <p>Se usan en combinación con opioides por sus efectos sedativos y ansiolíticos.</p> <p>Son un grupo de drogas que reducen la ansiedad, proveen sedación y mejoran el sueño. Su utilización está indicada ante la presencia de ansiedad asociada, o no, con crisis de pánico. Su uso específico para alivio de la disnea sin estos síntomas no ha sido demostrado. ⁽³⁾</p>	<p>Midazolam subcutáneo o intravenoso para sedación ante la presencia de síntomas refractarios y de intensidad insostenible para el paciente (crisis de asfixia, hemoptisis masiva).</p> <p>Dosis inicial de 50 a 100 mcg/kg/hr en infusión continua.</p> <p>Clonazepam (usualmente la presentación en gotas es más sencilla de usar)</p> <p>0.01 a 0.05 mg/kg/día cada 8 a 12 hrs. ⁽²⁾</p>	<p>Aumento excesivo de secreciones, broncorrea.</p> <p>Sedación profunda. ⁽²⁾</p>

Estrategia no farmacológica

Crear un ambiente confortable con medidas simples, tales como:

- Mantener ventanas abiertas;
- Evitar la presencia de muchas personas en la habitación;
- Eliminar los irritantes ambientales;
- Introducir humidificación;
- Brindar educación y soporte a la familia;

- Enseñar ejercicios respiratorios y de relajación; ⁽³⁾
- Oxígeno; y
- Su uso en disnea es controvertido, pero se ha observado que a algunos pacientes les puede funcionar. ⁽³⁾

Broncorrea y estertores. Sensación desagradable y consciente de dificultad para respirar. Suele ser uno de los síntomas más temidos y estresantes, frecuentemente acompañada de ansiedad.

Se presenta en el 40 a 65% de los niños con enfermedades malignas. ⁽⁴⁾

Estrategia farmacológica		
Fármaco	Dosis	Precauciones
Butilhioscina	0.3-0.6 mg/kg/día en cuatro dosis, en niños mayores de 12 años 10 mg cada 6 horas.	Los efectos secundarios son los propios del bloqueo muscarínico, siendo xerostomía, taquicardia, retención aguda de orina y glaucoma los más frecuentes.
Haloperidol	Dosis: 0,01-0,02 mg/kg/dosis v.o., s.l., v.r. cada 8-12 hrs	Resulta de elección por su acción anticolinérgica que reduce las secreciones respiratorias.
Acetilcisteína	Niños entre 2 y 7 años: La posología recomendada es de 300 mg de acetilcisteína al día por vía oral, en 3 tomas de 100 mg cada 8 hrs	No asociar Acetilcisteína con antitusígenos ni anticolinérgicos.
Erdosteína	Niños de 7 años o más: 200 mg / 8 horas o 600 mg/24horas. Dosis ponderal: 10 mg/kg/día, cada 12 hrs VO	
Atropina	(1% o 10mg/ml) gotas	Escopolamina y atropina ocasionan confusión y disminución del nivel de consciencia con mayor frecuencia ya que atraviesan la barrera hematoencefálica. ⁽⁵⁾

Estrategia no farmacológica

- Posicionamiento del paciente;
- Cambios posturales laterales o en semiprono para facilitar el drenaje postural de secreciones; y
- Succión oral suave para la eliminación de secreciones ubicadas en la cavidad oral. ⁽⁶⁾

Tos. Mecanismo de defensa para permeabilizar la vía aérea, reflejo medido por el nervio vago.

Es un síntoma raro en niños de cuidados paliativos pediátricos, la tos suele deberse a una infección (aguda o crónica), aspiración (especialmente en niños con problemas de deglución), reflujo gastrointestinal y, en ocasiones, enfermedad maligna.

Una tos eficaz depende tanto de la tenacidad de la mucosa como de la capacidad de crear una velocidad adecuada de la corriente de aire.

La incapacidad para producir una tos eficaz puede provocar una tos persistente y angustiada, que puede afectar negativamente al sueño y contribuir a los síntomas de náuseas, dolor y disnea. ⁽⁷⁾

Estrategia farmacológica		
Fármaco	Dosis	Precauciones
Morfina	Recién Nacidos, lactantes y niños. IV. SC. Bolos: 0.05-0.1 mg/kg cada 2-4 hr Oral: 0.15-0.3 mg/kg cada 4 hr.6 u 8 hrs. Infusión: 0.03 mg/kg/h o 0.2-0.5 mg/kg/día	Es probable que los opioides sean el medicamento más eficaz en el tratamiento paliativo de la tos seca persistente.

Oxicodona	Lactantes. Oral: 50 a 125 mcg/kg/4 hrs 1 a 8 años. Oral: 125-200 mcg/Kg/4 hrs (Máximo de 5 mg/dosis) Liberación inm. Mayores de 8 años. Oral 5 mg cada 12 hrs. (Liberación prolongada) También se pueden utilizar Agonistas B2 y Anticolinérgicos en casos especiales. ⁽⁹⁾	La práctica aceptada es utilizar entre el 25% y el 50% de la dosis de dolor. ⁽⁸⁾
-----------	--	---

Estrategia no farmacológica

- Intervenciones dirigidas a una causa específica, por ejemplo: niño con enfermedades neurológicas, debilidad muscular o que han recibido alimentación asistida;
- Reducir los volúmenes de alimento y / o comenzar la alimentación continua puede ser una intervención eficaz, junto con o en lugar de antiácidos y procinéticos;
- Los niños con problemas de deglución, la tos secundaria a la aspiración puede reducirse modificando la técnica de alimentación o cambiando de alimentación oral a nasogástrica (o gastrostomía);
- El tratamiento de la infección y el manejo del broncoespasmo es particularmente importante en niños con enfermedades respiratorias, como fibrosis quística; ⁽⁹⁾ y
- En general se ha de procurar una ventilación correcta de la habitación, aire fresco, evitar irritantes, humidificación ambiental, hidratación oral suficiente, facilitar expulsión de secreciones. ⁽¹⁰⁾

Hemoptisis. Expectoración de sangre procedente del tracto respiratorio bajo (pulmón o bronquios). Es necesario diferenciarla del sangrado orofaríngeo y de la hematemesis (sangrado de origen gastrointestinal). ⁽¹¹⁾ En cuidados paliativos se observa con mayor frecuencia en niños con neoplasias hematológicas, alteración de la coagulación por otras causas como, por ejemplo, en coagulación intravascular diseminada e infección respiratoria. Puede ser extremadamente aterrador para el niño y los padres. Incluso una pequeña cantidad de esputo con manchas de sangre puede generar temores de que pueda seguir una hemorragia grande y más significativa. ⁽⁸⁾

Estrategia farmacológica. El manejo es a base de: Adrenalina nebulizada (1mg/1ml=1/1.000), 0,3-0,6 mg/kg. Dosis máxima de 6 mg. Disolver en sol. salina hasta 10 ml. Flujo 5 l/min. Estar preparados en caso de ser necesario, para realizar una sedación de emergencia. ⁽¹¹⁾ Ver capítulo de sedación paliativa.

Estrategia no farmacológica

- Disponer en la cabecera del paciente una palangana y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber y disimular la sangre; y
- Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento. ⁽¹¹⁾

El tratamiento de los episodios debe ser individualizado y depende de diversos factores como la posibilidad de reversión o control de la causa del sangrado, la existencia de episodios previos y su respuesta al tratamiento recibido, la situación clínica, el pronóstico vital del paciente, el tratamiento endoscópico o quirúrgico rara vez está indicado al final de la vida, pero debe considerarse en niños que se prevé que tengan un pronóstico más prolongado. ⁽¹²⁾

5.4 SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

Mucositis. La mucositis oral es una condición inflamatoria común que afecta la mucosa de los tejidos del tracto gastrointestinal y es secundaria a muchos tratamientos para oncológicos. ⁽¹⁻⁵⁾ La morbilidad por mucositis está asociada principalmente al dolor que produce debido a la inflamación y a la ulceración de la mucosa. Afecta negativamente a la alimentación, así como a la administración de medicamentos vía oral, mantenimiento de la higiene bucal y a la calidad de vida. ^(2,3)

Puede afectar el resto del tracto gastrointestinal como en la esofagitis y proctitis por radiación. Presente en 35-40% de los niños en quimioterapia citotóxica. Niños en trasplante de médula ósea, niños neutropénicos con niveles elevados de creatinina y con poco peso conllevan mayor riesgo (>70%) ^(2,3,5)

Causas:

- Quimioterapia con alto riesgo para MO: Bleomicina, cetuximab, cytarabina, soxorubicina, etoposido (altas dosis, erlotinib, severolimus, fluorouracilo, metrotexate (dosis bajas) sorafenib, sunitinib; ⁽³⁾ y

- Radiación, en particular cabeza y cuello y Tracto GI. La siguiente es una escala que permite evaluar el grado de daño.

Escala Toxicidad Oral (OMS): ⁽⁵⁾

Grado 1 (dolor y/o eritema);

Grado 2 (eritema, úlceras, disminución de la ingesta);

Grado 3 (úlceras, eritema, imposibilidad de ingesta);

Grado 4 (mucositis extensa, la alimentación no es posible).

Estrategia farmacológica ⁽¹⁻⁷⁾ De manera general, el tratamiento consiste en control sintomático, cuidado oral y protección de la mucosa que ayude a regeneración tisular.

- Mantener la hidratación y utilizar la vía intravenosa para asegurar volumen;
- Control del dolor: paracetamol en dolor leve u opioides sistémicos para dolor moderado a intenso. La morfina es opioide de elección (Ver Dolor; Morfina). Existe un soporte limitado para el uso de morfina en enjuague oral, aunque se ha utilizado a dosis bajas;
- Uso de enjuagues: Ya sea en monoterapia o combinados, se utilizan agentes protectores como el hidróxido de aluminio y magnesio, carbonato de calcio, analgésicos (morfina), antihistamínicos (difenhidramina) y anestésicos tópicos (lidocaína, benzocaína). Clorhexidina no está indicado para prevención o tratamiento, pero puede ayudar para limpieza oral; e
- Infecciones: La colonización infecciosa de las úlceras por microorganismos puede llevar a infecciones sistémicas y exacerbar la severidad de la mucositis. En pacientes con datos de infección según sea la sospecha diagnóstica deben prescribirse antimicóticos (clotrimazol, nistatina) en caso de candidiasis; antivirales (aciclovir, valaciclovir) en sospecha de Virus del Herpes Simple e inmunocompromiso y/o antibióticos (sospecha de infección bacteriana, amoxicilina/clavulanato).

De acuerdo con el grado en la escala OMS, se propone como manejo. ⁽⁷⁾

Grado 1: Enjuagues para alcalinizar el medio, analgésicos;

Grado 2: Enjuagues alcalinizantes; bencidamina en concentración del 0,15%, 15 ml cada 2-3 horas;

Grado 3: Enjuagues alcalinizantes, bencidamina, antimicóticos, analgésicos, valorar hidratación intravenosa; y

Grado 4: Alimentación enteral o parenteral, hidratación y analgésico vía intravenosa, así como antibióticos según sospecha.

Estrategia no farmacológica ⁽³⁻⁷⁾

- Limpieza de cavidad oral frecuente;
En menores de tres años, con solución salina o agua con bicarbonato de sodio. En mayores de tres años, con cepillo suave en dientes, encías, paladar y lengua;
- No utilizar enjuagues con alcohol;
- Dieta suave o líquida según sea tolerada, evitando alimentos salados, secos o ácidos que requieran mucha masticación;
- Alimentos blandos, paletas heladas y los helados de agua pueden ser calmantes para las úlceras; y
- Láser de baja potencia nueva opción terapéutica.

Nausea y vómito. Ocurren en 16-78% de los pacientes, en particular en la última semana de vida. ^(9,10)

Náusea. Sensación displacentera de necesidad de vomitar acompañada de síntomas autonómicos como palidez, sudoración fría, salivación, taquicardia y diarrea. *Náusea Crónica:* >1 semana sin una causa bien definida o autolimitada. ^(1,3,8-10)

Vómito. Proceso complejo de espasmos involuntarios de los músculos diafragmáticos y abdominales que dan por resultado el reflujo del contenido gástrico a través de la boca. ^(1,3,8-10)

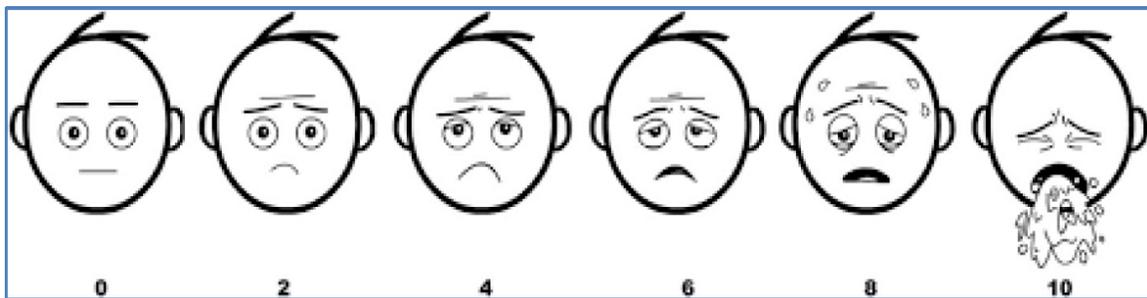
Causas: Ansiedad, disfunción autonómica, obstrucción intestinal, constipación, gastroéstasis, infecciones, incremento de la presión intracraneal, dolor, medicamentos (antibióticos, AINE, quimioterapéuticos, opioides, abstinencia o intoxicaciones); desórdenes metabólicos (hipercalcemia, daño renal), radiación, reflujo.

Fisiopatología: De acuerdo al área o áreas involucradas, se consideran:

- Corteza Cerebral, induce vómito por ansiedad, aromas y sabores, incremento de presión intracraneal, se usan esteroides para disminuir PIC y ansiolíticos para ansiedad anticipatoria y sobre estimulación olfativa;
- Vestibular, activada por movimiento, zona sensibilizada por opioides; mediada por histamina y acetilcolina; se utilizan antihistamínicos y anticolinérgicos;
- Estimulación del tracto Gastrointestinal, vías vagal y simpática, mediadas por D₂, acetilcolina y 5-HT. Se utiliza metoclopramida y anticolinérgicos; y
- Fallo autonómico, genera gastroparesia y por tanto náusea, constipación, anorexia y saciedad temprana; se presenta en IRC, desórdenes neurológicos, caquexia, VI).

Evaluación: ^(3,9) Considerar el grupo etario del paciente, el inicio (abrupto o insidioso), el patrón del vómito, tiempo posterior a la ingesta en el que se presenta, material del vómito, síntomas asociados y la evaluación física para llegar a una sospecha clínica diagnóstica y actuar en consecuencia.

Puede utilizarse en la evaluación de mayores de 7 años la Escala BARF (Baxter Retching Faces) validada en español:



Escala BARF (Baxter Retching Faces)

Estrategia farmacológica. Prevención. Se recomienda la administración profiláctica de acuerdo al potencial de la quimioterapia para inducir náusea y vómito, el cual, en ausencia de profilaxis y de acuerdo a prevalencia se considera:

- Alto (>90%);
- Moderado (30-90%); y
- Bajos (10-30%). ⁽¹⁰⁾

Abordaje: Es necesario evaluar y atender las consecuencias de vómito prolongado como la deshidratación y los desequilibrios hidroelectrolíticos; de ser posible es necesario tratar las causas potencialmente reversibles de la náusea o el vómito.

De acuerdo con la fisiopatología de la náusea y el vómito, elegir el(los) fármaco(s) ^(8,10)

Primera Línea:

- Antagonista de receptor 5HT₃ (ondansetrón) y/o;
- Antagonista de receptor D₂ (metoclopramida) y/o;
- Antagonistas de histamina y acetilcolina (difenhidramina).

Segunda Línea:

- Considerar añadir un corticosteroide (dexametasona) en un pulso corto;
- Añadir dosis baja de benzodiazepinas; y
- Sustituir fármacos de primera línea por otro de su misma clase (ejem. granisetron, haloperidol, difenhidramina)

Tercera Línea:

- Considerar aprepitant;
- Considerar cannabinoides de acuerdo con aprobación (dronabinol); y
- Considerar dosis bajas de propofol.

Fármaco		Dosis	Consideraciones
Antagonista Receptor de Serotonina 5HT ₃	Ondasetrón > 1 mes	0.1-0.15 mg/kg c/6-8 h; VO, SL, IV; Max. 4-8 mg dosis. Dosis alta: 0.45mg /kg 30 minutos previo a la quimioterapia emetogénica, <i>Max:16 mg dosis</i> Adultos 4-8 mg; VO, SL, IV	Puede inducir náusea a dosis altas. Efectos adversos: cefalea, constipación
	Granisetrón	0.01-0.05 mg / kg c/8 h; VO, IV; Max. 3 mg/dosis.	
Antagonista Receptor de Dopamina D ₂	Metoclopramida	0.1-0.2 mg/kg c/8 hrs. VO, IM, IV Adultos: 10 mg c/ 6-8 hrs VO/IM/IV 1mg/kg para D ₂ antagonismo o náusea inducida por quimioterapia.	De elección en náusea por estasis gástrica. 5HT ₄ agonista (a altas dosis). Procinético, uso si se presenta gastroparesia. Extrapiramidalismo a menor edad, difenhidramina puede utilizarse para prevenir, sin disminuir la eficacia antiemética. Altas dosis pueden generar discinesia tardía irreversible. Contraindicada en obstrucción intestinal completa. <i>Efectos Adversos:</i> Sedación, confusión.
	Haloperidol > 3 años	0.01 – 0.1 mg/kg; c/8 h. (Titular lentamente, Max. 1-2mg/kg, 100mg/dosis Adulto: 0.5-1 mg q/12 h o c 4-6h PRN VO, SL, IM, SC, Inyección > 18 años.	Acción en la <i>Zona quimiorreceptora activadora de la náusea (CTZ)</i> . Potente D ₂ Antagonista; menos sedación. Reservar el uso en menores de 3 años que no responden a otros antieméticos. Efectos adversos: prolongación de intervalo QT, disminución del umbral convulsivo, extrapiramidalismo.
	Domperidona	0.2 – 0.4 mg/kg; c /4-8 h. Max: 10mg	No cruza barrera hematoencefálica y por tanto no produce extrapiramidalismo.
Antagonista receptores Histamina (H ₁)/ muscarínico acetilcolina (ACh _m)	Dimenhidrato >2 años	1.25 mg/ kg c/6-8 h; VO, IM; Max: 2-5 años: 75 mg/día 6-12 años 150 mg/día Adultos 50-100 mg; VO, IM, IV; Max. 400 mg/día	Nausea Vestibular <i>Efectos Adversos:</i> Excitación paradójica, constipación, sedación. Se han reportado eventos adversos serios en < 2 años (convulsiones, depresión respiratoria)
	Difenhidramina >2 años	0.5-1 mg/kg c/4-6 h; VO, IM, IV; Max. 50 mg/dosis Adultos 25-50 mg; VO, IM, IV; Max. 300 mg/día	*Hidroxicina, actúa en la Zona Cortical de náusea y ansiedad (ansiolítico)
	Hidroxizina * >2 años	0.5-2 mg/kg por día, en niños hasta de 40 kg. VO Adulto: 1 -25 mg; VO, IM.	

Antagonista receptores muscarínico acetilcolina (ACh _m)	Butilioscina Escopolamina (<i>Buscapina</i>)	0.01 mg/kg c/6h; VO, IV.	*Solo antimuscarínico (no antihistamínico) Efectos adversos anticolinérgicos, sedación.
Antagonista receptores de Dopamina (D ₂) e Histamina (H ₁)/ muscarínico acetilcolina (ACh _m)	Clorpromazina	0.5-2mg/kg VO; 0.25-1mg/kg infusión lenta IV.	Fenotiazina, con efectos psicotrópicos. <i>Efectos Adversos:</i> Extrapiramidalismos y anticolinérgicos, agranulocitosis.
Antagonista receptor Neurokinina 1	Aprepitant	> 12 años: 40mgs VO dosis única. (Prequirúrgica) 125 mg VO dosis única, seguido de 80 mg una vez al día (Quimioterapia)	De elección en náusea asociada a quimioterapia. <i>Efectos Adversos:</i> Constipación, cefalea, fatiga y taquicardia sinusal.

Abreviaturas: ACh_m (Receptor muscarínico acetilcolina); D₂ (Receptor de Dopamina 2); h (hora); H₁ (Receptores Histamina 1); IM (Intramuscular); IV (Intravenosa); Max (Máxima dosis); PIC (Presión Intracraneal); SC (Subcutánea); SL (Sublingual); VO (Vía oral); 5HT₃ (Receptor de Serotonina 3).

Estrategia no farmacológica ^(1,3,8-10)

- En caso de deshidratación utilizar el Esquema de Hidratación Oral;
- Ofrecer líquidos claros, ingeridos lentamente y con cuchara; la alimentación debe ser con porciones pequeñas y frecuentes;
- Evitar desencadenantes como aromas y alimentos irritantes;
- Promover el cuidado de la cavidad oral;
- Hipnosis, desensibilización; y
- Acupuntura / Acupresura.

Estreñimiento / constipación. Es la disminución en la frecuencia de la emisión de heces, cualquiera que sea su consistencia o volumen. En ocasiones con dolor y pujo excesivo.

Causas: ^(1,3,8,9) Generalmente multifactorial, pudiéndose combinar algunos de los siguientes mecanismos: a) Funcional; b) Alteraciones neurológicas (Enf. Hirschprung, lesiones medulares, parálisis cerebral infantil, neurofibromatosis, neuropatías y miopatías, encefalopatías); c) Patología anal (fisuras, estenosis, malformaciones); d) Trastornos endócrinometabólicos (hipotiroidismo, hipocalcemia, hipercalcemia, deshidratación, fibrosis quística); e) Medicamentos: Opioides, antidepresivos tricíclicos, antiepilépticos, fenotiacinas, diuréticos, antihistamínicos, anticolinérgicos, suplementos de hierro).

Evaluación: ⁽³⁾ Se utiliza a los Criterios de Roma III para definir la presencia del síntoma:

- Dos o menos deposiciones a la semana;
- Al menos, un episodio de incontinencia fecal a la semana (en los menores de cuatro años, tras haber alcanzado el control del esfínter anal);
- Antecedente de posturas o actitudes retentivas para evitar la defecación;
- Defecación dolorosa;
- Fecalomas en el recto; y
- Deposiciones muy voluminosas.

Abordaje:

- Evaluación que incluya la presencia de otros síntomas asociados tales como dolor abdominal, distensión, flatulencia, náusea o vómito;
- Una exploración física integral y los paraclínicos aplicables;
- Tratamiento de causas subyacentes.

Estrategia farmacológica. ^(1,3,8,9) De forma general se inicia con un ablandador de heces y si es necesario añadir un estimulante.

- En caso de exploración con ámpula rectal llena, datos de impactación fecal y ausencia de complicaciones utilizar un enema o supositorio de glicerina para desimpactar; y
- En el caso de constipación inducida por opioides, se ha estudiado en adultos la naloxona, metilnaltrexona, y almivopam sin reportes publicados aún para niños. ⁽³⁾

Tipo	Fármaco	Dosis	Consideraciones
Enemas ³	Enemas de fosfato Hipertónico.	No indicado en menores de 2 años En >6 años: 3 ml/kg, VR máx.: 35 ml	Se recomienda no usarlos más de cinco días. Efectos adversos: Riesgo de traumatismo mecánico y de hiperfosfatemia hipocalcemia y tetania.
	Enema de Solución Salina Isotónica.	5 ml/kg dos veces al día, VR	Se recomienda no usarlo más de cinco días. Efectos adversos: Riesgo de traumatismo mecánico.
Osmóticos	Hidróxido de Magnesio	1 a 3 ml/kg/día VO	Efectos Adversos: Diarrea intensa, hipermagnesiemia, hipofosfatemia e hipocalcemia.
	Lactulosa	3 m a 1 año: 0.8 - 3.5 ml VO (no por kilo) 3 veces día. > 1 año: 10mg – 3.5ml VO (no por kilo) 3 veces día.	Titular para evitar los efectos adversos. Efectos Adversos: Flatulencia, dolor abdominal, náusea, hipernatremia a altas dosis.
	Sorbitol	60 mg/día ≥8 años: 10 mg/kg c/8 h; Max. 120 mg/día	Efectos Adversos: Flatulencia, dolor abdominal.
	Polietilenglicol	2-12 años: 10-20ml/kg o 1-2g/kg/día, VO en dos tomas durante 3 a 5 días, dejando transcurrir no más de 6-8 horas entre ambas dosis. >12 años: 4 sobres diarios VO e incrementara razón de 2 sobres/día hasta un máximo de 8 sobres al día.	Iniciar con por 10ml/kg (agua o jugo) e incrementar. Descontinuar en casos con dificultad para tomar. Efectos adversos: náusea, distensión abdominal, vómito, diarrea, irritación perianal. Neumonía por aspiración, edema pulmonar (polietilenglicol con electrolitos)
Estimulantes	Senósidos	6 meses a 1 año: 3.75 mg ^(no por kilo) VO al acostarse. 3-10 años: 7.5-15 mg ^(no por kilo) VO al acostarse >10 años: 15-30 mg ^(no por kilo) VO al acostarse	Efectos adversos: Dolor abdominal cólico.
	Bisacodilo	6 - 11 años: 5 mg ^(no por kilo) VO al acostarse. >12 años: 5-15mg ^(no por kilo) VO al acostarse	Efectos adversos: Dolor abdominal, diarrea e hipercalcemia, proctitis, urolitiasis
	Picosulfato de sodio	Sólo para desimpactación en niños >5 años: 2 a 6 gotas/día	Efectos adversos: Dolor abdominal, diarrea. Fenómeno de rebote con uso prolongado.

Abreviaturas: VO (Vía oral) VR (Vía rectal).

Estrategia no farmacológica ^(1,3,8,9) Cuando sea posible:

- Establecer una rutina intestinal diaria;
- Incrementar la actividad física activa o pasiva;
- Incrementar el volumen de líquidos;
- Incrementar cantidad de fibra en la dieta;
- Considerar masaje gentil del abdomen en sentido de las manecillas del reloj;
- Revisar medicamentos que pueden causar estreñimiento y adecuar prescripción; y
- Con demostrada utilidad la auto hipnosis, biofeedback y terapia cognitiva conductual.

Diarrea. Es el aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia. Se puede acompañar de signos y síntomas como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal. Diarrea aguda < 14 días; persistente >14 días; Crónica > 30 días. ^(1,3) Presente entre el 21-40% de los niños al final de vida. ⁽⁸⁻¹¹⁾

Causas: Pueden presentarse de manera individual o simultánea algunos de los siguientes mecanismos: ^(1,3,8)

- Incontinencia por rebosamiento en estreñimiento e impactación fecal;
- Intolerancia alimentaria;
- Errores en la alimentación enteral (tiempo, frecuencia, tipo de fórmula);
- Sobreuso de laxantes;
- Daño intestinal inducido por radiación;
- Síndrome de intestino irritable;
- Enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn, CUCI);
- Malabsorción y esteatorrea por disminución de función pancreática;
- Infecciones bacterianas;
- Infecciones virales;
- Infecciones parasitarias; y
- Síndromes carcinoides o VIPomas.

Evaluación: Es imprescindible valorar el estado de hidratación generado por el síntoma, evaluar las causas precipitantes y de ser posible remitirlas. Según sea el caso, debe valorarse el equilibrio hidroelectrolítico de manera paraclínica.

Estrategia Farmacológica ^(3,8)		
Fármaco	Dosis	Consideraciones
Loperamida	0.03-0.27 mg/kg VO dos veces al día.	<i>Efectos Adversos:</i> distensión, estreñimiento, efectos neurológicos centrales (en infantes), con el uso concomitante de inhibidores de P-Glicoproteína (ketoconazol, omeprazol, quinidina) que permite atravesar la barrera hematoencefálica.
Subsalicilato de Bismuto	15-25 mg/kg, VO, 5-6 veces día	Datos limitados en pediatría. <i>Precaución:</i> Puede inducir Sx. Reye. Heces color negro.
Octreotide	1-2 mg / kg, IV o SC, dos veces al día Titular el efecto a 10 mg/kg/dosis	Uso en diarrea secretora, que incluye síndromes carcinoides, tumores VIP y Diarrea por VIH. Evidencia limitada en pediatría. <i>Efectos Adversos:</i> náusea, empeoramiento de hipertensión arterial preexistente, colelitiasis, hipercontractilidad vesicular.
Colestiramina	0-6 años: 1-2g VO dos veces al día > 6 años: 2-4 g VO dos veces al día	Uso en diarrea crónica. Dosis no ponderal

Abreviaturas: IV (Intravenosa); SC (Subcutánea); VO (Vía oral); VSO (Vida Suero Oral)

Estrategia no farmacológica ^(1,3,8)

- Plan de hidratación oral con VSO, continuar con alimentación e ingesta de fluidos.
- En casos particulares evaluar la ingesta de lácteos o el cambio a deslactosados; y
- Prevenir la rozadura de piel con cuidado frecuente que mantenga la zona seca, aplicar cremas de barrera u pasta de óxido de zinc.

Hipo / singulto. Síntoma derivado de la contracción súbita e involuntaria del diafragma y los músculos intercostales, terminando con un cierre de glotis abrupto que produce el sonido característico. Generalmente auto limitado. El hipo prolongado puede ocasionar interrupción de la alimentación, habla, sueño.

Causas: ⁽³⁾

- Benigno: (minutos-horas): Distención gástrica, alimentación excesiva, reflujo, areofagia, tabaco, alcohol;
- Persistente (2-3 días); Intratable (>1 mes); frecuencia alta >60 hipos/min:
- Sistema Nervioso Central (EVC, contusión cerebral, hematomas, encefalitis, meningitis, hidrocefalia, neoplasias, trauma, ansiedad, esclerosis múltiple);
- Medicamentos (Estimulantes del SNC, sulfonamidas, Esteroides IV, benzodiacepina, antibióticos, analgésicos);
- Metabólico (hiponatremia, hipocalcemia, hipocapnia, gota, fiebre, falla renal, infección);
- SN Periférico (tumores de cabeza y cuello, masas pulmonares, bocio); y
- Quirúrgicas (ventilación inadecuada, intubación, hiperextensión de cuello, laparotomía, toracotomía, craneotomía, manipulación).
- Otros: hipnosis, acupuntura, masaje de cuello.

Estrategia farmacológica. El tratamiento debe estar basado en la casusa subyacente cuando esta es identificada. Las medidas farmacológicas se reservan para el hipo persistente o intratable. Se describe carbamacepina, gabapentina y valproato como opciones de tercera línea. En hipo refractario, puede requerirse sedación paliativa (midazolam).

Fármaco	Dosis	Consideraciones
Clorpromacina ≥6 meses	≥ 6 meses: 0.5-1 mg/kg/dosis c/4-8 hrs VO, IM, IV. Max: < 5 años o 23 kg: 40mg/día. 5-12 años: 75 mg/día; VO, IM, IV. Adultos: 25-50 mg c/6-8 h; VO, IM, IV	Indicado en hipo de origen central. Precaución en condiciones patológicas cardiovasculares, renales, hepáticas, convulsivas o respiratorias. Efectos Adversos: Disminución del umbral convulsivo, extrapiramidalismo.
Metoclopramida	0.1-0.2 mg/kg c/8 hrs VO, IM, IV Adultos: 10-20 mg c/6-8 hrs VO/IM/IV	Fármaco procinético, promueve el vaciamiento gástrico; antiemético. Útil en Hipo asociado a distención gástrica <i>Contraindicación:</i> Obstrucción intestinal completa. Se requiere ajuste de dosis para Cl _{cr} <50 <i>Efectos Adversos:</i> Confusión, extrapiramidalismo, sedación, disminución del umbral convulsivo.
Baclofeno	Administración VO, IV < 2 años: 2.5- 5 mg c/8hrs; Max. 40mg/día. < 2-7 años: 5- 10 mg c/8hrs; Max. 60 mg/día. ≥ 8 años: 10 m g/kg c/8 h; Max. 120 mg/día. Adultos: 10-20 mg c/8-12 h; Max. 80 mg/día	Genera relajación muscular Titular dosis cada tres días

Omeprazol ≥1 año	<p>≥1 – 5 años: 0.7 mg/kg/día.</p> <p>≤ 6 años: 1 mg/kg cada 12 - 24 h</p> <p>5-10 kg: 5 mg/día</p> <p>10-20 kg: 10 mg/día</p> <p>> 20kg: 20 mg/día</p> <p>> 16 años: 20 mg/día. Max.</p> <p>40mg/día</p>	<p>Indicado en hipo asociado a reflujo.</p> <p>Pueden requerirse incremento de dosis en niños de 1-6 años por aclaramiento incrementado.</p> <p>Ajustar dosis en daño hepático.</p> <p>Efectos Adversos: edema, Foto sensibilidad, trombocitopenia</p>
Pantoprazol ≥1 año	<p>Niños: 20 mg/día (0.5-1 mg/ kg/día); VO/IV</p> <p>Adultos: 40 mg/día por 8 semanas VO; IV (uso < 10 días)</p>	<p>En hipo asociado a reflujo.</p> <p>Datos de uso en niños, son limitados.</p>

Abreviaturas: EVC (Evento Vascular Cerebral); IM (Intramuscular); IV (Intravenosa); SC (Subcutánea); PaCO₂ (Presión arterial de dióxido de carbono); SNC (Sistema Nervioso Central); VO (Vía oral).

Estrategia no farmacológica

- Maniobras respiratorias que incrementen PaCO₂: Aguantar la respiración, respirar en una bolsa, maniobra de valsalva, estornudar o toser, jadear, presión positiva continua de la vía aérea;
- Estimulación nasofaringea: presión de la nariz, beber agua;
- Alivio de la distensión gástrica: ayuno, sonda nasogástrica;
- Maniobras vagales: valsalva, opresión ocular, masaje carotideo;
- Intervencionismo: bloqueo del frénico.

5.5 SÍNTOMAS NEURO-PSIQUIÁTRICOS

Espasticidad. Aumento anormal del tono muscular que característicamente es velocidad dependiente (es decir, a mayor velocidad de estiramiento muscular pasivo, mayor resistencia se encontrará), el cual se asocia generalmente con debilidad muscular y reflejos exaltados. La etiología es una lesión del tracto corticoespinal.

Causas: La parálisis cerebral infantil es la causa más común de la espasticidad en niños; otras causas son: traumáticas, isquemia, tumores, enfermedades neurodegenerativas. ^(1, 2)

Debe ser tratada por un equipo de profesionales multidisciplinario.

Evaluación: De acuerdo con la extensión de su afectación y para su tratamiento se clasifica en:

- Focal o segmentaria: Afecta a un área del cuerpo aislada (brazo o pie); y
- Generalizada: afecta a múltiples áreas del cuerpo aisladas o no contiguas.

Estrategias farmacológicas. Para el tratamiento se considera el tipo de espasticidad:

- Espasticidad generalizada: Indicados fármacos orales; primera línea baclofeno y benzodiazepinas, segunda línea dantrolene y tizanidina; y
- Espasticidad focal o segmentaria se sugiere la administración de toxina botulínica (por profesionales experimentados en su manejo).

Los objetivos del tratamiento de la espasticidad son:

- Mejorar la función (marcha, uso de la mano, etc.);
- Optimizar el cuidado (ej. administración en músculos de la cadera para mejorar el cambio de pañal); y
- Evitar fracturas, contracturas fijas de las articulaciones y dolor.

Tratamientos intervencionistas: bloqueo nervioso con fenol, rizotomía dorsal o colocación de bomba de baclofeno intratecal.

Fármaco	Dosis		Consideraciones
Baclofeno	VO 0.5 mg/kg/día en 2 ó 3 dosis al día, con incrementos semanales hasta lograr efecto deseado; Máx. 2 mg/kg/día. En niños mayores o adolescentes, puede iniciarse 5 mg dos o tres veces al día e incrementar hasta 40 – 80 mg/día repartida en 3 dosis. ⁽⁴⁾		Efectos adversos frecuentes: sedación, constipación, retención urinaria y náusea; Menos frecuentes: confusión, hipotonía, ataxia y parestesias. Cuidados particulares: no debe suspenderse súbitamente, existe riesgo de abstinencia con crisis convulsivas y alucinaciones, hipertermia
Benzodiacepinas ³	Diazepam	Vía oral en dosis –0.3 mg/kg/día dividido en 2 a 4 dosis (máximo 10 mg/dosis), titulación gradual hasta efecto (dosis máxima no bien establecida, se ha considerado 0.8 mg/kg/día)	<i>Efectos adversos:</i> somnolencia, ataxia, alteraciones de memoria, sialorrea y dependencia. Debe procurarse que el tratamiento con benzodiacepinas tenga un curso corto e incluso ser usado como medicamento “de rescate” en casos de espasmos musculares.
	Clonazepam	VO 0.01 – 0.3 mg e incrementos graduales en 0.2 mg/kg/día cada 3 días. ⁽⁵⁾	En caso de necesitar terapia a largo plazo con ellas, es preferible el uso de clonazepam, cuya vida media es más larga.
Agonista alpha-2-adrenérgico central	Tizanidina	Dosis de inicio: De 2 a 10 años: 1 mg/c-24 hrs. por la noche. >de 10 años 2 mg/c-24 hrs por la noche con incrementos semanales hasta dosis máxima de 0.3–0.5 mg/kg/día fraccionado en 2 a 4 dosis en 24 hrs. ⁽⁴⁾	<i>Efectos adversos</i> más comunes: hipotensión, mareo, astenia, xerostomía, toxicidad hepática.
	Clonidina ¹	Días 1–3: 0.002 mg/kg (0.1 mg) VO, por la noche. Días 4–6: 0.002 mg/kg, dos veces al día. Días 7–9: 0.002 mg/kg tres veces al día. Incrementar cada 2–4 días 0.002 mg/kg hasta efectividad o efectos adversos. *	<i>Efectos adversos:</i> Gastrointestinales (sequedad de boca, estreñimiento, dolor abdominal, anorexia, náuseas, vómitos); Cardiovasculares (Bradycardia, hipotensión ortostática, palpitaciones, arritmias, bloqueo auriculoventricular, síncope, fenómeno de Raynaud.) SNC (letargia, somnolencia, mareos, cefalea, sedación, depresión, cambios en el comportamiento, alteraciones del sueño, irritabilidad); trastornos generales (cansancio, depresión respiratoria).

Abreviaturas: Dosis Máxima (Máx); Vía Oral (VO)

Estrategia no farmacológica. Es indispensable ofrecer terapia ocupacional y física (pasiva y/o activa).

Crisis convulsivas. Se definen como la aparición transitoria de signos y / o síntomas debido a una actividad neuronal excesiva o sincrónica en el cerebro; ⁽²⁾ son un síntoma común en una mayoría de los niños, niñas y adolescentes con enfermedades avanzadas, ya sea por padecer enfermedades neurológicas o como un signo de lesión agregada secundaria a otra enfermedad (ej. Hipoxia isquemia, secuelas de neuroinfección, efectos adversos de fármacos).

Las manifestaciones pueden ser variadas: alteración del estado de alerta, sensoriales, motoras y autonómicas. Las crisis convulsivas, por sus manifestaciones clínicas se clasifican de la siguiente manera: ⁽⁶⁾

- a. Inicio focal:
 - Con conciencia alterada / Con conciencia preservada;
 - Inicio motor / Inicio no motor; y
 - Focal a bilateral tónico – clónica (reemplaza el término previo de “secundariamente generalizada”).
- b. Inicio generalizado:
 - Motor: tónico – clónico, otro motor; y
 - No motor: ej. ausencia.
- c. Inicio desconocido:
 - Motor: tónico – clónico, otro motor; y
 - No motor.
- d. No clasificada.

Las crisis focales pueden ser determinadas clínicamente cuando existe un síntoma delimitado a una topografía cerebral específica (ej. movimientos clónicos de una extremidad o un hemicuero, parestesias, percepción de un sonido particular) o solo la alteración de la conciencia generalmente sin pérdida del tono corporal. Esto será el único signo presente durante la crisis o será el inicio de una descarga que se propagaría al hemisferio contralateral ocasionando una crisis generalizada en la cual ya existe una alteración del estado de alerta (generalización secundaria).

El auxiliar para estudiar las crisis convulsivas es el electroencefalograma. En él se puede llegar a observar el sitio donde se originan las descargas. Aun así, la diferenciación de un tipo de crisis u otra puede ser difícil.

Muchos pacientes pediátricos susceptibles de cuidado paliativo han sido diagnosticados con epilepsias refractarias por un neurólogo. Algunos ejemplos son: ej. Síndrome de West, Síndrome de Lennox Gastaut, epilepsias secundarias a disgenesias cerebrales; el manejo farmacológico conlleva importantes aspectos que requieren un adiestramiento específico.

Estrategia farmacológica. Los fármacos más accesibles y que cubren el mayor número de crisis son: fenitoína, ácido valproico y levetiracetam. A manera de recordatorio, la carbamazepina y oxcarbazepina son exclusivos para crisis focales. La lamotrigina y el topiramato son utilizados para crisis focales y algunos tipos generalizados.

El fenobarbital se utiliza exclusivamente en el período neonatal. Sin embargo, aun cuando no hay recomendaciones formales para ello, el fenobarbital puede ser utilizado en el contexto de una enfermedad muy avanzada y/o final de vida ya que tiene alta eficacia antiepiléptica y efecto sedante. Por esto último, además de sus efectos adversos cognitivos es lo que limita su uso en otros contextos.

Neuroirritabilidad ^(6,7) Se define como estado conductual irritable, difícil de consolar, en un paciente con daño neurológico grave (DNG). Las causas del DNG pueden ser: malformaciones del sistema nervioso central, asfixia perinatal, secuelas de encefalopatía hipóxico-isquémica, enfermedades genéticas (ej. Síndrome de Rett) o metabólicas (enfermedades mitocondriales, leucodistrofia de Krabbe, aciduria glutárica, etc).

La neuroirritabilidad obedece a una alteración de la percepción y modulación de los estímulos dolorosos y de la regulación autonómica. Repercute en la calidad de vida del paciente y de la familia, ocasionando trastornos del sueño, del estado de ánimo, frustración y claudicación del familiar.

Cuadro clínico: llanto generalmente de tono agudo y a veces inconsolable, irritabilidad y agitación psicomotriz asociado o no a posiciones anormales (opistótonos), manifestaciones vegetativas (distermia, piloerección, diaforesis), dolor o incomodidad, permanencia de reflejos primitivos con reactividad excesiva a estímulos sensoriales, alteraciones del sueño, del tono (hipertonía, distonía).

Se sospecha cuando la irritabilidad no se atribuye a ninguna de las causas comunes de dolor o disconfort en niños con DNG. Para ello se debe realizar un abordaje sistematizado para cubrir las causas de dolor en pediatría y las que son más frecuentes en niños con DNG.

- Gastrointestinales: abscesos periodontales, reflujo gastroesofágico, constipación, intolerancia alimentaria secundaria a trastornos de la motilidad gastrointestinal, pancreatitis (pacientes con ácido valproico). Existe un fenómeno llamado hiperalgia visceral. Se refiere a la hipersensibilidad del tracto gastrointestinal a estímulos normales como el aumento de la presión intraluminal y se manifiesta con irritabilidad y cambios autonómicos (taqui o bradicardia, palidez o rubor, diaforesis) asociada a la alimentación, tránsito intestinal, flatulencias o evacuación; es especialmente frecuente en niños portadores de gastrostomía y/o funduplicatura;

- Osteomusculares: espasticidad, luxación de cadera, escoliosis, fracturas;
- Genitourinarias: infección de vías urinarias, litiasis ureteral (sospechar en pacientes con topiramato);
- Neurológicas: crisis epilépticas, dolor neuropático, espasmos musculares, disfunción autonómica con crisis diencefálicas o tormenta autonómica: son muchas veces ignoradas o confundidas con crisis convulsivas y por lo tanto tratadas incorrectamente, presentes en paciente con daño neurológico severo, incluso estado vegetativo. Consisten en eventos súbitos de diaforesis, posición extensora anormal, midriasis, hipertensión, fiebre y siempre taquicardia que puede durar hasta varios minutos. Pueden ser desencadenadas por estímulos dolorosos.

Abordaje y manejo:

- Descartar causas comunes de dolor o disconfort en pediatría y más frecuentes en niños con DNG;
- Dar tratamiento específico para todas ellas. Siempre considerar el tratamiento del dolor con AINE y/u opioide paralelo al tratamiento de la causa;
- Búsqueda intencionada de infección de vías urinarias y reflujo gastroesofágico. Puede ser útil brindar tratamiento empírico del reflujo con procinéticos, inhibidores de bomba de protones y antiácidos; y
- De no observar mejoría, iniciar manejo empírico con neuromoduladores: gabapentina o amitriptilina.

Estrategias farmacológicas		
Fármaco	Dosis	Consideraciones
Gabapentina	<p>Día 1–3: 2 mg/kg/dosis VO cada 8 h.</p> <p>Día 4-6: 4 mg/kg VO cada 8 h. Incrementar cada 2 a 4 días en</p> <p>5 – 6 mg/kg por día hasta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgesia efectiva; o • Efectos adversos. <p>Máx: 50 – 72 mg/kg/día (los niños < 5 años pueden requerir llegar a la dosis alta).</p> <p>La dosis nocturna podría ser mayor a las otras si los síntomas ocurrieran predominantemente por la noche o hubiera insomnio asociado.</p> <p>Los incrementos podrían ser diarios si la intensidad de los síntomas lo ameritan.</p>	<p><i>Efectos adversos:</i> sedación, nistagmus, temblor, edema.</p> <p>No hay interacciones farmacológicas importantes.</p> <p>Se ha utilizado hasta en lactantes de un mes de vida, y actualmente se está evidenciando su uso y seguridad incluso en neonatos.</p>
Amitriptilina	<p>Día 1–4: 0.2 mg/kg/día VO por la noche. Incrementos en 0.2 mg/kg/día cada 4 a 5 días hasta lograr el efecto deseado ó presencia de efectos adversos.</p> <p>Dosis óptima 1 mg/kg (50 mg máx). Puede ser necesario llegar hasta 1.5 – 2 mg/kg (máx 100 mg); la incidencia de efectos adversos es mayor incluyendo prolongación de QT.</p>	<p>Efectos adversos: boca seca, constipación, retención urinaria, sedación, agitación / acatisia, prolongación del segmento QT (Recomendable realizar un EKG previo a inicio).</p> <p>No administrar si se utilizan fármacos que pudieran prolongar el intervalo QT.</p>

Abreviaturas: Daño Neurológico Grave (DNG); Dosis Máxima (Máx); Segmento QT (QT) Vía Oral (VO)

Estrategias no farmacológicas. Informar a los padres que los síntomas son debidos al daño neurológico grave y los factores que pueden contribuir; ellos se vuelven los mejores monitores de síntomas.

Puede ser útil intentar estrategias complementarias como terapia asistida con mascotas, música, fisioterapia.

Brindar a La familia estrategias de autocuidado; cuidar de un niño con DNG es agotador.

Delirium. Se define como trastorno neuropsiquiátrico global transitorio de la cognición, derivado de una disfunción cerebral que se manifiesta clínicamente con una variedad de síntomas neuropsiquiátricos de inicio abrupto, en particular alteraciones de conciencia, atención, cognición, y percepción que tiende a fluctuar sobre el curso del día y usualmente tiene una etiología de base en factores fisiológicos. ^(1, 8-9)

Cuadro clínico: Las características esenciales del delirium son:

- Una alteración de la atención o de la conciencia;
- Esta alteración se acompaña de cambios en la cognición que no se pueden explicar mejor por otro trastorno neurocognitivo preexistente (ej: retraso mental, demencia);
- Esta condición se desarrolla en un periodo de tiempo corto, de horas o días, y a menudo fluctúa durante el día, con empeoramiento típicamente nocturno; y
- Hay indicios a partir de la historia del paciente, la exploración o los resultados de laboratorio de que la alteración es probablemente el resultado de una enfermedad médica o de su tratamiento.

El delirium tiene un rango amplio de síntomas y conductas psicomotoras que se subdividen según el componente motor que predomine en:^{1,10}

- Hipoactivo: Forma más común, aunque generalmente esta subdiagnosticado. Es caracterizado por la apatía, disminución de la respuesta y retraimiento, los niveles de dopamina son bajos o normales y hay una desregulación colinérgica importante. Menor calidad de vida con mayor riesgo de cursar con infecciones intrahospitalarias y úlceras por presión;
- Hiperactivo: caracterizado por la inquietud psicomotora, agitación, labilidad emocional, mayor riesgo de extubación y de auto-infligirse daño. Se presenta más frecuentemente relacionado a intoxicación por sustancias o síndrome de abstinencia. Existe un alto estado dopaminérgico, que desencadena la agitación y la agresión. Pueden cursar con trastornos del pensamiento, dificultad para hablar con claridad o hablar sin sentido; los delirios, que son pensamientos o creencias falsas sin base en la realidad y alucinaciones. Su prevalencia varía entre 1.6 % a 35 %; y
- Mixto: pudiendo fluctuar entre uno y otro.

En el niño, este padecimiento, además de los síntomas psicomotores, cursa con otros síntomas neuropsiquiátricos como acciones sin sentido, estado inconsolable y signos de la desregulación autonómica.
(8-9)

Diagnóstico: Este suele ser clínico, la sospecha siempre se deberá llevar a cabo ante la aparición aguda de una alteración de la cognición, las emociones, la conciencia o la aparición de alteraciones conductuales en un niño críticamente enfermo. Se han utilizado algunas herramientas como:

- Delirium Rating Scale (DRS) y Delirium Rating Scale Revised-98 evalúan detalladamente el estado mental de los pacientes. Estas escalas se pueden aplicar a los niños con enfermedad crítica; y
- pCAM-ICU es un instrumento validado e para el diagnóstico del delirium pediátrico en niños críticamente enfermos. Este algoritmo se aplica a los mayores de cinco años o que tengan esta edad por desarrollo (sensibilidad del 85 %, especificidad del 98 %).

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de las situaciones que potencialmente pueden conducir a un delirium se recogen en el acrónimo (en inglés:) "I WATCH DEATH" (Infecciones; Withdrawal (abstinencia); Acute metabolic (Trastornos metabólicos agudos); Trauma; Enfermedad del SNC; Hipoxia; Deficiencias (Vitamina B12, hipovitaminosis, niacina, tiamina); Ambiental (Ambiente; hipo/hipertermia, endocrinopatías); Vascular Agudo (Emergencia hipertensiva, hemorragia subaracnoidea); Tóxicos (medicamentos, drogas, pesticidas, etc); Heavy metals (Metales pesados como hierro y mercurio).

El diagnóstico diferencial del delirium hipoactivo merece una particular atención en los siguientes casos:

- Retiro de fármacos sedantes o/y opioides de manera súbita y brusca;
- Cuando hay una intoxicación subyacente por psicotrópicos o un síndrome por neurolépticos por sensibilidad a los antipsicóticos; y
- La posibilidad de estatus epilépticos no convulsivos, trastorno depresivo mayor o inhibición catatónica debe ser excluida.

Estrategias farmacológicas. Delirium hiperactivo: Se puede considerar el uso de medicación para reducir síntomas como ansiedad, agitación, alucinaciones y alteraciones del sueño. Considerar y evaluar los efectos adversos e interacciones medicamentosas.

Se emplean antipsicóticos típicos como el haloperidol y atípicos como la risperidona, quetiapina, olanzapina; se utilizan benzodiacepinas y clonidina en el tratamiento del *delirium por abstinencia de benzodiacepinas*; para el tratamiento del *delirium por abstinencia de opiáceos* se usan clonidina y metadona.
(14-16)

Fármaco	Dosis	Consideraciones
Haloperidol ⁽¹⁾	VO/SC/IV/IM 3 meses a 3 años: 0.0125-0.025 mg/kg c/6-8 hrs Máx: 0.15 mg/kg/día. > 3 a 12 años: 0.025-0.05 mg/kg c/6-8hrs Máx: 5mg/día. > 12 años: 0.5-1.5 mg c/6-8hrs Máx: 20 mg/día	Dosis IV es dos veces más potente que VO. Efectos adversos: Extrapiramidalismo, distonía, riesgo de prolongar el QT. Uso como antiemético.
Risperidona ⁽¹⁾	<20 kg: 1.25 -0.25 mg VO, en una o dos dosis día. Máx.: 1-2 mg/día. 20-60 kg: 0.25-0.5 mg VO, en una o dos dosis día. Máx.: 2-3 mg/día. >60 kg: 0.5-1 mg VO, en una o dos dosis día. Máx.: 4 mg/día	Tratamiento de delirium, agitación y cambios de ánimo inducidos por los esteroides. Causa incremento de peso y de prolactina.
Quetiapina ⁽¹⁾	Lactantes: 0.5 mg /kg/día Dosis extra de 0.5mg/kg cada 8 horas (mientras la agitación se controla). Max: 6mg/kg/día (menores 7 kg) 7-20 kg: 6.5-12.5 mg en una o dos dosis al día. Máx.: 200 mg/kg/día. 20-40 kg: 18.75 mg una o dos dosis al día. Máx.: 300 mg/kg/día 40-60 kg: 25 mg una o dos dosis al día. Máx.: 300 mg/kg/día	Efectos adversos: hipertermia maligna, arritmia de puntas torcidas, movimientos extrapiramidales, hipotensión, desregulación de la glucosa y los lípidos, espasmo laríngeo. Efectos anticolinérgicos: constipación, retención urinaria y boca seca. Evitar el uso QT prolongado o arritmia cardíaca.
Olanzapina ⁽¹⁾	<30 kg: 1.25 mg VO, en una o dos dosis día. Max: 5mg/día 30-60 kg: 1.25 mg VO, en una o dos dosis día. Max: 10 mg/día. >60 kg: 5 mg VO, en una o dos dosis día. Max: 20 mg/día	Puede administrarse IM. Útil como sedante leve, delirium, ansiedad, insomnio, estabilizado del ánimo. Buen antiemético para náusea y vómito inducido por opioides. Evitar Olanzapina IM con Benzodiazepinas IV

Abreviaturas: Intravenoso (IV); Dosis Máxima (Máx); Segmento QT (QT);Vía Oral (VO)

Estrategias no farmacológicas ⁽¹¹⁻¹³⁾

- Prevención: identificar, modificar y, cuando sea posible, corregir las afecciones médicas subyacentes de un paciente que pueden generar delirium;
- Presencia de familiar continuamente;
- Promover la toma de siesta durante el día, con un horario establecido;

- Alentar familia de traer objetos como fotografías, juguetes, almohadas, etc.;
- Retiro oportuno de catéteres, sondas, restricciones;
- Apagar luces a una hora determinada, disminuir en medida de lo posible las interrupciones del sueño; y
- Promover el uso de anteojos, aparatos auditivos en caso de que el paciente los requiera.

Insomnio. La prevalencia de insomnio en niños con enfermedades crónicas es alta y generalmente de origen multifactorial. El insomnio de un niño enfermo impacta considerablemente en su calidad de vida y en la de sus padres, ya que un niño que no duerme bien provoca un padre que tampoco lo haga.

Las causas más frecuentes son: ⁽¹⁸⁾

- Otros síntomas descontrolados (ej. dolor, náusea, vómito);
- Alteración primaria del sistema nervioso central (ej. niños con tumores de sistema nervioso central o niños con daño neurológico grave);
- Tratamientos con toxicidad neurológica (radioterapia craneal, quimioterapia);
- Trastornos del estado de ánimo (depresivo o ansiedad);
- Por intervenciones de enfermería durante hospitalizaciones ó por los cuidadores en casa, ya sea para monitorizar parámetros clínicos o administrar medicamentos;
- Ambiente hospitalario (ej. cuartos de hospital privados de luz natural); y
- Comorbilidad – obesidad, insuficiencia cardíaca, ceguera.

Estrategias farmacológicas		
Fármaco	Dosis	Consideraciones
Difenhidramina	0.5 a 1 mg/kg VO, 30 minutos antes de ir a dormir. Dosis habitual: 12.5 a 50 mg/dosis. Máx. 50 mg/dosis	Por períodos breves, paralelo a medidas conductuales; sin embargo, en condiciones progresivas, su uso puede extenderse.
Melatonina	1 mg en lactantes, 3 mg en niños y 5 mg en adolescentes, VO o SL (de acuerdo a preparación); 90 minutos antes de hora de ir a dormir. Ajustar de acuerdo a respuesta individual.	Adyuvante para insomnio inicial o alteración del ritmo circadiano (pacientes con tumores de sistema nervioso central -tálamo, hipotálamo; invidentes). Bien aceptado por padres. <i>Efectos adversos:</i> pesadillas.
Clonazepam	- 0.002 – 0.01 mg/kg; VO	Trastorno ansiedad, depresión; espasmos musculares, antiepiléptico. <i>Efectos adversos:</i> potencial dependencia física o psicológica.
Amitriptilina, Gabapentina	-Ver neuroirritabilidad.	

Abreviaturas: Dosis Máxima (Máx); Segmento QT (QT); Vía Oral (VO)

Estrategias no farmacológicas ⁽¹¹⁻¹³⁾

- Revisar factores propios del paciente o externos que estén afectando el inicio o la continuidad del sueño;
- Mejorar la higiene de sueño y corregir los factores externos que sea posible (ej. favorecer exposición a luz natural durante el día, disminuir intervenciones de enfermería);
- Uso de estrategias conductuales (relajación muscular progresiva, respiración profunda, hipnosia).

Ansiedad. La ansiedad se produce como una respuesta a las experiencias desconocidas, traumáticas, dolorosas y a la separación de la familia. Prevalencia entre el 7-40%. Se manifiesta como miedo, evitación, irritabilidad, llanto y dificultad para concentrarse; puede presentarse con síntomas somáticos como malestar gastrointestinal, náuseas, vómitos, cefalea, mareos e insomnio. Puede estar presente en el Síndrome de Estrés Postraumático.

Estrategias farmacológicas. Los pacientes con desorden de ansiedad se benefician con ISRS como primera línea farmacoterapia y es superior cuando se combina con TCC. Los benzodiacepinas son de uso común en el paciente en CPP (para insomnio, como antieméticos, sedantes, o como “puente” ansiolítico al iniciar un ISRS), sin embargo, es necesario considerar:

- La dependencia y abstinencia al utilizarlas por tiempos más prolongados; y
- Monitorizar la desinhibición paradójica o agitación que puede presentarse especialmente en niños neuroatípicos.

Precaución al utilizar junto a opioides por el riesgo de depresión respiratoria

Fármaco	Dosis	Consideraciones
Clonazepam ⁽¹⁾	0.25 a 0.5 mg por dosis, dos o tres veces al día, VO. Máx: 3 mg día.	Inicio de acción lento. Duración 6-8 h. Usado par ansiedad general, insomnio.
Midazolam ¹	0.025-0.05 mg/kg IV, Intranasal. 0.25-1 mg/kg VO.	Rápido. Indicado para sedación.
Lorazepam ⁽¹⁾	0.25 - 1 mg por dosis, VO, SL, SC, IV. Puede indicarse cada 4 horas. (Incrementar 0.25-0.5 mg, si primera dosis no es efectiva) Máx. 3-6mg/día	Inicio de acción rápida. Duración 4 h. Puede ser usado hasta c/h PRN. Usado para ansiedad general, ataques de pánico, náusea pre-quirúrgica, insomnio.
Olanzapina ⁽¹⁾	Ver delirium	

Abreviaturas: ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; Segmento QT (QT) Vía Oral (VO)

Estrategias no farmacológicas

- La preparación del ambiente, el niño y los padres pueden disminuir la ansiedad;
- Optimizar la comunicación;
- Favorecer la estancia de los padres o tutores;
- Terapia de exposición gradual y desensibilización ante las situaciones que generan ansiedad;
- Terapia Cognitiva Conductual (TCC); Relajación, imaginación, resolución de problemas y manejo de estrés; e
- Hipnosis, Mindfulness.

Depresión. Trastorno del estado de ánimo, se presenta como una tristeza persistente, pérdida del interés en las actividades cotidianas, fatiga, disminución de la energía, disminución de concentración y cambios en los hábitos de alimentación por más de dos semanas; siempre debe descartarse la ideación suicida. Las tasas de depresión se incrementan en niños con condiciones o enfermedades crónicas.

El DSM-5 no distinguen la depresión pediátrica a la de adultos, sin embargo, los niños pueden tener más irritabilidad y en ocasiones, derivado del proceso de desarrollo, pueden no entender o comunicar los síntomas depresivos; además, no se contemplan criterios de depresión en niños con comorbilidad, en los cuales la presencia de síntomas asociados a su condición de base puede confundir al clínico. La tristeza sostenida, irritabilidad, aislamiento social y/o anhedonia pueden ser más sensibles para indicar depresión en niños enfermos. ⁽¹⁾

Es importante diferenciar *depresión mayor* del *trastorno de adaptación*, en los que hay síntomas emocionales, menos intensos y de menor duración que se desarrollan en relación con un estresor específico.

En el abordaje es imprescindible evaluar factores de riesgo tales como historia personal o familiar de premorbilidad afectiva, disfunción familiar, insomnio, caquexia, aislamiento social y educativo por la enfermedad, duelo, presencia de síntomas descontrolados como dolor, entre otros.

Estrategias farmacológicas. ⁽¹⁾ Los antidepresivos tricíclicos, paroxetina y los inhibidores de la MAO no se usan en depresión en paciente con comorbilidades. Es importante evaluar la ideación suicida por el incremento de la misma al iniciar terapia antidepresiva. Deben estar monitorizados de manera cercana.

Fármaco	Dosis	Consideraciones
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	Sertralina: >6 años de edad: iniciar 12.5 mg y titular hasta lograr el efecto. Máx. 200 mg/día.	Uso <i>off label</i> para ansiedad y depresión. Inicio de acción lento (4-6 semanas)
	Fluoxetina: > 8 años: iniciar 5 a 10 mg/ día. >12 años: iniciar 10 mg/día. Incrementos de 10 mg cada 7-14 días. Máx. 60 mg/día. Escitalopram: >12 años: 10 mg al día y aumentar a 20 mg/día después de 3 semanas.	Uso <i>off label</i> para ansiedad. Vida media larga, puede discontinuarse abruptamente; riesgo de sobredosis por vida media prolongada. Interacción con fármacos que se metabolizan en citocromo P450
	Venlafaxina: 37.5 – 225 mg VO (Máx. en niños); Máx.: 300mg/día (adolescentes) -Incrementos de 18.25-37.5 mg cada 7-14 días	Uso <i>off label</i> para depresión y baja energía del paciente en CPP. Primera línea si el pronóstico es <2-3 semanas; inicio de alivio rápido. <i>Efectos adversos:</i> Insomnio, empeoramiento de la ansiedad, alucinaciones visuales

Abreviaturas: DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Quinta Edición); Dosis Máxima (Máx); Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina (ISRS); Intravenoso (IV); Por razón necesaria (PRN); Sublingual (SL) Terapia Cognitiva Conductual (TCC); Vía Oral (VO)

Estrategias no farmacológicas ⁽¹¹⁻¹³⁾

- Cambios en el ambiente e intervenciones para modificar el comportamiento del niño;
- Comunicación abierta, efectiva, segura y sin juicios;
- Psicoterapia: Terapia cognitiva conductual; Terapia familiar sistémica;
- Terapia de juego o de arte;
- Meditación; y
- Mindfulness.

5.6 SÍNTOMAS DERMATOLÓGICOS

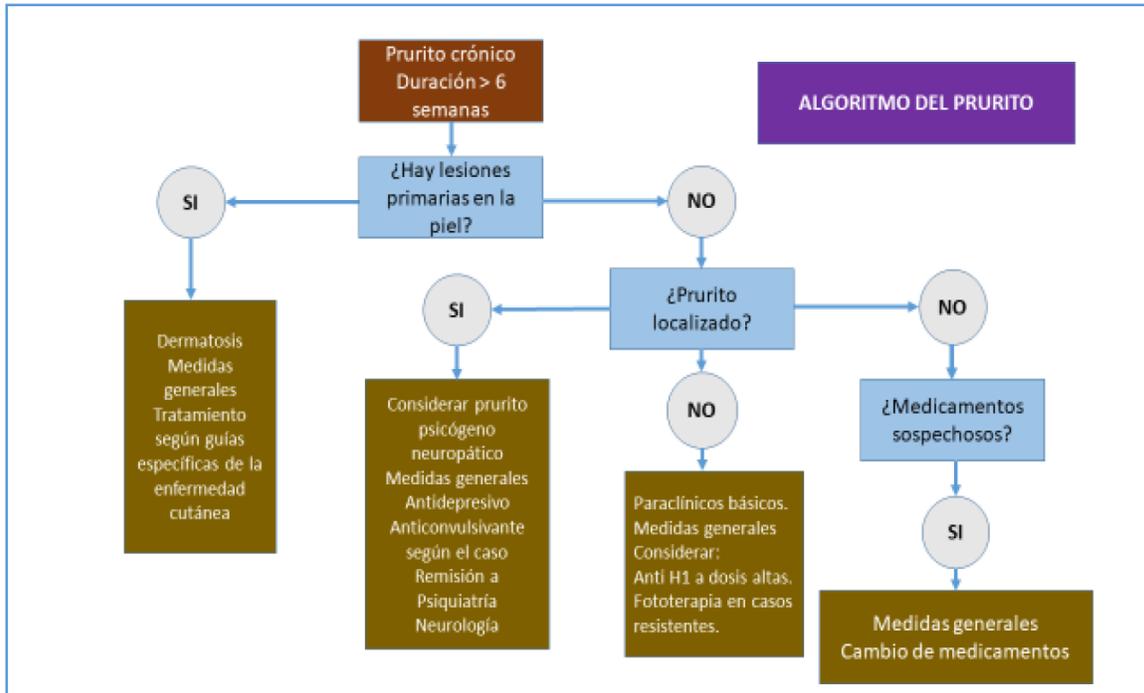
Prurito. Se define como una sensación desagradable que provoca la necesidad imperiosa de rascarse, ocasiona malestar y a veces lesiones por rascado, puede ser altamente incapacitante y pone en peligro la integridad de la piel como barrera de protección. ^(1,2)

Fisiopatología tanto el dolor como el prurito comparten algunos mecanismos neurofisiológicos la sensación de prurito se transmite al cerebro por nociceptores, fibras C y fibras A delta, que transmiten la señal a las neuronas de la vía espinotalámica hasta el área singular anterior de la corteza cerebral (centro cortical del prurito). Actúan de forma indirecta al liberar mediadores como la histamina, serotonina, péptidos vasoactivos, encefalinas, prostaglandinas. ⁽²⁾

Mecanismos

- Dermatológico, causado por procesos inflamatorios o patológicos (urticaria y eccema);
- Sistémico, relacionado con enfermedades de otros órganos (colestasis);
- Neuropático, relacionado con enfermedades del sistema nervioso central o sistema nervioso periférico (esclerosis múltiple);

- Psicógeno o psiquiátrico, relacionado con trastornos psiquiátricos
- Enfermedad cutánea primaria;
- Enfermedad sistémica; y
- Causada por medicamentos. ^(1,2,3)



Estrategias farmacológicas

Antihistamínicos:

- Difenhidramina: IM o IV. Menores de 1 año 1mg/kg/ día 3 a 4 tomas.
Mayores de 1 año 1mg/kg/día, c/ 6 u 8 hrs. Máximo 5 mg/kg/día, con dosis máxima de 50 mg;
- Hidroxicina: 2 mg/kg/día, c/ 6-8 hrs. Vía oral o intramuscular;
- Clorpromazina: 0.5 a 1 mg/kg/dosis c/ 6-8 hrs.; ^(1,4,5)
- Loratadina: 2 a 5 años 5 mg/día. Mayores de 6 años 10 mg/día vía oral;
- Desloratadina: Menores de 6 años 1.25 mg al día, 6 a 12 años 5 mg al día vía oral;
- Cetirizina: Menores de 2 años 0.25/kg/día, 2 a 5 años 2.5 mg/día, mayores 6 años 5 a 10 mg/ día vía oral; y
- Corticoides. Su rol no está bien definido.

Antidepresivos:

- Sertralina 75 – 100 mg/ día.

Otros:

- Rifampicina;
- Propofol; y
- Fototerapia. ^(1,4,5)

Estrategias no farmacológicas ^(1,2,3,4,5)

- Cuidados de la piel;
- Mantener piel fría e hidratada;
- Evitar baños calientes;

- Evitar el sobre abrigo;
- Evitar sustancias vasodilatadoras (alcohol);
- Cremas con calaminas y mentol;
- Jabones hidratantes y de Avena; y
- Cremas humectantes.

Xerosis. La xerostomía es la sensación subjetiva de boca seca que es secundaria a una hiposecreción salival, la cual corresponde a una disminución objetiva del flujo salival. ⁽⁶⁾ La persistencia en el tiempo de tasas bajas de secreción salival conlleva cambios en el medio bucal y condicionan la aparición de lesiones sobre los tejidos duros y blandos de la boca. ⁽⁷⁾

Estrategia farmacológica. Pilocarpina en pacientes adolescentes de más de 45 kilos: tabletas de 5 mg y se administra de 5 a 10 mg cada 8 horas V.O. Produce efectos secundarios debido a su acción colinérgica (sudoración, rinitis, molestias urinarias). Contraindicada en pacientes con asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, epilepsia, hipertiroidismo, glaucoma, úlcera gástrica y enfermedad de Parkinson. Su administración tópica disminuye los efectos adversos. ⁽⁶⁾

Estrategia no farmacológica

- La más importante: Cuidado bucal estándar;
- Trate la causa, p. Ej. deshidratación, infección;
- Considere la saliva artificial;
- Proporcione comodidad local: cubitos de hielo, frescos trozos de piña, cubos de hielo en frappe; y
- Parafina suave en los labios. ⁽⁶⁾

Es importante conocer si existe en el enfermo con boca seca, parénquima salival funcionante que pueda ser estimulado de forma mecánica, química o gustativa. ⁽⁸⁾

5.7 URGENCIAS PALIATIVAS

El manejo deberá personalizarse de acuerdo con el momento y la situación que se encuentre el paciente, ya que no es lo mismo que se presente alguna urgencia como pudiera ser una compresión medular si lo situamos el diagnóstico al inicio del tratamiento que en la fase final de la enfermedad, la agresividad del manejo dependerá de acuerdo a las variables que se presenten en cuanto a estado general del paciente, evolución de la enfermedad y recursos disponibles, entre otros.

Estado epiléptico. Definición: Una crisis epiléptica generalizada que dura cinco o más minutos, o la presencia de dos o más crisis sin recuperación de la consciencia en un periodo de 30 minutos, o una crisis focal que persiste durante más de 10 minutos o con alteración de la consciencia durante 60 minutos o más de duración ^[2] El manejo inicial del estado epiléptico puede ser brindado por los padres si han sido capacitados para ello; de lo contrario el paciente debe ser trasladado a unidad hospitalaria. ⁽¹⁾

Los pasos iniciales son:

- Vía aérea; acomodar adecuadamente la cabeza. Asegurar intercambio gaseoso y acomodar adecuadamente cabeza (evitar ronquido, obstrucción lingual); si es necesario y se cuenta, administrar oxígeno; y
- Administrar por vía rectal, nasal, i.m. o i.v. benzodiazepina a dosis estándar. Es sumamente útil capacitar a los padres para la administración transrectal de diazepam o intranasal de midazolam y que tengan el material en casa para emergencias. ⁽¹⁾

Administración transrectal:

- Introducir vía transrectal 5 cm de una sonda de alimentación 8 ó 10 FR;
- Tomar el contenido total de una ampolleta de diazepam; y
- Administrar la dosis previamente calculada por el médico.

Una vez en la Unidad de salud deberá tomarse glicemia capilar y signos vitales.

De no remitir el cuadro con primera dosis de benzodiazepina, puede administrarse una segunda. En caso de no remitir con dos dosis de benzodiazepinas, puede iniciarse infusión de fenitoína, levetiracetam o ácido valproico. ⁽¹⁾

El manejo hospitalario e intensivo se continuará de acuerdo a protocolos aceptados en la literatura y de acuerdo a las metas de tratamiento previamente habladas con la familia.

Soporte a la familia. En el contexto de pacientes con enfermedad neurológica avanzada es posible que el estatus epiléptico sea causa del fallecimiento. Es necesario brindar de manera anticipada a los padres las herramientas técnicas y soporte emocional para poder manejar este evento lo mejor posible.

Manejo crónico. En el paciente con daño neurológico severo y/o epilepsia refractaria con calidad de vida limitada los objetivos son:

- Lograr el menor número de crisis convulsivas, con el menor número de fármacos antiepilépticos para evitar los altos costos y efectos adversos que la polifarmacia implica; y
- Reconocer e informar a los familiares que es probable no se logre un control absoluto a pesar de utilizar los mejores tratamientos existentes y así ponderar efectos adversos de dosis altas y combinaciones de fármacos. (ej. somnolencia, bradipsiquia, sialorrea).

Fármaco	Dosis	Consideraciones
Ácido valproico	Estado epiléptico: 20-40 mg/kg i.v. hasta 1.5 g (velocidad de infusión – 15 minutos). Inicio y mantenimiento vía oral: 10 – 15 mg/kg/día en dos o 3 dosis con incrementos semanales de 10 mg/kg/día hasta 20 a 30 mg/kg/día. Los lactantes pueden llegar a requerir dosis tan altas como 60 mg/kg/día.	Efectos secundarios: hepatotoxicidad, trombocitopenia, leucopenia, pancreatitis. Útil para crisis focales y generalizadas. Niveles terapéuticos: 50 – 100 mg/ml. ^(2,3)
Fenitoína	Estado epiléptico: 15–20 mg/kg/dosis IV (velocidad de infusión 1 mg/kg/min al menos en 20 min) Mantenimiento: 5–7 mg/kg/día en 2 o 3 tomas, IV o VO. Impregnación vía oral (descontrol de crisis): 20 mg/kg/día en 2 dosis (día 1) y posteriormente iniciar mantenimiento convencional.	Fármaco de amplio espectro. Interacción con múltiples fármacos. Para evitar los alimentos afecten su absorción, alejar la toma 90 minutos antes o después de la ingesta de comida. Niveles terapéuticos entre 10 – 20 mg/ml. ^(2,3)
Levetiracetam	Dosis inicio: 10 mg/kg/día con incrementos semanales de 10 mg/kg/día hasta una dosis de mantenimiento de 30 a 60 mg/kg/día. Estado epiléptico: 20-60 mg/kg i.v. hasta 2.5 g, 15 min de infusión.	Dosis IV es equivalente a VO. ⁽²⁾
Diazepam	IV: 0.3 mg/kg hasta 5 mg en menores de 5 años y 10 mg en mayores de 5 años. Rectal: 0.5 mg/kg de 1 a 3 años 5 mg, mayores de 3 años 10 mg dosis habitual.	Es sumamente útil capacitar a los padres para la administración transrectal de diazepam. ^(2,3)
Midazolam	Mayores de 40 kg: 0.2 mg/kg hasta 10 mg Menores de 40 kg: 0.2 mg/kg hasta 5 mg Vía: intranasal o mucosa oral.	Puede existir ardor local por el pH ácido. ^(2,3)

Taponamiento cardiaco*

Estrategia farmacológica		
Fármaco	Dosis	Precauciones
Oxígeno suplementario ⁽⁴⁾	Mínimo necesario que requiera el paciente.	
Opioides Manejo de disnea *Se recomienda se emplee 25 a 50% de la dosis indicada para manejo de dolor. ⁽⁴⁾	Morfina (VO/SC/IV) Pediatria: 0.05-0.1 mg 7kg/dosis hasta cada 4 horas. Oxicodona (VO) Pediatria: 0.05 mg-1 mg/kg dosis hasta cada 4 horas. Dosis máxima 5 mg cada 4 horas.	Depresión respiratoria Estreñimiento
Benzodiazepinas Manejo de ansiedad. ⁽⁴⁾	Diazepam Pediatria VO: 0.1-0.8 / mg / kg / día dividido en 3 o 4 dosis. Máximo 60 mg / día Pediatria IV / IM: 0.04-0.3 mg / kg / dosis cada 2 a 4 horas Máximo 0.6 mg/kg cada 8 horas. Lorazepam (VO/SC/IV) Pediatria: 0.05 mg/kg hasta cada 4 horas. Máximo 10 mg/día.	En pacientes neonatales su metabolismo es disminuido Los metabolitos se acumulan en pacientes con enfermedad renal. Administrar con alimentos para disminuir efectos adversos gastrointestinales.

Estrategia no farmacológica

- Individualizar en cada caso el beneficio de realizar pericardiocentesis guiada por ultrasonido;
- Facilitar un ambiente tranquilo y limitar el número de personas en la habitación;
- Favorecer ventilación de la habitación, abrir ventanas, emplear ventiladores de aspas con aire hacia el rostro o aire acondicionado;
- Promover comodidad en la posición del paciente (Semi-sentado); y
- Emplear técnicas de relajación.

Síndrome de vena cava superior* Obstrucción intrínseca o extrínseca de la vena cava superior. Dentro de las principales causas se encuentran: neoplasias, infecciones, accesos venosos y/o trombosis.

Estrategia farmacológica		
Fármaco	Dosis	Precauciones
Identificar la causa e individualizar el caso para determinar si es susceptible de tratamiento Ej: quimioterapia, radioterapia, anticoagulantes		
Oxígeno suplementario	Mínimo necesario	
Diuréticos *Ayudan a disminución de precarga. ⁽⁴⁾	Furosemida (VO / IV) Pediatria: 1-2 mg/kg/dosis hasta cada 6 horas. Dosis máxima 40 mg/día	Desequilibrio hidroelectrolítico Deshidratación. Hipotensión.
Esteroides *Útil si sospecha de edema cerebral o edema de vía aérea. ⁽⁴⁾	Dexametasona (IM/IV) Pediatria: 2.5-10 mg/ m ² /día. Repartir en 2 a 4 dosis. Dosis máxima 10 mg cada 6 horas.	

Estrategia no farmacológica

- Posición elevada de cabeza y cuello a 45°;
- Vigilar balances hídricos y evitar hiperhidratación;
- Valorar colocación de endoprótesis / stent;
- Facilitar un ambiente tranquilo y limitar el número de personas en la habitación; y
- Favorecer ventilación de la habitación, abrir ventanas, emplear ventiladores de aspas con aire hacia el rostro o aire acondicionado. ⁽⁵⁾

Claudicación familiar Agotamiento del cuidador o familiar que ocasiona pérdida de capacidad para cubrir de forma adecuada las necesidades del paciente. Las principales manifestaciones asociadas en los cuidadores son: incertidumbre, preocupación por la insuficiencia para solventar las necesidades del paciente. ⁽⁶⁾

Estrategia no farmacológica

- Detectar a los cuidadores o familias que se encuentran en riesgo de claudicación;
- Las acciones del equipo de cuidados paliativos estarán dirigidas a valorar si la familia puede atender adecuadamente a su paciente y a ayudar a identificar a la persona que llevará la responsabilidad de los cuidados (cuidador principal), para fortalecer el cuidado y atención del paciente; ⁽⁷⁾
- Establecer redes de apoyo con familiares y personas allegadas al paciente para evitar desgaste del cuidador principal. Ej: compartir responsabilidades en la toma de decisiones, relevo para el cuidador del paciente, apoyo económico y emocionalmente entre otras; ⁽⁷⁾
- Brindar a la familia y cuidadores toda la información necesaria para comprender la enfermedad del paciente, pronóstico y planes terapéuticos estableciendo metas realistas. Priorizando la comunicación efectiva entre los miembros que participen en el cuidado del paciente.
- La situación de la familia y cuidadores debe ser evaluada periódicamente pues a lo largo de la enfermedad del paciente pueden presentarse sucesos que generen claudicación, pues su aparición se asocia a disminución en la calidad de atención del paciente.
- Se recomienda la intervención psicológica de la familia desde el momento del diagnóstico del paciente. ⁽⁶⁾

Sangrado masivo. El sangrado puede ocurrir en pacientes con diagnósticos oncológicos, principalmente en estadios avanzados.

La presencia de sangrado, sobre todo al final de la vida, es una de las situaciones más atemorizante tanto para los cuidadores, pacientes e incluso el equipo de salud, por lo que es muy importante anticiparse a dicho evento, hablarlo previamente con la familia para considerar las posibles intervenciones a realizarse y tener disponible los insumos que se requerirán. ⁽⁸⁾

Es muy importante averiguar la causa del sangrado, así como la severidad y pronóstico del paciente, ya que el manejo depende de esos tres aspectos.

Identificar riesgos potenciales y anticiparse a los mismos (Patología de base, antecedentes de hemorragias previas, coagulopatías, tipo y sitio del tumor, hepatopatía, etc.)

Respecto de los concentrados plaquetarios y eritrocitarios, será siempre necesario individualizar cada caso, valorando el riesgo y beneficio.

Estrategia farmacológica		
Fármaco	Dosis	Precauciones
Ácido tranexámico ⁽⁸⁾	Hemorragia alveolar: 250 mg inhalados cada 6 horas en <25 kg, 500 mg inhalados cada 6 horas en > 25 kg (Hasta completar 3 o 4 dosis) Otro sangrado: Carga de 10-30 mg/kg IV seguida de infusión continua a 5-10 mg/kg/hrs.	Contraindicado en casos de coagulación intravascular diseminada.
Omeprazol ⁽⁸⁾	1-2 mg/kg/día (Máximo 40 mg / día).	

Ranitidina ⁽⁸⁾	Oral: 4-8 mg/kg/día cada 12 horas (Máximo 300 mg/día) IV: 2-4 mg / kg/día cada 6-8 horas (Máximo 50 mg/dosis)	
Adrenalina	Humedecer gasas con el medicamento y aplicar en los sitios de sangrado	
Midazolam ⁽⁸⁾	0.05-0.15 mg/kg/dosis, cada 4 horas, máximo 10 mg/dosis (IM o IV) 0.5-2 mcg/kg/min (En infusión continua IV)	Dosis altas pueden ocasionar depresión respiratoria.

Estrategia no farmacológica

- Aplicar presión si es posible;
- Utilizar toallas o paños oscuros para disfrazar el color de la sangre;
- Acompañamiento en el proceso al paciente y la familia (Estar disponibles en cualquier forma desde la presencial, virtual, por llamada telefónica, etc.); y
- Formular el plan terapéutico (Puede ser domiciliario, intrahospitalario, en hospice, albergue, etc.) y comunicarlo a los padres o cuidadores, al equipo médico tratante y al paciente.

Sofocamiento. Sensación angustiante y subjetiva de respiración incómoda o “falta de aire”, ser ocasionada por factores físicos (fluidos, tumores, debilidad, etc.), psicosociales (miedo, ansiedad, etc.) y espirituales (miedo a una muerte inminente, miedo a la sofocación). ⁽⁸⁾

Causas:

- No reversibles: Obstrucción de vía aérea (Tumores o anomalías congénitas), cardíacas (Falla cardíaca, hipertensión pulmonar), debilidad muscular, falla del parénquima pulmonar (Fibrosis quística, neumonías). ⁽⁸⁾
- Reversibles: Ansiedad, trastornos hematológicos (Anemia, acidosis metabólica) broncoespasmo (Asma), tos (Aumento de secreciones, tumores, infecciones), fluidos en tracto respiratorio (Edema, secreciones, inflamación, infecciones, dolor (Fracturas costales, pleuritis), embolismo pulmonar, neumotórax o derrames pleurales). ⁽⁸⁾

Estrategia farmacológica. Considerar que los opioides suprimen la conciencia respiratoria, disminuyen la respuesta a la hipoxia e hipercapnia, proveen vasodilatación pulmonar y mejoran el radio de ventilación/perfusión en los pulmones, ⁽⁸⁾ y que los fármacos benzodiacepinas funcionan como ansiolíticos.

Fármaco	Dosis	Precauciones
Morfina ⁽⁴⁾	0.05-0.1 mg/kg/dosis cada 4 horas (Vía oral, IV, SC)	Puede presentarse íleo por uso de opioides, vigilar características y frecuencia de las evacuaciones. Dosis altas pueden ocasionar depresión respiratoria.
Oxicodona ⁽⁴⁾	0.05-0.1 mg/kg/dosis cada 4 horas, máximo 10 mg/dosis (Vía oral, IV, SC)	
Diazepam ⁽⁴⁾	0.12-0.8 mg/kg/día cada 6-8 horas, máximo 60 mg / día (Vía oral o sublingual) 0.04-0.3 mg/kg/dosis cada 2-4 horas, máximo 0.6 mg/kg (IM o IV).	Dosis altas pueden ocasionar depresión respiratoria
Midazolam ⁽⁴⁾	0.05-0.15 mg/kg/dosis cada 4 horas, máximo 10 mg/dosis (IM, IV, SC). 0.5-2 mcg/kg/min (En infusión continua IV)	
Lorazepam ⁽⁴⁾	0.5 mg/kg cada 4 horas, máximo 2 mg / dosis.	

Estrategia no farmacológica

- Iniciar una respiración más lenta y profunda;
- Soplar para hacer burbujas, respirar en una bolsa de papel, usar ventiladores;
- Mantener las ventanas abiertas;

- Posición en sedestación;
- Hipnosis, técnicas de relajación;
- Oxigenoterapia (Poco efectiva en la fase de agonía); y
- Ventilación no invasiva con presión positiva. (Puede beneficiar en casos de fatiga muscular, permitiendo respiraciones más profundas).⁽⁸⁾

Síndrome de lisis tumoral. Conjunto de anomalías metabólicas caracterizadas por hiperuricemia, hiperfosfatemia, hiperkalemia e hipocalcemia y las alteraciones clínicas que estas generan: (insuficiencia renal aguda, arritmias cardíacas, convulsiones y muerte), desencadenadas por la destrucción espontánea o inducida por el tratamiento de células malignas.

Es más común en pacientes con leucemia linfoblástica aguda, linfoma de Burkitt posterior al inicio de la quimioterapia, pero también en algunos tumores de alta tasa de proliferación su presentación puede ser de forma espontánea.⁽⁹⁾

Estrategia farmacológica. Identificar a los pacientes que tienen riesgo para su presentación.

Uno de los objetivos del tratamiento es:

- Corregir las alteraciones metabólicas secundarias: hiperkalemia, hipocalcemia, hiperuricemia, hiperfosfatemia.⁽⁴⁾ Sin añadir potasio, fósforo ni calcio a las soluciones; y
- Líquidos: Asegurar aporte hídrico:
 - >10 kg: 3 litros / m²
 - <10 kg: 200 ml / kg / día.

Estrategia no farmacológica

Individualizar el caso. Si es necesario: Monitorización estrecha, control de líquidos cada ocho horas.

Fármaco	Dosis	Precauciones
Furosemida Asegurar uresis: <10 kg: 4-6 ml/kg/ hora >10kg: ≥100 ml/m ² /hrs ⁽⁴⁾	(VO/IV) Pediatría: 1-2 mg/kg/ dosis hasta cada 6 horas. Dosis máxima 40 mg/ día. Infusión continua IV: comenzar con 0,05-0,1 mg/kg/hrs. Adecuar dosis en función del efecto aumentando hasta dosis máxima de 1 mg / kg / h.	
Alopurinol ⁽⁴⁾	VO: 10 mg/kg/día o 300 mg/m ² /día cada 8 h por vía oral (dosis máxima de 800 mg/d).	Requiere ajuste de dosis en lesión renal. En pacientes de alto riesgo lo ideal es iniciarlo 12 horas antes del inicio de quimioterapia. ⁹
Rasburicasa ⁽⁹⁾	IV: 0,15 o 0,20 mg/kg/día, en una sola dosis. Aforar en 50 ml de solución salina al 0.9%.	Puede provocar hiperfosfatemia, hiperpotasemia e hipocalcemia.

*Currow D, Clark K. (2006). Tumor Lysis Syndrome. Emergencies in Palliative and Supportive Care, Chap. 7, 202.

Síndrome de compresión medular. El síndrome de compresión medular ocurre en aproximadamente entre el 3 al 5% de los pacientes con cáncer. Se considera una de las emergencias oncológicas más frecuentes.

Evaluación: Se deberá sospechar en todo el paciente pediátrico portador de sarcomas (especialmente Ewing), neuroblastoma, tumores de células germinales, linfomas y tumores primarios del Sistema Nervioso Central, con dolor de espalda, déficit neurológico, motor y sensorial agudo.⁴

Tratamiento:

De manera inicial, mientras se hace el abordaje, administrar:

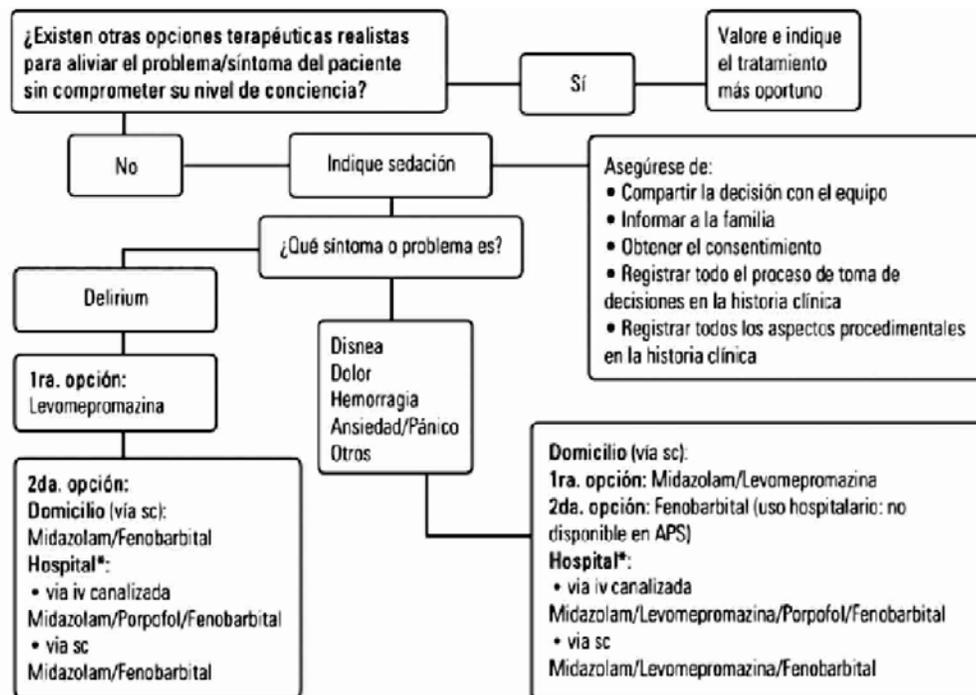
- Dexametasona 1-2mg/kg/ VO/IV; y
- Valorar quimioterapia, radioterapia y cirugía.

5.8 MANEJO DE SÍNTOMAS REFRACTARIOS (SEDACIÓN PALIATIVA)

La sedación paliativa es la disminución deliberada de la conciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios.

La sedación paliativa se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar el sufrimiento intenso. En esta situación, la sedación es continua y tan profunda como sea necesaria. La sedación intermitente es aquella que se pauta de forma transitoria con el objetivo de ser retirada en un plazo de tiempo determinado para reevaluar la persistencia o no del sufrimiento del paciente.

En este contexto, debemos recordar que los cuidados paliativos se caracterizan por ser la buena práctica al final de la vida. Son aquellos que proporcionan una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo, siendo primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El enfoque debe ser interdisciplinario que incluye al paciente, la familia y su entorno, en hospital o en casa. La sedación se ha de considerar actualmente como un tratamiento médico indicado para aquellos enfermos con sufrimiento intolerables que no han respondido a los tratamientos adecuados.



Tomado de: Cuervo MA, Pinna MA, Sánchez Correas R, Sánchez Posadas ME, Alonso Prado et al. Guías de sedación paliativa. Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL) 2011. *Consultar dosis en Vademecum. Considerar formas farmacéuticas en nuestro país por ejemplo: levomepromazina SC

Las causas más frecuentes para la indicación de sedación son: delirium, disnea, dolor, náuseas, vómito, hemorragia masiva, ansiedad o pánico y sufrimiento existencial, siempre y cuando no hayan respondido a tratamientos indicados y aplicados correctamente durante un tiempo razonable. ⁽¹⁾

Proceso de la sedación

- Indicación por sufrimiento intolerable causado por síntomas refractarios;
- Consentimiento del paciente o representante legal que se establece en normativa vigente;
- Prescripción, empleo de fármacos adecuados y dosis de acuerdo a las necesidades del paciente; y
- Evaluación continua y supervisada por el médico responsable. ^(1,2)

Sedoanalgesia

Fármaco	Dosis y Vía de administración
Benzodizepina	0.0.30 a 0.50 mg/kg/día cada/6 a 8 hrs vía oral o sublingual.
Clonazepam solución oral	0.1 A 0.5 mg/kg/día en infusión IV continua. ^(2,3,4)
Midazolam solución oral	

Morfina solución oral	Lactantes de 1- 12: meses 80-200 mcg/kg cada 4 hrs Niños de 1-2 años: 200 – 400 mcg/kg cada 4 hrs Niños de 2–12 años: 200 – 500 mcg cada 4 hrs Vía oral. ⁽⁵⁾
Morfina solución Inyección subcutánea	Recién nacido: 25–50 mcg/kg cada 6 h. Lactante 1 – 6 meses: 100 mcg/kg cada 6 h. Niños de 6 – 2 años: 100 mcg/kg cada 4 h Niños de 2 – 12 años 100–200 mcg/kg cada 4 hrs; la dosis máxima es de 2.5 mg ^(5,7)
Morfina solución intravenosa durante 5 minutos	Recién nacido: 25–50 mcg/kg cada 6 h. Lactantes 1–6 meses 100 mcg cada 6 h. Niños de 6 meses – 12 años 100 mcg/kg cada 4 h. la dosis máxima inicial es de 2.5 mg ^(5,7)
Morfina solución inyectable infusión continua	Recién nacido: 25–50 mcg/kg intravenoso durante un mínimo de 5 minutos, seguidos de 5 – 10 mcg / kg / h en infusión continua. Lactantes 1 – 6 meses: inicialmente 100 mcg/kg intravenosos durante un mínimo de 5 minutos, seguidos de 10 a 30 mcg/kg/h en infusión continua. ^(5,7)
Morfina solución inyectable infusión continua subcutánea.	Lactantes 1 – 3 meses: 10 mcg/kg/hrs Lactantes o niños 3 meses a 12 años: 20 mcg/kg / hrs ⁽⁵⁾
Fentanilo solución inyectable en infusión continua.	Recién nacido: 0.5 – 1 mcg/kg/hrs Niños 1 mcg/Kg/hrs Menores de 1 año 0.2 – 0.7 mcg/kg/hrs Mayores 1 año 0.5 – 1 mcg / kg /hrs
Buprenorfina solución inyectable.	RN a menos de 50 kg: 1-2 mcg/kg/dosis, administración lenta c/8 hrs 3–9 mcg/kg/día dosis tope 18 mcg/kg/ día. ^(2,5,7)
Dexmedetomidina solución inyectable	Niños 0.2 – 1 mcg/kg/hrs Infusión continua. ⁽⁶⁾
Levomepromazina solución oral en caso de psicosis	Niños 0.5 – 2 mg/kg/día de 2 – 3 tomas diarias. ^(3,7)
Propofol solución inyectable	Mayores de 16 años 1 – 4 mg/kg/hrs infusión continua sólo por 24 horas
Fenobarbital solución oral	Neonatos 20 – 30 mg/kg Sublingual Niños 10 – 20 mg/kg Sublingual Dosis máxima de 40 mg/kg

BIBLIOGRAFÍA

Dolor y su abordaje multimodal

1. Chirino-Barceló Yazmín Amelia, Gamboa-Marrufo José Domingo. Cuidados paliativos en pediatría. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2010 Jun; 67 (3): 270-280.
2. Tutelman, Chambers, Stinson. Pain in Children with Cancer: Prevalence, Characteristics, and Parent Management. The Clinical Journal of Pain Publish Ahead of Print (2017)
3. Loeser JD, Treede RD. The Kyoto protocol of IASP basic pain terminology. Pain 137(3), 473–477 (2008).
4. Pérez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: Un paso adelante o un paso atrás. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2020; 27(4):232-233. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>.

5. Collins JJ. Management of symptoms associated with cancer: pain management. In: *Cancer In Children And Adolescents*. Carroll WL, Finlay JL (Eds.). Jones & Bartlett, MA, USA, 541–546 (2010).
6. Quiles M^a J, van-der Hofstadt C. J., Quiles Y. Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2^a parte). *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2004 Sep; 11 (6): 52-61.
7. Velasco PG. *Acta pediatri. Méx* vol.35 número3; *Acta Pediátrica de México*. 2014; 249 a 255.
8. Drake R, Anderson BJ, Van Den Anker JN, Zernikow B. Managing persisting pain in children with medical illnesses: another frontier unexplored. *Pediatr. Anaesth*. 23(5), 381–384 (2013).
9. Marzuillo P, Guarino S, Barbi E. Paracetamol: a focus for the general pediatrician. *Eur J Pediatr* 2014;173(4);415-25.
10. Martin DP, Bhalla T, Beltran R, Veneziano G, Tobias JD. The safety of prescribing opioids in pediatrics. *Expert Opin. Drug Saf*. 13(1), 93–101 (2014).
11. Chiaretti A. Et al. Current practice and recent advances in pediatric pain management. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences, Italy*. 2013; 17(Suppl 1): 112-126
12. Howard RF, Wiener S, Walker SM. Neuropathic pain in children, *Arch Dis Child* 2014;99:84-89
13. Halefom K. Assessment and treatment of pain in pediatric patients. *Curr Pediatr Res* 2017; 21 (1): 148-157
14. Candido, Kusper, Knezevic, et. al. New Cancer Pain Treatment Options, *Curr Pain Headache Rep* (2017) 21:12 DOI 10.1007/s11916-017-0613-0
15. Jonkman K, Dahan A, van de Donk T, Aarts L, Niesters M, van Velzen M. Ketamine for pain. 2017; 6
16. O'Neill Hunt M., McCrate Protus B., Penfield Winters J., Et al. (2014). Pain. Pediatric palliative care consultant, guidelines for effective management of symptoms. 1^a edición. Alabama. HospiScript; PP 193-215.
17. Korones David. N. 2007. Pediatric Palliative Care. *Pediatrics in Review*, Vol. 28, 46-56; 193-215.
18. Jody Chrastek and Donna Eull. (2010). Just in time Guide a primer for pediatric palliative care at home. Hospice and palliative nurses association. P: 63.
19. Ezgi Karadag, Sevgin Samancioglu, Dilek Ozden. (2017). Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. *Nurs Crit Care*. Mar; 22(2). Pp: 105-112.

Síntomas sistémicos

1. O'Neill Hunt M, McCrate Protus B, Penfield Winters J., Et al. (2014). Anorexia & cachexia. Pediatric palliative care consultant, guidelines for effective management of symptoms. 1^a edición. Alabama. Pp: 48-53.
2. Wolfe Joane., Hinds Pamela., Sourkes Barbara. (2011). Gastrointestinal symptoms. *Textbook of Interdisciplinary Pediatric Palliative Care*. Saunders. Pp: 311-334.
3. Germ R., Dussel V., Medín G. Cuidar un Niño Enfermo en Casa. *Manual de Cuidados Palitavos para Padres*. Ed. Fundación Natali Dafne Flexer. Pág 39-41
4. E. Collazo Chao, E. Girela. (2011). Problemas éticos en relación a la nutrición y a la hidratación: aspectos básicos. *Nutrición Hospitalaria*, 26(6), 1231-1235.
5. Ragsdale LB, Miller EG. Is My Baby Feeling Hungry?, *Pediatric Palliative Care. What Do I Do Now*. Oxford University Press Pag. 189-193. 2020.
6. Weise KL, Okun AL, Carter BS, et al. (2017) Guidance on Forgoing Life-Sustaining Medical Treatment. *Pediatrics*; 140(3)

Síntomas respiratorios

1. Wolfe J, Grier,H.E., Klar,N. et al. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *N England J Med* 2000; 342:326-33.
2. Goldman.A, Hain.R, Liben.S "Respiratory symptoms" en Goldman.A, Hain.R, Liben.S. *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. Oxford University Press. New York. 2006 p.438-47.
3. A practical guide to Palliative Care in paediatrics , Pain Medicine and Palliative Care The Children's Hospital at Westmead Sydney, Australia, Children's Health Queensland Hospital and Health Service 2014 ISBN: 978 0 9875207 0 8

4. Bennet M *et al.* Using anti-muscarinic drugs in the management of death rattle: evidence-based guidelines for palliative care. *J Pall Medicine* 2002; 16: 369-74.
5. Bickel K. *et al.* Death rattle and oral secretions. *J Pall Medicine* 2008 1040-1041.
6. Vallejo Palma JF, Garduño-Espinosa A. Cuidados paliativos en pediatría. *Acta Pediat Mex* 2014; 35:428- 435.
7. Villegas R J. Antuña GM. Cuidados Paliativos Pediátricos. *Bol Pediatr* 2012; 52: 131-145
8. Suárez RE García FT. Cuidados paliativos pediátricos. Desde la perspectiva enfermera. NPunto Vol. III. Número 23. Febrero 2020.
9. Cheng B. Rost M. Palliative care initiation in pediatric oncology patients: A systematic review. *Cancer Medicine*. 2019; 8:3–12.
10. Zambrano JG. López LJ. Mucositis bucal parte III: Retos en el tratamiento. *Acta Odontológica Venezolana*. Volumen 57, No. 1, Año 2019.
11. Cordobilla R, Bollo de Miguel E. *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la hemoptisis Arch Bronconeumol. 2016;52(7):368–377
12. Cheng B. Rost M. Palliative care initiation in pediatric oncology patients: A systematic review. *Cancer Medicine*. 2019; 8:3–12.

Síntomas gastrointestinales

1. Goldman A; Hain R; Liben R; (2021), Oxford Textbook of Palliative Care for Children; Third Edition; Oxford University Press.
2. Berger VD; Zandonade E; (2017); Prevalence of oral manifestations in children and adolescents with cancer submitted to chemotherapy. *BMC Oral Health*; 2017; 17:49.
3. Hunt M; Protus B; Parker D; Winters J; (2014); Pediatric Palliative Care Consultant: Guidelines for Effective Management of Symptoms; Hospiscript, ISBN: 978098895583;
4. White MC; Hommers C; Parry S; Stoddart PA; (2011); Pain management in 100 episodes of severe mucositis in children. *Paediatr Anaesth*; 21(4):411–6.
5. Palomo-Colli, M.Á; Soltero-Becerril, D; Juárez, L; Cícero, C; Gaytán-Morales, J; Castorena-Villa, I; Mier-Cabrera, M; (2018); Mucositis oral en niños con cáncer y su relación con limitación de actividades; *Gaceta Mexicana de Oncología*; Vol. 17; doi: 10.24875/j.gamo.M18000137.
6. Zambrano JG; López LJ; (2019); Mucositis bucal parte III: Retos en el tratamiento. *Acta Odontológica Venezolana*; Volumen 57, No. 1.
7. De la Teja-Ángeles, E; Niembro-Zermeño, A; 2011, Durán-Gutiérrez A; Mucositis Bucal; *Acta Pediatr Mex*; 32(4):255-256.
8. Wolfe J; Hinds P; Sourke B; (2011); Textbook of Interdisciplinary Pediatric Palliative Care, 1st Edition; Saunders; ISBN: 9781437702620.w
9. Malec M; Shega JW; (2020); Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. *Med Clin North Am*. 2020; 104(3):439-454. doi: 10.1016/j.mcna.2019.12.005.
10. Paw Cho Sing E, Robinson PD, Flank J, Holdsworth M, Thackray J, Freedman J, Gibson P, Orsey AD, Patel P, Phillips R, Portwine C, Raybin JL, Cabral S, Sung L, Dupuis LL; (2019) Classification of the acute emetogenicity of chemotherapy in pediatric patients: A clinical practice guideline. *Pediatr Blood Cancer*. doi: 10.1002/pbc.27646.
11. Hauch H; *et al*; 2021; Gastrointestinal Symptoms in Children With Life-Limiting Conditions Receiving Palliative Home Care; *Front. Pediatr*. 9:654531. doi: 10.3389/fped.2021.65453.

Síntomas neuro-psiquiátricos

1. Goldman A; Hain R; Liben S; (2021); Oxford Textbook of Palliative Care for Children; Third Edition, Oxford University Press.
2. Tilton A, Vargus-Adams J, and M.R. Delgado; (2010) Pharmacologic Treatment of Spasticity in Children; *Semin Pediatr Neurol*.

3. Barkoudah E, Glader L; (2021); Cerebral palsy: Treatment of spasticity, dystonia, and associated orthopedic issues. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 1 de agosto del 2021).
4. Delgado MR, Hirtz D, Aisen M, Ashwal S, Fehlings DL, McLaughlin J, et al. (2010); Practice parameter: pharmacologic treatment of spasticity in children and adolescents with cerebral palsy (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society; *Neurology*; 74: 336-343.
5. Clonazepam: Pediatric drug information. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 1 de agosto del 2021).
6. Hauer J, Houtrow A; 2017, Pain Assessment and Treatment in children With Significant Impairment of the Central Nervous System; *Pediatrics* (6); 139.
7. Cervantes-Blanco JM; (2017), Medicina Paliativa en neurología pediátrica. En: Manual de neurología y neurocirugía pediátricas. Editorial Alfil. México.
8. Traube C, Silver G, Reeder RW, Doyle H, Hegel E, Wolfe HA, et al. (2017) Delirium in Critically Ill Children: An International Point Prevalence Study. *Crit Care Med*;45(4):584-90.
9. Colville G Kerry S, Pierce C; (2008). Children's factual and delusional memories of intensive care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177:976-982 available from: PM:18244955
10. Peritogiannis V, Bolosi M, Lixouriotis C, Rizos D V; (2015) Recent Insights on Prevalence and Correlations of Hypoactive Delirium. *Behav Neurol*. 2015.
11. Bettencourt A, *et al*, (2017). Delirium in Children: Identification, Prevention, and Management. *Crit Care Nurse*, 2017, vol. 37 no. 3 e9-e18
12. Robyn P; (2017) Pediatric Delirium, *The American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, Volume 12, 2, Pag 6-8.
13. Franken A, Sebbens D, Mensik J. (2019) Pediatric Delirium: Early Identification of Barriers to Optimize Success of Screening and Prevention. *J Pediatr Health Care*. 2019; 33(3):228-233. doi: 10.1016/j.pedhc.2018.08.004.
14. R Traube C, Silver G, Kearney J, Patel A, Atkinson TM, Yoon MJ, et al. (2014) Cornell Assessment of Pediatric Delirium: A Valid, Rapid, Observational Tool for Screening Delirium in the PICU. *Crit Care Med* 2014; 42(3):656R63.
15. R Smith H, Fuchs DC, Pandharipande P et al. (2009) Delirium: an emerging frontier in the management of critically ill children. *Crit Care Med* 2009; 25:593R64.
16. R Smith H, Boyd J, Fuchs DC, et al. (2011) Diagnosing delirium in critically ill children: Validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Crit Care Med* 2011; 39:150R7.
17. Ricardo Ramírez C, Álvarez Gómez M, Franco Vásquez G, (2018) Delirium en niños. Factores de riesgo, diagnóstico, manejo y cuidados; Universidad Pontificia Bolivariana 2018. ISBN: 978-958-764-555-2.
18. Herbert A, De Lima J, Seton C, et al.; (2008); A survey of sleeping patterns in children admitted to the hospital. *Sleep Biologic Rythms* 6 (Suppl i); A49.
19. Owens JA; Pharmacotherapy for insomnia in children and adolescents: A rational approach. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 1 de agosto del 2021).
20. Sheldon SH; Medical disorders resulting in problem sleeplessness in children. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 1 de agosto del 2021).

Síntomas dermatológicos

1. Ana María Villa-Arango, Margarita, Aría Velásquez-Lopera. et al. Chronic prurito. *Revista Alergia México*. 2019,66(1):85-98.
2. Lagos A, Tirado-Sánchez, Ponce-Olivera RM. Actualidades en el tratamiento del prurito crónico. *Dermatol Rev. Mex*. 2016 mayo;60(3)229-246
3. Ma. José Ledo García, Mónica García Mañero. et al. El prurito y sus efectos sobre la piel. *Enfermera dermatológica*. No. 16. Mayo – agosto 2012.

4. Julia Benedetti, MD, Harvard Medical School, última modificación del contenido feb. 2019.
5. Ma. Isabel Arias Gómez, Graciela Guzmán Perera. Et al. Consenso Mexicano del Tratamiento del Prurito. Cuernavaca, Morelos 13 al 15 de enero 2006.
6. Ulloa BJ, Fredes CF. Current management of xerostomía. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello vol.76 no.2 Santiago ago. 2016.
7. LÓPEZ J, JANÉ E, CHIMENOS E. Pronóstico y tratamiento de la boca seca. Revisión Sistemática. Med Clin (Barc)2014; 142(3): 119-24.
8. Cheng B, Rost M. Palliative care initiation in pediatric oncology patients: A systematic review. Cancer Medicine. 2019; 8:3–12.

Urgencias paliativas

1. Reséndiz AJ, Pérez GE, Olivas GE, et al. (2019). Guía clínica. Definición y clasificación de la epilepsia. Rev Mex Neuroci. Supp 20; 62 – 67.
2. Olmos LA, Ibarra AJ, Cornelio NJ, et al; Guía clínica. Estado epiléptico en niños y adultos (2019). Rev Mex Neuroci. Supp 20; 111-116.
3. Panayiotopoulos CP, Pharmacopeia of prophylactic antiepileptic drugs. En: The Epilepsies: Seizures, Syndromes and Management. (2005). Oxfordshire. Pp. 497 – 525.
4. Currow D., Clark K. (2006). Emergencias in palliative and supportive care. Oxford University Press. Pp: 100-105.
5. O'Neill Hunt M., McCrate Protus B., Penfield Winters J., Et al. (2014). Dyspnea. Pediatric palliative care consultant, guidelines for effective management of symptoms. 1ª edición. Alabama. HospiScript; Pp: 109-116.
6. Pérez, C. (2009). Atención Primaria de Salud. Acercamiento a familias de pacientes con cáncer de mama. *Revista Psicología Científica.com*, 11(13). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/atencion-primaria-familias-pacientes-con-cancer>
7. F. Muñoz Cobos., JM. Espinosa Almendro., J. Portillo Strempell., MA. Benítez del Rosario. (2002). Cuidados paliativos: Atención a la familia. Volumen 30, número 9. Pp: 576-580.
8. Goldman A, Hain R, Liben S. (2006). *Oxford Textbook of Palliative Care for Children. Oxford University Press. 1st Ed. Haematological Symptoms. Chapter 29 pág. 462-467.*
9. Bacciedoni V., Casanovas A., Lavergne M. (2020). Recomendaciones para el manejo de la lisis tumoral. Arch Argent Pediatr, 118(2). Pp: S59-S63.

Manejo de síntomas refractarios (sedación paliativa)

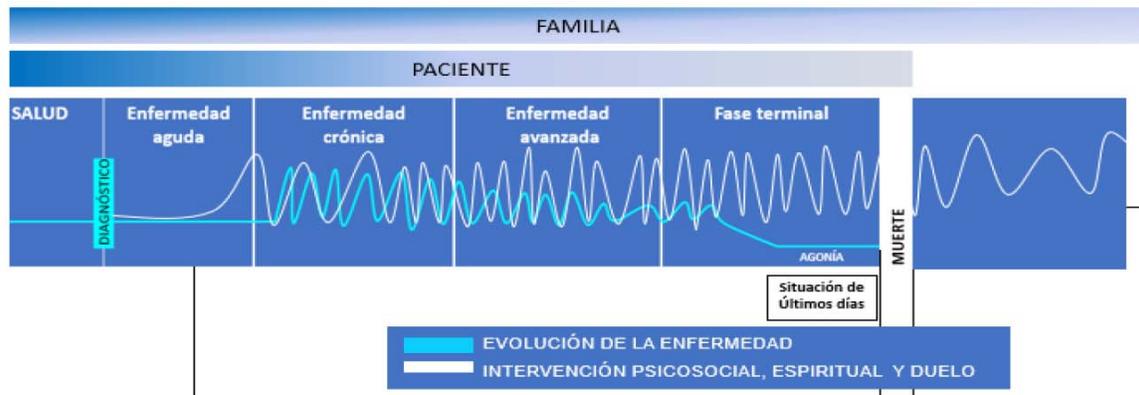
1. Cacciavillano, Walter. Soporte clínico oncológico y cuidados paliativo en el paciente pediátrico. 1ª ed.
2. Aleksandra Korzeniewska, Eksterowickz, Et al. Journal of Pain and Symptom Management. Volume 48, Issue 5, Noviembre de 2014: 968-974.
3. Charissa T. Jagt- van Kampen, Marianne D. van de Wetering. The timing, duration, and management of symptoms of children with an incurable brain tumor: a retrospective study of the palliative phase, Neuro- Oncology Practice 2(2), 70-77, 2015
4. Patrick McGrath, Bonnie Stevens. Et al. Oxford Textbook of Paediatric Pain
5. Velasco Pérez Georgina. Escalera Analgésica en Pediatría, Acta Pediátrica Mex. 2014; 35:249-255.
6. Joana Afonso, Flávio Reis, Dexmedetomidina: Rol Actual en Anestesia y Cuidados intensivos. Rev Bras Anesthesiol, 2012;62:1: 118-133
7. Wiffen PJ, Cooper, eE al. Opioids for cancer-related pain in children and adolescents, Cochrane Database of Systematic Reviews 2017.

CAPÍTULO VI

ATENCIÓN PSICOSOCIAL, ESPIRITUAL Y DUELO EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

6.1 ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Considerando la definición de Cuidados Paliativos (CP) es imperativo incluir los estándares en la calidad de la atención para establecer un abordaje integral que incluya aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, para el niño y su familia ante una enfermedad crónica que compromete la vida, proporcionando soporte, regulación emocional, paliando el sufrimiento durante el tiempo de vida y posterior con el manejo del duelo.⁽¹⁾



MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, ESPIRITAL Y DUELO EN CPP

Maya Del Moral A., Dávila Robledo M., 2021

Diagrama 1.

Los cuidados paliativos son los cuidados de soporte que acompañan desde el diagnóstico y que no son excluyentes del tratamiento curativo, sino que complementan en beneficio del paciente y su familia. ^(2,3) El objetivo del control sintomático es mejorar las condiciones, brindar la posibilidad de un proceso vital confortable acorde a las características propias de su edad, enfermedad, aspectos socioculturales y familiar, así como permitir, dignificar una muerte natural, garantizando calidad y confort. Al mismo tiempo es imprescindible conocer las emociones que emergen en este proceso de enfermedad y muerte, para normalizarlas como parte de la condición humana e identificar los momentos en lo que el sufrimiento puede ser evitable, brindando estrategias para mejorar la adaptación del paciente y familia.

La intervención de psicología es esencial en el proceso de salud- enfermedad-muerte, tiene como objetivo principal la adaptación a la condición que limita y demanda, viviéndose como una crisis de cambio donde las emociones, pensamientos y conducta emergen tendiendo a fluctuar, en algunas ocasiones como factores protectores que permiten enfrentar y aprender de la situación y otras veces como causas de sufrimiento sin encontrar una ruta por donde dirigir la toma de decisiones. ⁽⁴⁾ Por lo anterior la obviedad de la vulnerabilidad que el ser humano enfrenta ante la enfermedad y posteriormente la muerte, requiere un soporte emocional continuo.

Factores para considerar en el niño y adolescente en CPP.
Etapas de crecimiento y desarrollo (Físico, Psicológico, social y espiritual) incluyendo el desarrollo del lenguaje.
Comprensión sobre la vida, la enfermedad y muerte.
Estructura y dinámica familiar, identificando al cuidador primario.
Conocimiento de la enfermedad y posible evolución de complicaciones.
Contexto sociocultural y económico.
Factores de riesgo y protección psicosociales para la adherencia terapéutica.
Identificar los objetivos de la terapéutica para el paciente.

Tabla 6.1

La intervención psicosocial en los Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP), se debe considerar prioridad para identificar barreras o limitaciones en la atención emocional y social, de una forma más humana, ética y profesional ante la enfermedad incurable, la evolución de síntomas que disparan crisis y desajuste emocional. ⁽⁶⁾

Atención psicosocial del niño/adolescente en CPP.

- a. Comprensión de enfermedad y etapas del desarrollo; y
- b. La evaluación de niños y adolescentes, para identificar su contexto familiar, sociocultural y educativo es un reto en constante evolución en el campo de la atención a la infancia.

La etapa pediátrica abarca la infancia y adolescencia con características muy específicas, en constantes cambios que impactan en su desarrollo, sin embargo, ante un diagnóstico y pronóstico desfavorable para la función, niños y adolescentes, expresan sentimientos, emociones y conductas que se disparan ante una crisis de salud. Por una parte, habilidades o períodos críticos que ya habían sido superados presentan una regresión y por otra parte a nivel cognitivo y conductual expresar madurez y comprensión de su cuerpo, gravedad incluso el deterioro progresivo.

Etapas de desarrollo	Sentimientos, emociones y conductas.
Hasta los dos años	<ul style="list-style-type: none"> • No entienden la enfermedad. • Sufren por la separación de los padres. • Manifestaciones de incomodidad y alteraciones de hábitos.
Dos a seis años	<ul style="list-style-type: none"> • Comprenden lo que es una enfermedad. • Una enfermedad siempre viene de fuera (etapa de fantasía). • Enfermedad temporal.
Siete a doce años	<ul style="list-style-type: none"> • Comienzan a percibir la muerte como algo irreversible y universal. Sienten miedo. • Se cuestionan la seguridad de la vida. ¿Tú también te vas a morir? • Curiosidad e interés por las reacciones de su cuerpo y sobre a muerte.
Etapa escolar (9 a 12 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor conocimiento del cuerpo. • Entiende lo que es enfermedad. • Capacidad de colaborar en el tratamiento. • En busca de explicaciones.
Doce años en adelante	<ul style="list-style-type: none"> • Comprende la complejidad de la enfermedad y su tratamiento. • Necesidad de tomar decisiones. •

Tabla 6.2 Comprensión de la enfermedad.

El significado de una enfermedad limitante para la función y la vida varía según la edad (Tabla 6.2), sin embargo, es inevitable que niños y adolescentes de diferentes diagnósticos se enfrenten a condiciones que limitan su vida a corto plazo y con ello es imperativo el apoyo psicológico que de soporte en pro de su calidad de vida. ^(7,8)

Al considerar el proceso de comprensión, se podrá planificar estilo, medios para una efectiva comunicación y soporte emocional, que permita con mayor calidad y calidez la colaboración con el niño y adolescente. El abordaje para evaluar a nivel emocional, cognitivo y conductualmente al paciente podrá ser de forma objetiva o subjetiva con instrumentos de evaluación que permitan plantear la intervención necesaria.

La intervención psicosocial considera la evaluación como parte de la detección de necesidades que impactan en las emociones, pensamientos y conducta de niño y/o adolescente incluyendo a su familia, brindando contención para mejorar su soporte y adaptación emocional. A la intervención se deben precisar los objetivos que puedan ser alcanzados desde los que se perciban como más preocupantes o amenazantes hasta los más sutiles que de confort y armonía.

Niño/adolescente en CPP. El abordaje de los aspectos psicosociales en el paciente pediátrico será de acuerdo con su condición en relación con la evolución y complicaciones de la enfermedad, a sus necesidades emocionales, espirituales, contexto familiar y social.

Ante la evolución se debe considerar la interacción con el paciente dependiendo de su funcionalidad (Tabla 6.3), considerada como el nivel en la pérdida de la reserva energética y funcional de múltiples órganos y sistemas, que compromete la capacidad para afrontar las demandas del día a día y dar una respuesta.

Funcionalidad	
Alta funcionalidad	Baja funcionalidad
<ul style="list-style-type: none"> • Acercamiento y contacto progresivo desde el momento diagnóstico • Utilizar como medio el juego para favorecer la interacción o sus gustos e intereses • Información y comunicación clara y congruente, adecuada a la edad • Conocer la etapa de desarrollo cognitivo del niño y/o adolescente para establecer el estilo y grado de comunicación • Ayudar a la expresión emocional en total aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el acercamiento y adaptación a su condición de interacción con el medio • Ayudar a la expresión emocional y forma de demostrar a las personas significativas su aprecio, agradecimiento y despedida. • Consolidar sentimientos, cohesión y asegurar sus cuidados. • Eliminar o atenuar síntomas que limiten su calidad de vida. • Apego y expresiones de los sentimientos.

Tabla 6.3

Reacción emocional del niño y el adolescente. Las reacciones psicológicas se incrementarán y fluctuarán con el tiempo, relacionado a síntomas más intensos, agudos o refractarios del paciente, ya que vislumbra la culminación de la vida y transformación de la esperanza, por ello el seguimiento psicosocial es la clave para un soporte emocional óptimo. ⁽⁹⁾ En la tabla 6.4 se presentan por etapas las reacciones psicológicas esperadas ante las diferentes condiciones de una enfermedad crónica o que pone en riesgo la vida, así como opciones de intervención de acuerdo con la etapa de esta. ⁽¹⁰⁾

DIAGNÓSTICO	<p>REACCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preescolar: Ansiedad de separación, enojo, confusión, llanto, cambios conductuales, modificación de hábitos, irritabilidad. • Escolar: Ansiedad, reacciones regresivas, agresión/enojo, llanto. • Adolescente: Aislamiento, mutismo, rechazo, tristeza, impotencia, enojo, conductas regresivas. <p>INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preescolar: Acercamiento de personas significativas que brinden seguridad. Incorporación de rutina y hábitos. Terapia de juego. Modificación de cambios conductuales. • Escolar: Contención emocional. Estrategias de afrontamiento. Adherencia terapéutica. Terapia de juego. • Adolescente: Adaptación y autocontrol. Expresión emocional. Toma de decisiones. Adherencia terapéutica.
MAL PRONÓSTICO	<p>REACCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prenatal/neonatal: Incredulidad de los padres, esperanza de curación, frustración/impotencia, culpa, ansiedad, ambivalencia, tristeza, incertidumbre, desesperanza, preocupación, estrés. • Preescolar: Mutismo selectivo, rechazo, tristeza, enojo, modificación de hábitos (sueño, alimentación), problemas de conducta. • Escolar: Mutismo selectivo, incertidumbre, tristeza. Susceptible a la reacción verbal y no verbal de los demás. Problemas de conducta. Indiferencia. Enojo. • Adolescente: Enojo, frustración, tristeza, aislamiento, abandono, desinterés, conductas de riesgo o autolesivas. <p>INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prenatal/neonatal: Intervención en crisis. Regulación emocional. Propiciar la comunicación entre la pareja. Duelo anticipado. Toma de decisiones. Comunicación. Informes constantes sobre la situación médica. Garantizar los cuidados durante el embarazo y de soporte al neonato con calidad y calidez.

	<ul style="list-style-type: none"> • Preescolar: Técnicas de distracción y juego. Apego seguro. Expresión de emociones y sentimientos a través del juego y arteterapia. Técnicas de respiración. • Escolar: Técnicas de distracción y juego. Arteterapia. Musicoterapia. Técnicas de respiración y relajación. • Adolescente: Permitir la elección de un confidente. Escucha activa. Expresión de emociones y sentimientos a través de gustos y preferencias. Importancia de la toma de decisiones. Conductas de autocuidado. Validar sentimientos.
AVANZADA	<p>REACCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preescolar: Mayor dependencia de cuidados, mayor apego con personas significativas, miedo, Llanto. • Escolar: Inseguridad, miedo, enojo, rechazo, indiferencia, aislamiento. • Adolescente: Aislamiento, desamparo, soledad, desesperanza, sufrimiento. <p>INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preescolar: Confort, garantizar atención a síntomas para eliminarlos o atenuarlos, reforzar momentos de distracción, apego seguro, expresión de emociones. • Escolar: Participación de su cuidado de acuerdo con su funcionalidad. Expresar sus sentimientos y deseos, así como sus miedos. Mantener interacción social. Regulación emocional. Garantizar atención a síntomas para eliminarlos o atenuarlos. • Adolescente: Reforzar autoestima y autonomía. Disponibilidad para escuchar y atender sus preocupaciones. Participación en la conversación y opciones terapéuticas de su condición. Facilitar su interacción con pares y actividades significativas. Garantizar atención a síntomas para eliminarlos o atenuarlos.
AGONÍA	<p>REACCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En todas las etapas, dependiendo de la evolución y síntomas presentes, expresarán miedo, temor, llanto, ser escuchados o por el contrario la imposibilidad de hablar limitará peticiones, incomodidad y malestar, incluso también tranquilidad y agradecimiento. <p>INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prenatal/neonatal: Intervención en crisis. Facilitar recuerdo y despedida. Permitir el contacto físico con el bebé que da consuelo y posterior ajuste emocional. Acompañamiento de la pareja o familia. • En general, en todas las otras etapas: Acompañamiento en la despedida. Expresión de sentimientos, emociones y agradecimiento. Garantizar hasta el último momento los cuidados y manejo de síntomas. Respeto al contexto sociocultural del paciente. Reforzar su legado y trascendencia desde la compasión. Facilitar su forma de despedirse apegándose a su fe y creencias. Acompañamiento de personas significativas.
MUERTE	<p>INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prenatal/neonatal: Escucha activa. Respeto. Comprensión. Red social que de soporte. Sensibilidad y tiempo ante la despedida. Privacidad. Facilitar su forma de despedirse apegándose a su fe y creencias. Garantizar el cuidado médico de la madre y su soporte emocional. • Respeto y cuidado del cuerpo.

Tabla 6.4

Respuestas desadaptativas en el niño. Existen reacciones o respuestas emocionales desadaptativas que limitan y bloquean la expresión de las emociones y el aumento del sufrimiento: Inhibición emocional, respuestas somáticas, mutismo generalizado y aislamiento. El niño y adolescente es susceptible a percibir su medio hostil, agresivo, con mentiras y temores, incluyendo la culpa que limiten su relación con los demás por no sentirse más vulnerable emocionalmente o por culpa de ser el generador de sufrimiento. Identificar sus temores y preocupaciones permitirá evitar reacciones que tiendan a vivir estos momentos de un franco deterioro físico, en soledad. ⁽⁹⁾ Apegados a su nivel de desarrollo, características de la enfermedad y evolución, aspectos personales como gustos, intereses, personalidad y contexto o ambiente, junto con la evaluación de su soporte emocional, guiará la intervención para organizar su mundo incluso su despedida.

Familia. La familia ante estos eventos cursa por un proceso de alta demanda emocional y cognoscitiva, haciendo uso de sus recursos internos y externos, expresando emociones y sentimientos, omitiendo sus propias necesidades que fluctúan dependiendo de la evolución de la enfermedad, complicaciones y alivio/control de los síntomas; impactando de forma directa en su estado emocional, la forma de interactuar con el niño/adolescente en el proceso de duelo y entre los demás integrantes de la familia. Por lo tanto, es muy importante identificar las necesidades (Tabla 6.5) de los cuidadores primarios, de la estructura y dinámica familiar, fortalecer la toma de decisiones y conductas ante las diferentes situaciones clínicas y sus efectos psicosociales recurrentes, que pueden considerarse como factores de riesgo y/o protectores en el niño y su familia.

• Necesidad de salvar, proteger y cuidar a su hijo
• Necesidad de saber cómo manejar la información y comunicación.
• Necesidad de dar continuidad a la dinámica familiar, incluyendo la atención a los hermanos.
• Necesidad de solventar y resolver la situación económica.
• Necesidad de conocer y aprender los cuidados al niño o adolescente.
• Necesidad de organizar y planificar las actividades incluyendo el descanso.
• Necesidad de expresión de las emociones.
• Necesidad de transformar la esperanza en relación con sus valores.

Tabla 6.5

Reacción emocional en la familia: Las emociones y sentimientos que emergen de situaciones límite confrontan con el tiempo, expectativas y planes que quedan bloqueados por la incertidumbre. La familia al igual que el paciente, viven la experiencia de una enfermedad y mal pronóstico como una amenaza real y potencial a su integridad, cohesión y futuro. ⁽⁹⁾ Acompañada de confusión, enojo e inclusive agresividad en conductas y actitudes, la siguiente tabla (Tabla 6.6) concentra las reacciones y su intervención:

	FAMILIA
DIAGNÓSTICO	REACCIÓN
	Sentimientos de culpa. Frustración. Impotencia. Enojo. Incertidumbre. Esperanzas de curación.
	INTERVENCIÓN
	Contención emocional. Estrategias de afrontamiento. Solución de problemas/toma de decisiones. Adherencia terapéutica. Reorganización de los roles.

MAL PRONÓSTICO	REACCIÓN
	<p>Impotencia.</p> <p>Ambivalencia.</p> <p>Rabia.</p> <p>Inseguridad.</p> <p>Desesperanza.</p> <p>Culpa.</p> <p>Fracaso.</p>
	INTERVENCIÓN
AVANZADA	REACCIÓN
	<p>Agotamiento físico y emocional.</p> <p>Miedo.</p> <p>Tristeza.</p> <p>Incertidumbre.</p> <p>Depresión.</p> <p>Transformación de la esperanza.</p>
	INTERVENCIÓN
AGONÍA	REACCIÓN
	<p>Ansiedad.</p> <p>Tristeza.</p> <p>Llanto.</p> <p>Miedo.</p>
	INTERVENCIÓN
	<p>Facilitar la despedida y rituales.</p> <p>Privacidad ante las muestras de despedida.</p> <p>Preparación del duelo inmediato.</p> <p>Valorar el soporte emocional.</p> <p>Ambiente de confianza para expresión de sentimientos y emociones.</p> <p>Redes de apoyo.</p> <p>Acompañamiento.</p>

MUERTE	REACCIÓN
	Tristeza Llanto Shock. Reacciones físicas.
	INTERVENCIÓN
	Contención emocional. Respeto a las creencia religiosas o rituales. Promover el agradecimiento y expresión de sentimientos. Garantizar las necesidades básicas de los dolientes. Acompañamiento en trámites funerarios.

Tabla 6.6

Reacciones desadaptativas en la familia. En la progresión de la enfermedad, mal pronóstico y muerte se considera normal las reacciones emocionales que la familia ha de enfrentar. Ante el contexto cambiante y la vulnerabilidad emocional, existen reacciones desadaptativas, que desde el primer contacto con los integrantes y sobre todo el cuidador primario se debería identificar para que se puedan predecir dichas conductas y ayudar a prevenirlas.

Las reacciones desadaptativas presentes son: la conspiración del silencio, claudicación familiar, sobrecarga, negación, conflictos de roles y límites, así como conflictos familiares presentes antes del diagnóstico y exacerbados por la situación de más demanda de cuidados y movilización de recursos para cubrir las necesidades del paciente. Una vez identificadas dichas reacciones desadaptativas se debe considerar una intervención específica para eliminar, atenuar o mediar la causa, favoreciendo la relación de cada uno de los integrantes en una mejor cohesión, respeto y consolidación de sentimientos para expresarlos antes del fallecimiento. ⁽⁸⁾

En el equipo de salud. El personal de salud que atiende a pacientes crónicos en la búsqueda de curación o en su caso alargar el tiempo de vida, con los menos efectos secundarios, comunicar un mal pronóstico que enfrenta al final de la vida, está expuesto a respuestas de estrés ya bien descritas y en ocasiones a la presentación de características del síndrome de Burnout, por la alta exigencia física, emocional que representa la atención de un niño en condiciones críticas, la agonía, el sufrimiento y el comunicarse con su familia (Tabla 6.7).

	EQUIPO DE SALUD
DIAGNÓSTICO	REACCIÓN
	Expectativa de curación.
	INTERVENCIÓN
	Establecer alianza terapéutica (paciente-familia-equipo). Habilidades de comunicación.
MAL PRONÓSTICO	REACCIÓN
	Sentimiento de culpa. Fracaso. Confusión. Estrés.
	INTERVENCIÓN
	Trabajar en equipo interdisciplinario para establecer objetivos realistas. Compartir decisiones equipo-familia. Comunicación clara y abierta con la familia, para mantener congruencia y seguimiento en las decisiones. Empatía y escucha activa ante las necesidades-recursos del paciente y familia.

AVANZADA	REACCIÓN
	<p>Agotamiento emocional y físico.</p> <p>Indiferencia.</p> <p>Fracaso profesional.</p> <p>Fracaso personal.</p> <p>Estrés.</p>
AGONÍA	INTERVENCIÓN
	<p>Valoración de estrés, fatiga por compasión y burnout.</p> <p>Habilidades de comunicación.</p> <p>Aprender estrategias de empatía y Ecpatía.</p> <p>Expresión de emociones.</p> <p>Compartir responsabilidad y toma de decisiones en equipo.</p> <p>Gestión y optimización del tiempo.</p>
MUERTE	REACCIÓN
	<p>Estrés.</p> <p>Agotamiento físico y emocional.</p>
MUERTE	INTERVENCIÓN
	<p>Toma de decisiones por eventualidades.</p> <p>Apoyarse por la planificación anticipada.</p> <p>Reparto de roles dentro del equipo.</p> <p>Aprendizaje para estrategias de respiración y relajación.</p> <p>Estrategias de escucha empática.</p>
MUERTE	REACCIÓN
	<p>Impotencia.</p> <p>Bloqueo de emociones.</p> <p>Reacciones físicas.</p>
MUERTE	INTERVENCIÓN
	<p>En equipo valorar la intervención, con oportunidades de mejora.</p> <p>Reforzar estrategias de autocuidado y soporte para el equipo.</p> <p>Buscar y pedir ayuda para estabilidad emocional.</p> <p>Manejo del duelo de pacientes.</p> <p>Autoconocimiento sobre pérdidas/auto observación.</p> <p>Promover el desarrollo espiritual.</p> <p>Solicitar ayuda profesional.</p> <p>Hábitos saludables.</p> <p>Autorregulación emocional.</p>

Tabla 6.7

Un tema importante para el equipo es la toma de decisiones y la comunicación con la familia para ofrecer manejo o intervención específica, como por ejemplo no reanimación, no ventilación mecánica, etc. que permite planear de forma anticipada el manejo al final de la vida, donde el trabajo en equipo es de gran importancia. ⁽³⁾

Planificación anticipada: El conocer desde el diagnóstico al paciente permite conocer las circunstancias, el contexto de la enfermedad permite iniciar un control emocional en el que se llevará el proceso de la planificación de cuidados, incluyendo la prevención de crisis ante la falta de información, mala comunicación o confusión dependiendo de las expectativas de cada integrante.

Las acciones del equipo de salud ante la toma de decisiones, la adecuación de esfuerzo terapéutico les permite consolidar la decisión ante un balance de ventajas y desventajas que den seguridad a los familiares y sobre todo al paciente, sin un sentimiento de culpa que aumente su sufrimiento. Igualmente, importante el brindar contención a la expresión emocional del personal en el manejo del duelo anticipado, al saber que la relación con su niño/adolescente cambiará, y dependiendo del objetivo de las decisiones conocer bien los recursos internos y externos de la familia y del paciente siendo actores activos en este proceso, para así conocer las responsabilidades compartidas y confort del paciente. ⁽¹¹⁾

El equipo de salud debe mostrar disposición y apertura a la escucha de necesidades, potencializar recursos internos-externos del paciente y su familia para disminuir su percepción de vulnerabilidad e indefensión, por un control de la situación a través de la toma de decisiones con el balance de costo-beneficio y mantener un equilibrio entre la esperanza, una verdad soportable en el marco de los derechos humanos y la bioética.

Finalmente, en las últimas décadas la Psicología ha experimentado avances con evidencia científica en intervención con técnicas y estrategias para cubrir de forma holística las dimensiones del ser humano. La eficacia de intervenciones psicológicas con un sustento científico que están dando luz para dar seguimiento al soporte psicológico en condiciones límite como es la enfermedad crónica, la progresión de la enfermedad, la muerte y duelo como son la psicoeducación, técnicas de respiración y relajación e hipnosis. Se ha descrito el impacto favorable de las terapias cognitivo-conductuales como desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, entrenamiento en la inoculación de estrés entre otras que son aplicables, evaluando el caso pero que permite dar estabilidad a la emoción, pensamiento y conducta.

Y sin obvia la entrevista sigue siendo el estándar para la relación bidireccional y humana que permite conocer las necesidades y recursos de las percepciones desde su interpretación de la crisis por las que están transitando. ⁽⁴⁾

Incorporando lo más reciente como las terapias de tercera generación, con el enfoque humanista, resaltando el nivel espiritual y de valores como la Terapia de aceptación y compromiso, mindfulness, terapia narrativa basada en mindfulness, activación conductual. Con técnicas específicas como el Counselling, regulación emocional, escucha activa y compasión. ⁽¹¹⁾

6.2 ESPIRITUALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Un informe de la OMS (1990) afirma que la espiritualidad se refiere a aquellos aspectos de la vida humana, que tiene que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. La dimensión espiritual de la vida humana puede ser vista como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos y sociales. A menudo se percibe como vinculado con el significado y el propósito y para los que están cercanos al final de la vida, se asocia comúnmente con la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación en los valores. ⁽¹²⁾

Definición: “La espiritualidad es un aspecto dinámico e intrínseco de la humanidad a través del cual las personas buscan un significado, un propósito y una transcendencia últimas y experimentan una relación consigo mismos, con la familia, con los demás, con la comunidad, con la sociedad, con la naturaleza, con lo significativo y con lo sagrado. La espiritualidad se expresa a través de las creencias, los valores, las tradiciones y las prácticas”. ⁽¹³⁾

El acompañamiento espiritual como dimensión de los cuidados paliativos. El acompañamiento espiritual es la práctica de reconocer, acoger y dar espacio al diálogo interior de aquel que sufre, para que él mismo pueda dar voz a sus preguntas y dar vida a sus respuestas. Es decir, ayudar a la persona a despertar o a sacar a la luz el anhelo, la búsqueda interior que toda persona puede tener” (SECPAL, 2008). La espiritualidad en los cuidados paliativos para pacientes pediátricos trabaja con el paciente y sus padres y/o cuidador primario.

1. Los modelos de cuidados espirituales ofrecen un marco de referencia para que los profesionales de la salud puedan conectar con sus pacientes, escuchar sus miedos, sueños y dolor, colaborar con sus pacientes como aliados en su cuidado y proveer, a través de la relación terapéutica, una oportunidad de sanación.

2. La sanación se distingue de la curación. Se refiere a la habilidad de una persona para encontrar alivio, consuelo, conexión, significado y propósito en medio del sufrimiento, la desazón y el dolor.
--

3. Los cuidados espirituales están cimentados en marcos teóricos importantes, uno de los cuales es el Modelo Bio-psicosocial-Espiritual de Cuidados

4. Otro de los fundamentos es un modelo de cuidados centrado en el paciente, en el que el enfoque de cuidados se centra en éste y en su experiencia de la enfermedad, en vez de centrarse exclusivamente en la enfermedad.
5. La visión de la persona como ser-en-relación es piedra angular del acompañamiento.
6. La vida es esencialmente relaciones; y relación como tal implica trascendencia, un ir más allá de sí mismo por parte de aquello involucrado en la relación.
7. La enfermedad puede ser comprendida como una disrupción en las relaciones adecuadas que constituyen la unidad e integridad de lo que conocemos como ser humano.
8. La profesión sanitaria es, intrínsecamente, una profesión espiritual. Cuando interactúan un profesional de la salud y un paciente en una relación profesional, la transformación que tiene lugar es inherente al modelo propuesto de cuidados espirituales.
9. Al cuidar de las personas que sufren, para el profesional de la salud se abre la oportunidad de transformación personal. Para estar abierto a ella, el profesional debe tener conciencia de las dimensiones espirituales en su propia vida y apoyarse en un proceso de reflexión para la práctica de la presencia compasiva con los pacientes.
10. La espiritualidad entendida como nuestra naturaleza esencial de donde surge nuestro anhelo inagotable de plenitud es un universal humano. Se expresa a través de nuestra red de relaciones, las que establecemos con nosotros mismos, los demás y lo que nos trasciende.
11. "Los que sufren no son los cuerpos, son las personas", El sufrimiento se da en el ámbito subjetivo: centrados sólo en lo objetivo los profesionales no lo pueden explorar ni atender.
12. Los clínicos encuentran sufrimiento evitable y no evitable. Hay un sufrimiento que forma parte de nuestra condición existencial, pertenece a la experiencia del misterio y se puede trascender y acompañar, pero no resolver.
13. Disponer de un modelo antropológico, que entiende a la persona como parte de la conciencia que aspira a la integridad, a la integración y la plenitud, puede ayudarnos a entender y atender el sufrimiento.
14. El itinerario del proceso de trascendencia del sufrimiento se reconocen tres etapas, identificadas como: CAOS, etapa muda, de enclaustramiento o de lucha» ACEPTACION, de entrega o etapa expresiva o de transición» TRASCENDENCIA, maduración o de nueva identidad
15. La trascendencia del sufrimiento, y disolución de la perspectiva limitada de la persona, abre un panorama ampliado de sí mismo y de la realidad, y es el camino más poderoso para restaurar la integridad a un nivel de conciencia superior.
16. La sanación como proceso de recuperación de la integridad y armonía, a través de trascender el sufrimiento, puede ser una propuesta clave de la intervención compasiva en el acompañamiento espiritual.
17. Las herramientas del acompañante son HOSPITALIDAD, PRESENCIA Y COMPASIÓN
18. La presencia ecuánime y compasiva del terapeuta posibilita que el que sufre pueda adentrarse y atravesar y trascender conscientemente la visión limitada de sí mismo, y entregarse a la profundidad de su Ser.
19. El acompañante debe desarrollar un nivel de conciencia, ecuanimidad y compasión y ser consciente de sus límites para poder acompañar. ⁽¹⁴⁾

Tabla 6.8 Acompañamiento espiritual en los CPP

Proceso de morir. Modelo para explicar la adaptación psico-emocional al proceso de final de vida.

Singh, partiendo de la observación del proceso que frecuentemente siguen los enfermos en los últimos días, propone un modelo para explicar la adaptación psicoemocional al proceso y los pasos que se dan en esta etapa son: ⁽¹⁴⁾

1. Etapa de caos, caracterizada por la lucha, la negación, la depresión, negociación, y por el miedo a perder lo que consideramos nuestra integridad (es el miedo a la pérdida del EGO) o el miedo a la pérdida de los mecanismos compensatorios;
2. Etapa de rendición o renuncia, entrega, aceptación, soltar, dejarse, dejar de luchar, etc., lo que en la práctica coloquialmente decimos "tirar la toalla", pero no como un planteamiento de derrota, sino de entrega; y
3. Trascendencia, Llamado así por Singh, cuando finalmente se ha hecho esta entrega, la persona entra en un nuevo espacio de conciencia, un estado modificado de conciencia, un espacio de paz, serenidad, gozo, bienestar, que podemos observar en las fases finales de algunos enfermos. ⁽¹⁴⁾

Proceso del paciente: Se caracteriza por en tres fases. Singh, describe el proceso diciendo: "El único camino hacia el ámbito transpersonal es a través del examen y entrega completa del sentido personal del yo. Cuando en una enfermedad terminal uno comprende que no tiene escapatoria de su sufrimiento, entonces empieza a comprender. Las intuiciones que abren nuestra nueva comprensión solo llegan a través de los agujeros que se producen cuando se agota nuestra resistencia, entonces empezamos a percibir la verdadera naturaleza de nuestro SER, (Aceptación), es entonces cuando empezamos a disolver nuestra mente ordinaria...la Luz empieza a entrar a través de las brechas de su ausencia. Este es el principio de la plenitud de conciencia, es el principio de la apertura espiritual. Es la entrega de la lucha, del apego, del desespero (La trascendencia).⁽¹⁴⁾



Diagrama 2. Proceso del paciente.

Metodología de intervención espiritual en la clínica

Detección. Se realiza a partir de diversos indicadores de expresión emocional, valores o conflictos éticos, que acompañan la experiencia espiritual, por lo que hay que estar atentos a:⁽¹³⁾

- Preguntas radicales que surjan de forma espontánea del paciente;
- Comentarios que se relacionen con la taxonomía de necesidades espirituales del paciente pediátrico;
- Afirmaciones que reflejen temor o preocupación por no sanar y morir, lo que ocurrirá consigo y/o con sus padres y sus seres queridos si no se cura, etc.;
- Enunciados que describen potenciales o reales recursos espirituales; y
- Objetos que evocan vínculos con lo espiritual, como rosario, biblia, libro de oraciones, cuentos religiosos, estampas, etc.

Exploración. Se sugiere que los profesionales del equipo interdisciplinario de cuidados paliativos hagan preguntas de rutina en relación con la presencia y relevancia de la espiritualidad, en el contexto de la historia clínica.⁽¹³⁾ Aquí se presentan dos instrumentos de evaluación simples y prácticos para la exploración de la espiritualidad, aplicables a paciente a partir de los 8 años (cuando el niño o niña empieza a tener pensamientos concretos con relación a la espiritualidad), así como también pueden ser utilizados con sus cuidadores primarios.

- **Modelo FICA de Evaluación Espiritual Breve.**⁽¹⁵⁾ Puchalski (2001) creó un modelo breve de evaluación espiritual basado en el acrónimo FICA: Fe, Importancia, Comunidad y Acción. (González Rivera, Espiritualidad en la Clínica); y
- **Modelo iCARING de Evaluación Espiritual Breve.** Hodge (2015) desarrolla el modelo de evaluación breve con el acrónimo: importancia, Comunidad, Activos y Recursos, Influencia, Necesidades y Metas.

Acrónimo	Área	Pregunta de ejemplo
F	Fe	¿Te consideras una persona espiritual o religiosa?
I	Importancia	¿Qué tan importantes son las creencias espirituales y la fe en sus vidas?
C	Comunidad	¿Formas parte de alguna comunidad religiosa o espiritual?
A	Acción	¿Le gustaría que platiemos de asuntos relacionados a tu fe/espiritualidad/religión en terapia?

Tabla 6.9 Modelo FICA

Acrónimo	Área	Pregunta de ejemplo
i	Importancia	¿Qué tan importante es la espiritualidad/religión para ti?
C	Comunidad	¿Formas parte de alguna comunidad religiosa o espiritual?

A R	Activos y Recursos	¿Tienes alguna creencia o práctica espiritual que te sirva de ayuda y fortaleza en los momentos difíciles?
I	Influencia	¿Existe relación entre tu espiritualidad y tus problemas presentes? ¿Crees que tu espiritualidad te puede ayudar en este momento?
N	Necesidades	¿Tienes alguna necesidad o preocupación espiritual que desees trabajar en terapia?
G	Metas	¿Te gustaría que incluyamos tu espiritualidad en la terapia? ¿De qué manera?
E	Efectos en el cuidado médico y efectos existenciales	¿Me permites ayudarte a trabajar con los recursos espirituales que son fortaleza para ti? ¿Existe conflicto entre el tratamiento y tus creencias? ¿Te gustaría incluir como parte del tratamiento a algún líder religioso o guía espiritual?

Tabla 6.10 Modelo iCARING

Nota: Estos modelos muestran ejemplos de preguntas para explorar cada área de la espiritualidad, pero debe adecuarse a la edad del niño a partir de los seis años cada pregunta, y se recomienda apoyarse en esta exploración con títeres, cuentos, juguetes, dibujos, etc. de manera que se logre con el niño la comunicación efectiva que se requiere en la evaluación, sin generar estrés o tensión en el paciente.

El acompañamiento espiritual como intervención terapéutica

Intervención Compasiva:⁽¹²⁾ Los pacientes pediátricos en cuidados paliativos se dan cuenta lo que pasa con su enfermedad, no sólo identifican los cambios que ocurre en su cuerpo, sino también identifican que sus emociones y el contexto que los rodea se modifica, pues perciben preocupación, tristeza, estados de ánimo diferentes tanto en familiares como en el equipo de salud que lo atiende, en consecuencia surgen dudas, temores, incertidumbre en el paciente menor de edad, y no siempre se atreven a preguntar, es en este momento cuando se debe brindar la intervención compasiva, acompañada de creatividad, empatía, escucha activa, manejo de silencios y atención plena.

El acompañamiento espiritual como intervención terapéutica se basa en la intervención compasiva, en sintonía con el sufrimiento del enfermo, donde el profesional comparte al mismo tiempo su vulnerabilidad, su propia experiencia trascendente y aporta su presencia como sanador herido. Esta intervención puede ayudar al enfermo a cruzar el puente que lleva del sufrimiento a la aceptación, la entrega y hacia la trascendencia, con ello a la sanación. Entendida ésta como recuperación de la integridad y coherencia a un nivel de conciencia superior al previo. A través de la intervención compasiva, el que sufre y el que le acompaña acaban en un espacio distinto caracterizado por el crecimiento y la visión más madura de la realidad. Es fundamental para atender el sufrimiento, la disponibilidad del clínico para diagnosticarlo, su interés y para conocer sus causas, identificar el grado y los recursos, estrategias y posibilidades del enfermo para afrontarlo.

⁽¹⁴⁾

Pasos para la Intervención Compasiva:

- Establecer una relación de confianza y un vínculo terapéutico;
- Identificar el sufrimiento;
- Identificar las causas del sufrimiento;
- Intentar resolver o desactivar las amenazas que puedan resolverse.
- Explorar los recursos y capacidades del paciente para trascender su sufrimiento; y
- Intervención Compasiva, orientando al paciente hacia la búsqueda de una visión trascendida de lo que percibe como amenaza.

Atención centrada en la persona: Desde la atención centrada en la persona no es necesario que el equipo interdisciplinario elabore un plan de atención en función de lo que consideran mejor para el paciente, desde este enfoque la elaboración del plan de atención parte de preguntar a la persona qué quiere y cómo lo quiere, partiendo de aquí el equipo de profesionales de cuidados paliativos diseña las estrategias para facilitar al paciente a alcanzar sus metas.

Desde la metodología de atención centrada en la persona se busca:

- Favorecer la independencia funcional de la persona el mayor tiempo posible;
- Crear las condiciones para que la persona sea capaz de dirigir su vida en función de sus deseos, creencias, gustos e intereses;
- Estrategias para llevar a la práctica la atención centrada en la persona;
- Formar y sensibilizar al personal en el modelo de atención centrada en la persona. Implica un cambio de mentalidad y enfoque;
- Introducir los cambios con el personal que se ofrezca como voluntario, para evitar resistencias iniciales;
- Evaluar la situación actual y definir hasta dónde quieren llegar y posteriormente analizar ¿Qué hacer para llegar hasta ahí?;
- Asignar un profesional de referencia, que será el encargado de facilitar que el paciente logre su mayor autonomía física y moral/espiritual;
- Elaborar una historia de vida del paciente, de preferencia sea el profesional de referencia junto con el paciente; y
- Elaborar fichas relacionadas con los intereses, preferencias y deseos del paciente, debe contener detalles sobre en qué les gustaría invertir su tiempo, en qué actividades desea participar, en lo posible, etc.

Diferencia entre la atención médica tradicional, el enfoque de los programas contra las enfermedades y la atención centrada en la persona. Fuente: Martínez, 2015*.⁽¹⁵⁾

Atención médica de carácter convencional	Programas contra enfermedades	Atención centrada en la persona
Se centra en la enfermedad y las acciones están dirigidas a la curación.	Se orientan en las enfermedades.	Se orientan en las necesidades de salud.
Las relaciones entre el profesional y el paciente se limitan al momento de la consulta.	Las relaciones entre los profesionales y el paciente se restringen al momento de la actuación.	Las relaciones son prolongadas.
La atención es exclusivamente curativa.	La atención se centra en luchar contra las enfermedades.	La atención es integral, continua y se centra en la persona.
Responsabilidad exclusivamente de asesoramiento al paciente en el momento de la consulta.	Responsabilidad sobre los objetivos de lucha contra las enfermedades.	Responsabilidad sobre la salud a lo largo del ciclo vital.
Los pacientes son consumidores de la atención que reciben.	Los grupos de poblaciones son los destinatarios de las intervenciones de luchas contra las enfermedades.	Las personas son asociados en la gestión de su salud y la de su comunidad.
Tabla 6.11. Diferencia entre la atención médica tradicional, el enfoque de los programas contra las enfermedades y la atención centrada en la persona.		

Necesidades espirituales del niño. C. Jomain (1987), define en 1984 las necesidades espirituales en un sentido amplio: se trata de necesidades de las personas creyentes o no, a la búsqueda de la nutrición del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o también deseando transmitir un mensaje al final de la vida.⁽¹⁸⁾

Las necesidades espirituales son aquellos aspectos del ser humano relacionados con la dimensión más trascendental, no siempre se expresan y vivencian a través de la religiosidad. El satisfacer estas necesidades se traduce en lograr paz interior, aceptar el morir dando sentido a la vida, reconciliándose consigo mismo, los demás y aquello en lo que uno cree.⁽¹⁹⁾ Las necesidades espirituales son inherentes al ser humano, emergen del interior de la persona y se manifiestan de manera transversal en cada cultura.⁽²⁰⁾

Existe una concepción equivocada entre lo que es la espiritualidad y lo que es religión. El aspecto espiritual incluye la esencia del ser humano, la esperanza, la autoestima, el significado de la vida, las metas, las ilusiones y la interrelación con otros, en una palabra, espiritualidad corresponde a la "dignidad del ser humano. No debemos olvidar que los niños son espirituales. La conexión espiritual con el medio que los rodea permitirá dar a estos pacientes un significado mayor a sus vidas. Los niños en etapa terminal tienen creencias espirituales muy profundas, las cuales emergen aún más al momento en que nos cuestionan sobre la vida y la muerte. La búsqueda del significado y el entendimiento del proceso están en relación directa con la edad, la relación familiar y/o emocional que se tiene con el paciente, por lo que es indispensable conocer las diferentes necesidades y percepciones, de acuerdo con el lugar que cada uno ocupa en el proceso.⁽²¹⁾

Los eventos que acontecen durante el proceso de muerte son definidos como “la transformación espiritual a través de la disolución gradual del ego y lo que rodea al individuo llevándolo a su parte más básica”, en los niños existe una habilidad natural de llevar a cabo esta transición, ya que están mucho más conscientes de su condición elemental, además de que tienen un menor desarrollo del ego. Durante el proceso de muerte, los niños se transforman en los “maestros de vida” poniendo ante nuestros ojos las riquezas que dan las experiencias humanas, nos dan enseñanzas de humildad que nos muestran la belleza de la esencia de la vida. ⁽²¹⁾

Concepto de espiritualidad en menores de edad. ⁽²¹⁾

Edad	Características	Concepto de espiritualidad	Desarrollo espiritual	Intervenciones
0-2 años	Relación sensorial y motora con el medio ambiente. Limitación en la comunicación verbal, alcanza objeto de permanencia, puede percibir “que algo anda mal.”	Tiene limitantes en la comunicación y lenguaje por su corta edad, su “espiritualidad” se manifiesta en la necesidad de sentirse amado y protegido, sintiendo confort al satisfacer sus necesidades básicas.	La fe se refleja en confianza y esperanza en los otros, necesitamos sentido de autoestima y amor.	Proporcionar el mayor confort físico al niño, a los familiares y a los objetos transicionales (juguetes favoritos) en forma constante.
2-6 años	Pensamiento mágico, egocentrismo, el pensamiento es irreversible, juego simbólico, desarrollo de las habilidades en la comunicación verbal.	Empieza a formar habilidades de comunicación y un pensamiento mágico y egocentrista. Sí los padres practican algún culto y realizan rituales el niño los va incorporando a su vida, pero aún no tiene clara percepción de pensamiento subjetivo su aprendizaje es por imitación y conceptos básicos.	La fe mágica e imaginativa, participación en rituales, es importante necesidad de valor.	Minimizar la separación de los padres, corregir las percepciones de enfermedad como castigo. Evaluar el sentido de culpa y modificarlo si es que está presente, usar términos precisos (morir y muerte).
6-12 años	Pensamientos concretos.	Ya tiene pensamientos concretos y puede tener dentro de una espiritualidad religiosa conceptos más claros para el bien y el mal, de dios, pecado “hacer el bien”, conecta identidad ritual y personal.	Preocupaciones de fe para el bien y el mal, puede aceptar interpretaciones extremas de la verdad.	Evalúa el miedo a ser abandonado, ser honesto, proporcionar detalles concretos si son preguntados. Apoyar los esfuerzos del niño para alcanzar el control y dominio, mantener el contacto con padres. Permitir al niño participar en la toma de decisiones.
12-18 años	Pensamiento generalizado, la realidad se vuelve un objetivo. Capacidad de reflexión, imagen corporal, autoestima.	Tiene capacidad de reflexión, de autoestima, se hace preguntas existenciales, evolución de la relación con un ser supremo dentro de espiritualidad religiosa, y busca el significado y propósitos del valor de la vida. Empieza a buscar conscientemente un sentido de vida.	Comienza a aceptar la interpretación interna de la verdad. Evolución de la relación con Dios o un ser supremo. Busca el significado de propósitos y valor de la vida.	Reformar la autoestima del niño, permitir al niño expresar sus sentimientos más profundos. Permitir la privacidad, promover su independencia, promover contactos con sus padres. Permitir al niño participar en la toma de decisiones.

Tabla 6.12

6.3 DUELO

Cuando un paciente pediátrico y su familia se enfrentan a una enfermedad crónica compleja, progresiva y que amenaza su vida se presentan procesos de duelo durante las diferentes etapas de la enfermedad causando:

- Dolor y sufrimiento.
- Reacciones abrumadoras y desconcertantes. ⁽²²⁾

Estos procesos de duelo comienzan como ajuste al diagnóstico y tratamiento. El apoyo al duelo es un componente esencial en los cuidados paliativos pediátricos, sin embargo, por lo general no se cuenta con los recursos suficientes, no se ha investigado lo suficiente y no se aplica de manera sistemática, siendo que debe brindarse un apoyo multifacético, interdisciplinario y holístico enfocado a las nuevas realidades, cambios y pérdidas que el paciente, su familia y el equipo médico pueden experimentar. ⁽²³⁾

Definición de duelo. El duelo (del latín *dolium*, dolor, aflicción) ⁽²⁴⁾ es la angustia experimentada después de una pérdida significativa, generalmente la muerte de una persona amada. El duelo a menudo se distingue de la pérdida y el luto. No todas las pérdidas resultan en una fuerte respuesta de dolor, y no todo el dolor se expresa públicamente. ⁽²⁵⁾

El duelo a menudo incluye:



Diagrama 3.

Cuando se experimenta dolor intenso en el proceso de duelo se puede convertir en una amenaza para la vida a través de la alteración del sistema inmunológico, el auto descuido y los pensamientos suicidas. El duelo también puede tomar la forma de arrepentimiento por algo perdido, remordimiento por algo hecho o dolor por un percance en uno mismo. ⁽²⁵⁾ El duelo es una reacción natural y subjetiva con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. Es un momento de crisis, es decir, un período crucial o momento decisivo en la vida de una persona que se transforma, frecuentemente, es un acontecimiento vital estresante frente al que carecemos de recursos para afrontar. Pero el duelo no es una enfermedad, sino un proceso doloroso, a veces esperado y otras no. ⁽²⁶⁾

Manifestaciones del duelo en el adulto

- El duelo NO es un trastorno psiquiátrico, sino una reacción emocional y conductual normal a la pérdida y las reacciones variarán para cada individuo; ⁽²⁷⁾
- Durante el proceso de duelo se pueden presentar manifestaciones cognoscitivas, afectivas, fisiológicas que se consideran normales; ⁽²⁸⁾
- Es importante conocer las manifestaciones normales en el proceso de duelo, sabiendo que su intensidad y las alteraciones que provoca en el doliente van a depender de varios factores: la relación emocional y de dependencia con el ser o situación perdido, las circunstancias de la muerte, el tiempo de preparación para la pérdida, etc.; y ⁽²⁹⁾
- Resulta relevante conocer los recursos de los que disponen los supervivientes y las estrategias de afrontamiento, tanto en el ámbito personal como familiar y social, así como las reacciones de respuesta en situaciones emocionales intensas previas en la experiencia del doliente. ⁽³⁰⁾

Manifestaciones normales del duelo en adultos.	
(Adaptado de Monografía de atención al duelo en Cuidados Paliativos, SECPAL 2014).	
COGNOSCITIVAS	AFECTIVAS
<ul style="list-style-type: none"> • Incredulidad/Irrealidad. • Confusión. • Alucinaciones visuales y/o auditivas fugaces y breves. • Dificultades de atención, concentración y memoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Impotencia/Indefensión. • Insensibilidad. • Anhelo. • Tristeza, apatía, abatimiento, angustia, ansiedad, hostilidad.

<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación, rumiación, pensamientos e imágenes recurrentes. • Obsesión por recuperar la pérdida o evitar recuerdos. • Distorsiones cognoscitivas • Revisión de aspectos religiosos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ira, frustración y enfado. • Culpa y autorreproche. • Soledad, abandono, • emancipación y/o alivio. • Extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual.
FISIOLÓGICAS	CONDUCTUALES
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la morbimortalidad. • Vacío en el estómago y/o boca seca. • Opresión tórax/garganta, falta de aire y/o palpitaciones. • Dolor de cabeza. • Falta de energía/debilidad. • Alteraciones del sueño y/o la alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta distraída. • Aislamiento social. • Llorar y/o suspirar. • Llevar o atesorar objetos. • Visitar lugares que frecuentaba el fallecido. • Llamar y/o hablar del difunto o con él. • Hiperactividad-hipoactividad. • Descontrol u olvidos en las actividades de la vida diaria.

Tabla 6.13.

Duración del duelo. La duración del duelo es muy variable dependiendo de cada persona y situación. En la bibliografía clásica se apunta como duración 1 año. Sin embargo, en estudios más recientes parece haber consenso en la idea de que después de una pérdida importante, el doliente comienza a recuperarse a lo largo del segundo año después de la pérdida. Independientemente del tiempo transcurrido desde la muerte, podremos considerar que el duelo ha terminado cuando el doliente tiene la capacidad de recordar y hablar de la persona fallecida sin dolor, y cuando recobra la capacidad para establecer nuevas relaciones y aceptar los retos de su vida ⁽²⁹⁾

Tareas del duelo. El duelo, al ser un proceso universal e inevitable, ha sido objeto de estudio por diversos autores y muchos han intentado establecer sus diferentes tareas.

ENFOQUE BASADO EN LAS TAREAS DEL DUELO. ⁽³⁰⁾		
	WORDEN (2004-2013)	NEIMEYER (2007, 2012)
TAREAS DEL DUELO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptar la realidad. 2. Trabajar las emociones y experimentar el dolor. 3. Adaptarse al entorno sin el ser querido. (Adaptaciones externas, internas y espirituales) 4. Recolocar y recordar al ser querido 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer la realidad de la pérdida 2. Abrirse al dolor. 3. Revisar nuestro mundo de significados. 4. Reconstruir la relación con lo que se ha perdido 5. Reinventarnos a nosotros mismos.

Tabla 6.14

Modelo de procesamiento dual del duelo

- El modelo de procesamiento dual del duelo integra una taxonomía que describe las maneras en que la gente llega a un "acuerdo" con la pérdida del ser querido, y explica como los dolientes están orientando constante y alternadamente su atención hacia la pérdida o hacia la restauración;
- Cuando su orientación es hacia la pérdida los dolientes trabajan su duelo, expresan sus emociones, interpretan, le dan significado a dicha experiencia y a la vida posterior a la pérdida;
- Cuando su orientación es hacia la restauración, el individuo se distrae de esas experiencias de duelo, focalizando la atención en la reorganización de su vida de manera que busca activamente nuevas actividades, roles y relaciones interpersonales;
- Este modelo de procesamiento dual del duelo ayuda a comprender el funcionamiento del duelo en la vida cotidiana del individuo. Se está oscilando constantemente, entre el sentir y recordar hechos específicos de la pérdida o, enfocándose en situaciones inherentes de la vida como; buscando actividades y relaciones nuevas para contrarrestar las sensaciones de anhelo y vacío que dejó la pérdida del nuestro ser querido o evitar el dolor; y

- Cada individuo puede focalizar su atención alternadamente entre la pérdida o la restauración, la forma en que le dé significado a cualquiera de los dos procesos influirá en la funcionalidad del sujeto o en la posible aparición de duelo complicado. ⁽³²⁾

Diagrama 4



Mediadores del duelo. Existen factores que influyen en el proceso de duelo, estos se llaman mediadores del duelo. Es importante tener en cuenta estos factores, ya que la combinación de éstos podría hacer que se incremente la probabilidad de duelo complicado, ya que pueden afectar la naturaleza, la intensidad y la duración del proceso normal de duelo, éstos se presentan a continuación: ⁽²⁸⁾

Mediadores del duelo	
Quién era la persona, objeto o situación significativa	La relación que tuvo una persona en duelo con la persona que murió, el objeto o situación que perdió.
La naturaleza del apego	<ul style="list-style-type: none"> • La fuerza del apego: (la intensidad del vínculo). • La seguridad del apego. • La ambivalencia en la relación. • Los conflictos con el fallecido, objeto o situación significativa.
Tipo de muerte	<ul style="list-style-type: none"> • Como murió la persona. • Las muertes se catalogan bajo las categorías NASH: natural, accidental, suicidio y homicidio. • Dónde se produjo la muerte a nivel geográfico • Si había algún aviso previo o se trata de una muerte inesperada.
Antecedentes históricos	<ul style="list-style-type: none"> • Si ha tenido pérdidas anteriores y cómo se elaboraron dichos duelos. • La historia de salud mental previa de la persona.
VARIABLES DE PERSONALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Sexo. • Inhibición de sentimientos. • Cómo maneja la ansiedad y cómo afronta las situaciones estresantes.
VARIABLES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los antecedentes sociales, étnicos y religiosos del superviviente. • El grado de apoyo emocional y social percibido que se recibe de los demás, tanto dentro como fuera de la familia.
Otros tipos de estrés simultáneos	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios simultáneos y crisis que surgen después de la muerte, incluyendo graves cambios económicos.

Tabla 6.15 Mediadores del duelo

Tipos de duelo:

1. Duelo retardado, inhibido o negado. Se presenta en algunas personas en momentos iniciales, cuando parece mantener el control de la situación sin mostrar sufrimiento. El doliente no acepta la realidad de la pérdida;
2. Duelo complicado o trastorno por duelo prolongado. En muchas ocasiones es difícil de distinguir de la depresión, el trastorno de estrés postraumático o ansiedad, que a veces están asociados con el duelo, por lo que su definición es muy discutida. Denominado actualmente "*trastorno por duelo complicado*" y se diagnostica con los criterios de DSM 5; y
3. Duelo anticipado. ⁽²⁸⁾ Proceso de desapego emocional que se da antes de la muerte del ser querido. Puede favorecer:
 - El reconocimiento de la realidad de la pérdida de forma gradual;
 - La resolución de asuntos inconclusos con su ser querido que va a morir;
 - Ayudar a cambiar algunos aspectos sobre sí mismos y la vida;
 - Estar preparado para la pérdida y comenzar una planificación del futuro; y
 - Este duelo no disminuye el dolor posterior. Ayuda a prepararse para la pérdida e impide que se desborden en gran medida los recursos personales del doliente. En principio es de gran ayuda, aunque en algunas situaciones puede suponer el abandono del enfermo.

Aspectos importantes:

- Depresión o sintomatología depresiva;
- Experiencia del fallecimiento de forma anticipada o ensayo mental del mismo;
- Preocupación exagerada por la persona que se está muriendo; y
- Anticipación y reajuste de las consecuencias del fallecimiento.

Duelo complicado. Es aquel en el cual "la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución".

Las personas que tienen un mayor riesgo de sufrir un duelo complicado son quienes:

- Experimentan una pérdida repentina o en circunstancias catastróficas;
- Están aisladas socialmente;
- Se sienten responsables de la muerte y aquellas personas que mantenían una relación de intensa ambivalencia o dependencia del fallecido;
- Después de la pérdida son más intensos y persistentes los síntomas de angustia que experimentan;
- Las personas en duelo requieren una mayor demanda de servicios;
- Médicos y hospitalizaciones frecuentes que las personas con pérdidas similares cuyo duelo es menos intenso y de menor duración. Se ha observado que estos efectos duran entre 4 y 9 años después de la muerte.;
- Factores para considerar para atención profesional en duelo;
- Siempre que el doliente pida ayuda expresa para su proceso;
- Si el profesional valora que la ayuda es necesaria; y
- La concomitancia de factores de riesgo de duelo patológico sin la presencia de factores protectores. ⁽²⁹⁾

Criterios de duelo complicado del DSM-5: Este trastorno se encuentra clasificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5, 2013), dentro de los Trastornos de Trauma y Estrés. (Valorar como duelo complejo persistente: A+B+C+D+E) ⁽²⁹⁾

Criterio A: El individuo ha experimentado la muerte de un familiar o amigo cercano hace al menos 12 meses;

Criterio B: Durante el fallecimiento ha experimentado por lo menos 1 de los siguientes síntomas, diariamente o en grado intenso o perturbador:

- Anhelos/añoranza persistente del fallecimiento. En niños pequeños la añoranza puede presentarse mediante el juego y el comportamiento;
- Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte;
- Preocupación en relación con el fallecido;
- Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte; y

Criterio C: Desde el fallecimiento ha presentado por lo menos 6 de los siguientes síntomas diariamente o en un grado intenso o perturbador:

- Deseos de morir para estar con el fallecido;
- Dificultad para confiar en otras personas desde el fallecimiento;
- Sentimientos de soledad o desapego de otras personas desde la muerte;
- Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido.
- Confusión acerca de su papel en la vida, o disminución de la identidad propia; y
- Dificultad a mantener intereses o hacer planes futuros desde la pérdida.

Criterio D: La alteración provoca malestar clínicamente significativo, o deterioro en las áreas social, ocupacional o de otro tipo de funcionamiento;

Criterio E: La reacción de duelo debe ser desproporcionada o no acorde con las normas culturales, religiosas, o adecuadas a la edad del doliente.

Factores protectores		
Estrategias de afrontamiento	Deducidos de factores de riesgo	Otros factores protectores
Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema. Estrategias de afrontamiento dirigidas a las emociones.	Apoyo familiar. Ocupación laboral. Sentimiento de utilidad. Conocimiento del pronóstico de enfermedad ajustado a realidad. Ausencia de problemas económicos.	Fluidez comunicativa. Percepción de autoeficacia. Sentimiento de utilidad en el cuidado del enfermo. Habilidad para la planificación y resolución de problemas. Flexibilidad mental. Autocuidado. Capacidad para encontrar sentido a la experiencia significativas a edad temprana. Reacción emocional intensa en el momento de la muerte.

Tabla 6.16

Factores de riesgo		
Factores circunstanciales de la muerte	Factores personales	Factores interpersonales
Muerte inesperada. Muerte violenta. Estresores psicosociales concurrentes. Muerte estigmatizada. Sintomatología no controlada.	Edad. Género. Personalidad. Antecedentes psicopatológicos. Pérdidas significativas a edad temprana. Reacción emocional intensa en el momento de la muerte.	Vínculo de dependencia. Relación ambivalente. Percepción de escaso apoyo psicosocial.

Tabla 6.17

Niveles de intervención para el duelo.

Nivel I. Información, apoyo y acompañamiento, por el equipo: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, administrativos. Dependiendo de las funciones, formación y vínculo con el paciente y su familia, estableciendo durante el proceso asistencial.

Nivel II. Asesoramiento por el equipo: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales.

Nivel III. Intervención especializada. Dirigida a dolientes de alto riesgo, duelo complicado, trastornos relacionados con el duelo, realizada por profesionales especializados (Psicólogos y Psiquiatras).⁽²⁹⁾

Intervención en duelo. La atención al duelo debe abarcar los tres periodos relevantes en torno al momento de la pérdida: antes del fallecimiento, durante el proceso de agonía y después del fallecimiento. La valoración de predictores de riesgo y factores protectores nos permitirán identificar aquellos dolientes que probablemente necesitarán más apoyo en su proceso de duelo.⁽²⁹⁾

Antes del fallecimiento:⁽²⁹⁾

- El objetivo específico de esta fase será cuidar y ayudar a despedirse al enfermo, familia y/o personas allegadas y significativas.

Paciente

- Garantizarle atención integral;
- Control adecuado de síntomas repercute a nivel psicológico para la elaboración del duelo;
- Detectar, valorar y resolver necesidades y conflictos psicosociales y espirituales;
- Favorecer la expresión emocional. Prevenir o aliviar sentimientos de culpa;
- Promover resolución de temas pendientes.
- Identificar factores de riesgo psicológico o psiquiátrico t derivar para valoración e intervención.
- Valorar información de la que dispone el paciente respecto al diagnóstico y pronóstico.
- Comunicación al paciente respecto a lo que sabe, lo que quiere saber, y lo que puede saber, adecuado a su edad.

Familia

- Garantizar la atención integral y constante a la familia durante el proceso de enfermedad;
- Informar y comunicar con calidez y claridad sobre el diagnóstico y pronóstico, así como los cambios y planes que se pueden prever y/o presentar;
- Mediar en situación de conflicto;
- Orientar sobre necesidades de organización y dinámica familiar;
- Promover pautas de participación y actuación de todos los integrantes de la familia;
- Reforzar su capacidad de cuidar a su ser querido, y dar soporte en aprendizaje de dichos cuidados;
- Establecer con su paciente una comunicación clara y congruente a las necesidades de ambos.
- Promover la movilización de recursos internos y externos (sociales y de salud).

Equipo de salud

- Planificación de los cuidados con las necesidades del paciente y la familia para establecer normas de actuación y prevención de riesgo de claudicación familiar;
- Identificar la relación del paciente con sus familiares para favorecer la comunicación y poder lograr una triada terapéutica de confianza; y
- Valorar y potenciar recursos, soporte emocional y físico percibido.

Intervención específica recomendada durante la fase de últimos días.⁽²⁹⁾ **Paciente:**

- Evaluación y control constante de síntomas. Aliviar el sufrimiento;
- Favorecer la expresión emocional y la comunicación, normalizando pensamientos y validando emociones;
- Facilitar los ritos religiosos o espirituales que ayuden a esta situación; y
- Permitir visitas o facilitar los medios para despedida de los seres amados.

Después del fallecimiento Intervención específica recomendada. ⁽²⁹⁾**Familia.**

En hospital:

- Facilitar la mayor privacidad posible. Acompañar hasta que lleguen otros familiares; y
- Posibilitar despedida del fallecido y colaboración en cuidado post mortem, si es su deseo.

Durante el duelo:

- Facilitar la comprensión de la realidad de la pérdida. Clarificar dudas del fallecimiento;
- Validar sentimientos y permitir expresión emocional, acompañar a la familia transmitiendo tranquilidad;
- Revisar, reforzar y reconocer los cuidados ofrecidos por la familia, personas allegadas y cuidadores, al enfermo, de la forma más objetiva posible, resaltando los aspectos más positivos;
- Facilitar la solución de problemas concretos, como, por ejemplo, el certificado de defunción;
- Explorar si existe sentimiento de culpa;
- Reorientar posibles creencias que puedan dificultar la expresión de sentimientos, por ejemplo, “mejor no recordar para no sufrir y olvidar”;
- Informar sobre la evolución del duelo normal y sus fases;
- Informar de programas específicos de atención en duelo;
- Animar a retomar el cuidado de su salud, así como ir recuperando poco a poco sus actividades rutinarias diarias y sus relaciones sociales; e
- Identificar a quienes presenten riesgo de duelo complicado o trastornos relacionados con la pérdida, para canalizarlos al servicio de salud correspondiente.

Equipo de salud.

- Aprender técnicas de despedida para el manejo de pérdidas de forma personal y profesional;
- Promover despedirse de los padres y mostrar disponibilidad en caso de que se necesite algo del equipo de cuidados paliativos que ha atendido al paciente fallecido, posteriormente; y
- Ofrecer reuniones de todo el equipo, en las que se expresen emociones, sentimientos y experiencias relacionadas con el acompañamiento brindado al paciente y su fallecimiento, para minimizar riesgos de burnout.

Instrumentos de evaluación. DSM-5. Para evaluar trastornos asociados a la pérdida y duelo complejo persistente. ⁽³⁴⁾

Duelo en niños y adolescentes ante la pérdida de ser querido. Los niños, como los adultos, sufren con las pérdidas, hablar sobre la muerte, la enfermedad y el dolor es esencial. Poder llorar la muerte de un ser querido y afrontarla antes de que se produzca, en el momento en que ocurre y después. El concepto de la muerte es abstracto y complejo, de ahí que la forma de abordarlo y comprenderlo dependa de aspectos como la edad y el nivel de desarrollo evolutivo del niño y adolescente (Tabla 6.18). ^{(29) (35)}

ETAPAS DE DESARROLLO	CONCEPTO DE MUERTE
Etapa prelingüística (0 a 3 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Son sensibles a cualquier cambio que ocurre en su entorno, sobre todo en la separación de cuidadores significativos. • No comprende el concepto de muerte.
Etapa preescolar (3 a 5 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Vive en el momento presente. • Negación de la muerte como un acontecimiento final (irreversible). • La familia es el centro de su mundo emocional. • El pensamiento mágico se impone, (cuidado con la culpa)
Etapa escolar (6 a 8 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Comienzan a percibir la muerte como algo irreversible y universal. Sienten miedo. • Se cuestionan la seguridad de la vida. ¿Tú también te vas a morir? • Curiosidad e interés por las reacciones de su cuerpo y sobre a muerte.

Etapa escolar (9 a 12 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Concepción adulta del concepto de muerte. • La perciben como muy lejana. • Mayor dificultad para la comunicación, pero más necesidad de información.
Etapa adolescente (13 a 18 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Saben que la muerte es universal, inevitable e irreversible. • Se cuestionan el significado de la vida. • Necesitan ser escuchados. • Reacciones emocionales intensas y dificultades en la expresión emocional. • Negación y actitud evitativa frecuentemente.

Tabla 6.18. Concepto de muerte en las diferentes etapas de desarrollo del menor.

Los padres, madres o responsables deben prestar atención a las respuestas normales a la muerte, así como a las señales de que un niño puede necesitar ayuda profesional. Es común que la niñez sienta una amplia gama de emociones en respuesta al fallecimiento de un ser querido, como impresión, tristeza, ansiedad o enojo. La manera de expresar estos sentimientos depende de su edad y desarrollo. En los diversos niveles de desarrollo, la niñez tiene una idea diferente de la irrevocabilidad de la muerte. ⁽³⁶⁾

Su enfoque para hablar de la muerte dependerá del nivel de comprensión que tenga cada niño de 4 conceptos principales de la muerte:

1. Irreversibilidad: La muerte es permanente;
2. Irrevocabilidad: Todo funcionamiento se detiene con la muerte;
3. Inevitabilidad: La muerte es universal para todos los seres vivos; y.
4. Causalidad: Las causas de la muerte.

La falta de comprensión de estas ideas por parte de la niñez afecta su capacidad para procesar lo ocurrido y afrontar sus sentimientos ⁽³⁶⁾.

El concepto de la muerte en las diferentes etapas de desarrollo. ⁽³⁵⁾ Las reacciones normales del duelo ⁽²⁹⁾ en niños y adolescentes incluyen:

- Impresión e incredulidad;
- Recuerdos;
- Sueños;
- Lágrimas;
- Miedo después de la muerte de uno de los padres;
- Enojo; y
- Tristeza.

Indicación duelo complicado en niños y adolescentes. ⁽²⁹⁾ Algunas de las reacciones más habituales según edad de los niños, que pueden indicar la existencia de un proceso de duelo que requiere ayuda, y que se mantienen por más de 6 meses después del fallecimiento del familiar, son:

Hasta los 7 años. Cambios en los juegos. Rotura de juguetes, nerviosismo, llamadas de atención constantes. Regresiones: aparecen conductas que ya había superado, más infantiles, como hacerse pipí de nuevo en la cama. Indiferencia: actúan como si no hubiera pasado nada.

Hasta los 12 años. Cambios en los juegos. Rotura de juguetes, nerviosismo, llamadas de atención constantes. Regresiones: aparecen conductas que ya había superado, más infantiles, como hacerse pipí de nuevo en la cama. Indiferencia: actúan como si no hubiera pasado nada

Adolescencia. Indiferencia ante lo sucedido. Aislamiento social o familiar. Rebeldía

Predictores de riesgo en niños y adolescentes ⁽²⁹⁾:

- Ambiente inestable por no haber un familiar responsable de los cuidados y realizar esta tarea distintas personas;
- Dependencia con el progenitor superviviente y forma inadecuada de reaccionar ante la pérdida;
- Segundas nupcias con una persona con la que existe una relación negativa;
- Pérdida de la madre para niñas de menores de 11 años y del padre en varones adolescentes;
- Falta de consistencia en la disciplina impuesta al niño o al adolescente;
- Indicadores de dificultad de afrontamiento en niños y adolescentes antes del fallecimiento del familiar;
⁽²⁹⁾
- Los niños también muestran sintomatología concordante con estar afrontando la pérdida. La siguiente sintomatología es indicadora de dificultad siempre que ésta se mantenga trascurridos más de 6 meses tras el fallecimiento.;
- Regresión a etapa anterior: Volver a orinarse, rabietas, volver a dormir con los padres;
- Cambios emocionales: mayor tristeza, irritabilidad, miedo a ser abandonado, pesadillas, oposicionismo, culpa;
- Tiene menos apetito, come con ansiedad; y
- Problemas en el rendimiento académico, aislamiento.

Importante en esta etapa: ⁽²⁹⁾.

- Mantener la rutina del niño;
- Explicar lo que está pasando, adaptado a su edad;
- Mantener normas, dedicarles un espacio de expresión de emociones, de preocupaciones;
- Darles seguridad, que vamos a estar para cuidarles, dedicarles un tiempo especial;
- Observar cualquier cambio en el niño que nos sea significativo;
- Evaluar si está siendo atendido por psicólogo, psiquiatra; y
- Responder a las preocupaciones relacionadas con la muerte.

Los niños de distintas edades plantean diferentes preguntas sobre la muerte, cuanto más mayor más capacidad para entender. Si el padre/madre no se ve capaz, que busque a alguien que escuche y pueda dar respuesta a los niños y sus preocupaciones sobre la muerte y qué es lo que pasa después. El niño necesita tiempo y atención. Aunque delegue, procure estar presente. ⁽²⁹⁾

- Con los niños utilizar dibujos, muñecas o libros;
- Es probable que deseen dibujar sus sentimientos. Las preguntas pueden surgir mientras se le pregunta que es lo que dibuja, porque elige determinados colores;
- Estar preparado para algunas duras preguntas sobre la vida y sobre después de la muerte;
- Estar preparado para duras preguntas acerca de lo que le sucede al cuerpo tras la muerte;
- Responder a todas las preguntas de forma simple y concreta, incluso con un “no lo sé”;
- Recordar a los niños que no es culpa nuestra que una persona muera. Es una idea frecuente y es bueno hablarlo para evitar creencias erróneas;
- Es importante compartir la decisión sobre quién debe ir al funeral y al entierro;
- Preguntar quién quiere ir al funeral;
- Preguntar a los niños antes del funeral que sienten ante lo que está pasando.
- Permitir que cambien de opinión;
- Contar con ellos en las reuniones y comidas después del funeral;

- Posibilidad de desacuerdo con permitir la asistencia de los niños a los funerales;
- Asignar a alguien la supervisión de los niños durante el funeral;
- Permitir que el niño visite la iglesia o el lugar o el lugar donde se va a celebrar el funeral;
- Estar atentos a lo que los otras personas explican que pueda confundirlos; y
- Decirles que es correcto si no saben lo que sienten.

Instrumento para la evaluación del duelo en niños y adolescentes. DSM-5. Para evaluar trastornos asociados a la pérdida y duelo complejo persistente. ⁽³⁴⁾

Duelo en padres. En el caso del fallecimiento de un hijo nos encontramos ante un hecho que va contra natura. Estos procesos son muy difíciles de afrontar para el doliente y es importante trabajar en la prevención y en la identificación de factores de riesgo, hacer una valoración y soporte en caso de que sea necesario durante el proceso de duelo, para prevenir su complicación. ⁽²⁹⁾

Objetivos del protocolo de actuación en el duelo para equipos específicos de cuidados paliativos

- Ofrecer a los dolientes cuidados básicos y apoyo emocional;
- Detectar los factores de riesgo de duelo complicado y recomendar atención cuando proceda;
- Aportar tratamiento sintomático urgente si fuera preciso;
- Preparar a la familia para el momento del fallecimiento;
- Facilitar a los parientes la información necesaria para realizar los trámites administrativos y legales derivados del fallecimiento, como certificados de defunción, listado de tanatorios y funerarias, etc.;
- Habilitar entre los profesionales la información pertinente para proporcionar atención adecuada a las familias en los días previos al fallecimiento y durante el duelo, así como para la certificación del fallecimiento producido en el domicilio;
- En la atención del proceso del duelo, requiere una evaluación individualizada, prestando especial atención a la existencia de factores de riesgo que hicieran necesario un abordaje más específico, detectando y previniendo el duelo complicado ⁽²⁹⁾. Las manifestaciones del duelo son más favorables si la persona doliente puede interactuar con los que comprenden o comparten su pérdida;

Las actuaciones de los profesionales irán encaminadas a:

- Control de síntomas;
- Informar a la familia sobre el diagnóstico y pronóstico;
- Comunicar el diagnóstico al enfermo;
- Informar a los familiares sobre las actividades que pueden realizar en el cuidado del enfermo e implicar al mayor número de posible de familiares;
- Estimular la comunicación paciente – familia;
- Preparar a la familia para la fase de agonía;
- Informar a la familia con cierta antelación de la proximidad de la muerte;
- Hay que recomendar que asista al funeral toda la familia;
- Acompañar a los familiares que lo soliciten y pidan ayuda para afrontar la situación de últimos días en el domicilio;
- Intervenir para prevenir la desviación patológica del duelo; en el caso de que hubiera aparecido canalizarla para su abordaje;
- Atender y seguir las situaciones en las que es más frecuente la evolución compleja o prolongada del duelo; y
- Valorar la posible aparición de psicopatología que precise de la ayuda especializada de los equipos de salud mental.

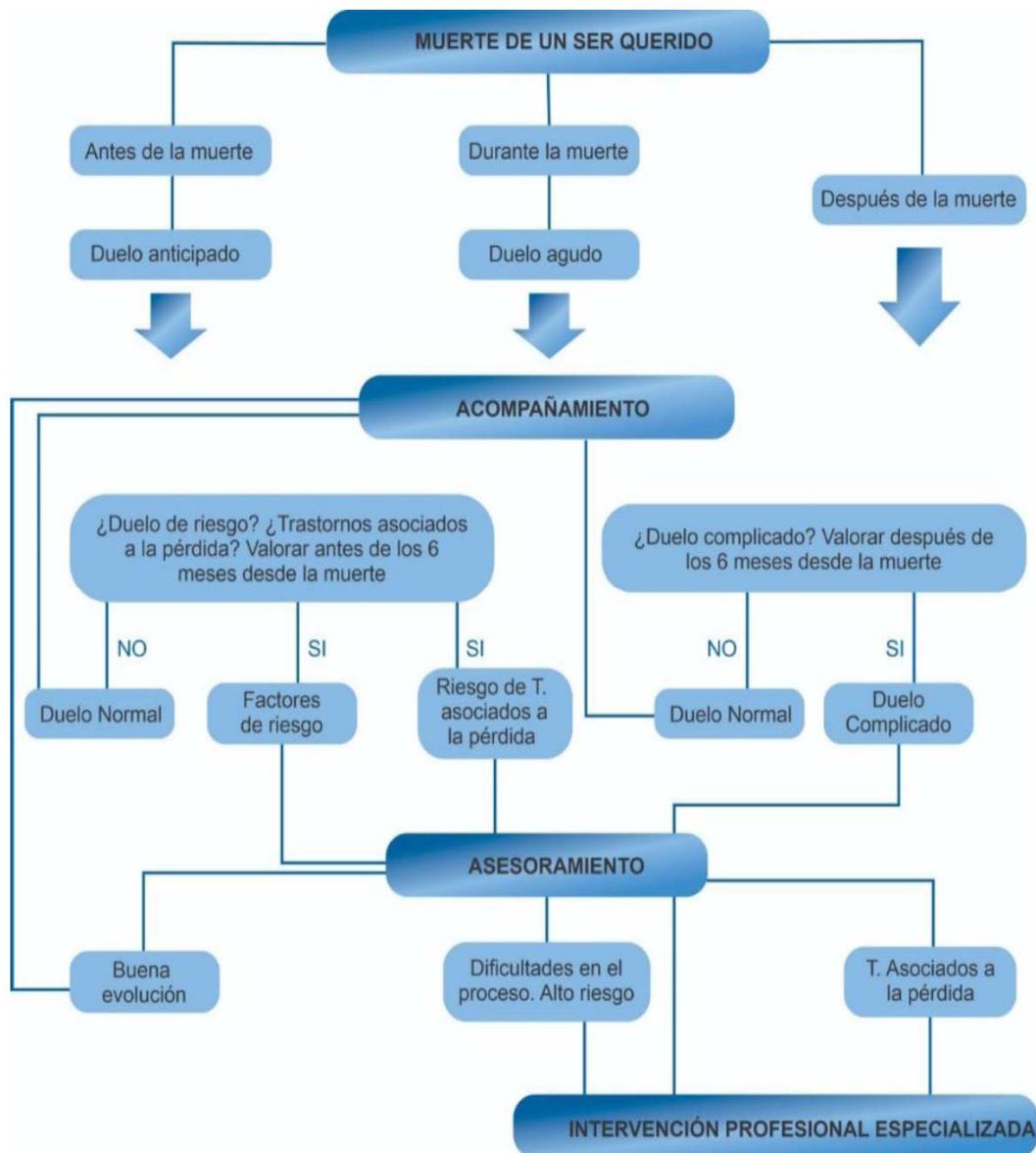
Diagrama de flujo: protocolo de actuación en el duelo. ⁽²⁹⁾⁽²⁸⁾

Diagrama 5. Protocolo de actuación en el duelo.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Garduño, A. Guía práctica para la atención integral a niños en cuidados paliativos. 2019. Corinter. México. ISBN 978-607-7618-00-0
2. Deena R. Levine, Belinda N. Mandrell, RN, April Sykes, Michele Pritchard, RN, Deborah Gibson, MA, Heather J. Symons, David Wendler, and Justin N. Baker, Patients' and Parents' Needs, Attitudes, and Perceptions About Early Palliative Care Integration in Pediatric Oncology JAMA Oncol. 2017 Sep; 3(9): 1214–1220. Published online 2017 Mar 9. doi: 10.1001/jamaoncol.2017.0368: 10.1001/jamaoncol.2017.0368.
3. Johanna Taylor, Alison Booth, Bryony Beresford, Bob Phillips, Kath Wright, and Lorna Fraser. Specialist pediatric palliative care for children and young people with cancer: A mixed-methods systematic review Palliative Medicine 2020, Vol. 34(6) 731–775
4. Ester Alejandra Rosado Pulido; Cointa Arroyo Jiménez; Arturo Sahagún Morales; Argelia Lara Puente; Sofía Campos Ugalde; Rosalba Ochoa Palacios; Juan José Sánchez Sosa. Necesidad de apoyo psicológico y calidad de vida en el cuidador primario de pacientes pediátricos con cáncer Psicooncología 2021; 18(1): 137-156

5. Mercedes Bernada, Estándares de calidad en cuidados paliativos pediátricos Arch Pediatr Urug 2021; 92(1): e402
6. Vadeboncoeur, C and McHardy, M. Benefits of Early Referral to Pediatric Palliative Care for a Child with a Rare Disease. Pediatrics. 2018; 141(6): e20173417.
7. Meaghann S. Weaver, Katherine E. Heinze, Cynthia J. Bell, Lori Wiener, Amy M. Garee, RN Katherine P. Kelly, Robert L. Casey, Anne Watson, and Pamela S. Hinds, Establishing Psychosocial Palliative Care Standards for Children and Adolescents with Cancer and Their Families: An integrative review Palliat Med. 2016 March; 30(3): 212–223. doi:10.1177/0269216315583446.
8. Sisk BA, Feudtner C, Bluebond-Langner M, et al. Response to Suffering of the Seriously Ill Child: A History of Palliative Care for Children. Pediatrics. 2020;145(1): e20191741.
9. Cruzado Rodríguez J. A., Manual de Psicooncología, Ediciones Pirámides. 2014.
10. Currier, J.M.; Neimeyer, R.A.; Berman, J.S. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for dued persons: A comprehensive quantitative review. *Psychol. Toro.* 2008, 134, 648–661. [CrossRef [PubMed]
11. Alpízar Rodríguez D, Muñoz Murillo JP. Revisión bibliográfica. Diagnóstico del paciente en situación de últimos días. Med Leg. Costa Rica; 2016; 33 (1)
12. Barbero L. El apoyo espiritual en Cuidados Paliativos, lab hosp 2002, pág 263:5-24.
13. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the Quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. J Palliat Med 2009;12:885-90. Doi: 10.1089/jpm.2009.0142. pág. 11 Disponible: file:///C:/Users/maggi/Downloads/Improving%20the%20quality%20of%20sp%20care%20as%20a%20dimension%20of%20palliative.en.es.pdf
14. Enric Benito, Mónica Dones y Javier Barbero, EL ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL EN CUIDADOS PALIATIVOS, PSICOONCOLOGÍA. Vol. 13, Núm. 2-3, 2016, pp. 367-384 ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/PSIC.54442, Págs. 373-374, 376-377. Disponible: file:///C:/Users/maggi/Downloads/acompa%C3%B1amiento%20espiritual%20en%20el%20cuidado%20paliativo.pdf
15. Enric Benito Javier Barbero Alba Payás, EL ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL EN CUIDADOS PALIATIVOS Una introducción y una propuesta, Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL, 82008), Págs. 78 Recuperado de: file:///C:/Users/maggi/Downloads/%20GUIA%20ESPIRITUALIDAD%20SECPAL%202008.pdf
16. Juan Aníbal González Rivera, ESPIRITUALIDAD EN LA CLÍNICA. Integrando la Espiritualidad en la Psicoterapia y la Consejería. Ediciones Psicoespiritualidad., Bayamón, Puerto Rico, 2015., Págs. 109, 110 y 112
17. Maitane Alejos Garro, El enfoque de Atención Centrada en la Persona. Plan formativo de sensibilización para los profesionales de referencia, Universidad de Navarra, Pamplona 2016, pág 17 recuperado de <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/43684/1/EI%20Enfoque%20de%20Atenci%C3%B3n%20Centrada%20en%20la%20Persona.pdf>
18. J H Thieffry, Necesidades Espirituales del Enfermo terminal, lab hosp 1992: 24 (225-226) (222-36).
19. Torralba, F. Necesidades Espirituales del ser Humano. Cuestiones preliminares. Lab. Hosp 2004; 36 (271): 7-16
20. Maté J. Necesidades Espirituales en la práctica clínica- Ponencia presentada en el Sexto Congreso de la Sociedad de Catalano-Balear de Cuidados Paliativos, Terrassa, Barcelona, mayo 2007.
21. Chirino Y. Barceló. Cuidados Paliativos en Pediatría, Bol Med Hosp Infant Mex. 2010, México.
22. Friedrichsdorf SJ, Wolfe J, Remke S, Hauser J, Emanuel L (eds). The Education in Palliative and End-of-Life Care for Pediatrics Curriculum. PSI-05 Pérdida y duelo (versión para Latinoamérica). 2010-2015: 1-36.
23. Hudson P, Hall C, Boughey A, Roulston A. Bereavement support standards and bereavement care pathway for quality palliative care. Palliat Support Care. 2018;16(4):375–87.
24. Meza Dávalos EG, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Sauri Suárez S, Martínez Silva B. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Rev Esp Med Quir. 2008;13(1):28–31.

25. Apa. org. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://dictionary.apa.org/grief>
26. Manual Pérdida y duelo: ante una situación de violación de DDHH [Internet]. Issuu.com. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en: https://issuu.com/ddhhcofavic/docs/manual_p_rdidada_y_duelo.
27. López de Ayala García C, Galea Martín T, Campos Méndez R. Guía Clínica. Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos. Extremadura, España: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud - FundeSalud); 2010.
28. Secpal.com. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en: http://www.secpal.com/Documentos/Blog/01_MONOGRAFIA%25205%2520-%2520OK20140622%2520Para%2520Imprenta%2520final%2520final.pdf+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx.
29. psimae. Protocolo de Atención al Duelo en la Comunidad de Madrid - 2019 - Psimae [Internet]. Psimae.es. 2019 [citado el 1 de agosto de 2021]. Pág 32 Disponible en: <http://psimae.es/protocolo-de-atencion-al-duelo-en-la-comunidad-de-madrid-2019/>.
30. Worden JW. Grief counseling and grief therapy, fourth edition: A handbook for the mental health practitioner. 4a ed. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: Springer Publishing; 2008
31. Llácer LA, Campos MR, Martín PB, Marín MP. Modelos Psicológicos del Duelo: Una Revisión Teórica. CdVS [Internet]. 2019 [citado el 1 de agosto de 2021];12(1). Disponible en: <http://revistacdvs.ufl.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/176>.
32. Researchgate.net. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jose-Cruz-Gaitan/publication/329655368_Terapia_Cognitivo_Conductual_en_el_manejo_de_Duelo_Complicado/links/5d2b23f5458515c11c2ede19/Terapia-Cognitivo-Conductual-en-el-manejo-de-Duelo-Complicado.pdf
33. León-Amenero D, Huarcaya-Victoria J. El duelo y cómo dar malas noticias en medicina. An Fac Med (Lima Perú: 1990). 2019;80(1):86–91.
34. DSM 5 Completo [Internet]. Scribd.com. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/432549652/Dsm-5-Completo:789-92>.
35. Fadq.org. [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.fadq.org/wpcontent/uploads/2020/06/02_Guia_Soporte_emocional_Fin_Vida.pdf+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx
36. Unicef.org. [cited 2021 Aug 1]. Available from: <https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>

Bibliografía adicional recomendada.

- Gutiérrez Capulín, Reynaldo; Díaz Otero, Karen Yamile; Román Reyes, Rosa Patricia (2016) El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica Ciencia Ergo Sum, vol. 23, núm. 3, Universidad Autónoma del Estado de México, México
- Koumariyanou A, Symeonidi AE, Kattamis A, Linardatou K, Chrousos GP, Darviri C (2021). A review of psychosocial interventions targeting families of children with cancer. Palliative and Supportive Care 19, 103–118. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000449>
- María Fregoso Vera, Samuel Jurado Cárdenas y Javier Gómez Vera (2016). Efectos de una intervención de sesión única sobre la ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales Psicología y Salud, Vol. 26, Núm. 1: 69-80, enero-junio
- Olimpia Gómez Pérez y Nazira Calleja Bello (2016) Regulación emocional: definición, red nomológica y medición Vol. 8, No. 1, 96-117 ISSN-impresa: 2007-0926; ISSN-digital: 2007-3240 www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
- Galimberti H. (2020) Diccionario de psicología. Editorial Siglo XXI México. <https://psicologiyamente.com/psicologia>

CAPÍTULO VII

COMUNICACIÓN EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

La comunicación eficaz y colaborativa es esencial en los cuidados paliativos para el paciente pediátrico (CPPP) y es una habilidad que debe aprenderse y practicarse, en vía de fortalecer la relación médico-paciente-familia y promover un modelo de toma de decisiones informada y compartida. Cuando se produce una comunicación honesta y bidireccional, se crea confianza y se establecen buenas relaciones. ⁽¹⁾

La comunicación centrada en el paciente favorece la calidad de vida relacionada con la salud, la expresión emocional, la resiliencia, un mayor sentido de realización personal, el control de los síntomas, la adherencia a tratamientos terapéuticos y la satisfacción general de pacientes, sus familias y el equipo de salud. ⁽²⁾

7.1 DEFINICIÓN COMUNICACIÓN

Comunicar es hacer partícipe o transmitir a otra persona algo que se tiene: Información, Sentimientos, Pensamientos o Ideas. ⁽³⁾ La comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, el consentimiento informado, la confianza mutua, la seguridad y la información que el paciente necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo. Sus beneficios en el paciente, familia y equipo de salud son: ^(1,4)

- Coordinar las acciones del plan médico;
- Reducir los niveles de estrés generado en la actividad diaria;
- Reducir los niveles de ansiedad en situaciones que a menudo son traumáticas;
- Ahorrar el tiempo que se puede perder cuando hay malentendidos y conducir a mejor toma de decisiones y resultados;
- Calidad de vida; y
- Accesibilidad a la información de lo que está sucediendo para afrontar la enfermedad de manera más eficaz y adaptarse de manera funcional.

7.2 OBJETIVOS DE LA COMUNICACIÓN

1. Informar;
2. Orientar; y
3. Apoyar. ⁽³⁾

7.3 ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

1. Emisor.
2. Receptor
3. Mensaje.
4. Canal.
5. Respuesta.
6. Código.
7. Referente (Es la realidad que es percibida gracias al mensaje)
8. Situación. ⁽⁵⁾

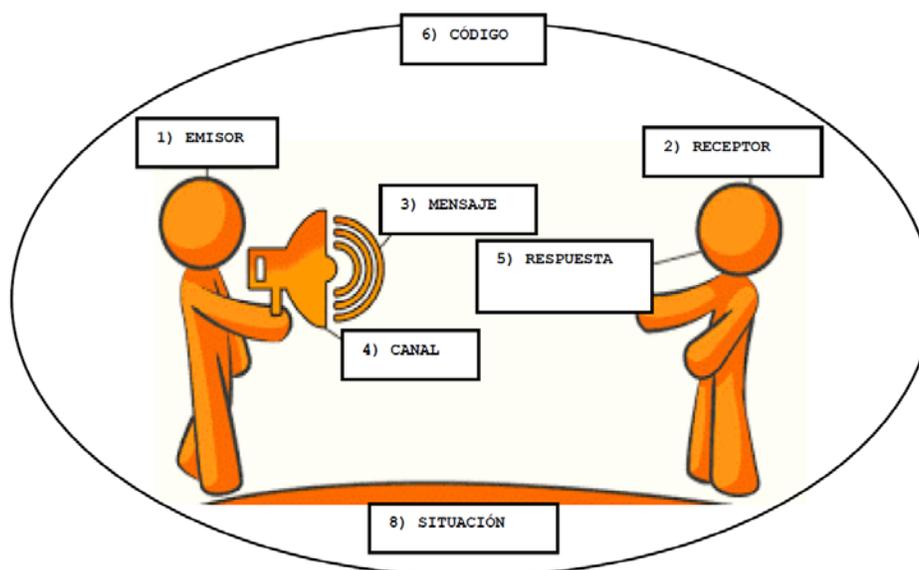


Imagen 1. Elementos de la comunicación.

7.4 CUATRO EJES QUE GUÍAN EL ALCANCE DE LA COMUNICACIÓN DENTRO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS (CPP)

1. Enfrentar fortalezas;
2. Proporcionar información adecuada de enfermedad y tratamiento;
3. Dar información sobre el soporte adecuado; y
4. Generar habilidades en el paciente y la familia para manejar su tratamiento y toma de decisiones.

7.5 COMUNICACIÓN COLABORATIVA

La comunicación colaborativa se refiere tanto al intercambio de información como a la naturaleza de la relación de colaboración entre las personas que se comunican, enfatizando las relaciones entre las personas, viendo la comunicación interpersonal y las relaciones como inexorablemente entrelazadas. ⁽⁴⁾

Se distingue por el deseo de los participantes de realizar estas tareas: ⁽⁶⁾

1. Establecer una meta común o un conjunto de metas que guíen los esfuerzos colaborativos;
2. Mostrar respeto mutuo y compasión por los demás;
3. Desarrollar una comprensión completa de nuestras diferentes perspectivas;
4. Asegurar la máxima claridad y corrección de lo que nos comunicamos y manejar los procesos intrapersonales e interpersonales que afectan; y
5. Tener apertura para recibir y procesar la información.

La comunicación colaborativa se fomenta al reconocer que "la situación" puede diferir desde varios puntos de vista, es decir: ⁽⁴⁾ Las discusiones honestas y compasivas sobre los objetivos de la atención y las esperanzas para los pacientes pueden brindar comunicación eficaz y las relaciones positivas que fomentan consuelo a las familias que están en duelo por la pérdida de un hijo. ⁽⁴⁾ "Vale más una verdad amorosa que una mentira piadosa".⁽⁷⁾ Desde esta perspectiva:

1. Cada persona crea una representación de la realidad que puede ser diferente a la de otra persona. Esta refleja:
 - Temperamento individual;
 - Experiencia personal;
 - La circunstancia social;
 - Herencia cultural; y
 - Manejo de conflictos interpersonales;
2. El cómo representamos una situación, hace que nos enfoquemos en ciertos aspectos mientras ignoramos otros, limitando la detección de otras variantes de ésta;
3. Se debe compartir el sentido de lo que está sucediendo y lo que significa para cada uno de los involucrados, para comparar y contrastar nuestras representaciones e identificar por qué nos hemos centrado en una sola forma de enfrentarlo.

7.6 UN ENFOQUE DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA LA COMUNICACIÓN

Para un abordaje holístico de las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los pacientes, como de sus familias, la atención debe brindarse a través de un equipo interdisciplinario que cuente con herramientas de comunicación y entrenamiento en estrategias para la toma de decisiones, el manejo de conflictos, comunicación de malas noticias y reuniones familiares. Para ello, la fórmula está en tener claro las circunstancias clínicas, las partes interesadas en el caso y la información que debe transmitirse al paciente y a la familia. ⁽⁸⁾

7.7 MANEJO DE CONFLICTOS

En el curso de la prestación de atención clínica surgen conflictos. Estos conflictos pueden ser entre:

- Padres y médicos;
- Entre miembros de la familia;
- Entre miembros del equipo de salud; y
- Casi cualquier otra combinación de personas que se preocupan por el paciente.

A continuación, se ilustran algunas estrategias útiles para abordar los conflictos y tener conversaciones difíciles más productivas: ⁽⁴⁾

Tabla1. Funciones básicas de la comunicación entre el paciente y el equipo de salud ⁽⁹⁾

FUNCIÓN	HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN Y SU OBJETIVO
Responder a las emociones	Evaluar y valorar la angustia. Ofrecer validación, empatía y apoyo.
Intercambiar información	Identificar la cantidad de la información que el paciente o el cuidador desea recibir. Reconocer la información disponible. Considerar los hallazgos presentados sin parecer despectivo.
Tomar decisiones	Asociarse con el paciente y la familia para identificar los objetivos de la atención. Alinear el plan de tratamiento con los objetivos establecidos.
Fomentar de relaciones sanadoras	Desarrollar la confianza, la comprensión y el compromiso mutuo. Aclarar los roles y las expectativas del paciente y el equipo de salud.
Habilitar la autogestión	Fomentar la participación en todos los aspectos de la atención. Invitar a preguntas de pacientes y familiares.
Gestionar la incertidumbre	Reconocer las limitaciones en el conocimiento. Nombrar las incertidumbres y abordar los temores asociados.

7.8. CONCIENCIA PRONÓSTICA.

La conciencia pronóstica se define como la capacidad del paciente y su familia para comprender su pronóstico y la trayectoria probable de la enfermedad. Los pacientes desarrollan gradualmente la conciencia del pronóstico a través de un proceso cognitivo y emocional que se puede cultivar con el tiempo, mediante la interacción con un médico capacitado. ⁽¹⁰⁾

Después de compartir el diagnóstico, el equipo de salud puede considerar un enfoque longitudinal que ayude al paciente y su familia a planificar y esperar cosas que probablemente pudieran ser posibles dentro del contexto de la enfermedad como: ⁽⁸⁾

- Las formas en que la enfermedad puede afectar al niño;
- La probabilidad de curación;
- Las complicaciones esperadas; y
- La información sobre la trayectoria probable de la enfermedad.
- Los médicos deben ⁽⁹⁾ tener una idea de lo que el paciente ya sabe y es capaz de articular sobre el pronóstico; y comprender que la incapacidad de un paciente y su familia para integrar la información del pronóstico después de una o incluso varias conversaciones, es esperado. El paciente y su familia integran la información del pronóstico a un ritmo que pueden tolerar y que preserva su capacidad para funcionar en el mundo. La imagen 2 y tabla 2, ilustran esta perspectiva.

Imagen 2.

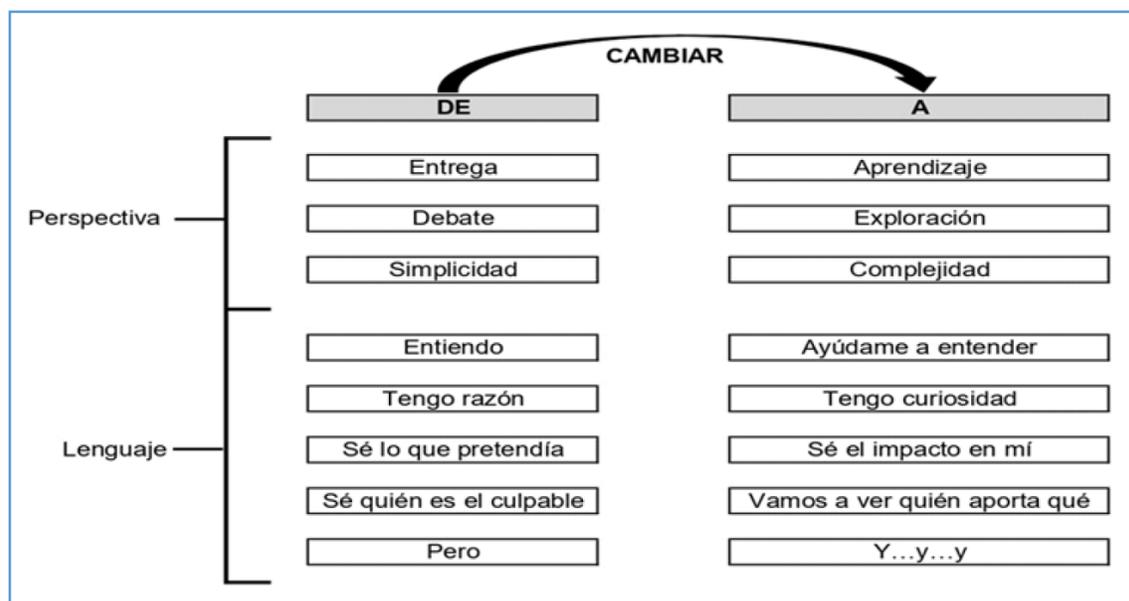


Tabla 2.

Pasos para cultivar la conciencia pronóstica a lo largo del tiempo ⁽¹⁰⁾**Paso 1. Evaluar la comprensión de la enfermedad y el pronóstico**

- ¿Qué le han dicho sobre la enfermedad/pronóstico de su hijo?;
- ¿Cuál es su percepción de lo que depara el futuro?;
- ¿Qué tan preocupado está?; y
- ¿Qué es lo que más le ha preocupado?

Paso 2. Facilitar el desarrollo de la conciencia pronóstica imaginando una salud más precaria

- ¿Alguna vez ha pensado en cómo sería si su hijo se enfermara más?;
- Sería bueno pensar en lo que podría suceder si su hijo se enfermara más;
- Es bueno estar preparado en caso de que eso suceda.

Paso 3. Evaluar la respuesta y considerar la urgencia de la necesidad de entregar información de pronóstico.

Si el paciente y su familia es ambivalente acerca de la discusión sobre el pronóstico y la enfermedad es estable

- Retrasar en dar información del pronóstico
- Repita los pasos 1 a 3 a lo largo del tiempo para cultivar la conciencia pronóstica.

Si el paciente y su familia es ambivalente sobre la discusión del pronóstico, pero la enfermedad está empeorando:

- Alinear con el paciente y su familia.
- Nombra el dilema: "Parece que le resulta difícil hablar sobre la posibilidad de que su hijo se ponga más enfermo".

Si el paciente y su familia están listo para discutir el pronóstico, independientemente del estado de la enfermedad:

- Entregar información de pronóstico
- Pregunte-cuenta-pregunte: descubra lo que el paciente y su familia quieren saber, proporcione información y luego pregunte qué opina de ella
- Combine la esperanza y la preocupación: "Espero que se sienta bien durante mucho tiempo, pero estoy preocupado porque sus condiciones se ven mucho peor".

Hay que considerar que: ⁽¹⁰⁾

- La comunicación pronóstica eficaz es una tarea difícil y es esencial practicarla y establecer prioridades;
- Los pacientes y las familias que comprenden el pronóstico están facultados para tomar decisiones informadas que se alinean con sus objetivos de atención establecidos;
- Que un enfoque comprometido para la toma de decisiones es importante para todos los pacientes, y es particularmente crítico para los pacientes que no tienen más opciones curativas.
- El afrontamiento que oscila entre más y menos realista, es un patrón normal. ⁽¹¹⁾

La negación:

- No es un signo de afrontamiento malsano;
- Es una herramienta para que los pacientes y sus familias integren de forma segura y lenta la realidad de la muerte a lo largo del tiempo; y
- Es importante tolerar esta variabilidad y recordar la necesidad de utilizar la negación como mecanismo de afrontamiento que cambia con el tiempo;

Afrontamiento normal:

- El afrontamiento es como un péndulo oscilante de conciencia, de más integrado y realista a menos integrado e irrealista;
- Este tipo de afrontamiento no es "negación" en su sentido tradicional, sino más bien una integración saludable y pausada de información que, desde la perspectiva del paciente, de otro modo se sentiría inimaginable.

Elementos clave en la conciencia pronóstica: ⁽¹¹⁾

- Los miembros de la familia con un buen conocimiento del pronóstico pueden promover el conocimiento del pronóstico en el paciente;
- Si los cuidadores tienen una conciencia de bajo pronóstico, puede hacer que el afrontamiento y la integración del paciente sean más desafiantes;
- El objetivo de comunicación es permitir que el paciente y su familia participen en discusiones que exploren más abiertamente el curso probable de la enfermedad para ayudar en la integración psicológica y la estabilización de los datos pronósticos; y
- Los pacientes y familias que han integrado esta información difícil pueden participar de manera más eficaz en la toma de decisiones médicas compartidas con sus médicos.

7.9 COMUNICACIÓN CON LAS FAMILIAS AL FINAL DE LA VIDA Y DURANTE EL DUELO

Brindar orientación anticipada sobre el proceso de la muerte, es una obligación. A continuación, se dan tres recomendaciones básicas para tratar este tema de anticipación de la muerte: ^(4, 10)

1. Discutir con las familias los planes de manejo de síntomas y la disponibilidad del personal para garantizar el mayor nivel de comodidad posible para el paciente;
2. Ofrecer actualizaciones del estado clínico a medida que se acerca el final de la vida del paciente, de manera que les permita prepararse para el momento de la muerte; y
3. Desarrollar un plan de atención para el duelo, en colaboración con el paciente y la familia.

7.10 COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE, La comunicación correcta, es aquella cuando se consigue que el niño adquiera confianza en el personal médico y en el desarrollo de la acción del cuidado. Ésta debe estimular la expresión de los sentimientos, pensamientos y expectativas. ^(4, 6, 10)

- Tener en cuenta lo que le paciente quiere o no saber. Preguntar antes de informar (individualizar la información);
- Personalizada, sencilla, abierta, honesta, veraz y consensuada con los padres; y
- Cuidar el lenguaje verbal. Usar el juego.

Comunicación verbal y no verbal. La comunicación no es un proceso que ocurra de forma lineal, sino en una red de información durante todo el proceso de cuidado al niño, comprendiendo tanto el lenguaje hablado como el no verbal y las actitudes que se presenten. Hacer interrogatorios al niño no suele ser efectivo. Los juegos son un buen camino para hacer que se comunique en una forma abierta y despreocupada. ⁽⁶⁾

El juego como instrumento de comunicación en los cuidados paliativos pediátricos. (CPP). El juego: ^(1, 10)

- Es la forma más importante en que los niños aprenden, adquieren confianza y manejan las tensiones de la vida en su mundo;
- No es sólo una diversión. Proporciona estimulación para el desarrollo, distracción, exploración, socialización y entretenimiento;
- Permite a los niños la capacidad de comunicar sus ansiedades y miedos tácitos;
- Es una intervención terapéutica para los niños que han experimentado el shock de un diagnóstico que amenaza su vida o de procedimientos médicos traumáticos; y
- Favorece en los niños el desarrollo físico, emocional, social, cognitivo y del lenguaje. Estas habilidades son siempre importantes en la infancia, pero aún más cuando el niño está enfermo y fuera de su rutina normal.

Consideraciones importantes del juego: ^(1, 10) En los CPP, la mayoría de los niños han sufrido importantes trastornos y restricciones en su situación familiar normal, por lo que necesitan jugar incluso más que los niños sanos.

- La mayoría de los trabajadores sanitarios se sienten ansiosos por jugar con los niños y no saben cómo hacerlo;
- Los niños con enfermedades que limitan su vida son más propensos que otros niños a perder oportunidades de juego, a pesar de que necesitan jugar para ayudarles a sobrellevar y aceptar su enfermedad;
- El niño más enfermo puede ser ayudado a jugar;
- Para los niños con enfermedades que limitan su vida, o para los niños que han sufrido traumas y estrés, el juego es el medio más natural para liberarse de la agresividad, aceptar el trauma de la enfermedad y la muerte inminente e intentar tomar el control de su mundo; y
- Los juguetes deben ser seguros y estar limpios. En la mayoría de los entornos de CPPP existe un riesgo de infección cruzada, por lo que los juguetes deben mantenerse limpios y en buen estado y desecharse si se rompen o se vuelven inseguros.

7.11. COMUNICARSE CON LOS HERMANOS Y LA FAMILIA EXTENDIDA

La comunicación con los hermanos puede afectar considerablemente la forma en que una familia se adapta a la enfermedad y al tratamiento.

Imagen 3. Comunicación con hermanos y familia extendida.



Los hermanos que reciben una comunicación adecuada de la condición clínica de su hermano tienen niveles más bajos de inadaptación a largo plazo.

Con ellos hay que tomar en cuenta que: ⁽¹⁰⁾ Al facilitar la comunicación con y entre todos los miembros de la familia, el equipo médico puede ayudar a los miembros de la familia a:

- Adaptarse a sus nuevos roles;
- Procesar sus emociones;
- Interactuar adecuadamente con el paciente; y
- hacer frente a las secuelas de la muerte de un niño si es el caso. ⁹

7.12. CONCEPTOS DE MUERTE Y ENFERMEDAD EN EL NIÑO / ADOLESCENTE.

En el camino de la curación y la salud, o de la enfermedad y la muerte, generar la capacidad de comprensión y contención de las alteraciones emocionales provocadas por estas, se convierte en el objetivo fundamental de las estrategias de comunicación, con el paciente, la familia y el equipo de salud, haciendo énfasis en los siguientes aspectos: ⁽¹¹⁾ comprensión de información, contención emocional, toma de decisiones y aceptación, y adherencia a los cuidados paliativos.

Otro de los objetivos es buscar la causa del malestar emocional asociada a la enfermedad y su tratamiento, abordando los sentimientos de frustración, tristeza, depresión, ansiedad, aislamiento, vacío existencial, y otros.

Cuando la cura es incierta y los procedimientos riesgosos, dolorosos o invasivos como en ocasiones es el caso de los CPPP, la intervención psicológica debe conducir a una comunicación colaborativa en pro de que la decisión de los tratamientos sea tomada desde la historia individualizada, es decir, desde “el bien” para el paciente y no para “la ciencia” ⁽¹²⁾. Es fundamental enfatizar con la familia y el paciente: ⁽¹³⁾

- Las fortalezas, potenciando los factores positivos.
- La información adecuada acerca de la enfermedad y el tratamiento.
- El apoyo y soporte psicológico/social necesario de acuerdo con la fase de la enfermedad.
- La guía y ayuda para encontrar los medios que faciliten mejor afrontamiento a la enfermedad.
- El desarrollo de habilidades para sentirse seguros y tranquilos.

Siendo así, en el contexto global médico y familiar, la información compartida a los niños y adolescentes sobre su enfermedad y la muerte deberá tomar en cuenta lo siguiente: ⁽¹⁵⁾

Criterios generales para transmitir información a los padres y a los niños o adolescentes sobre su enfermedad y la muerte.

1. Cada niño tendrá una comprensión de la enfermedad y de la muerte, en función de su edad, por lo que expresarán sus sentimientos y miedos de manera diferente;
2. La comprensión del paciente dependerá de su desarrollo cognitivo-afectivo y del grado de afectación cognitiva generada por su padecimiento;
3. Las estrategias por implementarse deben tener en cuenta la etapa en la que se encuentra el paciente en su proceso de aprender, crecer, disfrutar, jugar, desarrollarse, pertenecer a un grupo social, buscar la oportunidad de autonomía e independencia, tener derecho a expresarse y tener derecho a sentir;
4. No dejar a un niño sin información, porque se le deja en manos de una interpretación de la realidad en base a sus miedos y fantasías;
5. Cuando hay negación de la situación de la enfermedad y de las dificultades que conlleva se confunde al niño y se aumenta su ansiedad;
6. El niño se da cuenta de que algo no está bien, por las condiciones propias de su cuerpo, por los gestos de sus familiares, por los otros niños enfermos, por el ambiente del hospital, etc.; y
7. La comunicación debe ser bidireccional con el niño para que él pueda formular preguntas, manifestar sus sentimientos y emociones, y desahogarse.

Derechos del niño enfermo. Aún en la actualidad se sigue luchando contra la idea de que el paciente pediátrico no tiene la capacidad de comprender el mundo que le rodea. Prevalece el significado de la palabra “infancia” en su raíz latina, que significa “incapacidad de hablar”. Al pensarlo así, se sostiene que el niño es hablado por otro y que no tiene voluntad propia. Esta idea, en pleno siglo XXI, no debe prevalecer en la interacción que la familia y personal de salud sostienen con el paciente, ya que del lado del niño, es su derecho recibir información, y del lado del familiar y del equipo de salud es su obligación brindarla, por eso es importante que, a partir de los derechos del enfermo terminal que establece la OMS (1990), se dictan los derechos del niño enfermo para normar la actuación del personal de asistencia médica, los cuáles se mencionan a continuación: ¹⁵

- Tengo derecho a ser visualizado y concebido como sujeto de derechos y no propiedad de mis padres, médicos o de la sociedad;
- Tengo derecho a que se tome en cuenta mi opinión a la hora de tomar decisiones, ya que soy yo quien está enfermo;
- Tengo derecho a llorar, enojarme, sentir ira o frustración por mi enfermedad;

- Tengo derecho a jugar y a comportarme como niño/adolescente;
- Tengo derecho a que se contemplen mis necesidades en forma integral;
- Tengo derecho a que se me controle el dolor del primer momento;
- Tengo derecho a la verdad de mi condición, a que se responda con honradez y veracidad a mis preguntas;
- Tengo derecho a no tener dolor a la hora que se efectúen procedimientos, diagnósticos y terapéuticos;
- Tengo derecho a una muerte digna, rodeado de mis seres amados y de mis objetos más queridos;
- Tengo derecho a morirme en casa y no en el hospital si así lo deseo;
- Tengo derecho a sentir y expresar mis miedos;
- Tengo derecho a que se me ayude a elaborar mi muerte, así como a mi familia;
- Tengo derecho a negarme a recibir tratamiento cuando no exista cura para mi enfermedad si así lo deseo;
- Tengo derecho a recibir cuidados paliativos;
- Tengo derecho a fabricar fantasías;
- Tengo derecho a no estar solo; y
- Tengo derecho a ser sedado a la hora de enfrentar mi muerte, si así lo deseo.

Es esencial tomar cuenta el desarrollo cognitivo-afectivo que se enlaza con el concepto de enfermedad y de muerte, según las etapas de desarrollo del paciente: prelingüística, preescolar, escolar, preadolescencia y adolescencia. ⁽¹⁵⁾

Tabla 3. Desarrollo cognoscitivo-afectivo y concepto de enfermedad y muerte. ⁽¹⁶⁾			
Etapa	Desarrollo	Temores	Concepto de enfermedad y muerte
Etapa Prelingüística (0-18 meses)	Sensorio Motriz Respuesta al dolor, al malestar y a las personas extrañas.	A la ausencia de los padres. Al dolor. Al entorno hospitalario	No hay concepto del tiempo ni de la enfermedad
Etapa Preescolar (18 meses a los 5 años)	Desarrollo más significativo en lo lingüístico Reconoce las partes de su cuerpo. Existe pensamiento mágico/narcisista.	A portarse mal y que se les aparezca un monstruo. A dormirse y no encontrarse acompañado. Al dolor, a la ausencia de los padres y al entorno hospitalario	Sabe que parte de su cuerpo enferma y cree que la enfermedad está causada por factores externos o por accidentes. La muerte es un sueño donde se da pérdida de movilidad, separación, mal funcionamiento -temporal-. Los muertos respiran, comen y se trasladan de un lugar a otro. Pueden vivir la enfermedad como castigo, por malos comportamientos o pensamientos
Etapa Escolar (6 a 12 años)	Aumenta la interacción, competitividad social e interés por conocer y explicar su entorno. Madura el concepto del tiempo. Conoce las funciones de cada parte y entiende los factores internos y las causas.	A la mutilación. A la separación. Al rechazo del grupo social y por eso se aísla, se retrae y se comporta agresivo. A no poder participar en sus actividades diarias.	Expresa curiosidad por la muerte y por las reacciones sociales. Busca entender las causas de su enfermedad y los cambios que ocurren en el cuerpo. Cree que la muerte es selectiva y que sólo afecta a los ancianos. Tiende a personificar a la muerte.

Preadolescencia y Adolescencia (13 a 18 años)	Se afinan los conceptos de irreversibilidad, universalidad y permanencia de la muerte.	A morirse. A que mueran sus seres queridos. A cambios físicos. A perder sus cosas. A ser rechazado por el grupo social y a que se vea afectado su rendimiento. Por eso tiende a ser agresivo, aislarse y estar ansioso. Mayor preocupación por perder a sus amistades y en las consecuencias en su imagen y proyecto de vida, como consecuencia de la enfermedad.	La muerte ya no es selectiva; es universal. De la muerte no se regresa y constituye una desaparición permanente. La muerte representa el fin de proyectos. Existen causas desconocidas a la enfermedad. Se hace una abstracción de la vida después de la muerte.
--	--	--	--

Preparación para el diálogo con el adolescente. Con base al cuadro anterior, se sugiere formular las siguientes preguntas antes de establecer la comunicación con el niño o adolescente. Estas incluso, pueden servir como guía para realizar el diálogo: ⁽¹⁶⁾

Imagen 4. Guía de preparación para el diálogo con el niño y el adolescente

<p>A.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay concepto de enfermedad o de muerte? • ¿Tiene concepto de temporalidad? • Si tiene el concepto de muerte, ¿qué entiende por ello?
<ul style="list-style-type: none"> • B. • ¿Reconoce cuál es la parte de su cuerpo que está enferma, y cuáles son sus consecuencias? • ¿Cómo explica la causa de la enfermedad? • ¿Se siente culpable por estar enfermo?
<ul style="list-style-type: none"> • C. • ¿Cree que morir es estar dormido? • ¿Expresa curiosidad por saber de qué se trata morir? • ¿Le preocupa lo que va a pasar después de morir? • ¿Le da miedo el dolor y el dejar a sus padres? • ¿Tiene un concepto de espiritualidad?

Para que sea ajustada la comunicación con el paciente, siguiendo las particularidades de cada uno de ellos, se puede utilizar el siguiente listado de recomendaciones: ⁽¹⁶⁾

- Partir de los conocimientos médicos que ya posee el niño sobre su dolencia, aprehensiones y temores;
- Emplear un lenguaje y un estilo de explicación asequible a su nivel cognitivo: juguetes y material de "psicoeducación" que permita visualizar sus dolencias;
- Dar información que abarque lo que pasa sobre los padres, el hospital, la actitud de los adultos y la conducta del personal sanitario;
- Estar abiertos a cualquier tipo de pregunta, dando respuestas realistas y teñidas de esperanza;

- No ir más allá de lo que el niño necesita o desea saber. Él marca el límite y la necesidad de información;
- La información diagnóstica inicial debe ser ofrecida en cuanto se disponga de ella para evitar que se genere demasiada ansiedad y procesos imaginarios traumáticos;
- Neutralizar temas de culpas; al contrario, reforzar la calidad del cuidado de los padres y su competencia;
- Propiciar una comunicación multidimensional: contacto visual, contacto físico, caricias, empatía y cercanía afectiva;
- Mantener una comunicación alegre y proactiva, buscando otros temas y otras propuestas para participar en actividades lúdicas o académicas que lo estimulen a vivir otras esferas;
- Respetar, pero también neutralizar las ideas religiosas que producen un mayor temor;
- Estar atento a las propias vivencias y emociones de uno mismo con respecto a la enfermedad y la muerte, para evitar que interfiera en la relación o incremente el nivel de angustia;
- Verificar lo que se ha entendido por la enfermedad, los procedimientos y la muerte; y
- Tratar a los padres como parte del equipo, recordando que ellos reforzaran la información que se da.

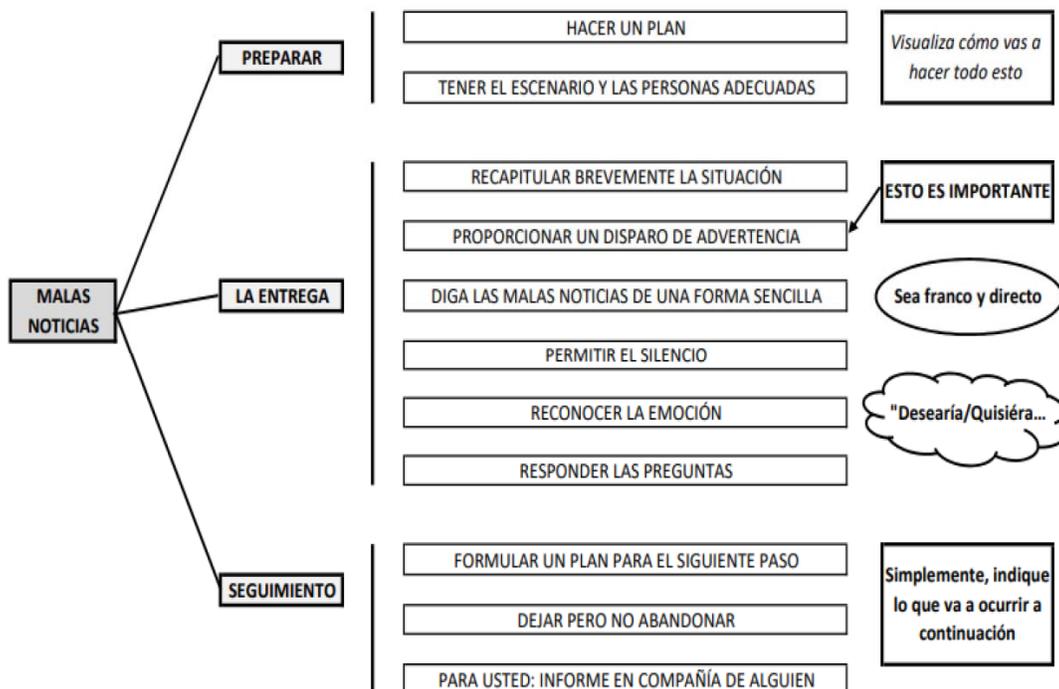
7.13 COMUNICAR MALAS NOTICIAS

Una mala noticia es toda aquella que afecta de forma drástica, negativa y grave a la visión que un individuo tiene de su futuro. Toda mala noticia, por tanto, tiene graves consecuencias adversas para los pacientes y sus familias; el impacto es proporcional a su efecto en el cambio de las expectativas del paciente. ⁽¹⁷⁾

Es importante definir el elemento central de las malas noticias: es decir, tratar de identificar qué es lo que las hace tan malas para el paciente. En la mayoría de los casos esto es obvio, como el diagnóstico de una enfermedad grave que limita la vida y, en consecuencia, tener que enfrentarse a una vida limitada y/o a la pérdida de funciones y/o de calidad de vida. ⁽¹⁷⁾

La tarea general de comunicar malas noticias se puede subdividir de manera útil en tres fases: preparación, entrega y seguimiento. ⁽³⁾

Imagen 5 Protocolo para dar malas noticias.



Protocolo confort. Es un protocolo que describe siete principios como marco para el desarrollo de una comunicación integral, en el campo de la enfermería. COMFORT es un acrónimo, cuyas siglas son: ²

- Communication (comunicación),
- Orientation and Opportunity (orientación y oportunidad),
- Mindfulness (tener conciencia de),
- Family (familia),
- Oversight (vigilancia),
- Reiterative and Radically adapt messages (repetir y adaptar gradualmente los mensajes), y
- Team (equipo).

Protocolo Spikes

Pasos	Ejemplos
1. Entorno	Prepárese: Lugar, contexto y acuerdos entre el equipo
2. Percepción	Escuchar antes de hablar: <i>¿Qué sabe o que entiende sobre la enfermedad de su hijo?</i>
3. Invitación	Pida permiso: <i>¿A ustedes les gustaría recibir toda la información disponible de una forma detallada? ¿O más bien desean una idea general de lo que está sucediendo sin demasiado detalle?</i>
4. Comunicar	Comparta la información: <i>"Desafortunadamente, la biopsia muestra que José tiene cáncer"</i>
5. Empatía	Responda a las emociones: <i>"Entiendo lo difícil que puede ser pensar en la posibilidad de enfermarse más de este cáncer"</i>
6. Estrategia	Explique el plan a seguir: <i>Antes de finalizar la reunión, quiero que repasemos las metas de cuidado o el plan a seguir</i>

Tabla 4 Protocolo SPIKES (2000), conocido en español como EPIDEE. ^(2,7)

Ejemplo de comunicación de malas noticias. La forma en que se entrega la información puede afectar el ajuste del paciente y la familia a la enfermedad y al tratamiento, tanto positiva como negativamente. ^(7,8)

COMPONENTES	PAUTAS CLAVE	EJEMPLOS
Preparar la configuración	Lugar tranquilo. Todas las partes deseadas presentes y sentadas.	
Obtener comprensión	Tomar la iniciativa, preguntar a la familia para describir su actual comprensión	"¿Qué has escuchado hasta ahora sobre lo que está pasando?"
Proveer "disparo de advertencia"		"Me temo que tenemos noticias difíciles de discutir". "Desafortunadamente, los resultados no mostraron lo que esperábamos".
Dar el diagnóstico	Usar un lenguaje claro. Evitar los eufemismos. Usar el nombre de la enfermedad.	"Su hijo tiene leucemia, que es un tipo de cáncer ".
Hacer pausa	Parar de hablar Permitir que la familia procese la información. Provocar preguntas	
Discutir tratamiento	Discutir el lugar y la duración esperada del tratamiento. Explicar las diferentes modalidades. Proporcionar opciones.	"Usaremos una combinación de cirugía seguida de medicamentos llamados quimioterapia para tratar el cáncer . La mayor parte de la quimioterapia se administrará durante las hospitalizaciones que duran entre 3 y 5 días. En general, el tratamiento durará aproximadamente seis meses".

Hacer pausa	Parar de hablar Permitir que la familia procese la información Provocar preguntas.	
Definir metas de cuidado	Proporcionar una comunicación clara y honesta con respecto a la intención curativa	"El objetivo de la terapia es curar el cáncer de su hijo". "Desearíamos que en este momento existiera algún tratamiento curativo para el cáncer de su hijo. Por lo que ahora el objetivo del tratamiento será minimizar los síntomas y mejorar su calidad de vida".
Hablar de la causalidad	Disipar las preocupaciones de que la enfermedad sea el resultado de algo que el niño o la familia hicieron o no hicieron.	"No sabemos qué causa este tipo de cáncer, pero sabemos que no hay nada que usted o su hijo hayan hecho para causarlo. Hiciste lo correcto al traer a su hijo cuando lo hizo".
Resumir clave	Repetir el diagnóstico, los objetivos del tratamiento y la discusión de la causalidad	"Por hoy, lo que es importante que entienda es que su hijo tiene cáncer y planeamos tratarlo con quimioterapia; el objetivo del tratamiento es curar. No hay nada que usted o su hijo pudieran haber hecho para evitarlo. Esto no es su culpa"
Concluir conversación	Ofrecer la tranquilidad de que la información se discutirá nuevamente en futuras visitas. Planificar para la próxima visita. Proporcionar información de contacto para cuestiones urgentes.	Discutiremos toda esta información nuevamente, así que no se preocupe si no puede recordar todo. Lo veré en la clínica de nuevo mañana por la tarde. Si tiene alguna inquietud antes de esa fecha, siempre puede llamar a la clínica en ...

Tabla 5. Ejemplo de comunicación de malas noticias

Pasos para la comunicación en reuniones familiares. ⁽²⁾

En el inicio:

Asegurarse de que todos están sentados cómodamente.

- Presentar a todos los asistentes;
- Proponer un orden del día y pedir a la familia que contribuya en él;
- Aclarar lo que todos entienden sobre la situación del paciente.

En la planificación:

- Invitar a la familia a una reunión, mencionando el propósito;
- Decidir con la familia y con el personal cuándo, dónde y quién debe asistir;
- Permitir que la familia escriba sus preguntas o preocupaciones;
- Asegurarse de que el personal clínico está informado y de acuerdo;
- Decidir quién dirigirá la reunión.

En el diálogo:

- Escuchar más, hablar menos;
- Ser curioso y hacer preguntas;
- Tolerar el silencio;
- Reconocer las emociones;
- Procurar establecer metas de cuidado claras y definidas;
- Discutir el pronóstico sin rodeos, pero reconociendo la incertidumbre;

- Expresar sus propias preocupaciones y deseos en relación con el bienestar del paciente;
- Explorar la gama de lo que cada uno espera, dada la situación;
- Proporcionar información concreta sobre las opciones de tratamiento paliativo y no paliativo;
- Ser ecuánime y afirmar las opciones de tratamiento; y
- Si no se llega a un consenso, planificar el diálogo y quizás la recopilación de información.

Acciones y seguimiento:

- Comunicar los objetivos de la atención al resto del personal clínico;
- Asegurarse de que todos los pasos de atención acordados se realicen de manera oportuna; y
- Celebrar reuniones de seguimiento según lo acordado.

Conclusión:

- Revisar el orden del día y asegurarse de que se han tratado todos los temas;
- Reiterar los objetivos de atención acordados;
- Reafirmar los próximos pasos acordados para la atención;
- Confirmar el acuerdo;
- Si no hay consenso, reconocerlo y exponer el plan para avanzar hacia el consenso;
- Decidir cuándo volver a reunirse; y
- Agradecer a toda su contribución.

7.14 CONSPIRACIÓN DE SILENCIO.

La Conspiración de silencio o también llamado Pacto de Silencio es una barrera en torno a la verdad. ^(18, 19) Se define como el acuerdo implícito o explícito por parte de los familiares, amigos y/o profesionales de la salud de cambiar, ocultar u omitir la información que se le da al paciente, ya sea de manera parcial o total acerca del diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de su estado real, sin tener en cuenta los deseos de saber del mismo. ^(20, 21)

Tipos de conspiración de silencio. ⁽²⁰⁾

- Conspiración adaptativa. El paciente es la persona que niega, evita, no habla, o no quiere saber su diagnóstico o pronóstico; ⁽²⁰⁾
- Conspiración inadaptada. La familia y/o los profesionales de la salud son los que tienen dificultades para establecer técnicas de comunicación claras. Al mismo tiempo, la actitud de los agentes involucrados puede motivar este proceso, ya que los familiares podrían ser aquellos que no responden u ocultan información a los pacientes cuando hacen preguntas. Sin embargo, el equipo de salud también podría desarrollar este patrón de comportamiento cuando notan una actitud pasiva de los pacientes y sus familias; ⁽²⁰⁾

Es importante señalar que tanto los miembros de la familia como los equipos de salud, se involucran en la divulgación de información de dos formas: ⁽²¹⁾

- Correctores conspiradores absolutos que retienen todos los datos, hechos, gravedad de la enfermedad, detalles de diagnóstico, progresión de la enfermedad y pronóstico de la enfermedad de los pacientes; ⁽²¹⁾ y
- Correctores conspiradores parciales que informan a los pacientes sobre los diagnósticos, pero se niegan a recibir o dar cualquier información sobre los pronósticos. ⁽²¹⁾

Causas de la conspiración de silencio. La finalidad principal es “evitar el sufrimiento” que consideran innecesario en el paciente y protegerlo del impacto emocional causado por la información. ^(18, 2)

Otras posibles razones son:

- Miedo a repercusiones negativas que puedan derivarse de la revelación de la verdad: depresión, pérdida de interés por la vida, locura, empeoramiento del estado físico y sufrimiento innecesario;
- Modelo de atención paternalista;
- Dificultades de comunicación en el entorno del paciente, familia y equipo de salud;
- Falta de tiempo y el ambiente inadecuado para proporcionar la información al paciente y su familia;
- Falta de formación del equipo de salud con respecto a la comunicación de malas noticias en el paciente al final de la vida y poca pericia en el manejo de situaciones emocionales fuertes;

- Complejidad de establecer un diagnóstico preciso;
- No aceptar que no existe la posibilidad de cura terapéutica para el paciente, significa el sentimiento de fracaso del médico y sentimiento de frustración de la familia;
- Creer que hablar de enfermedad en fase terminal es sinónimo de “no hay nada más que hacer”;
- Dificultad para discutir temas de final de la vida asociada a los tabúes generados en nuestra sociedad;
- Creer que decir la verdad puede disminuir la esperanza o acelerar la muerte, generar depresión e intento de suicidio; y
- Asumir que los pacientes no quieren conocer su estado.

Consecuencias de la conspiración de silencio. ^(18, 21)

En el paciente:

- Pérdida de la autonomía en la toma de decisiones respecto a su salud;
- Sentimiento de frustración ante un deterioro evidente con desconocimiento de causa y sin mejoría a pesar de los tratamientos recibidos;
- Desconfianza con la familia y/o cuidador principal de quienes pasa a depender completamente;
- Aislamiento social, el sentirse incomprendido, solo, engañado, abandonado, se hace complicada la expresión de emociones, con incapacidad para permitir el cierre de asuntos importantes;
- Falta de confianza en el equipo asistencial y bloqueo de la comunicación con el equipo sanitario;
- Pérdida de la satisfacción de necesidades espirituales que aparecen ante la muerte, como, por ejemplo: orar, reconciliación, soledad-silencios, gratitud; y
- Preocupaciones fuera de proporción: ansiedad, miedo, depresión, confusión e ira.

En la familia

- Negarse a aceptar una posible muerte, establecen patrones silenciosos que provocan bloqueos de comunicación en el sistema familiar. Con frecuencia esto provoca dificultad o incapacidad psicológica para elaborar el duelo, antes y después de la muerte del ser querido;
- Bloqueo de comunicación entre la familia y el paciente;
- Alteración del afrontamiento de la muerte, calidad de vida en los últimos días y duelo posterior al fallecimiento;
- Agotamiento y costo emocional elevado; y
- Aparición de toma de decisiones erróneas, al desconocer la información completa y verídica, que favorecen el sentimiento de culpa en la familia.

En el equipo de salud

- Tendencia a emitir juicios y valoraciones equivocadas;
- Síndrome de desgaste profesional;
- Afectación al sistema de salud al establecer una barrera de comunicación en torno a la verdadera naturaleza de la enfermedad;
- Falta de empatía entre el equipo de salud, el paciente y su familia;
- Deshumanización del proceso de atención al final de la vida.

Recomendaciones para evitar la conspiración del silencio. ^(18, 20, 22)

- Mantener una actitud empática con el paciente y familia;
- Sentar las bases adecuadas de comunicación desde el inicio de la relación médico, paciente y familia;
- El paciente debe estar acompañado de sus cuidadores y familia;
- No engañar, ni mentir; de lo contrario se perderá la confianza en el equipo de salud y/o familia;
- Brindar la información de manera paulatina, a partir de lo que el paciente ya conoce y aún no ha expresado y de aquello que desea saber;
- Favorecer el duelo anticipado; y
- Dar a conocer las consecuencias de la conspiración de silencio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amery J. A really practical handbook of children's palliative care. Lulu Publishing Services; 2016: 23–43; 155-171.
2. Martin EJ, Rich SE, Jones JA, Dharmarajan KV. Communication skill frameworks: applications in radiation oncology. *Ann Palliat Med.* 2019;8(3):293–304.
3. Feudtner C. Collaborative communication in pediatric palliative care: a foundation for problem-solving and decision-making. *Pediatr Clin North Am.* 2007;54(5):583–607, ix.
4. SECPAL [Internet]. Secpal.com. [cited 2021 Aug 9]. Available from: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_12-informacion-y-comunicacion
5. Marcuello García AA. Técnicas para la comunicación eficaz [Internet]. *Psicologia-online.com.* *Psicologia-online.com*; 2018 [cited 2021 Oct 5]. Available from: <https://www.psicologia-online.com/tecnicas-para-la-comunicacion-eficaz-3124.html>
6. Rojo Pérez M. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: LA COMUNICACIÓN CON EL NIÑO Y LA FAMILIA. Revisión bibliográfica [Internet]. [España]: Universidad de Valladolid; 2015 [cited 2021 Aug 1]. Available from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11817/1/TFG-H223.pdf>.
7. Quintero XG. Taller EmPalPed: Mensajes Esenciales en Cuidados Paliativos y Dolor en Niños. Programa Cuidados Paliativos Pediátricos “Cuidando De Ti” [Colombia]: My Child Matters, Fundación Valle de Lilli y Universidad ICESI; 2021.
8. Blazin LJ, Cecchini C, Habashy C, Kaye EC, Baker JN. Communicating effectively in pediatric cancer care: Translating evidence into practice. *Children (Basel)* [Internet]. 2018;5(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/children5030040>
9. Jackson VA, Jacobsen J, Greer JA, Pirl WF, Temel JS, Back AL. The cultivation of prognostic awareness through the provision of early palliative care in the ambulatory setting: a communication guide. *J Palliat Med.* 2013;16(8):894–900.
10. Downing J, editor. *Children's palliative care: An international case-based manual.* 1st ed. Cham, Switzerland: Springer Nature; 2020: 74-85, 165-174.
11. Zas Ros B. La psicología en las instituciones de Salud. In Cuba; 2000.
12. Devereux G. De la ansiedad al método en Las ciencias del comportamiento. Siglo XXI Ediciones; 1998.
13. Carrasco U, Estefanía A. Necesidades básicas de los cuidadores primarios de niños con cáncer. México: Universidad de las Américas; 2013.
14. García Ramos JC. Psicología Hospitalaria y de Enlace 29/06/2013 en Instituciones de Salud. [Http://saludmental-queretaroblago.com mx/tag/psicología.](http://saludmental-queretaroblago.com.mx/tag/psicología) 2013
15. Quesada Tristán L, Cárdenas Mata AC. Cuidado Paliativo Pediátrico en Medicina Paliativa en la Cultura. Latina; España: Ediciones Aran; 1999.
16. Trill MD. *Psico-Oncología.* España: ADES; 2003
17. Defining Bad News [Internet]. *Stanford.edu.* 2013 [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://palliative.stanford.edu/communication-breaking-bad-news/defining-bad-new/>
18. Espinoza-Suárez NR, Zapata del Mar CM, Mejía Pérez LA. Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Rev Neuropsiquiatr.* 2017; 80(2):125-136.
19. Ruiz-Benítez M, C CM. El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicología.* 2008: 53-69.
20. Cerdas -Vargas B. Técnicas para romper con la conspiración del silencio en la enfermedad terminal. *Rev Med Cos Cen* 2010; 67 (595) 461-467.
21. Díaz-Cordobés JL, Barcia JA, Gallegos-Sánchez J.M, Barreto P., Conspiración de Silencio y malestar emocional en pacientes diagnosticados de Glioblastoma multiforme. *Psicooncología* 2012 9(1), 151-159.
22. Achury D.M., Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida, *Enfermería Universitaria* 2016; 13(1):55-60.

CAPÍTULO VIII

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

8.1 INTRODUCCIÓN

Resulta fundamental que los profesionales dedicados a los cuidados paliativos pediátricos cuenten con conocimientos de bioética que apoyen en la toma de decisiones, así como elementos teóricos y metodológicos para guiar el proceso deliberativo.

En este sentido, la bioética combina el rigor filosófico con el aporte de diversos campos del conocimiento, para ofrecer claridad en torno a fenómenos morales complejos, como también involucra a los usuarios de los servicios y a sus familias en el cuidado de su propia salud y promueve que el proceso de toma de decisiones sea autónomo e informado. Para ello, se requiere un cambio de paradigma en la relación médico-paciente, en la que se sitúen los intereses y bienestar de niñas, niños y adolescentes en el centro del proceso de atención; asimismo, en cuanto a la dinámica de los equipos de salud, promueve el diálogo horizontal y el intercambio de experiencias y puntos de vista, asegurando los más altos estándares de calidad y seguridad a lo largo de este proceso, con ***perspectiva de derechos humanos y en virtud de resguardar el interés superior de la niñez y sus libertades fundamentales*** al momento de evaluar y ponderar el equilibrio entre los beneficios y los riesgos de un tratamiento y evitar la carga desproporcionada de intervenciones que vulneren la dignidad de la persona.

Los avances de la ciencia y la tecnología han favorecido la preservación de la vida, incluso en condiciones no propicias para ello; en este contexto, los comités hospitalarios de bioética tienen la posibilidad de apoyar al personal sanitario, a los usuarios y familias, particularmente en el momento en el que se decide interrumpir el tratamiento y dirigir los esfuerzos al cuidado paliativo.

8.2 MARCOS TEÓRICOS

La deliberación bioética está y debe estar al alcance de todas las personas. Sin embargo, para que esta deliberación sea verdaderamente reflexiva y crítica necesita ser sistemática y rigurosa. Los marcos teóricos en ética proporcionan estas cualidades.

A continuación, se describen brevemente algunos de los marcos teóricos más utilizados, usualmente de forma combinada, en la deliberación bioética sobre los dilemas de cuidados paliativos en pediatría.

Ética utilitarista. Este marco teórico ético consiste en poner el foco de atención en las consecuencias de una decisión y tratar de maximizar la utilidad usando la máxima utilitarista del mayor bien para el mayor número de personas. Aunque hay muchas versiones del utilitarismo se recomienda la combinación de este con otros marcos bioéticos, el uso del utilitarismo duro puede resultar una postura muy economicista y atentar contra la integridad y la dignidad humanas. ⁽¹⁾

Ética deontológica. Desde esta posición ética se hace hincapié en los deberes y derechos. La ética deontológica que nace con Kant se preocupa de la universalización de los juicios éticos y de nunca tratar a las personas como meros medios para alcanzar un fin, sino también como fines en sí mismos.

Ética de las virtudes. Los autores de esta escuela ética proponen un retorno a la virtud del personal de salud y de la ciudadanía en general, entendida esta como la acción de habituarse a tener buenas disposiciones hacia los demás. Neoaristotélicos como MacIntyre exponen que el foco de la ética debe estar más en qué tipo de personas debemos ser, que en qué acciones debemos realizar. De este modo la ética se transforma en la prudencia dirigida a la consecución de la felicidad.

Ética del cuidado feminista. Autoras como Martha Nussbaum proponen la incorporación de ciertas virtudes construidas socialmente como femeninas a las teorías éticas. Ejemplos de estas virtudes serían la cooperación y el cuidado en contraposición con una sobrevaloración de la autonomía llevada a cabo por teorías de la justicia predominantemente masculinas. Teniendo en cuenta que estos cuidados, lejos de ser imparciales e impersonales, se llevan a cabo en instituciones sociales como la familia (cualquier tipo de familia) y cuya distribución de cargas debe ser reflexionada.

8.3 MARCOS METODOLÓGICOS EN APOYO A LA TOMA DE DECISIONES

Nueva Casuística o Ética de Casos. En 1988 Toulmin y Jonsen, rehabilitan la Casuística en el discurso ético moderno y la proponen como un método de razonamiento moral que aplicado correctamente permite tomar decisiones sensatas y razonables en problemas morales complejos. Junto a Siegler y Winslade en su libro *Clinical Ethics*, proponen el análisis de cuatro temas de relevancia moral en la práctica de dar atención médica a un paciente a través de la interpretación de Máximas, que son opiniones significativas, proverbios, reglas o estándares de conducta de observancia obligatoria. ^(2, 3) Basados en la prudencia, intentan conocer las formas generales y particulares de cada caso o problema. Pueden existir diversas máximas que son de utilidad en base a cada caso, entre ellas se encuentran *quitar el sufrimiento y el dolor, salvar la vida, no prolongar la agonía*, y la antigua *primero no dañar*. En los pacientes que se encuentran en la fase terminal de la enfermedad ya no aplica salvar la vida, aplican el quitar el sufrimiento y no prolongar la agonía. Estas máximas son muy bien comprendidas por los padres y familiares.

La Casuística se basa en el análisis de casos similares que han sido paradigmáticos; para el casuista las pruebas claras del bien y el mal las encuentra en casos más que en teorías o principios, lo que ayuda a tomar soluciones razonables de problemas reales. Las cuatro dimensiones que plantea son:

Indicaciones médicas. Tiene que ver con todo lo relacionado a la enfermedad, a la situación clínica, el nivel de la enfermedad, si es curable o no, que intervenciones se pueden hacer. La fase en que se encuentra el padecimiento es el punto biomédico central en las determinaciones.

Calidad de vida. Es una cualidad o un conjunto de cualidades que nos permiten vivir como un todo. Evaluar la forma en que vive un individuo y de cómo se percibe en las diversas dimensiones del cosmos, de su funcionalidad integral como persona, de la forma en que disfruta su existencia es fundamental en la toma de decisiones. Es importante señalar que cada quien mide o valora su calidad de vida desde la perspectiva individual, que puede o no coincidir con la apreciación de otros. A la hora de optar por decisiones médicas complejas, no sólo debe considerarse el derecho a la vida y que hay que salvarla como sea, ya que el derecho a la vida no es absoluto; la calidad de vida, de cuño reciente es el otro aspecto sobresaliente en la toma de decisiones. Hay pacientes que se encuentran en tales situaciones de deterioro irreversible que hace necesario detener todas las medidas que puedan prolongar una agonía. Es necesario que los médicos cuenten con elementos e instrumentos para tratar de evaluar en lo posible la calidad de vida de sus pacientes y así poder proponer alternativas prudentes en casos muy complicados.

Preferencias del paciente. El respeto a la libertad de la persona es otro valor relevante, el más importante en las resoluciones médicas, pues se relaciona íntimamente con la dignidad. El paciente tiene el derecho a elegir lo que le parezca más conveniente, una vez que ha recibido información amplia y precisa por parte de sus médicos, aunque estos no estén de acuerdo con la decisión. El respeto a la autonomía es el pilar en las libertades democráticas de una sociedad y tendremos que considerar la opinión del niño o adolescente, que muchas veces tiene la madurez suficiente.

Contexto. Todo lo que se relaciona con el ambiente del niño, sea la escuela, el juego, sus amigos, la familia, los padres, el trabajo, su economía, el nivel de compromiso con su hijo, entre otros, tienen importancia en la toma de decisiones médicas.

Estas cuatro dimensiones que plantea la nueva casuística proponen que los llamados casos de "conciencia", sean analizados a través de casos similares, con máximas o estándares de comportamiento general, pero que también analiza las particularidades de cada uno, todos son diferentes, y facilita que un casuista experimentado tome decisiones razonables acerca de acciones particulares en problemas reales. Cada dimensión tiene una importancia diferente en base a cada caso, no hay uno prevalezca. No hay un algoritmo preestablecido, depende más de la habilidad del médico en el que la prudencia marca la pauta. Esta perspectiva de ética clínica no busca la verdad absoluta, está abierta a los cambios, tiene una aplicación práctica considerable y permite tomar soluciones en forma rápida y es muy bien entendida por los padres y familiares. ^(3, 4)

Principalísimo o Ética basada en Principios. En este modelo, propuesto por Tom L. Beauchamp y James F. Childress en 1978, sus cuatro principios tienen una jerarquía similar y no hay ninguno preponderante, sino cobran valor de en base a cada circunstancia. Son considerados *prima facie*, que en principio serían obligatorios, sin embargo, no son normas absolutas. Una de las críticas que se le han hecho a este modelo es cuando ocurre una confrontación de principios, por lo que suele complementarse con otros marcos teóricos y metodológicos. ^(5, 6)

Se presenta una breve descripción de cada principio:

Autonomía. Es la capacidad de autodeterminación de cada ser humano, de pensar, sentir y vivir como le parezca conveniente, siempre y cuando no lesione los intereses de otra persona. Es la cualidad más importante que tiene que ver con la libertad de elegir, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana y es la consecución más importante de las luchas democráticas, sin embargo, tiene sus límites, que son la libertad de otra persona o cuando se pueda ocasionar un daño a terceros. A pesar de la capacidad de elegir de los padres, deberá prevalecer el interés superior del niño, considerarlo como sujeto de derecho y no ser propiedad de alguien, como lo precisan las Declaraciones Universal de Derechos Humanos, la Convención Internacional de los Derechos del Niño y las leyes de este país. ^(7, 8, 9, 10)

Beneficencia. Es un principio rector de todas las actividades médicas, y tiene que ver con la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Sus principios son positivos y relacionados con "hacer el bien" pero no es obligación categórica, pues no estamos obligados a ser caritativos, por ejemplo, sin embargo, sí estamos obligados a proporcionar los mejores tratamientos a los pacientes. Todo tipo de acción que pretenda beneficiar a otras personas (bondad, misericordia, caridad, altruismo, amor, humanidad) son actos de beneficencia, pero este principio deberá ponderar los riesgos y los beneficios. La Beneficencia incluye también juicios sobre la calidad de vida ⁽²⁾ y es esencial en la toma de decisiones clínicas difíciles debe ajustarse a las circunstancias de cada persona. ⁽¹¹⁾

Justicia. Implica que todos los seres humanos tendrían las mismas oportunidades, y recibirían un trato equitativo, con base en sus necesidades. Tratar de respetar los derechos humanos y la dignidad de las personas otorgando un trato considerado y de calidad, aun con pocos recursos sería un amortiguador para garantizar justicia en alguna medida. Los recursos para salud son siempre escasos, por lo que este principio abarca desde la toma de decisiones sobre la asignación de recursos y establecimiento de prioridades en la política públicas hasta la prevención, curación y rehabilitación oportuna en el ámbito operativo; estrategias como las de cuidados paliativos, que son sustentables y destinadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos pueden ser consideradas como un acto de justicia.

No Maleficencia. El no hacer daño en forma intencional es obligado para todo tipo de intervenciones médicas, se considera incluso como una obligación mayor que la de hacer el bien. Este principio tiene un papel importante en las discusiones de dilemas que tienen que ver con la etapa terminal y toma muy en cuenta los juicios de calidad de la vida y puede ser de gran ayuda en la atención de los enfermos. En el caso de no iniciar tratamientos en pacientes en fase terminal o en agonía, cada vez más frecuente en la práctica clínica, uno de los argumentos para esta omisión es hacer un bien evitando una agonía prolongada y el sufrimiento, por lo que la actitud será buena y no maleficente. Para un paciente en condiciones similares, pero con apoyo tecnológico, el retiro de los tratamientos, consensuado con paciente y familia, sí es posible y tiene las mismas bases médicas y éticas. No existen diferencias morales entre no iniciar y retirar tratamientos en estos pacientes. El sustento ético es el mismo; siempre que un tratamiento se pueda no iniciar, también se puede retirar y el retiro puede comenzar con él no iniciar, siempre es mejor no iniciar. En estas situaciones límite, deben valorarse siempre los riesgos y beneficios. Los tratamientos no son obligatorios cuando no suponen ningún beneficio para el paciente o son inútiles y sin sentido.^(9, 10, 12) Por ejemplo, en las Reglas *Baby Doe*, que son parte de una ley federal en Estados Unidos enfocada en la protección del abuso infantil, y señalan que “un tratamiento no debe iniciarse o puede ser retirado en casos de pérdida irreversible de la conciencia o cuando el tratamiento es inútil e inhumano”; en México, está descrito en forma similar en los artículos 166 Bis 5, y 166 Bis 6, de la Ley General de Salud, en que precisa el no inicio o retiro de tratamientos cuando son inútiles e inhumanos. En contraparte, hay médicos que no están dispuestos al retiro o a no iniciar tratamientos, porque consideran que retirar una sonda de alimentación en un paciente en estado vegetativo o retirar el ventilador de un niño irrecuperable y avanzado va en contra de los cimientos de la medicina, que sus principios se resquebrajan, y les angustia “dejar morir de hambre o ahogados a sus enfermos”,^(12, 13) es la otra postura, tan respetable como la otra; el ser humano es un ser social y hay diversidad de opiniones, pero si se continúan estos tratamientos como el uso del ventilador mecánico en estos casos, se prolonga la agonía y el sufrimiento y se podría considerar obstinación terapéutica, proscrita por la ley en este país. La máxima de *lo sagrado de la vida* ya no ayuda en este caso y de continuar los tratamientos causamos mayor sufrimiento e incluso ahora podemos ser sujetos de responsabilidad legal.

8.4 ASPECTOS PARA CONSIDERAR DESDE LA PERSPECTIVA BIOÉTICA

Proporcionalidad Terapéutica. Si bien parte del concepto ético es respetar y promover la vida y la salud del niño, es evidente que nadie está obligado a utilizar todas las medidas médicas actualmente disponibles, sino únicamente aquellas que ofrezcan un beneficio razonable. Con el avance tecnológico, se ha abierto la posibilidad de mantener con vida a niños gravemente enfermos que antes fallecían irremediadamente, por lo que se debe distinguir el real beneficio terapéutico o la prolongación de un proceso que conduce inexorablemente a su fallecimiento y sufrimiento, para ello se deberá valorar la utilización de medidas ordinarias y extraordinarias.

Este concepto sostiene que la obligación moral versa en implementar sólo aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible; aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumpla se consideran “desproporcionadas” y no son moralmente obligatorias. Para efectuar en un caso particular el juicio de proporcionalidad deben puntualizarse algunos conceptos como: a) la utilidad o inutilidad de la medida; b) las alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios; c) el pronóstico con y sin la implementación de la medida, y d) los costos (en sentido amplio): cargas físicas, psicológicas, morales, sociales, económicas.⁽¹⁴⁾

Prevención: Es parte de la responsabilidad médica para con el paciente pediátrico prever las posibles complicaciones o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica, así como implementar las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y aconsejar oportunamente a los familiares sobre los mejores cursos de acción a seguir en caso de que ellas se presenten. Este principio permite, por un lado, evitar sufrimientos innecesarios al paciente y, por otro, facilita el no involucrarse de manera precipitada en cursos de acción que conducirán a intervenciones desproporcionadas.⁽¹⁾

No abandono: Es importante destacar que las decisiones deben centrarse en la autonomía del paciente sin olvidar el deber de cuidar el alivio del sufrimiento y respeto por los derechos y la voluntad de este, por lo que sería éticamente reprobable abandonar a un paciente que rechaza determinadas terapias, aun cuando los profesionales de la salud consideren que ese rechazo o petición sean inadecuados. Permanecer junto al paciente y establecer una comunicación muchas veces es la mejor forma de asistirlo. Ello pone a prueba la verdad de nuestro respeto por la dignidad de toda persona, aun en condiciones de extrema debilidad y dependencia. Abandono consiste en la falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo y su familia. Entre sus motivos destacan la falsa idea de que “ya no hay nada que hacer”.⁽¹⁵⁾

Veracidad. Abrir canales de comunicación efectivos y asertivos entre el paciente, personal de salud y familia constituye un beneficio que posibilita su participación en el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, hay situaciones en las que el manejo de la información genera especial dificultad para los médicos, en particular cuando se comunican malas noticias, como el pronóstico de una muerte próxima inevitable. Caer en la conspiración del silencio, por un lado, representa una fuente de sufrimiento para el paciente y supone una injusticia, pues lo priva del derecho a ejercer su autonomía. Por otro lado, no revelar toda la verdad acerca del diagnóstico o pronóstico a un paciente determinado no siempre significa violar su autonomía, ya que la comunicación también depende de otros factores, como las prácticas culturales. La comunicación de la verdad médica debe ir precedida por una cuidadosa reflexión sobre qué, cómo, cuándo, cuánto, quién y a quién debe informarse.

Doble efecto. Este principio se basa en que un mismo acto puede tener un efecto bueno y uno malo. La condición moral del acto es: a) que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente; b) que el efecto malo previsible no sea directamente buscado, sino sólo tolerado; c) que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo, y d) que el bien buscado sea proporcional al daño eventual provocado.

Vulnerabilidad. El principio de la vulnerabilidad puede definirse como la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos. La población pediátrica puede tener dificultades para expresarse, entender el proceso de la enfermedad y para participar en las decisiones respecto a su atención; en este sentido, pueden considerarse susceptibles de ser lastimados y heridos. La vulnerabilidad es condición humana inherente a su existencia en su finitud y fragilidad, de manera tal que no puede ser superada o eliminada. Los individuos y grupos en condición de vulnerabilidad específica deben ser protegidos y la integridad individual de cada uno debe ser respetada.⁽¹⁶⁾

8.5 PARTICIPACIÓN DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA.

Los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) tienen la atribución de emitir recomendaciones no vinculantes, a los involucrados en la relación médico-paciente respecto de casos clínicos difíciles que involucran problemas o Dilemas Bioéticos en Cuidados Paliativos en pacientes pediátricos.

Los CHB deliberarán los casos clínicos que les sean solicitados desde una perspectiva laica, y emitirán recomendaciones como apoyo a la toma de decisiones de los profesionales de la salud, a través del cumplimiento de sus atribuciones.

Los criterios para su integración y funcionamiento son emitidos por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Bioética; se deberá tomar como referencia las Disposiciones para la Integración y Funcionamiento de Comités Hospitalarios de Bioética y su Guía.

8.6 INVESTIGACIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA QUE RECIBE CUIDADOS PALIATIVOS.

La investigación contribuye a generar conocimiento -técnico, científico, médico, psicológico, etc.- que promoverá la mejora en el abordaje diagnóstico y terapéutico; sin embargo, cuando se trata de investigación en niños, los mecanismos regulatorios y las medidas de seguridad puede tener el efecto contrario al deseado, por lo que en ocasiones estos grupos de edad son excluidos de la investigación, lo que conlleva al uso de tratamientos o medidas terapéuticas no probadas y a extrapolar los resultados derivados de la investigación en adultos, trayendo consecuencias o resultados no óptimos en la población pediátrica. Para evitarlo, es necesario asegurar la representatividad de este sector de la población y establecer medidas de protección adecuadas a sus necesidades.

En este sentido, es importante que los niños tengan acceso a los beneficios derivados de avances científicos y tecnológicos, mediante el uso de intervenciones seguras y eficaces, en apego a los principios bioéticos antes mencionados.

Se deben generar protocolos inclusivos, vigilando la integridad ética y científica, el respeto a la dignidad de los participantes y a la protección de sus derechos. Toda investigación científica que pretenda incluir niños debe contar con rigor metodológico, con las fases previas ya superadas y con justificación de su aplicación.

Particularmente en la investigación en población pediátrica en cuidados paliativos, el equipo de investigación y seguimiento debe estar atento a detectar y atender oportunamente cualquier tipo de complicación, con el objetivo de no provocar mayor sufrimiento al participante. La investigación se debe desarrollar en un ambiente de transparencia y confianza.

En respeto al principio de autonomía, para quienes no cuenten con capacidad jurídica en los procesos de toma de decisiones, dependiendo la edad y capacidad cognoscitiva, se deberá considerar el asentimiento informado, sin que esto exima la firma del consentimiento informado por parte de los padres o los tutores. Este proceso conlleva el entendimiento de que todo acto médico o de investigación puede tener efectos indeseables e inesperados, y asume que se está corriendo un riesgo razonable con la expectativa de obtener un probable beneficio y que está en libertad de rechazar en cualquier momento el procedimiento o tratamiento experimental y declinar su participación en la investigación.

Tanto el participante como sus familiares deben ser tratados con respeto, tienen derecho a estar informados, con veracidad, empatía, información suficiente, lenguaje claro e incluyente -adecuado al nivel de escolaridad y contexto cultural-, asegurando el correcto entendimiento y evitando tecnicismos incomprensibles para el usuario y su representante legal.

Aquí entra el papel de los Comités de Ética en Investigación, figura que tiene por función verificar el cumplimiento de los más altos estándares éticos que garanticen el respeto a los derechos humanos y que el protocolo implique el riesgo mínimo para el sujeto de investigación. ⁽¹⁷⁾

8.7 PARTICIPACIÓN DE LOS COMITÉS DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Los Comités de Ética en Investigación tienen la atribución de revisar protocolos de investigación en seres humanos y salvaguardar la dignidad, derechos y seguridad de los involucrados en el proceso, enfatizando su protección.

La inclusión de los aspectos éticos en los protocolos es un indicador de calidad, equiparable al rigor metodológico de una investigación científica y al tratarse pacientes pediátricos debe tener un beneficio directo en el menor o será el único tratamiento disponible para el tratamiento de su enfermedad.

También deberá asegurarse de que los resultados de la investigación que se pretende llevar a cabo en niños no podrían obtenerse con la participación de adultos.

Los criterios para su integración y funcionamiento son emitidos por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Bioética; se deberá tomar como referencia las Disposiciones para la Integración y Funcionamiento de Comités de Ética en Investigación y su Guía.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Tealdi JC. Diccionario latinoamericano de bioética [Internet]. Vol. 53, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Colombia; 2008. Available from: <https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2016/12/8.-Diccionario-latinoamericano-de-Bioética-UNESCO.pdf>
2. Jonsen AR. La toma de decisiones éticas en la medicina clínica, en La Casuística. Una metodología para la ética aplicada. Hall R, Arellano JS, editors. Santiago de Querétaro; 2012. 20–41 p.
3. Strong C. La Casuística en La Casuística: Una metodología para la ética aplicada. Hall R, Arellano JS, editors. Santiago de Querétaro; 2012. 42–49 p.
4. Jonsen AR. Razonamiento casuístico en la ética médica. Dilemata [Internet]. 2016 Jan 30 [cited 2021 Sep 10];8(20):1–14. Available from: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/419>
5. Valdés E. Haciendo más práctico el principialismo: la importancia de la especificación en bioética. Rev Bioética y Derecho [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 10];(35):65–78. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872015000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Quintana T. El “principialismo” y la bioética [Internet]. Bioética desde Asturias. 2012 [cited 2021 Sep 10]. Available from: <https://www.bioeticadesdeasturias.com/el-principialismo-y-la-bioetica/>
7. Pose C, Gracia D. 07 Procedimiento o método de toma de decisiones en Título de Expertos en Ética Médica. In: Título de Expertos en Ética Médica [Internet]. [cited 2021 Sep 15]. Available from: https://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto_Etica_Medica/U7_Procedimiento_o_metodo_de_toma_de_decisiones.pdf
8. Beauchamp T, Childress J. No Maleficencia. In: Principios De Ética Biomédica. 1°. Barcelona, España: Masson; 2002. p. 179.
9. Casanueva L. Aplicación de los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. En: Gómez Sancho, Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales. 1998.

10. Casanueva L, López PR, Díaz JIS, Casado MVR. Cuidados al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos pediátrica. Revisión de la bibliografía. 2005;63(2):152–9.
11. Fanaroff J, McIntosh N. Ética. La cesación o suspensión del tratamiento médico vital. In: Neonatología: Lo esencial en un Vistazo. 2014. p. 354.
12. Lantos JD, Meadow WL. Bioética neonatal: los desafíos morales de la innovación médica. 1st ed. SIBEN; 2006. 91 p.
13. Cámara De Diputados del H. Congreso De La Unión. Ley General de Salud. Artículo 166 bis. México: Cámara De Diputados del H. Congreso De La Unión Secretaría General; Jun 1, 2021 p. 74–5.
14. Chuck-Sepulveda JA. Bioética y el paciente pediátrico oncológico. Rev Médico-Científica la Secr Salud Jalisco. 2019;6:131–4.
15. Bátiz Cantera J. Mientras Llega la Muerte (Reflexiones en torno al final de la vida). Fundación San Juan de Dios, editor. Madrid; 2021. 172–173 p.
16. Arruda De Morais TC, Sadi Monteiro P. Los conceptos de vulnerabilidad humana y la Integridad individual para la bioética. Rev bioét [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 15];25(2):311–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191>
17. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. Diario Oficial de la Federación. México; 2014. Available from: <http://www.cofepris.gob.mx/MJ/Paginas/Reglamentos.aspx>

Bibliografía adicional.

- Beauchamp LT, Childress FO. Principios de Ética Biomédica. 1ª. Ed, Masson, Barcelona 2002; pp 200-44
- Garduño EA, Véliz PRA. El interés superior de la infancia. Un derecho que marca un nuevo paradigma en la toma de decisiones en pediatría. Rev Mex Pediatr 2017; 84: 173
- Garduño EA, editor. Guía Práctica de Cuidados Paliativos en Pediatría. 1ª. Ed Corinter, México 2019.
- Hall TR, Arellano JS, coordinadores. La Casuística. Una metodología para la Ética Aplicada. unidadbioetica.com<libros 2012-2013
- Jonsen AR. La toma de decisiones éticas en la medicina clínica, en: Hall TR, Arellano JS. Coordinadores. La Casuística. Una metodología para la ética aplicada. unidadbioetica.com<libros, pp: 20, 2012-2013
- Strong C. La Casuística, en: Hall TR, Arellano JS, coordinadores. La Casuística. Una metodología para la ética aplicada. unidadbioetica.com<libros, pp: 43, 2012-2013
- Jonsen ARE. Razonamiento casuístico en la ética médica. Dilemata 2016; 8: 1-14
- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado en el Diario oficial de la Federación el 31 de octubre de 2012.
- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2012.
- Acuerdo por el que se reforma y adiciona el diverso por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado el 31 de octubre de 2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de enero de 2016.
- Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado el 31 de octubre de 2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de diciembre de 2020.

CAPÍTULO 9

COMPETENCIAS PARA LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

9.1 ¿QUE SE NECESITA SABER PARA LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS (CPP)?

Es fundamental entender que la filosofía paliativa y consideraciones éticas de la atención en adultos, no puede, ni debe, aplicarse textualmente a la atención pediátrica, ya que el contexto y necesidades para esta población son únicas y diferentes para cada periodo del desarrollo, que incluye desde la etapa prenatal hasta la adolescencia.

Apreciar y comprender el amplio espectro de las diferentes necesidades del cuerpo, mente y espíritu desde la gestación hasta la adolescencia (como periodo de transición a la vida adulta) es de suma importancia para poder proveer adecuados CPP.

En este contexto, se considera la atención de CPP desde la etapa prenatal, lactantes, preescolares, niños, hasta adolescentes y jóvenes adultos. (población AYA, ⁽¹⁾ así como la definición de competencias al conjunto de "atributos personales y aptitud demostrada para aplicar conocimientos, habilidades y destrezas". Es decir, las competencias son la "capacidad de resolver problemas en un determinado contexto", ⁽²⁾ y se establece que, para proporcionar dichos cuidados, se requiere definir:

- ¿Qué significa la palabra paliativo?;
- ¿Quién tiene que otorgar los cuidados paliativos desde la etapa prenatal hasta la adolescencia y jóvenes adultos?;
- ¿Cuáles son las responsabilidades del proveedor que brinda los CPP?; y
- ¿Cuáles son las competencias nucleares, generales, específicas, y de especialidad que se requieren para proveer CPP de acuerdo con el nivel de complejidad del paciente?

Bajo este marco se integró el presente capítulo.

9.2 PROPÓSITOS

- Describir las competencias nucleares, generales, específicas y de especialidad de los profesionales de la salud para la provisión de atención paliativa, de conformidad al perfil profesional, nivel de atención y complejidad de la intervención educativa a realizar;
- Contribuir a la adquisición y fortalecimiento de las competencias individuales y colectivas para la atención paliativa en el neonato, niño y adolescente (NNA) a partir de la definición de intervenciones educativas específicas, y estándares e indicadores para su evaluación; y
- Contribuir al desarrollo de programas académicos, de acreditación y certificación en esta materia.

9.3 DIRIGIDO A:

Profesionales de la salud

- Personal médico general y especialista, que otorgue atención paliativa;
- Personal de enfermería técnico, general, especialista y posttécnicos;
- Personal de salud mental psicología y psiquiatría con enfoque en atención pediátrica;
- Personal de nutrición y rehabilitación que atiendan pacientes con necesidades paliativas;
- Personal de trabajo social;
- Otras áreas médicas y equipos de salud que atienden ocasionalmente necesidades paliativas desde la etapa prenatal hasta la adolescencia y jóvenes adultos; y
- Terapeutas de medicina complementaria: acupuntura, arteterapia, musicoterapia, terapia ocupacional y áreas afines que atienden población con necesidades paliativas.

Otras personas involucradas en el CPP

- Padres y otros integrantes del núcleo familiar;
- Comunidad;
- Voluntariado; y
- Personal de soporte espiritual.

Organizaciones

- Gubernamentales (tomadores de decisiones, legisladores, gestores);
- Sanitarias: Individuales, de los equipos de Atención Primaria a la Salud, establecimientos de atención médica y unidades de cuidados paliativos en los tres niveles de atención;
- Organizaciones de la sociedad civil;
- Instituciones educativas;
- Organizaciones religiosas; y
- Todas aquellas instituciones u organizaciones que tengan que ver con la atención en CPP.

9.4 ESCENARIOS POSIBLES PARA LA ATENCION PALIATIVA

- Domicilio;
- Escuela;
- Espacios recreativos;
- Establecimiento de atención médica: Consulta externa, corta estancia, hospitalización, urgencias, cuidados intensivos;
- Casas hogar;
- Comunidad; y
- Cualquier sitio donde el niño, niña y adolescente se desarrolle.

9.5 NIVEL DE COMPLEJIDAD

Las competencias necesarias para brindar cuidados paliativos variarán de acuerdo con el grado de complejidad de las necesidades paliativas que se requiera atender, centrado en la persona (desde la etapa prenatal hasta los adolescentes y jóvenes adultos) tomando en cuenta el contexto individual de evolución de la condición que limita o amenaza la vida, y características de cada familia.

El abordaje del NNA, su familia y necesidades requiere estar centrado en la persona, considerando las múltiples y complejas dimensiones que constituyen al ser humano, en los planos físico, psicológico, social y espiritual.

A mayor grado de complejidad será necesario desarrollar un mayor número de competencias en cada uno de los miembros del equipo de salud para lograr satisfacer sus necesidades.

Las necesidades paliativas pediátricas deberán de ser evaluadas desde una visión multidimensional al incluir los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del niño, niña, adolescente y su familia. Si quienes proveen cuidados paliativos pediátricos no cuentan con las competencias necesarias para solventar dichas necesidades o el contexto particular del caso no lo permite, será responsabilidad del profesional y el sistema de salud referir a un nivel de atención de mayor especialización que cuente con las competencias necesarias para su óptima atención.

El nivel de complejidad se determinará de acuerdo con la dificultad para la atención clínica, control de variables psicosociales y espirituales, problema para toma de decisiones, incertidumbre en el resultado del tratamiento, el pronóstico o evolución natural de la enfermedad, recursos y redes de apoyo disponibles, interacción de otras determinantes de la salud y en el grado adecuado de intensidad del tratamiento a ofrecerse. ⁽³⁾. (Modificado de Codornuy-Tuca).

9.6 COMPETENCIAS

Una competencia es un constructo multidimensional que favorece la capacidad de un buen desempeño en contextos complejos y auténticos. Se basa en la integración y activación de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores; incluye distintos niveles como saber (datos, conceptos, conocimientos), saber hacer (habilidades, destrezas, métodos de actuación), saber ser (actitudes y valores que guían el comportamiento) y saber estar (capacidades relacionadas con la comunicación interpersonal y el trabajo cooperativo).

De acuerdo con lo mencionado, la interacción entre competencia y complejidad de provisión de atención permite sistematizarlas en 4 áreas: Nucleares, Generales, Específicas y Especializadas.

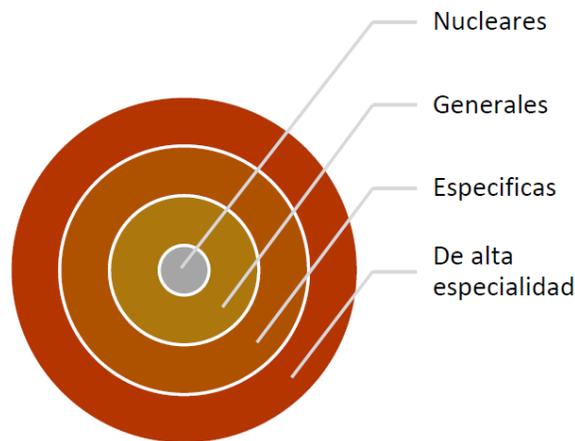
Las competencias nucleares aplican para toda persona que brinde atención a población pediátrica con enfermedades o condiciones que limiten o amenacen su vida, así como atención a sus familiares. Se enfocan en los fundamentos de los cuidados paliativos para asegurar un abordaje básico de calidad con un enfoque integral. Estas estrategias y acciones pueden ser brindadas por familiares, voluntarios, comunidad y todos los equipos de salud. Forman parte del conocimiento básico de todos los proveedores de atención en salud

Las competencias generales serán determinadas de acuerdo con el perfil de quien brinda los cuidados paliativos pediátricos incluyendo profesionales de la salud (medicina, enfermería, rehabilitación, nutrición, psicología y trabajo social), organizaciones de la sociedad civil, voluntariado y terapeutas de medicina complementaria que colaboren sistemáticamente con equipos de atención pediátrica. Son competencias recomendables de atención para todo el personal de salud.

Las competencias específicas aplicaran a todo personal de salud (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, nutriólogos, rehabilitadores, entre otros) que brinden atención en áreas pediátricas y de cuidados paliativos tanto en contexto hospitalario como en atención domiciliaria y/o comunitaria. Estas estarán enfocadas en control de síntomas en las cuatro esferas de la atención a los niños, niñas, adolescentes: física, social, psicológica y espiritual promoviendo la incorporación del enfoque paliativo en cada una de sus prácticas profesionales en sus áreas de trabajo.

Las competencias especializadas están dirigidas a especialistas en cuidados paliativos pediátricos, que brinden cuidados de alta complejidad clínica, asistencial y/o social. Se trata de equipos de alto desempeño en atención paliativa pediátrica.

La adquisición y desarrollo de estas competencias será de manera progresiva, de tal manera que el proveedor de los CPP pueda brindar la mejor atención según las necesidades del niño, niña, adolescente y adulto joven, del nivel de atención y de la complejidad de las necesidades paliativas.



De manera general los elementos para cada uno de los grupos de competencias son: ^(5, 6, 7, 8, 9)

COMPETENCIAS NUCLEARES

- Proveer atención centrada en la persona y su familia (Meta 2030);
- Identificar la necesidad de atención con un enfoque paliativo;
- Colaborar en equipos interprofesionales;
- Identificar necesidades de atención;
- Emplear la practica medica basada en evidencias;
- Aplicar la mejoría en la calidad;
- Interés es su formación profesional y capacitación continua;
- Conformar estructura operativa en el entorno local ;
- Integrar redes locales de atención;

COMPETENCIAS GENERALES

- Conocer las diferentes etapas de desarrollo del niño, niña y adolescente;
- Atención y orientación básica en control de síntomas;
- Mantener el enfoque de aliviar el sufrimiento y mejorar las condiciones de vida a lo largo del proceso de enfermedad desde el diagnostico, a lo largo de la evolución incluyendo la fase final de vida;
- Competencias para comunicación eficaz, manejo de conflicto, negociación, trabajo en equipo, liderazgo, toma de decisiones informadas;
- Comprender y facilitar el proceso de duelo.

COMPETENCIAS PALIATIVOS

- Toma de decisiones informadas, basadas en la mejor evidencia disponible;
- Colocación y uso de dispositivo subcutáneo y su aspecto farmacológico;

COMPETENCIAS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

- Identificación de necesidades de atención paliativa y medidas de atención;
- Atención Paliativa en Pediatría: Domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria;

- Orientación a la persona y al servicio;
- Desarrollo de talento humano;
- Distintas vías de administración de medicamentos (intravenosa, subcutánea, oral, sublingual, rectal y tópica);
- Prevención y cuidado de lesiones cutáneas y manejo de estomas;
- Soporte emocional y social inicial del niño, niña, adolescente y su familia;
- Apoyo inicial durante el duelo;
- Plan de cuidados paliativos pediátricos con estrategia multimodal;
- Adecuación de esfuerzo terapéutico y planificación avanzada;
- Práctica profesional y ética en los cuidados paliativos pediátricos;
- Control sintomático paliativo en pediatría;
- Manejo de opioides;
- Conocimiento básico de deontología médica y legislación pediátrica.

COMPETENCIAS DE ALTA ESPECIALIDAD

- Manejo analgésico avanzado y uso adecuado de opioides (rotación, destete);
- Control multimodal de síntomas;
- Manejo integral en casos con necesidades complejas;
- Contingencia, intervención en crisis, liderazgo y gestión;
- Atención a poblaciones N, N y A vulnerables;
- Cuidados al final de la vida; y
- Bioética, deontología médica y legislación vigente.

9.7 FORMADOR DE FORMADORES.

Una de las competencias clave desde el nivel nuclear hasta de alta especialidad es continuar educando sobre alivio del sufrimiento, mejorar condiciones de vida y cuidados paliativos pediátricos. Tanto la comunidad, los voluntarios como los profesionales de la salud reconocidos por sus pares como “educacionalmente influyentes” tienen un papel fundamental para que el conocimiento paliativo sensibilice, difunda, crezca y se fortalezca en la sociedad.

Es importante formar líderes de capacitación y promover agentes de cambio que puedan participar en los diferentes niveles de atención y escenarios donde se den los cuidados paliativos pediátricos. Es indispensable promover la docencia e investigación en todas las áreas desde la atención hasta la gestión de políticas en salud.

Un elemento que determina el avance o ralentización de la provisión de CP es la educación; es indispensable el apoyo de equipos pedagógicos que coordinen el diseño e implementación de la intervención educativa, a partir de la identificación de necesidades específicas para implementar, incorporar y fortalecer la formación de los equipos de salud.

9.8 METAS

1. Elaborar un Programa Educativo (Planeación);
2. Operacionalizar una Intervención Educativa (Ejecución);
3. Desarrollar un instrumento para la evaluación del proceso educativo (Información y Control);
4. Preparar un programa de mantenimiento y desarrollo de contenidos; y
5. Seguimiento y medición de impacto de los programas aplicados.

9.9 ESTRATEGIA

1. Integrar un equipo de trabajo para desarrollar la intervención educativa:
 - Identificación de necesidades de capacitación;
 - Seleccionar escenarios a intervenir;
 - Definir modalidad educativa;
 - Identificar líderes de opinión;
 - Seleccionar personal docente;
 - Diseñar programa académico teórico-práctico;
 - Integrar sistema de evaluación y seguimiento; y
 - Elaborar material didáctico y contenidos específicos.

2. Diseñar intervenciones educativas esencialmente participativas que faciliten el aprendizaje significativo para lograr una práctica efectiva en el otorgamiento de cuidados paliativos pediátricos,
3. Implementar la intervención educativa de manera piloto, evaluar resultados de aprendizaje, ajustar-rediseñar-cambiar para ampliar cobertura de capacitación y
4. Establecer indicadores y plan de mejora continua.

9.10 FORMAS DE INTERVENCIÓN: INTERVENCIÓN EDUCATIVA SINÉRGICA

En las iniciativas de mejora en la atención médica, las intervenciones requieren ser individualizadas y vinculadas a la disposición al cambio del educando, para reducir la resistencia, el estrés, el tiempo para implementarlas y acelerar el movimiento hacia la etapa de acción.

Asociado al proceso educativo y de capacitación establecido se recomienda integrar otras intervenciones que faciliten el cambio de paradigma de atención tradicional a un enfoque centrado en las necesidades del paciente.

Entre estas iniciativas se recomiendan:

Visita personalizada: Apoyo de un experto, entrenado en cuidados paliativos, y comunicación educativa, al personal de salud en su propio ambiente de trabajo.

Discusión en pequeños grupos: es un método efectivo para introducir nuevos temas, facilita una experiencia intelectual y social que estimula el pensamiento reflexivo y la solución participativa de problemas en un ambiente amigable. Una discusión exitosa motiva a los participantes a buscar información adicional sobre ideas no consideradas que pueden tener impacto en su práctica.

Aprendizaje basado en problemas: es un método que genera un contexto donde los participantes adquieren las habilidades para identificar el problema y encontrar una solución con fundamento en la mejor evidencia disponible. Favorece el desarrollo para el trabajo en equipo, analiza y sintetiza la información, diagnóstica las necesidades propias de aprendizaje y facilita el compromiso con el aprendizaje auto dirigido.

Auditoría y retroalimentación: cualquier resumen de desempeño en la atención otorgada en un periodo específico. El resumen puede incluir recomendaciones para la mejora de la atención o de las intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adolescentes y adultos jóvenes con cáncer (AYA): una población huérfana. White PH, Cooley WC. Supporting the Health Care Transition From Adolescence to Adulthood in the Medical Home FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care [Internet]. Vol. 142, PEDIATRICS. 2018. Disponible en: www.aappublications.org/news
2. Informe UNE 66173 IN, Octubre 2003 "Los recursos humanos en un sistema de gestión de calidad. Gestión de las competencias. Documento Internet, 22 pp. Disponible en :
<https://qualitasbiblo.files.wordpress.com/2013/01/une-66173-2003-gestic3b3n-de-las-competencias.pdf>
3. Complejidad asistencial en la atención al final de la vida: criterios y niveles de intervención en atención comunitaria de salud Med Paliat. 2015;22(2):69-80
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-pdf-S1134248X13000852>
4. Codorniu N, Tuca A. Complexity levels of interventions in a hospital support team: descriptive study about prevalence, clinical characteristics and team organization for each level. 3rd European Association for Palliative Care Research Congress - Stresa, Italy, June 2004. EAPC Abstracts. Palliat Med. 2004;18:309-93.
5. Chirino-Barceló Yazmín Amelia, Gamboa-Marrufo José Domingo. Cuidados paliativos en pediatría. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2021 Oct 13] ; 67(3): 270-280. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462010000300010&lng=es.
6. Competencias en Cuidados Paliativos: Nivel básico" (2008) Documento en Internet 75 pp. Disponible en:
<http://www.ffis.es/ups/Manual%20Competencias%20en%20Cuidados%20Paliativos.pdf>
7. Competencias en Medicina Paliativa Pediátrica. Documento Internet, 27 pp. Disponible en :
<https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/CEP/COMPETENCIAS%20EN%20MEDICINA%20PALIATIVA%20PEDIATRICA.pdf>

8. G. Benavides Fernando, Moya Carmela, Segura Andreu, Puente M. Lluïsa de la, Porta Miquel, Amela Carmen. Las competencias profesionales en Salud Pública. Gac Sanit [Internet]. 2006 Jun [citado 2021 Oct 13] ; 20(3): 239-243. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300011&lng=es.
9. Perfil y competencias en salud. Perspectiva de los profesionales , un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades. MINSALUD, Colombia (2016). Academia Nacional de Medicina. Documento en internet 337 pp. Disponible en : https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/perfiles_profesionales_salud.pdf
10. Real Academia Española. Diccionario. Página Web disponible en: <https://dle.rae.es/actitud>
11. Agentes de cambio. Sitio Web “Acercando el IMSS al ciudadano”. Página Web. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/SERIMSS/agente-cambio>
12. Tipo de conocimientos. Centro Europeo de posgrado (CEUPE) México. Página Web. Disponible en : <https://www.ceupe.mx/blog/tipos-de-conocimientos.html>
13. Eliot Levine & Susan Patrick. What is Competency-Based-Education. An updated definition. Aurora Institute. Documento en internet 14 pp. Disponible en: <https://aurora-institute.org/wp-content/uploads/what-is-competency-based-education-an-updated-definition-web.pdf>
14. Real Academia Española. Diccionario. Página Web disponible en : <https://dle.rae.es/comprensi%C3%B3n>
15. Real Academia Española. Diccionario. Página Web disponible en: <https://dle.rae.es/habilidad>
16. Real Academia Española. Diccionario. Página Web disponible en : <https://dle.rae.es/gu%C3%ADa>
17. DeConceptos.com Página Web <https://deconceptos.com/ciencias-sociales/recomendacion>

GLOSARIO

Actitud: Disposición a realizar una acción o comportamiento, forma de reaccionar y resolver problemas.

Agente de cambio: Persona proactiva capaz de desarrollar acciones, actitudes y procesos para fortalecer los aspectos internos y externos de una organización.

Autorregulación: Se entiende por autorregulación al **control que una persona ejerce sobre sus emociones, sus acciones y sus pensamientos**. Este **proceso** contribuye a que el individuo pueda cumplir con sus objetivos.

Intervención educativa: Programa o grupo de pasos específicos para ayudar a desarrollar áreas necesarias en un proyecto.

Bioética: Rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas, para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y en la investigación médica, que afecten la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones.

Clínica del dolor y Cuidados Paliativos: Institución organizada con espacio y personal dedicado a valorar y tratar la interacción de los aspectos físicos, emocionales, espirituales y sociales de pacientes con enfermedades potencialmente mortales.

Comités Hospitalarios de Bioética: Son espacios de reflexión, análisis, orientación y educación acerca de los dilemas que surgen en la atención médica. Se conforman como órganos interdisciplinarios y plurales, que en ningún caso pueden sustituir la responsabilidad de los médicos hacia los pacientes ni imponerse a sus decisiones, sino que su carácter es únicamente consultivo.

Comité de Ética en Investigación: Órganos colegiados, autónomos, institucionales, multidisciplinarios, plurales y de carácter consultivo, cuya finalidad principal es la de proteger los derechos, dignidad y bienestar de los sujetos que participen en investigaciones en salud, a través de la evaluación, dictaminación y seguimiento a las investigaciones puestas a su consideración.

Conocimiento: Es un concepto complejo. Se refiere al proceso mediante el cual la realidad es reflejada y reproducida en el pensamiento humano. Es producto de distinto tipo de experiencias, razonamientos y aprendizajes.

Contención emocional: Es un conjunto de procedimientos básicos que tienen como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de una persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional.

Competencia: Conjunto de comportamientos socioafectivos, habilidades, destrezas y aptitudes cognitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un desempeño, una función, una actividad o una tarea.

Competencia clave: Enunciado que define aquello que la ocupación o área bajo análisis permite alcanzar o lograr para que el desempeño laboral resulte altamente efectivo y responda a lineamientos técnicos y normativos que garanticen un nivel mínimo aceptable de calidad y eficiencia.

Comprensión: Facultad, capacidad o perspicacia para entender las cosas, por medio de la razón de la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

Comunicación. Herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el paciente necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo. También permite la imprescindible coordinación entre el equipo cuidador, la familia y el paciente.

Comunicación colaborativa. La comunicación colaborativa se refiere tanto al intercambio de información como a la naturaleza de la relación de colaboración entre las personas que se comunican, enfatizando las relaciones entre las personas, viendo la comunicación interpersonal y las relaciones como inexorablemente entrelazadas. ⁽⁴⁾

Comunicación eficaz. La comunicación es eficaz cuando el mensaje deseado se transmite, se recibe y se entiende de la misma manera por todas las partes implicadas y es un proceso bidireccional entre dos o más personas mediante el cual se comparten información y sentimientos a través de un intercambio de mensajes verbales y no verbales.

Comunicación no verbal. La transmisión de mensajes sin el uso de palabras (por ejemplo, mediante gestos, el uso del espacio). Uno de los dos principales sistemas de códigos de comunicación; a veces se define como todo lo que no es el lenguaje; se comunica a través de canales distintos de las palabras. Cualquier información que se expresa sin palabras.

Comunicación verbal. Uno de los dos principales sistemas de códigos de comunicación; asociado a nuestro lenguaje hablado y escrito; típicamente etiquetado como "lenguaje". (La transmisión de mensajes mediante palabras, ya sean escritas o habladas).

Conspiración del silencio. Acuerdo implícito o explícito por parte de los familiares, amigos y/o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación.

Counseling: Conjunto de habilidades terapéuticas que facilitan la relación de ayuda puntual hacia el enfermo o familiar, y que define lo que llamamos «apoyo emocional».

Cuidados Paliativos Pediátricos: La definición de cuidados paliativos de la OMS (adaptada para pediatría) dice que éstos constituyen "un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que afrontan una enfermedad que amenaza la vida de un niño, a través de la prevención y alivio del sufrimiento". Para ello se requiere de "la identificación temprana, la evaluación precisa, y el tratamiento adecuado del dolor y otros problemas físicos, psicosociales, y espirituales".

Criterio de desempeño: Es un resultado y enunciado evaluativo, con base en un aspecto crítico o relevante de la función, que demuestra el desempeño del profesional y por lo tanto su competencia.

Elementos de competencia: Componente de la unidad de competencia. Lo que la persona debe ser capaz de hacer.

Equipo Interdisciplinario: Grupo de profesionales que trabaja en un área común de forma independiente y que interactúan entre sí de manera formal, intercambiando información sistemáticamente, comparten una metodología de trabajo y tienen objetivos comunes al desarrollar una planificación centrada en el paciente.

Escucha activa. Proceso de análisis y evaluación de lo que dice otra persona en un esfuerzo por comprender los sentimientos del hablante o el verdadero significado del mensaje.

Espiritualidad: Es una aspiración y una actitud profundamente arraigadas en el ser humano, y profundamente íntimas: pertenece al dominio interior, a la conciencia o percepción de uno mismo en el universo y su relación con los demás, así como a su desarrollo en el camino de la existencia.

Guía: Tratado o documento que contiene preceptos o indicaciones para encaminar o dirigir un tema específico. ⁽¹⁶⁾

Habilidad: Capacidad de ejecutar acciones en forma adecuada con destreza. ⁽¹⁵⁾

Mala noticia. Una mala noticia es toda aquella que afecta de forma drástica, negativa y grave a la visión que un individuo tiene de su futuro. Toda mala noticia, por tanto, tiene graves consecuencias adversas para los pacientes y sus familias; el impacto es proporcional a su efecto en el cambio de las expectativas del paciente.

Es importante definir el elemento central de las malas noticias: es decir, tratar de identificar qué es lo que las hace tan malas para el paciente. En la mayoría de los casos esto es obvio, como el diagnóstico de una enfermedad grave que limita la vida y, en consecuencia, tener que enfrentarse a una vida limitada y/o a la pérdida de funciones y/o de calidad de vida.

Niveles de Atención Médica: Es una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. ⁽²⁶⁾

País de bajo ingreso: El banco mundial clasifica las economías del mundo en 4 grupos de ingreso; alto, mediano alto, mediano bajo y bajo, esta clasificación se basa en el ingreso nacional bruto per cápita en USD corrientes calculado usando el método de Atlas.

Pensamientos concretos: es un proceso cognitivo que se caracteriza por la descripción de los hechos y los objetos tangibles. Es el tipo de pensamiento que se encuentra ligado a los fenómenos del mundo real, es decir, a los objetos materiales. El pensamiento concreto nos permite generar conceptos generales sobre fenómenos particulares y categorizarlas de una manera lógica.

Preguntas existenciales: Las preguntas existenciales surgen de aquellas dudas nos hacemos en la búsqueda de nuestra conciencia y esencia. Son preguntas que muchas veces requieren un profundo trabajo de autorreflexión, y otras veces son preguntas que, como su nombre indica, tratan sobre nuestra existencia y los porqués de la vida.

Primer nivel de atención: Es el nivel más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto, permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que puede ser resueltas por actividades de promoción a la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación; y actualmente paliación.

Recomendación: Sugerencia de una acción ventajosa o benéfica que mejora la calidad o aprecio.

Religión: La religión se refiere a un sistema de creencias estructuradas que tratan aspectos espirituales a menudo con un código de comportamiento ético y una filosofía. Como aspecto central a la mayoría de las religiones se encuentra la creencia en -y la vinculación con- un dios o ser supremo, así como la esperanza en una salvación.

Regulación emocional: La regulación emocional es el proceso a través del cual los individuos modulan sus emociones y modifican su comportamiento para alcanzar metas, adaptarse al contexto o promover el bienestar tanto individual como social.

Servicios básicos de salud: Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria; puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.

Segundo nivel de atención: Se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. ⁽²⁷⁾

Tercer nivel de atención: Se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. ⁽²⁷⁾

Trascendencia: La trascendencia es, pues, la capacidad de expandir el ser, traspasando la percepción limitada de la realidad que nos ofrecen nuestros sentidos y teniendo una perspectiva más profunda y amplia de nuestro yo y nuestras circunstancias presentes, incluidas el sufrimiento y la muerte, capacidad que se deriva del sentimiento de la presencia del Ser Superior o de pertenencia a un Todo que nos supera y abarca.

Unidad de competencia: Es un aspecto o un elemento discreto, entre varios, que puede ser descrito y desagregado en los elementos de competencia, que puede ser reconocido y certificado.

ANEXO

ENFOQUE DE COMPETENCIAS

Un profesional es competente cuando dispone de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para ejercer la propia actividad laboral, resolviendo colaborativamente los diversos problemas que se presentan a fin de conseguir los objetivos que se plantean. ⁽¹⁾

En este sentido, el profesional de la salud y los equipos interdisciplinarios que ofrecen cuidados paliativos pediátricos requieren "saber actuar" para mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento asociado a la salud de las personas en edad pediátrica con condiciones limitantes o amenazantes para la vida y sus familias. Esto implica dinamizar las competencias personales y de grupo para aplicarlos en la acción práctica que el contexto específico le plantea con la finalidad mencionada. ⁽²⁾

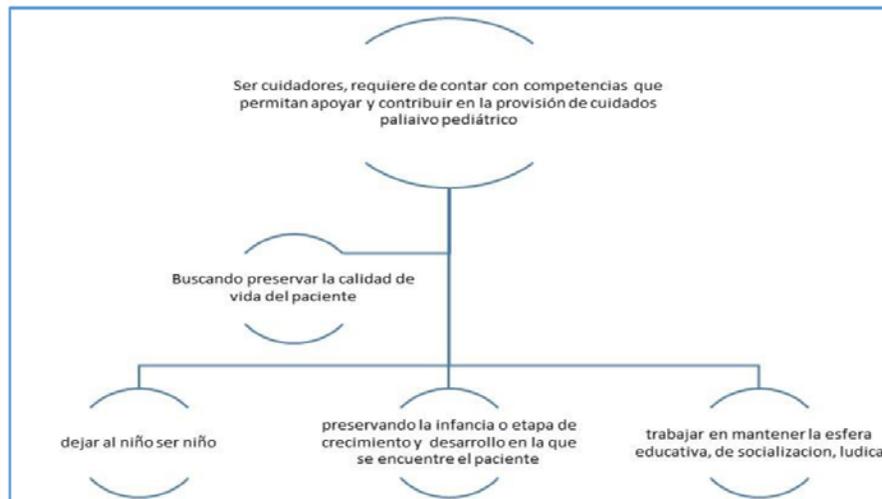
Una *competencia* es por tanto el conjunto de "atributos personales y (la) aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades", traduciéndose en la "capacidad de resolver problemas en un determinado contexto". ⁽³⁾

De manera descriptiva, una competencia consta de:

- **Los atributos personales** son características que pertenecen al sujeto y pueden ser rasgos que se poseen desde el nacimiento o que fueron adquiridos por formación. Estos incluyen: talento, motivación, comunicación, capacidades cognitivas, valores, inteligencia emocional, conocimientos (saber) y habilidades (saber hacer);
- **Las aptitudes demostradas** son las conductas observables dentro de un entorno real y se dividen en destrezas y habilidades aplicadas;
- **La capacidad para resolver problemas en cualquier contexto.** Esto incluye la capacidad de atender situaciones inesperadas y anticipar futuras complicaciones o incertidumbres haciendo uso de las competencias requeridas, disponibles y potenciales.

Por tanto, adquirir, fomentar y/o desarrollar competencias profesionales implica en que atentos a las necesidades cambiantes del contexto (en este caso la provisión de CPP) se gestione el aprendizaje para no solo sumar saberes sino articularlos e integrarlos para la acción. Es necesario que la acción educativa se centre no en la enseñanza y la transmisión de información sino en que el profesional sea agente de su propio aprendizaje.

Figura 1 Ser cuidador en CPP requiere:



Fuente: Diseño propio Beatriz Elena Dorsey Rivera, octubre 2021

En el Cuidado Paliativo Pediátrico es importante considerar el desarrollo de competencias universales, ya que además del personal de salud, participan en esta provisión de cuidados, entre otros, personas voluntarias, padres y familiares del paciente, personas de la comunidad, por lo que se hace necesario considerar lo que se requiere y muestra en la Figura 1

Estrategias para el desarrollo de competencias

En las tablas 1 y 2, se describen los ejes para la integración de competencias y las etapas para la gestión de su implementación.

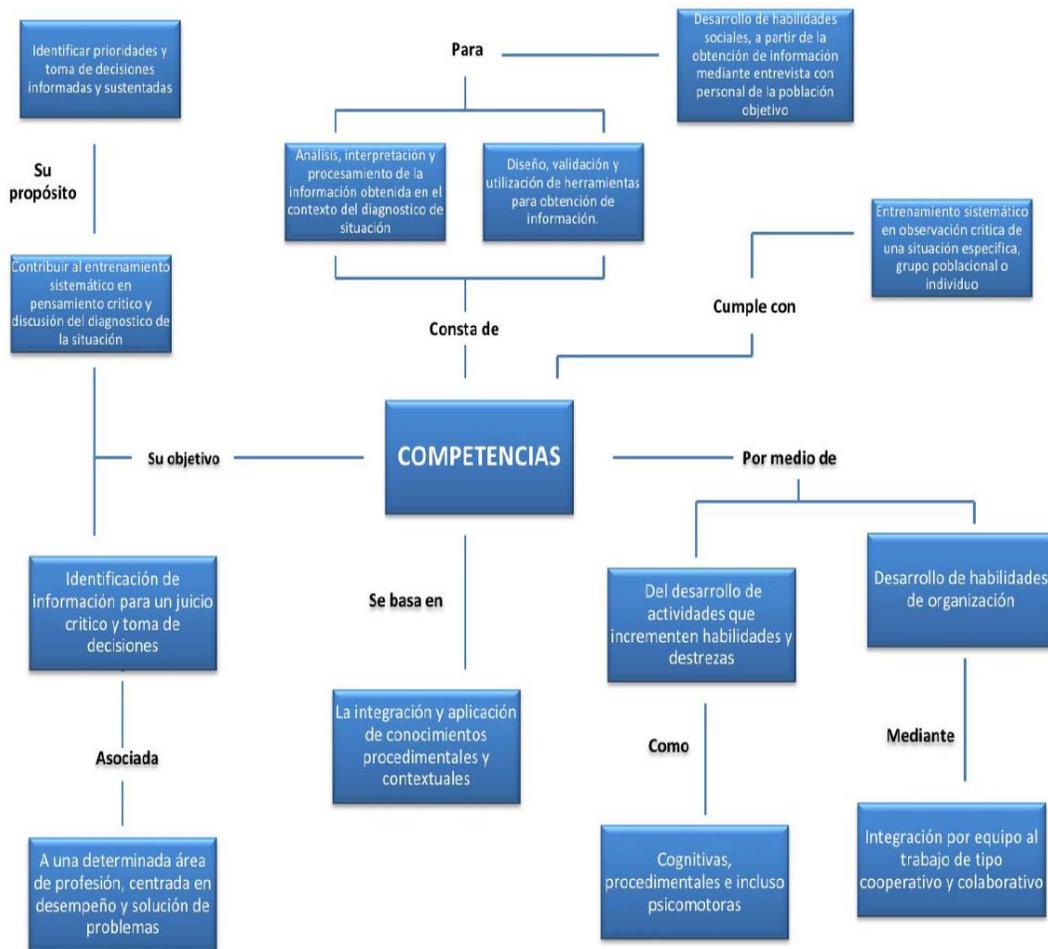
Tabla 1		
Ejes para la integración de un modelo basado en competencias		
EJE	ACCIONES A REALIZAR	RESULTADO ESPERADO
Diseño de modelos educativos basado en competencias Reorientación de actividades y posicionamiento de las estructuras de educación médica Implementación de mecanismos de reconversión funcional y selección de educandos Diseño del modelo académico administrativo para la gestión por competencias Diseño del modelo académico administrativo para la gestión por competencias	DISEÑO DE MODELOS EDUCATIVOS BASADOS EN COMPETENCIA A. Definir el perfil basados en competencias B. Elaborar un catálogo de competencias por categorías de personal: a. nucleares b. generales c. específicas d. de especialidad C. Implantar los modelos educativos basados en competencia en: a. Formación b. Capacitación c. Educación Continua	A. Modelo para definir competencias del personal que otorga los cuidados paliativos pediátricos B. Catálogo para cada categoría de personal de salud, entre otros: médicos/enfermeras generales, especialistas, paliativistas, psicólogos, trabajadores sociales... C. Programas educativos para la formación, capacitación y educación continua basados en competencia
	GESTION DE RECURSOS HUMANOS POR COMPETENCIA A. Diseño de procesos y procedimientos para el aprendizaje institucional B. Diseño de procesos y procedimientos para elevar el grado de competencia individual C. Desarrollo de indicadores para valorar el desempeño organizacional y el rendimiento individual D. Sistema para la selección, capacitación, evaluación del desempeño e incentivos E. Sistema de evaluación de competencias	A. Desarrollo de intervenciones educativas participativas B. Sistema de evaluación de la intervención educativa y C. Sistema de evaluación por competencias
	ESTRUCTURA DE LA EDUCACION CONTINUA A. Revisión de normatividad vigente B. Diseños de normas, lineamientos y procedimientos C. Definición de funciones y posición de los responsables de los cuidados paliativos pediátricos D. Establecer convenios interinstitucionales, intrasectoriales e intersectoriales E. Asignación de Recursos a. Personal b. Tecnológicos c. Financieros d. Materiales	A. Adecuación de las normas B. Posicionamiento del personal que otorga cuidados paliativos pediátricos C. Convenios institucionales para orientar la formación, la capacitación y la educación continua basada en competencias D. Gestión de recursos para la intervención educativa

Tabla 2			
Etapas para la gestión e implementación de un modelo basado en competencias			
ETAPA	DIRIGIDA A :	ACTIVIDAD	PRÓPOSITO
GESTIÓN	Secretarios de Salud o Directores de los Servicios de Salud	1. Comunicado oficial del proyecto 2. Envío de una carpeta con los siguientes documentos: > Proyecto > Estrategia Educativa 3. Reunión ejecutiva	> Comunicar intencionalidad y beneficios de la intervención > Solicitar apoyo a las actividades educativas
INDUCCIÓN A NIVEL ESTATAL	<ul style="list-style-type: none"> Responsables de enseñanza, calidad, programas de formación, capacitación y educación permanente Responsables de los cuidados paliativos 	1. Comunicado oficial del proyecto 2. Envío de una carpeta con los siguientes documentos: > Proyecto > Estrategia Educativa > herramientas educativas: boletines, guías, recomendaciones 3. Taller	> Desarrollar capacidades para emplear intervenciones educativas que promuevan el pensamiento crítico y la solución de problemas > Implantar y evaluar las estrategias educativas

INSTITUCIONALIZACIÓN INSTITUCIONALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Responsables de los cuidados paliativos Responsables de servicios clínicos, paraclínicos y otros 	<ol style="list-style-type: none"> Comunicado oficial del proyecto de colaboración Envío de una carpeta con los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> Proyecto Estrategia Educativa herramientas educativas: boletines, guías, recomendaciones Taller 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar capacidades para emplear intervenciones educativas que promuevan el pensamiento crítico y la solución de problemas Incorporar contenidos en programas operativos
	<ul style="list-style-type: none"> Personal de Salud que provee CPP Personal en formación Personal de equipos inter-profesionales 	<ol style="list-style-type: none"> Comunicado oficial del proyecto de colaboración Envío de una carpeta con los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> Proyecto Estrategia Educativa herramientas educativas: boletines, guías, recomendaciones Taller 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer las capacidades para mejorar el otorgamiento de cuidados paliativos en pediatría.

En la figura 2 se muestra un mapa, que presenta los elementos conceptuales para el desarrollo de competencias

Figura 2 Mapa conceptual: desarrollo de competencias



Fuente: Diseño propio Dávalos, M.L; Dorsey, B.E; Llamas, N; Osio, M; Ramos, J.A, Zúñiga, G. Octubre 2021

Al integrar estrategias para el desarrollo de competencias para la provisión del Cuidado Paliativo Pediátrico, **RECORDAR:**

Los **cuidados paliativos pediátricos** son una forma de **atención especializada, ofrecida por múltiples profesionales**, para aquellos niños y sus familias que afrontan enfermedades graves y crónicas que amenazan seriamente la vida.

Consisten en la **asistencia activa y total del cuerpo, la mente y el espíritu** del niño. Se centran en la **prevención y el alivio** de los síntomas, el dolor y el estrés, así como en el **apoyo a los aspectos psicológicos, espirituales y sociales** del paciente y su familia.

Los cuidados paliativos pediátricos garantizan el **respeto a su dignidad y el derecho a su autonomía**, mediante una **atención continuada e individualizada**. Los **objetivos** son poder satisfacer las necesidades físicas y emocionales del niño y mantener el «funcionamiento» familiar con la mayor normalidad posible, incluyendo servicios de **apoyo** a los hermanos y soporte (tiempos de descanso) a la familia. ⁽⁴⁾

Los niños tienen que seguir siendo niños, aun en su enfermedad y requieren ellos y su familia estar acompañados por su **“familia paliativa”** para contribuir en mejorar su atención, su satisfacción y su experiencia.

A lidiar con el estrés y la incertidumbre de las enfermedades agudas y crónicas, las lesiones, los traumas, las discapacidades, las pérdidas y el duelo. **Proporcionan intervenciones basadas en la evidencia**, apropiadas desde el punto de vista del desarrollo y psicológico, incluido el juego terapéutico, la preparación para los procedimientos y la educación para reducir el miedo, la ansiedad y el dolor. ⁽⁵⁾

1. Bunk, G. P. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento de profesionales de la RFA. *Revista Europea de Formación Profesional*, 1 (8-14).; Echeverría, B. (2002). Gestión de la Competencia de Acción Profesional. *Revista de Educación Educativa*; 20 (1): 7- 43.
2. Martínez-Clares, P., Martínez-Juárez, M y Muñoz-Cantero, J.M. (2008). Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia. *RELIEVE*, v. 14, n. 2, p. 1-23. http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2_1.htm
3. Informe UNE 66173 IN, Octubre 2003 “Los recursos humanos en un sistema de gestión de calidad. Gestión de las competencias. Documento Internet, 22 pp. Disponible en: <https://qualitasbiblo.files.wordpress.com/2013/01/une-66173-2003-gestic3b3n-de-las-competencias.pdf>
4. ¿Qué son los Cuidados Paliativos Pediátricos?. Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (PEDPAL) Página Web. Disponible en: <https://www.pedpal.es/site/quienes-somos/que-son-los-cuidados-paliativos-pediatricos/>
5. ¿Qué es un especialista certificado en vida infantil? Association of child Life Professionals. Página Web. Disponible en: <https://www.childlife.org/the-child-life-profession>

CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA

PROGRAMA Institucional 2022-2024 del Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.

Al margen un logotipo, que dice: Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.

Programa Institucional 2022-2024

Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.

PROGRAMA INSTITUCIONAL ENTIDADES SECTORIZADAS DERIVADO DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2019-2024

1.- Índice

- 1.- Índice
- 2.- Fundamento normativo de elaboración del Programa
- 3.- Siglas y acrónimos
- 4.- Origen de los recursos para la instrumentación del Programa
- 5.- Análisis del estado actual
- 6.- Objetivos prioritarios
 - 6.1.- Relevancia del Objetivo prioritario 1: Promover y aumentar a mediano plazo el número de proyectos inter, multi y transdisciplinarios para una mayor calidad en la investigación científica y el desarrollo tecnológico, atendiendo las áreas de interés de Salud, Energía, Seguridad Nacional y Agricultura, en beneficio de la población.
 - 6.2.- Relevancia del Objetivo prioritario 2: Aumentar la capacidad científica y tecnológica del alumnado para que contribuyan de manera más efectiva al desarrollo tecnológico y científico en el sector industrial del país.
 - 6.3.- Relevancia del Objetivo prioritario 3: Disminuir la dependencia tecnológica del sector industrial a través del desarrollo y vinculación de nuevas tecnologías en beneficio de las empresas del país.
 - 6.4.- Relevancia del Objetivo prioritario 4: Disminuir el analfabetismo científico mediante campañas de divulgación y medios de difusión en beneficio de la sociedad.
 - 6.5.- Vinculación de los Objetivos prioritarios del Programa Institucional 2022-2024 del CIO con el Programa Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021–2024.
- 7.- Estrategias prioritarias y Acciones puntuales
- 8.- Metas para el bienestar y Parámetros
- 9.- Epílogo: Visión hacia el futuro

2.- Fundamento normativo de elaboración del Programa

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 2º establece que la planeación deberá llevarse a cabo como un medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo equitativo, incluyente, integral, sustentable y sostenible del país, con perspectiva de interculturalidad y de género, y deberá tender a la consecución de los fines y objetivos políticos, sociales, culturales, ambientales y económicos contenidos en la Constitución, para ello, el Estado deberá promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte y que se encuentren relacionados con la temática del Programa Institucional 2022-2024 del Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.

En la misma Constitución se modificó el artículo 3º para incluir el derecho a gozar de los beneficios del desarrollo de la ciencia y la innovación tecnológica, reafirmó el compromiso del Estado Mexicano de apoyar la investigación humanista, científica y tecnológica y dotó al Congreso de facultades para emitir la legislación en la materia con bases generales de coordinación entre el gobierno federal, los gobiernos de las entidades federativas y los gobiernos de los municipios.

Atendiendo a lo anterior y con fundamento en la fracción II el artículo 17, de la Ley de Planeación que establece la obligación de este sujeto elaborar su programa institucional, atendiendo a las previsiones contenidas en el Programa Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021–2024, debidamente alineado al Plan Nacional de Desarrollo 2019–2024, se presenta el Programa Institucional 2021–2024 del Centro de Investigaciones en Óptica, A.C. entidad responsable de coordinar su publicación, ejecución y seguimiento.

El Centro de Investigaciones en Óptica, Asociación Civil (CIO), es una Asociación constituida mediante protocolización de fecha 18 de abril de 1980, en la ciudad de Guanajuato, Estado de Guanajuato. La Asociación cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propios, con autonomía de decisión técnica, operativa y administrativa.

Es una Entidad Paraestatal asimilada al régimen de las empresas de participación estatal mayoritaria a que se refiere la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y la Ley Federal de las Entidades Paraestatales. Cuenta con carácter de Centro Público de Investigación de acuerdo a lo establecido en el artículo 47 de la Ley de Ciencia y Tecnología y se encuentra presupuestalmente sectorizado dentro del ramo 38, bajo la coordinación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt).

3.- Siglas y acrónimos

Sigla/Acrónimo	Significado
APF	Administración Pública Federal
CENAM	Centro Nacional de Metrología
CIATEC	Centro de Innovación Aplicada en Tecnologías Competitivas, A.C.
CIATEQ	Centro de Tecnología Avanzada del Estado de Querétaro
CIDESI	Centro de Ingeniería y Desarrollo Industrial
CIDETEQ	Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Electroquímica S. C.
CIMAT	Centro de Investigaciones en Matemáticas
CIMAV	Centro de Investigaciones en Materiales Avanzados, S.C.
CIO	Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.
CIQA	Centro de Investigación en Química Aplicada
CITTA	Centro de Innovación y Transferencia Tecnológica de Aguascalientes para el sector Automotriz
COMIMSA	Corporación Mexicana de Investigación en Materiales, S.A. de C.V.
Conacyt	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CPI	Centros Públicos de Investigación
CTI	Ciencia, Tecnología e Innovación
DCO	Doctorado en Ciencias (Óptica)
EMA	Entidad Mexicana de Acreditación
ENES-UNAM	Escuela Nacional de Estudios Superiores – Universidad Nacional Autónoma de México
HCTI	Humanidades, Ciencia, Tecnología e Innovación
HRAEB	Hospital General de Alta Especialidad del Bajío
IDEA,Gto	Información, Desarrollo, Emprendimiento, Aceleración, Guanajuato
IDSEA	Instituto para el Desarrollo de la Sociedad del Estado de Aguascalientes
IEA	Instituto de Educación de Aguascalientes
IMPI	Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social

INAOE	Instituto Nacional de Astrofísica, Óptica y Electrónica
INFOTEC	Centro de Investigación e Innovación en Tecnologías de la Información y Comunicación
IPICYT	Instituto Potosino de Investigación Científica y Tecnológica, A.C.
MCO	Maestría en Ciencias (Óptica)
PECiTI 2021-2024	Programa Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2024
PENTA	Programa Estratégico Nacional de Tecnología e Innovación Abierta
PND 2019-2024	Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024
PNPC	Programa Nacional de Posgrados de Calidad
SICES	Secretaría de Innovación, Ciencia y Educación Superior
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SNI	Sistema Nacional de Investigadores
TIC	Tecnologías de la Información y de la Comunicación
TRL	<i>Technology Readiness Levels</i> (Nivel de madurez tecnológica)

4.- Origen de los recursos para la instrumentación del Programa

La totalidad de las acciones que se consideran en este Programa, incluyendo aquellas correspondientes a sus Objetivos prioritarios, Estrategias prioritarias y Acciones puntuales, así como las labores de coordinación interinstitucional para la instrumentación y operación de dichas acciones y el seguimiento y reporte de las mismas, se realizarán con cargo al presupuesto autorizado de los ejecutores de gasto participantes en el Programa, mientras éste tenga vigencia.

5.- Análisis del estado actual

Se presenta un análisis del estado actual del Centro de Investigaciones en Óptica, A. C. (CIO), dando a conocer el objeto de su existencia y las distintas situaciones que presenta cada una de sus áreas, así como las áreas de oportunidad que ofrece cada una de ellas, con la finalidad que en su solución se aporte a los principios rectores del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, a saber: Honradez y honestidad; No al gobierno rico con pueblo pobre; Al margen de la ley, nada; por encima de la ley, nadie; Economía para el bienestar; El mercado no sustituye al Estado; Por el bien de todos, primero los pobres; No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera; No puede haber paz sin justicia; El respeto al derecho ajeno es la paz; No más migración por hambre o por violencia; Democracia significa el poder del pueblo; Ética, libertad, confianza.

Tomando en cuenta estos principios rectores, así como en alineación del principio rector **“Economía para el bienestar”**, el Programa Institucional del Centro de Investigaciones en Óptica, A.C. pretende impactar en el bienestar de las y los mexicanos, a través del avance en la frontera de la ciencia, el desarrollo de nuevas tecnologías, el incremento de cuadros académicos de nivel posgrado, así como de la difusión y divulgación de la ciencia y la tecnología en la sociedad inmediata.

El Centro de Investigaciones en Óptica, A. C., es uno de los 26 Centros Públicos de Investigación coordinados por el Conacyt. Su objeto se define en su Instrumento Jurídico de Creación y su Manual de Operación, que consiste en realizar actividades de investigación básica y aplicada en el área de la óptica y disciplinas afines, formación de recursos humanos, orientar la investigación, desarrollo, innovación y transferencia tecnológica hacia la modernización de los procesos productivos y su impacto social, difundir y publicar información técnica y científica de los desarrollos propios; todos ellos orientados hacia la solución de problemas nacionales, regionales y locales del país.

El **Objetivo prioritario 1** del Programa Institucional es: **“Promover y aumentar a mediano plazo el número de proyectos inter, multi y transdisciplinarios para una mayor calidad en la investigación científica y el desarrollo tecnológico, atendiendo las áreas de interés de Salud, Energía, Seguridad Nacional y Agricultura, en beneficio de la población”**, a través del desarrollo de proyectos de investigación con financiamiento externo e interinstitucionales preferentemente, de conformidad con el principio rector **“Por el bien de todos, primero los pobres”** se privilegiarán aquellos trabajos que incidan en el beneficio de la población.

Durante mucho tiempo, debido a que las reglas del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) han privilegiado el trabajo individual, lo que ocasionó la publicación de artículos como último fin. Esto ha resultado en que muchos proyectos prometedores no sean desarrollados hasta su máximo potencial, lo que en sí constituye un uso ineficiente de recursos públicos ya que el impacto en la creación de bienestar para la población es muy limitado. Hay casos en que a partir de artículos de investigación publicados se transfiere el conocimiento y éste es aprovechado para generar valor; el problema es que este conocimiento es utilizado principalmente por entidades y organizaciones extranjeras, sin que exista algún tipo de retorno de la inversión que les dio origen.

El Programa Institucional establece líneas de acción para la promoción y el aumento a mediano plazo del número de proyectos (inter, multi y transdisciplinarios) que garanticen espacios de colaboración cuyos resultados contribuyan al crecimiento, la reactivación económica y el empleo en concordancia con el principio rector **4 del PND 2019-2024, Economía para el bienestar**.

Por otro lado, para la consecución de dicho objetivo prioritario es necesario establecer políticas claras de acceso a toda la infraestructura del CIO, dado que es muy común que algunos investigadores consideren los equipos a su cargo como propios, dificultando el acceso a éstos y por ende a una colaboración efectiva. Se deben elaborar normas claras sobre el uso de la infraestructura del CIO, evitando así, además situaciones como la adquisición de equipo similar en distintos laboratorios deben minimizarse, lo cual abonará al cumplimiento de los principios de austeridad y eficiencia en el gasto, teniendo siempre presentes los principios rectores de **“honradez y honestidad, al margen de la ley nada, por encima de la ley nadie; economía para el bienestar”**.

En el contexto de Ciencia y Tecnología dentro del Eje 3 Economía del PND 2019-2024 que a la letra dice “El gobierno federal promoverá la investigación científica y tecnológica; apoyará a estudiantes y académicos con becas y otros estímulos en bien del conocimiento. El Conacyt coordinará el Plan Nacional para la Innovación en beneficio de la sociedad y del desarrollo nacional con la participación de universidades, pueblos, científicos y empresas.”; el CIO contribuye al ofrecer tres programas de posgrado propios, el Doctorado y la Maestría en Ciencia (Óptica), los cuales son de Competencia Internacional, y la Maestría en Opto mecatrónica que cuenta con nivel de Consolidado. Los tres son programas de titulación dual, los dos primeros en colaboración con la *University of Dayton* (U. Dayton, USA), y el último en colaboración con la *Université Bourgogne-Franche-Comté* (UBFC, Francia).

Adicionalmente, participamos en dos Programas de posgrado Interinstitucionales en Ciencia y Tecnología (PICYT) uno de Maestría y otro de Doctorado, los cuales tienen los niveles de Consolidado y Reciente Creación, respectivamente. Estamos convencidos que es necesario continuar gestionando recursos para institucionalizar los programas duales, mismos que deben ser ampliados a otras latitudes como China; esto traerá beneficios económicos al país porque se abren esquemas de colaboración que van de lo académico a lo tecnológico.

La mayoría de nuestros egresados trabaja en instituciones de educación superior y centros públicos de investigación. La problemática que se ha identificado es el bajo porcentaje de egresados de los programas de posgrado que trabajan en el sector productivo del país. Por lo que el **Objetivo prioritario 2** del Programa Institucional es: **“Aumentar la capacidad científica y tecnológica del alumnado para que contribuyan de manera más efectiva al desarrollo tecnológico y científico en el sector industrial del país”**. Acorde con el **principio rector 4 del PND 2019-2024, Economía para el bienestar**. Las líneas de acción asociadas a este objetivo prioritario buscan, además, ampliar la cobertura de los procesos de ingreso a los programas de posgrado de manera que se garantice la inclusión de grupos subrepresentados, realizando acciones que motiven a los jóvenes hacia temas de ciencia, observando el principio rector de **“No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie afuera”**.

Es importante reconocer que una de las principales problemáticas del sector industrial es la alta dependencia tecnológica del extranjero. Es decir que gran parte de sus procesos dependen de tecnologías generadas en el extranjero, así como recursos humanos especializados. El **Objetivo prioritario 3** que se plantean en el Programa Institucional es precisamente **“Disminuir la dependencia tecnológica del sector industrial a través del desarrollo y vinculación de nuevas tecnologías, propias, en beneficio de las empresas del país”**. Además de contribuir al fortalecimiento del sector productivo, la transferencia tecnológica permitirá la captación de recursos propios.

En el CIO se fomentan 5 modalidades para transferir tecnología: El desarrollo de proyectos de base tecnológica, la proveeduría de servicios tecnológicos, la impartición de programas de capacitación, el licenciamiento de productos de propiedad intelectual y la organización de congresos. Atendiendo a los principios rectores **“No al gobierno rico con pueblo pobre”**, así como **“Por el bien de todos primero los pobres”** las líneas de acción que se establecen en este Programa buscan el desarrollo de equipos de trabajo y cursos de capacitación con el fin de mejorar las posiciones de la planta operativa en las empresas del país.

Buscando impulsar las vocaciones científicas desde el nivel educativo básico y procurando que todos los jóvenes tengan las mismas oportunidades para formarse en los campos de la ciencia y la tecnología se plantea como **Objetivo prioritario 4: “Disminuir el analfabetismo científico mediante campañas de divulgación y medios de difusión en beneficio de la sociedad.”**

Las líneas de acción establecidas pretenden atender de forma masiva a las infancias y las juventudes, manteniendo el enlace directo con diversas instituciones educativas, teniendo como objetivo el impactar en la creación de vocaciones científicas y tecnológicas, adaptando a las nuevas tendencias educativas, científicas, divulgativas y culturales que emergen a través de nuevos medios, como en plataformas de internet, pues son medios de comunicación que han probado tener un impacto social masivo.

La creación de vocaciones científicas es prioridad de esta administración, principalmente incentivando a niños, niñas y jóvenes con dificultades para continuar estudios universitarios, en atención al principio rector **“No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie afuera”**. Es imperativo establecer un sistema de atención para las diversas instituciones de desarrollo social que se encuentran en áreas desfavorecidas del municipio con actividades periódicas enfocadas en motivar y encaminar a los más jóvenes a mantener un vínculo con el conocimiento científico, pero con el enfoque **“Culturas para la paz”**. Incentivando al uso de la ciencia y la tecnología en su comunidad, pero con beneficios directos y cercanos a su realidad social.

Cerramos este análisis, mencionando que la actual Administración del CIO, Gestión 2019-2024, a cargo del Dr. Rafael Espinosa Luna como su Director General, ha puesto en práctica el Plan de Trabajo Institucional propuesto en su momento, como Aspirante a ocupar dicho cargo, desde el primer día de su designación. Que tenemos excelentes relaciones colaborativas con nuestra cabeza de sector, Conacyt, con instituciones de educación superior como la ENES-UNAM, Universidades de Guanajuato, de la Salle, Iberoamericana, Autónoma de Aguascalientes, así como con el IDSCEA, IEA, IDEA Gto, las autoridades municipales y gubernamentales de Aguascalientes y León, con el Gobierno Federal y las Comisiones de Ciencia y Tecnología del Senado de la República y de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Cámara de Diputados, que han tenido la gentileza de invitarnos a participar en Mesas Abiertas de Trabajo.

6.- Objetivos prioritarios

El CIO tendrá una participación relevante en el logro de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, así como en el logro de los objetivos del Programa Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2024 a través de los siguientes objetivos prioritarios.

Objetivos prioritarios del Programa Institucional 2022-2024 del Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.
1.- Promover y aumentar a mediano plazo el número de proyectos inter, multi y transdisciplinarios para una mayor calidad en la investigación científica y el desarrollo tecnológico, atendiendo las áreas de interés de Salud, Energía, Seguridad Nacional y Agricultura, en beneficio de la población.
2.- Aumentar la capacidad científica y tecnológica del alumnado para que contribuyan de manera más efectiva al desarrollo tecnológico y científico en el sector industrial del país.
3.- Disminuir la dependencia tecnológica del sector industrial a través del desarrollo y vinculación de nuevas tecnologías en beneficio de las empresas del país.
4.- Disminuir el analfabetismo científico mediante campañas de divulgación y medios de difusión en beneficio de la sociedad.

6.1.- Relevancia del Objetivo prioritario 1: Promover y aumentar a mediano plazo el número de proyectos inter, multi y transdisciplinarios para una mayor calidad en la investigación científica y el desarrollo tecnológico, atendiendo las áreas de interés de Salud, Energía, Seguridad Nacional y Agricultura, en beneficio de la población.

El CIO tiene una amplia trayectoria científica, conformado por personal de investigación especializado en las diferentes áreas de la óptica y la fotónica: Metrología óptica, fibras ópticas, instrumentación óptica, óptica cuántica, óptica no lineal, síntesis de materiales ópticos, nanotecnología, inteligencia artificial y robótica. La calidad de la investigación realizada en las áreas referidas se refleja principalmente en publicaciones en revistas especializadas e indexadas de alto impacto.

Es necesario que los productos derivados de la investigación tengan un mayor impacto en el desarrollo social y económico en el entorno local, estatal y nacional. Para esto es necesario reforzar la visión donde, por ejemplo, el artículo es un producto derivado de proyectos enfocados en resolver problemáticas que abonen al bienestar de la población en general, y no que sea la publicación de artículos el objetivo de los proyectos. Con esta visión se elimina el enfoque cortoplacista de la investigación que, junto con el fomento al trabajo colaborativo, debe resultar en productos de mayor beneficio para el bienestar del país.

Por otro lado, es importante resaltar que a lo largo de toda la vida del CIO ha habido ejemplos muy exitosos de colaboración interdisciplinaria, multidisciplinaria e inclusive transdisciplinaria, los cuales en general se han traducido en ejemplos de productividad muy alta de los investigadores participantes. Es necesario que esta forma de trabajo sea la regla en el CIO, pues es la forma más natural de que la investigación básica y aplicada esté en la frontera del conocimiento, y por ende su potencialidad para abonar al beneficio social aumentará considerablemente, ya sea en la generación de conocimiento de calidad o en el desarrollo tecnológico.

Como una forma de resolver algunas de estas problemáticas, al menos en el CIO, se crearon Jefaturas de Departamento, para alinearse a los objetivos prioritarios del Programa Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación (PECiTI 2021-2024) como: 2. Alcanzar una mayor independencia científica y tecnológica y posiciones de liderazgo mundial, 3. Articular a los sectores científico, público, privado y social en la producción de conocimiento, así como 4. Articular las capacidades de CTI asegurando que el conocimiento científico se traduzca en soluciones sustentables. La idea recae en la formación de grupos multidisciplinarios e interinstitucionales en los que además de resolver problemas de común interés, los laboratorios y equipos deben estar disponibles para toda la comunidad científica, y así potenciar que los resultados se obtengan en el menor tiempo posible.

Es importante resaltar que en el CIO se ha procurado la adquisición de equipo científico y tecnología de punta, lo que da un plus a la realización de proyectos estratégicos de gran alcance e impacto social y económico, además es necesario que estos proyectos sean pertinentes y del interés de la sociedad.

La estrategia de grupos de trabajo en proyectos de impacto social y económico busca implementar la colaboración efectiva, alineado de forma muy clara al subtema de “Ciencia y Tecnología” dentro del Eje 3 Economía del PND 2019-2024, entre otras en la detonación del crecimiento, así como la reactivación económica en el mercado interno y el empleo.

El grado de cumplimiento de este objetivo prioritario estará directamente relacionado con el número de proyectos activos durante los periodos de revisión y también por la calidad de las publicaciones pues como ya se mencionó anteriormente, el trabajo colaborativo potencia la calidad e impacto de los productos de la investigación.

Se buscarán los mecanismos adecuados para que las actividades sustantivas del CIO giren alrededor de los principios rectores de honradez y honestidad; al margen de la ley nada, por encima de la ley nadie; economía para el bienestar; no dejar a nadie atrás, no dejar a nadie afuera; ética, libertad y confianza, creando ciencia y tecnología que contribuyan al bienestar social y económico de nuestro país. Todo esto requiere la articulación de diferentes instituciones, en los diferentes ámbitos de la ciencia y en los diferentes sectores que intervienen en el desarrollo de nuestra sociedad, apuntando en una dirección común.

6.2.- Relevancia del Objetivo prioritario 2: Aumentar la capacidad científica y tecnológica del alumnado para que contribuyan de manera más efectiva al desarrollo tecnológico y científico en el sector industrial del país.

Los estudios de posgrado de nuestro país tradicionalmente han sido réplicas de programas importados de otros países, los primeros maestros y doctores en ciencias fueron formados en el extranjero hace apenas medio siglo. Incluso nuestro sistema educativo en ciencia y tecnología ha estado basado en necesidades de los países en donde se formaron profesionalmente. México, como país con un atraso científico-tecnológico importante, sólo se ha limitado a imitar lo que se hace en países desarrollados y muy pocas ocasiones ha basado sus programas de posgrados en las necesidades particulares del sector industrial del país.

Aunque se han realizado varios esfuerzos para formar científicos-tecnólogos que sean capaces de resolver problemas nacionales, nuestra tradición como nación maquiladora, ha formado personal altamente especializado basado en necesidades externas que ha sido asimilado por la industria maquiladora para desarrollar trabajo administrativo o técnico de bajo nivel. Pocos recursos humanos innovadores con inventiva, con capacidad para mejorar procesos, para generar riqueza a través de propiedad intelectual han sido asimilados por el país. Tradicionalmente los mejores talentos emigran a otros países o se asimilan en la academia.

En este sentido, debido a los cambios y a las necesidades de la nueva política del gobierno actual, se ve necesario un cambio en los paradigmas educativos que nos permitan formar recursos humanos con capacidad creativa e innovadora a fin de transitar hacia una independencia científico-tecnológica por parte de las empresas productivas.

De alcanzarse lo anterior, estaremos transitando hacia un país desarrollado, con impactos importantes en el desarrollo de nuestra sociedad, en la economía de nuestro país, y con un liderazgo científico-tecnológico de talla mundial. Cabe destacar que personas con una buena formación contribuirán a formar a otras generaciones y su bienestar se traducirá en bienestar para su entorno y, por lo tanto, para toda la sociedad en general.

De esta manera, tendremos como objetivo prioritario mejorar la calidad y pertinencia de nuestros posgrados, así como reforzar la internacionalización de los mismos para tener presencia mundial. Debemos dar prioridad a los sectores marginados de nuestra sociedad.

Las líneas de acción propuestas descansan sobre la base de los principios rectores del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 como son los siguientes: No dejar a nadie atrás y no dejar a nadie fuera, por nuestra naturaleza educativa incluyente lo hemos venido cumpliendo, la mayoría de nuestros estudiantes provienen de instituciones públicas y lo seguiremos mejorando; en relación a equidad de género, nuestras estudiantes representan ya el 25% de la población estudiantil con una tendencia a aumentar su número.

6.3.- Relevancia del Objetivo prioritario 3: Disminuir la dependencia tecnológica del sector industrial a través del desarrollo y vinculación de nuevas tecnologías en beneficio de las empresas del país.

Origen. El nivel de inversión en tecnología por parte de los sectores gubernamental y privado ha sido relativamente bajo y casi inexistente desde el sector privado, en las últimas décadas. Esto ha derivado en un atraso en el desarrollo de tecnología propia, sin precedentes. Este tipo de comportamiento nacional fue propiciado por la obtención rápida de ganancias por parte de las empresas: los resultados que se dan por invertir en tecnología son de largo plazo. Aunado a esto, había connivencia entre autoridades y empresas trasnacionales con el objetivo de conservar y aumentar la dependencia tecnológica del país. Por ejemplo, la industria maquiladora establecida en la frontera norte del país sólo crea empleos raquíticos que no aporta al desarrollo tecnológico, un caso especial relacionado con esto es China, donde a ese tipo de empresas se les exige la capacitación del personal, de tal forma que, si las empresas dejan el país, la cadena de producción no se ve afectada. Existen numerosos ejemplos de la connivencia anteriormente mencionada: en el sector energético, en minas, en ferrocarriles, la banca, en el sector automotriz, entre otros.

Importancia del objetivo. Invertir en tecnología propia y tener la capacidad para transferir conocimiento al sector industrial del país permite que las empresas puedan competir en un entorno cada vez más globalizado, brindándoles herramientas para que subsistan y no cierren, a diferencia de lo que pasó, por ejemplo, con la industria de curtido de piel y fabricación de calzado en León, Gto. Todo esto contribuye, en primer lugar, a fomentar la independencia tecnológica del país y en segundo lugar a impulsar la competitividad de la economía nacional. Una alternativa eficaz para llevar beneficios palpables a la población es estimular el fortalecimiento y la consolidación de las capacidades de la infraestructura tecnológica y la adquisición de conocimiento aplicado (por ejemplo, con la apertura de más programas de estudio orientados a ingeniería y no tanto a administración).

En el CIO estamos contribuyendo a este objetivo prioritario, a través de la transferencia tecnológica hacia el sector productivo, ya sea privado o público. Esta transferencia se realiza por medio de la asesoría y propuestas de soluciones tecnológicas, lo cual se basa en actividades que resulten en alto valor agregado para cualquier tipo de empresa. Estas actividades, en el Centro, se refieren al desarrollo de proyectos, proveduría de servicios, capacitación y protección intelectual. Estos mecanismos permiten que las empresas puedan tener acceso a equipos y técnicas de la frontera del conocimiento, de tal forma, que esto reditúa en mejores procesos y productos, lo que al final de cuentas se refleja en la conservación y generación de empleos impulsando el incremento sostenido de la productividad y la competitividad de la economía nacional.

La capacitación se puede extender a los sectores más vulnerables de la población, a través del ofrecimiento de capacitaciones básicas a personas que por distintos factores no tuvieron acceso a niveles altos de educación, y con ello tengan la oportunidad de acceder a alguna alternativa de oficio. Con este tipo de iniciativas se podrá contribuir al principio rector de no dejar a nadie atrás no dejar a nadie afuera. Para todo esto, es necesario contar con el apoyo institucional para el desarrollo o adquisición de equipos de tecnología de punta, lo cual es esencial para poder brindar las mejores soluciones tecnológicas.

Finalmente, incrementar los activos de propiedad intelectual del Centro representa una alternativa para el resguardo de los productos derivados de la actividad inventiva del personal del Centro. El rezago del país en cuanto a protección inventiva es enorme, de los más bajos del mundo. Es importante señalar que los productos de propiedad intelectual tienen el potencial de convertirse en una fuente de recursos económicos a través del licenciamiento y comercialización de los mismos. Estos recursos económicos pueden convertirse en un factor que bien pudiera incidir en la sostenibilidad económica del Centro, con ello contribuyendo a la disciplina fiscal.

En resumen, en este caso el principio rector **“No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie afuera”** es el impulso de un modelo de desarrollo con inclusión e igualdad, sustentable y sensible a las diferencias económicas.

6.4.- Relevancia del Objetivo prioritario 4: Disminuir el analfabetismo científico mediante campañas de divulgación y medios de difusión en beneficio de la sociedad.

En anteriores administraciones el enfoque se mantuvo en atender masivamente a la población infantil y adolescente donde el Convenio de Asignación por Resultados (indicadores CAR) mostraba un alto número de personas beneficiadas por los servicios de divulgación del CIO, sin embargo, en la búsqueda de aumentar los números estratosféricamente, la falta de estrategia y visión para asegurar las vocaciones científicas de la localidad mediante acciones concretas con seguimiento de desarrollo fueron la debilidad de las estrategias anteriores.

La disponibilidad de medios digitales permite ampliar el rango de cobertura de las actividades de divulgación por lo cual, en conjunto con la oficina de comunicación, se han creado contenidos de carácter científico para las redes sociales, donde se divulgan conceptos y los desarrollos científicos del CIO a través de videos, publicaciones, infografías y demás material gráfico.

La creación de vocaciones científicas es prioridad de esta administración, principalmente incentivando a la población adolescente con dificultades para continuar estudios universitarios y propiciando que mantengan un vínculo con el conocimiento científico con un enfoque de **“Cultura para la Paz”**. Actividades como asesorías, orientación, conferencias y talleres a estudiantes y profesores ayudan a crear un ambiente de innovación y curiosidad por la ciencia y la tecnología.

En la búsqueda del efecto multiplicador, aprovecharemos el programa **“Jóvenes construyendo el futuro”** para capacitar y emplear jóvenes universitarios y de preparatoria con perfil en las ciencias exactas para llevar a cabo actividades de divulgación de la ciencia en escuelas primarias, secundarias y centros gerontológicos de atención a adultos mayores. Por otro lado, se tiene proyectado para el periodo 2022-2024 incrementar la colaboración de los estudiantes de posgrado en cuanto a actividades de divulgación de la ciencia, en el entendido que aún se están formando como investigadores, es un momento crucial para motivarlos a comunicar adecuadamente su profesión en beneficio de la sociedad en general.

La forma en la que se medirá el cumplimiento de este objetivo prioritario es a través del número de actividades de divulgación y del número de personas que participaron. Se espera mantener un creciente número de población participante en estas actividades.

6.5.- Vinculación de los Objetivos prioritarios del Programa Institucional 2022-2024 del CIO con el Programa Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2024.

Objetivos prioritarios del Programa Institucional 2022-2024 DEL CIO	Objetivos prioritarios del Programa Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2024
<p>1.- Promover y aumentar a mediano plazo el número de proyectos inter, multi y transdisciplinarios para una mayor calidad en la investigación científica y el desarrollo tecnológico, atendiendo las áreas de interés de Salud, Energía, Seguridad Nacional y Agricultura, en beneficio de la población.</p>	<p>2.- Alcanzar una mayor independencia científica y tecnológica y posiciones de liderazgo mundial, a través del fortalecimiento y la consolidación tanto de las capacidades para generar conocimientos científicos de frontera, como de la infraestructura científica y tecnológica, en beneficio de la población.</p> <p>3.- Articular a los sectores científico, público, privado y social en la producción de conocimiento humanístico, científico y tecnológico, para solucionar problemas prioritarios del país con una visión multidisciplinaria, multisectorial, de sistemas complejos y de bioseguridad integral.</p>

	4.- Articular las capacidades de CTI asegurando que el conocimiento científico se traduzca en soluciones sustentables a través del desarrollo tecnológico e innovación fomentando la independencia tecnológica en favor del beneficio social, el cuidado ambiental, la riqueza biocultural y los bienes comunes.
2.- Aumentar la capacidad científica y tecnológica del alumnado para que contribuyan de manera más efectiva al desarrollo tecnológico y científico en el sector industrial del país.	<p>2.- Alcanzar una mayor independencia científica y tecnológica y posiciones de liderazgo mundial, a través del fortalecimiento y la consolidación tanto de las capacidades para generar conocimientos científicos de frontera, como de la infraestructura científica y tecnológica, en beneficio de la población.</p> <p>3.- Articular a los sectores científico, público, privado y social en la producción de conocimiento humanístico, científico y tecnológico, para solucionar problemas prioritarios del país con una visión multidisciplinaria, multisectorial, de sistemas complejos y de bioseguridad integral.</p> <p>5.- Garantizar los mecanismos de acceso universal al conocimiento científico, tecnológico y humanístico y sus beneficios, a todos los sectores de la población, particularmente a los grupos subrepresentados como base del bienestar social.</p>
3.- Disminuir la dependencia tecnológica del sector industrial a través del desarrollo y vinculación de nuevas tecnologías en beneficio de las empresas del país.	<p>2.- Alcanzar una mayor independencia científica y tecnológica y posiciones de liderazgo nacional a través del fortalecimiento y la consolidación tanto de las capacidades para generar conocimientos científicos de frontera, como de la infraestructura científica y tecnológica, en beneficio de la población.</p> <p>4.- Articular las capacidades de CTI asegurando que el conocimiento científico se traduzca en soluciones sustentables a través del desarrollo tecnológico e innovación fomentando la independencia tecnológica en favor del beneficio social, el cuidado ambiental, la riqueza biocultural y los bienes comunes.</p>
4.- Disminuir el analfabetismo científico mediante campañas de divulgación y medios de difusión en beneficio de la sociedad.	5.- Garantizar los mecanismos de acceso universal al conocimiento científico, tecnológico y humanístico y sus beneficios, a todos los sectores de la población, particularmente a los grupos subrepresentados como base del bienestar social.

7.- Estrategias prioritarias y Acciones puntuales

Objetivo prioritario 1.- Promover y aumentar a mediano plazo el número de proyectos inter, multi y transdisciplinarios para una mayor calidad en la investigación científica y el desarrollo tecnológico, atendiendo las áreas de interés de Salud, Energía, Seguridad Nacional y Agricultura, en beneficio de la población.

Estrategia prioritaria 1.1.- Fomentar el trabajo interdisciplinario entre el personal científico y tecnológico involucrado en trabajo de investigación y desarrollo tecnológico en temas de Salud, Energía, Seguridad Nacional y Agricultura (temas de interés) para resolver problemas prioritarios en la materia.

Acciones puntuales

1.1.1.- Realizar un análisis de las fortalezas actuales en conocimiento, infraestructura, grado de interdiscipliniedad y capital humano en los temas de interés, descritos en la estrategia, mediante la identificación de los resultados más relevantes obtenidos, particularmente en publicaciones.

1.1.2.- Determinar los problemas prioritarios a atacar, las necesidades de financiamiento y soporte institucional, todo esto basándose en los análisis realizados y en la consulta a los actores involucrados.

1.1.3.- Diseñar proyectos en los temas de interés con el fin de potenciar los resultados, buscando la generación de conocimiento nuevo y la solución de problemas prioritarios y emergentes en beneficio del país.

1.1.4.- Procurar el trabajo interdisciplinario a través del establecimiento de espacios comunes, tesis codirigidas e interdisciplinarias, reuniones, seminarios y simposios sobre proyectos de investigación en los temas de interés.

1.1.5.- Realizar una evaluación semestral de los programas de investigación en los temas de interés a través de la revisión de la diversidad y calidad de las revistas en las que se publica a fin de reorientar los esfuerzos del personal científico de la institución.

1.1.6.- Realizar una evaluación semestral del grado de integración de conocimiento, así como del posible impacto en la solución de problemas regionales para determinar la pertinencia de los trabajos y su contribución al bienestar social.

Estrategia prioritaria 1.2.- Fomentar la vinculación con otros Centros Públicos de Investigación, Universidades Públicas y Privadas para realizar programas y proyectos multi y transdisciplinarios en temas de interés nacional para el avance de la ciencia y el bienestar social.

Acciones puntuales

1.2.1.- Realizar convenios de colaboración generales y específicos con otras instituciones para elaborar programas y proyectos enfocados a la solución de problemas en áreas prioritarias.

1.2.2.- Determinar los problemas de interés común y plantear programas y proyectos conjuntos tomando como base los análisis realizados y la consulta con los actores involucrados.

1.2.3.- Procurar el trabajo inter, multi y transdisciplinario a través del establecimiento de espacios comunes, tesis codirigidas, reuniones, seminarios y simposios periódicos sobre el programa o proyecto de investigación particular.

1.2.4.- Realizar una evaluación semestral de los resultados del programa de investigación inter, multi y transdisciplinario, del grado de integración, la generación de nuevos campos del conocimiento y su beneficio social.

Objetivo prioritario 2.- Aumentar la capacidad científica y tecnológica del alumnado para que contribuyan de manera más efectiva al desarrollo tecnológico y científico en el sector industrial del país.

Estrategia prioritaria 2.1.- Mejorar la calidad académica de nuestros egresados para fortalecer la ciencia y la tecnología.

Acciones puntuales

2.1.1.- Organizar las presentaciones de anteproyectos de tesis ante un comité de su Área de especialización, para evaluación y análisis de pertinencia.

2.1.2.- Implementar un sistema de tutorías de nuestros estudiantes para mejorar su formación integral que les permita tener un mejor rendimiento académico.

2.1.3.- Actualizar lineamientos de Posgrado de manera anual y agregar derechos y obligaciones de los estudiantes y de sus asesores.

2.1.4.- Incrementar la difusión de los posgrados del Centro para que la comunidad universitaria nos conozca y considere ingresar a nuestros programas de posgrado.

2.1.5.- Ofrecer cursos cortos complementarios para ampliar la formación de nuestros estudiantes, enfocado a crear aquellas habilidades y recursos técnicos que les demanda el mercado laboral, no limitado al sector académico, sino incluyendo los sectores productivos, empresariales e industriales.

2.1.6.- Actualizar Planes de Estudios de los tres programas de posgrado propios, de manera anual, tomando en cuenta las sugerencias, opiniones y críticas por parte de nuestro alumnado, así como por los estudios de mercado que se requieran.

2.1.7.- Actualizar la organización interna, por ser ya obsoleta y descartar el criterio de asignación de cursos fijos al profesorado, con el objetivo que sean aquellos mejor calificados quienes impartan cursos.

2.1.8.- Cambiar la organización de la adscripción del profesorado, por la organización basada en las áreas de: Atención a Problemas Nacionales; Consolidación y Desarrollo de Nuevas Tecnologías; y Ciencia Básica y de Frontera.

2.1.9.- Fortalecer el criterio de elaboración de trabajos de tesis, a nivel Maestría y Doctorado, dado que ello desarrolla capacidades competitivas respecto a lo ofertado por otros programas de posgrado.

2.1.10.- Revisar el proceso de admisión para que los estudiantes interesados sean debidamente seleccionados y con ello favorecer el incremento de la eficiencia terminal.

Estrategia prioritaria 2.2.- Fortalecer la colaboración internacional de nuestros estudiantes para posicionar al país como potencia científica-tecnológica.

Acciones puntuales

2.2.1.- Revisar el proceso de incorporación de los estudiantes a los posgrados de doble titulación con la finalidad de que su registro al mismo se dé en tiempo y forma.

2.2.2.- Solicitar a diferentes instancias Becas de Movilidad Académica para que nuestros estudiantes realicen actividades académicas en el extranjero.

2.2.3.- Firmar convenios interinstitucionales, nacionales y con el extranjero, en donde sea posible el intercambio de estudiantes y profesores.

2.2.4.- Verificar la originalidad de las tesis del alumnado en el CIO utilizando software especializado para evitar el plagio.

2.2.5.- Actualizar el Manual de Buenas Prácticas para el desarrollo de proyectos de investigación de estudiantes de posgrado del CIO para que puedan escoger adecuadamente proyecto y director de tesis.

Estrategia prioritaria 2.3.- Atender la pertinencia en la formación de nuestros estudiantes para que contribuyan a la solución de problemas prioritarios del país.

Acciones puntuales

2.3.1.- Consolidar el programa de seguimiento de egresados de nuestros programas de posgrado a través de bases de datos de manera que se actualice constantemente y con ello se puedan realizar estudios de pertinencia e impacto de los programas de estudio.

2.3.2 Realizar estudios de mercado que permitan adecuar nuestros programas de posgrado al entorno científico tecnológico, que permitan además a las necesidades del sector industrial.

Estrategia prioritaria 2.4.- Implementar acciones que permitan a nuestros estudiantes retribuir a la sociedad.

Acciones puntuales

2.4.1.- Establecer el Servicio Social de los estudiantes de los Posgrados para que realicen labores donde pongan en práctica sus habilidades y conocimientos en el desarrollo de tareas que beneficien a la sociedad.

2.4.2.- Promover la participación de nuestros estudiantes en actividades de divulgación y difusión como una forma de retribución a la sociedad.

Objetivo prioritario 3.- Disminuir la dependencia tecnológica del sector industrial a través del desarrollo y vinculación de nuevas tecnologías en beneficio de las empresas del país.

Estrategia prioritaria 3.1.- Fomentar el desarrollo de proyectos tecnológicos con el sector productivo para que éste acceda a las técnicas y productos de última generación.

Acciones puntuales

3.1.1.- Promover el desarrollo de prototipos de nivel de maduración al menos TRL 6, para incrementar la capacidad de respuesta a las necesidades del sector productivo.

3.1.2.- Impulsar la colaboración tecnológica con otros CPI, Institutos Tecnológicos y Universidades para desarrollar estrategias y capacidad de respuesta en aras de ofrecer las mejores soluciones tecnológicas.

3.1.3.- Apoyar la implementación de talleres tecnológicos con equipos de última generación y personal técnico altamente especializado para proporcionar conocimiento y nuevas técnicas al personal operativo de las empresas de la región.

3.1.4.- Incentivar la participación del personal de investigación en la solución de problemas tecnológicos, cambiando los esquemas de estímulos del Centro.

3.1.5.- Impulsar la creación de empresas, *spin-offs*, por parte del personal y de los egresados de los posgrados para que aumente preferentemente la industria óptica en el sector productivo del país.

Estrategia prioritaria 3.2.- Proveer servicios tecnológicos de vanguardia que permitan impulsar la competitividad de las empresas.

Acciones puntuales

3.2.1.- Identificar nichos de mercado de alto valor agregado para que nuevos servicios técnicos puedan ser ofrecidos para beneficio de la industria regional.

3.2.2.- Modernizar el equipo de los laboratorios acreditados ante la EMA, para ofrecer más y mejores servicios especializados.

3.2.3.- Fortalecer la planta del personal técnico mediante nuevas contrataciones y capacitación, para incrementar la capacidad de atención al cliente.

3.2.4.- Establecer convenios de colaboración con el CENAM, para implementar servicios de calibración de alto valor agregado.

3.2.5.- Elaborar un plan de negocios para el Cuarto Limpio y para el Laboratorio Nacional de Óptica de la Visión con el propósito de identificar aplicaciones y nuevos servicios de tecnología de punta.

Estrategia prioritaria 3.3.- Brindar capacitación técnica de excelencia al sector productivo para su fortalecimiento y para generar ideas que puedan ser retomadas por nuevos emprendedores.

Acciones puntuales

3.3.1.- Realizar estudios de mercado para detectar las necesidades de la industria y evaluar la pertinencia de los cursos que son ofrecidos.

3.3.2.- Incrementar el número de personal científico y tecnológico que participen en actividades de capacitación, para ampliar la oferta de temas.

3.3.3.- Implementar nuevas modalidades de capacitación, como lo son los diplomados y especialidades para incrementar y mejorar la educación continua de nuestros clientes.

3.3.4.- Fortalecer la modalidad de cursos virtuales, para brindar mayor flexibilidad y mejores costos a los clientes.

3.3.5.- Apoyar en la implementación de un programa de estudios de ingeniería orientando a los temas de ingeniería óptica, visión artificial, fuentes de luz, inteligencia artificial, control automatizado y simulación numérica.

3.3.6.- Colaborar en la creación de un programa de posgrado orientado al conocimiento práctico de la óptica y fotónica y de emprendedurismo, basado en evaluación por proyectos y no por exámenes.

3.3.7.- Ofrecer cursos a sectores desprotegidos de la población, para que puedan contar con una opción para acceder a un oficio práctico que pueda convertirse en un medio de subsistencia económica.

Estrategia prioritaria 3.4.- Resguardar todo tipo de conocimiento con aplicación comercial para ponerlo a disposición del sector productivo.

Acciones puntuales

3.4.1.- Incrementar el acervo de propiedad intelectual del Centro, para poner a disposición de las empresas dicho conocimiento, a través de procesos de licenciamiento y comercialización de los activos de propiedad industrial.

3.4.2.- Fomentar la colaboración entre CPI para sumar fortalezas en temas de propiedad industrial.

3.4.3.- Fomentar la cultura de protección intelectual entre el personal del Centro, para que se difunda su importancia, a través de la organización de foros y reuniones.

3.4.4.- Incentivar tanto el registro como el otorgamiento de todo tipo de producto de propiedad intelectual, ante la EMA y el Instituto Nacional del Derecho de Autor (INDAUTOR), a fin de mantener una cartera con posibilidades de licenciamiento.

3.4.5.- Fortalecer el registro de Esquemas de trazado de circuitos integrados, a fin de mantener una cartera con posibilidad de licenciamiento.

Objetivo prioritario 4.- Disminuir el analfabetismo científico mediante campañas de divulgación y medios de difusión en beneficio de la sociedad.

Estrategia prioritaria 4.1.- Fomentar las vocaciones y cultura científica desde edades tempranas con un enfoque integrativo de todos los sectores sociales, con particular énfasis en sectores vulnerables y subrepresentados.

Acciones puntuales

4.1.1.- Implementar una escuela de talentos conformada por niños y niñas de todos los sectores sin discriminación por origen o conocimiento actual, fomentando el trabajo de grupo y la compartición del conocimiento.

4.1.2.- Desarrollar proyectos que enfatizan la conciencia de los niños y las niñas en el papel de la ciencia y tecnología para afrontar los retos de su realidad inmediata usando la ciencia y la tecnología como herramientas.

4.1.3.- Asistir en tareas y trabajos escolares relacionados con ciencia y tecnología mediante talleres y asesorías de parte del personal científico y tecnológico.

Estrategia prioritaria 4.2.- Impulsar las vocaciones y cultura científica en la población general a través de actividades de divulgación y promoción de iniciativas del centro y transparentando la actividad del personal científico y tecnológico.

Acciones puntuales

4.2.1.- Implementar un observatorio remoto virtual para uso de estudiantes y entusiastas de la astronomía como herramienta de divulgación de la ciencia a distancia.

4.2.2.- Establecer un programa de atención mensual con actividades de divulgación de la ciencia a diversos sectores.

4.2.3.- Establecer un programa semestral de visitas guiadas al CIO a través del programa de "Rutas Culturales".

4.2.4.- Comunicar la labor del personal de investigación y visibilizar sus desarrollos, mediante diversos materiales de difusión como: videos, infografías, entrevistas en medios, boletines de prensa, entre otros.

4.2.5.- Diseñar un catálogo de videos para visibilizar el trabajo e investigaciones que se encuentran actualmente en desarrollo con la finalidad de comunicar la ciencia y tecnología en beneficio de la sociedad.

4.2.6.- Implementar un repositorio de artículos de divulgación en la página institucional clasificados por autor para consulta del público en general.

8.- Metas para el bienestar y Parámetros**Meta para el bienestar del Objetivo Prioritario 1**

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
Nombre	Proporción de publicaciones arbitradas por investigador del CIO						
Objetivo prioritario	Promover y aumentar a mediano plazo el número de proyectos inter, multi y transdisciplinarios para una mayor calidad en la investigación científica y el desarrollo tecnológico, atendiendo las áreas de interés de Salud, Energía, Seguridad Nacional y Agricultura, en beneficio de la población.						
Definición o descripción	El arbitraje por medio de pares de publicaciones es el mecanismo de la comunidad científica para garantizar la calidad de los artículos. Este indicador cuantifica la producción de conocimiento científico de calidad, en términos per cápita, que generan los profesores-investigadores ingenieros-tecnólogos titulares mediante la publicación arbitrada de libros, capítulos y artículos						
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual				
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico				
Unidad de medida	Índice	Periodo de recolección de datos	Enero-Diciembre				
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Enero				
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	38.- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 90S Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.				
Método de cálculo	PA / PI PA (Número de publicaciones arbitradas en el año n) PI (Promedio de investigadores en el año en el año n)						
Observaciones	Se incluyen los artículos publicados por todo el personal científico y tecnológico del centro, así como de estudiantes y postdoctorantes.						
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE							
Nombre variable 1	Número de publicaciones arbitradas en el año n	Valor variable 1	151	Fuente de información variable 1	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Investigación		
Nombre variable 2	Número de investigadores en el año en el año n	Valor variable 2	61	Fuente de información variable 2	Reportes, trimestrales y anual, de la plantilla de personal del Departamento de recursos humanos		
Sustitución en método de cálculo del indicador	2.48 = 151 / 61						
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS							
Línea base				Nota sobre la línea base			
Valor	2.48			Este indicador corresponde al de Generación de Conocimiento de los indicadores CAR vigentes			
Año	2021						
META 2024				Nota sobre la meta 2024			
2.62							
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
METAS INTERMEDIAS							
2020	2021	2022	2023	2024			
	2.48	2.49	2.54	2.62			

Parámetro 1 del Objetivo Prioritario 1

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
Nombre	Factor de calidad de los artículos de investigación						
Objetivo prioritario	Promover y aumentar a mediano plazo el número de proyectos inter, multi y transdisciplinarios para una mayor calidad en la investigación científica y el desarrollo tecnológico, atendiendo las áreas de interés de Salud, Energía, Seguridad Nacional y Agricultura, en beneficio de la población.						
Definición o descripción	Mide la proporción de artículos publicados en cada cuartil						
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual				
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico				
Unidad de medida	Índice	Periodo de recolección de datos	Enero-Diciembre				
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Enero				
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	38.- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 90S Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.				
Método de cálculo	$FCAI = \frac{(Q1*4) + (Q2*3) + (Q3*2) + (Q4)}{PA*4}$ FCAI Factor de calidad de los artículos de investigación Q# (Cuartil de la publicación) PA (Número de publicaciones arbitradas)						
Observaciones	El cuartil al que pertenece una revista, corresponde a la categoría o clasificación temática en la que esta fue asignada según el sistema de evaluación al que fue indizada (<i>Scopus</i> o <i>Web of Science</i>).						
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE							
Nombre variable 1	Número de artículos publicados en cuartil 1	Valor variable 1	55	Fuente de información variable 1	Base de datos del <i>Journal Citation Reports (JCR)</i>		
Nombre variable 2	Número de artículos publicados en cuartil 2	Valor variable 2	50	Fuente de información variable 2	Base de datos del JCR		
Nombre variable 3	Número de artículos publicados en cuartil 3	Valor variable 3	30	Fuente de información variable 3	Base de datos del JCR		
Nombre variable 4	Número de artículos publicados en cuartil 4	Valor variable 4	16	Fuente de información variable 4	Base de datos del JCR		
Nombre variable 5	Número de publicaciones arbitradas	Valor variable 5	151	Fuente de información variable 5	Base de datos del JCR		
Sustitución en método de cálculo del indicador	$0.74 = \frac{(55*4) + (50*3) + (30*2) + (16*1)}{(151*4)}$						
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS							
Línea base			Nota sobre la línea base				
Valor	0.74		Este es un nuevo indicador				
Año	2021						
META 2024			Nota sobre la meta 2024				
0.78							
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
METAS INTERMEDIAS							
2020	2021	2022	2023	2024			
	0.74	0.76	0.77	0.78			

Parámetro 2 del Objetivo Prioritario 1

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
Nombre	Porcentaje de proyectos interinstitucionales generados						
Objetivo prioritario	Promover y aumentar a mediano plazo el número de proyectos inter, multi y transdisciplinarios para una mayor calidad en la investigación científica y el desarrollo tecnológico, atendiendo las áreas de interés de Salud, Energía, Seguridad Nacional y Agricultura, en beneficio de la población.						
Definición o descripción	Cuantifica la participación en proyectos de investigación, desarrollo tecnológico y/o innovación, que se desarrollan en cooperación con otras instituciones u organizaciones públicas, privadas o sociales, bajo el amparo de un protocolo o un convenio específico, aprobados por las instancias correspondientes.						
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual				
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico				
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero-Diciembre				
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Enero				
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	38.- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 90S Centro de Investigaciones en Óptica, A. C.				
Método de cálculo	$PPIG = (PIntV / PIV) * 100$ PPIG (Porcentaje de proyectos interinstitucionales generados en el año n) PIntV (Número de proyectos interinstitucionales de investigación vigentes en el año n) PIV (Número de proyectos de investigación vigentes en el año n)						
Observaciones							
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE							
Nombre variable	Número de proyectos interinstitucionales de investigación vigentes en el año n	Valor variable 1	13	Fuente de información variable 1	Reportes, trimestrales y anual, de la Dirección de Investigación		
Nombre variable 2	Número de proyectos de investigación vigentes en el año n	Valor variable 2	32	Fuente de información variable 2	Reportes, trimestrales y anual, de la Dirección de Investigación		
Sustitución en método de cálculo del indicador	$41 = (13 / 32) * 100$						
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS							
Línea base				Nota sobre la línea base			
Valor	41%			Este es un nuevo indicador			
Año	2021						
META 2024				Nota sobre la meta 2024			
48%							
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
METAS INTERMEDIAS							
2020	2021	2022	2023	2024			
	41%	42%	45%	48%			

Meta para el bienestar del Objetivo Prioritario 2

ELEMENTOS DE LA META PARA EL BIENESTAR							
Nombre	Índice de alumnos graduados por investigador						
Objetivo prioritario	Aumentar la capacidad científica y tecnológica del alumnado para que contribuyan de manera más efectiva al desarrollo tecnológico y científico en el sector industrial del país.						
Definición o descripción	Mide la proporción de alumnos graduados por investigador.						
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual				
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico				
Unidad de medida	Índice	Periodo de recolección de datos	Enero a diciembre				
Dimensión	Eficiencia	Disponibilidad de la información	diciembre				
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	38.- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 90S Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.				
Método de cálculo	$IRHEI = AG / PI$ IRHEI Índice de recursos humanos especializados por investigador AG (Alumnos graduados de los programas de posgrado propios en el año n) PI (Promedio de investigadores en el año en el año n)						
Observaciones							
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE							
Nombre variable 1	Alumnos graduados de los programas de posgrado propios en el año n	Valor variable 1	28	Fuente de información variable 1	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Formación Académica		
Nombre variable 2	Número de investigadores en el año n	Valor variable 2	61	Fuente de información variable 2	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Formación Académica		
Sustitución en método de cálculo del indicador	$0.46 = (28 / 61)$						
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS							
Línea base				Nota sobre la línea base			
Valor	0.46						
Año	2021						
META 2024				Nota sobre la meta 2024			
0.51							
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
METAS INTERMEDIAS							
2020	2021	2022	2023	2024			
	0.46	0.48	0.49	0.51			

Parámetro 1 del Objetivo prioritario 2

ELEMENTOS DEL PARÁMETRO 1							
Nombre	Proporción de posgrados de calidad						
Objetivo prioritario	Aumentar la capacidad científica y tecnológica del alumnado para que contribuyan de manera más efectiva al desarrollo tecnológico y científico en el sector industrial del país.						
Definición o descripción	Mide la calidad de los programas de posgrado propios en función del nivel otorgado por el Conacyt en el PNPC.						
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición		Anual			
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico		Periódico			
Unidad de medida	Índice	Periodo de recolección de datos		Enero a diciembre			
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información		diciembre			
Tendencia esperada	Constante	Unidad Responsable de reportar el avance		38.- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 90S Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.			
Método de cálculo	$\frac{(NPRC+(NPED*2) +(NPC*3) +(NPCI*4))}{(NPP*4)}$ NPRC (Número de programas de reciente creación en el año n) NPED (Número de programas en desarrollo en el año n) NPC (Número de programas consolidados en el año n) NPCI (Número de programas de competencia internacional en el año n) NPP (Número de programas de posgrado en el año n)						
Observaciones							
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE							
Nombre variable 1	Número de programas de reciente creación en el año n	Valor variable 1	0	Fuente de información variable 1	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Formación Académica		
Nombre variable 2	Número de programas en desarrollo en el año n	Valor variable 2	0	Fuente de información variable 2	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Formación Académica		
Nombre variable 3	Número de programas consolidados en el año n	Valor variable 3	1	Fuente de información variable 3	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Formación Académica		
Nombre variable 4	Número de programas de competencia internacional en el año n	Valor variable 4	2	Fuente de información variable 4	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Formación Académica		
Nombre variable 5	Número de programas de posgrado en el año n	Valor variable 5	3	Fuente de información variable 5	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Formación Académica		
Sustitución en método de cálculo del indicador	$0.92 = (0+ (0*2) + (1*3)+(2*4))/(3*4)$						
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS							
Línea base			Nota sobre la línea base				
Valor	0.92						
Año	2021						
META 2024			Nota sobre la meta 2024				
0.92							
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
METAS INTERMEDIAS							
2020	2021	2022	2023	2024			
	0.92	0.92	0.92	0.92			

Parámetro 2 para el bienestar del Objetivo prioritario 2

ELEMENTOS DEL PARÁMETRO 1							
Nombre	Eficiencia terminal de alumnos por cohorte						
Objetivo prioritario	Aumentar la capacidad científica y tecnológica del alumnado para que contribuyan de manera más efectiva al desarrollo tecnológico y científico en el sector industrial del país.						
Definición o descripción	Mide la proporción de alumnos graduados por cohorte en relación a los alumnos matriculados por cohorte						
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual				
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico				
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero a diciembre				
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	diciembre				
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	38.- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 90S Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.				
Método de cálculo	$(GC / MC) * 100$ GC: Alumnos graduados por cohorte en el año n MC: Alumnos matriculados por cohorte en el año n						
Observaciones							
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE							
Nombre variable 1	Alumnos graduados por cohorte en el año n	Valor variable 1	389	Fuente de información variable 1	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Formación Académica		
Nombre variable 2	Alumnos matriculados por cohorte en el año n	Valor variable 2	479	Fuente de información variable 2	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Formación Académica		
Sustitución en método de cálculo del indicador	$81 = (389/479) * 100$						
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS							
Línea base			Nota sobre la línea base				
Valor	81%						
Año	2021						
META 2024			Nota sobre la meta 2024				
82%							
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
METAS INTERMEDIAS							
2020	2021	2022	2023	2024			
	81%	81%	81%	82%			

Meta para el bienestar del Objetivo Prioritario 3

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
Nombre	Transferencia del conocimiento a través de la ejecución de proyectos de base tecnológica con el sector productivo						
Objetivo prioritario	Disminuir la dependencia tecnológica del sector industrial a través del desarrollo y vinculación de nuevas tecnologías en beneficio de las empresas del país						
Definición o descripción	Mide la participación del Centro en la atención de necesidades del sector productivo.						
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición			Anual		
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico			Periódico		
Unidad de medida	Índice	Periodo de recolección de datos			Enero a diciembre		
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información			Diciembre		
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance			38.- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 90S Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.		
Método de cálculo	$PBT = ((PTC * 0.4) + (PTV * 0.6)) * 100 / PI$ PBT (Proyectos de base tecnológica) PTC (Número de proyectos de base tecnológica concluidos en el año n) PTV (Número de proyectos de base tecnológica vigentes en el año n) PI (Número promedio de investigadores en el año n)						
Observaciones							
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE							
Nombre variable 1	Número de proyectos de base tecnológica concluidos en el año n	Valor variable 1	8	Fuente de información variable 1	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Nombre variable 2	Número de proyectos de base tecnológica vigentes en el año n	Valor variable 2	15	Fuente de información variable 2	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Nombre variable 3	Número de investigadores en el año n	Valor variable 3	61	Fuente de información variable 3	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Sustitución en método de cálculo del indicador	$20.00 = (((8 * 0.4) + (15 * 0.6)) * 100) / 61$						
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS							
Línea base				Nota sobre la línea base			
Valor	20.00			Meta de nueva creación			
Año	2022						
META 2024				Nota sobre la meta 2024			
22.62				El Centro tiene la capacidad para seguir incrementando la atención de necesidades del sector productivo.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
METAS INTERMEDIAS							
2020	2021	2022	2023	2024			
		20.00	21.64	22.62			

Parámetro 1 del Objetivo Prioritario 3

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
Nombre	Índice de propiedad intelectual						
Objetivo prioritario	Disminuir la dependencia tecnológica del sector industrial a través del desarrollo y vinculación de nuevas tecnologías en beneficio de las empresas del país						
Definición o descripción	Evalúa la participación del Centro en el acervo de propiedad intelectual del País.						
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual				
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico				
Unidad de medida	índice	Periodo de recolección de datos	Enero a Diciembre				
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Diciembre				
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	38.- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 90S Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.				
Método de cálculo	$\frac{(((PC*0.8)+(MC*0.7)+(DC*0.4)+(EC*0.4)+(D*0.4))*0.3)+(((PR*0.8)+(MR*0.7)+(DR*0.4)+(ER*0.4))*0.7)*120}{PI}$ PC, MC, DC, EC, D (Número de instrumentos de propiedad intelectual concedidos por el IMPI: patentes, modelos de utilidad, diseños industriales, esquemas de trazado de circuitos integrados y derechos de autor en el año n, respectivamente) PR, MR, DR, ER (Número de instrumentos de propiedad intelectual registrados ante el IMPI o el INDAUTOR: patentes, modelos de utilidad, diseños industriales y esquemas de trazado de circuitos integrados en el año n, respectivamente) PI (Promedio de investigadores en el año n)						
Observaciones	Los derechos de autor que se registran ante el INDAUTOR automáticamente pasan a ser concedidos. El factor 120 se usa para que el parámetro arroje valores equivalentes al número total de productos de propiedad intelectual.						
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE							
Nombre variable 1	Patentes concedidas	Valor variable 1	2	Fuente de información variable 1	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Nombre variable 2	Modelos de utilidad concedidos	Valor variable 2	0	Fuente de información variable 2	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Nombre variable 3	Diseños industriales concedidos	Valor variable 3	4	Fuente de información variable 3	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Nombre variable 4	Esquemas de trazado de circuitos integrados concedidos	Valor variable 4	2	Fuente de información variable 4	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Nombre variable 5	Derechos de autor concedidos	Valor variable 5	3	Fuente de información variable 5	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Nombre variable 6	Patentes registradas	Valor variable 6	3	Fuente de información variable 6	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Nombre variable 7	Modelos registrados	Valor variable 7	1	Fuente de información variable 7	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Nombre variable 8	Diseños Industriales registrados	Valor variable 8	4	Fuente de información variable 8	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Nombre variable 9	Esquemas registrados	Valor variable 9	2	Fuente de información variable 9	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Nombre variable 10	Número de investigadores en el año n	Valor variable 10	61	Fuente de información variable 10	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Sustitución en método de cálculo del indicador	$10.64 = \frac{(((2*0.8)+(0*0.7)+(4*0.4)+(2*0.4)+(3*0.4))*0.3)+(((3*0.8)+(1*0.7)+(4*0.4)+(2*0.4))*0.7)*120}{61}$						
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS							
Línea base			Nota sobre la línea base				
Valor	10.64		Es un indicador nuevo				
Año	2022						
META 2024			Nota sobre la meta 2024				
13.00			Desde el 2019, el Centro ha venido incrementando su acervo de propiedad intelectual, y se han trazado las políticas para observar un comportamiento ascendente del presente indicador, para los siguientes 3 años.				
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
METAS INTERMEDIAS							
2020	2021		2022	2023		2024	
			10.64	11.43		13.00	

Parámetro 2 del Objetivo Prioritario 3

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
Nombre	Factor de facturación, FF						
Objetivo prioritario	Disminuir la dependencia tecnológica del sector industrial a través del desarrollo y vinculación de nuevas tecnologías en beneficio de las empresas del país						
Definición o descripción	Evalúa la participación del Centro en el ingreso de recursos propios.						
Nivel de desagregación	Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual				
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico				
Unidad de medida	índice	Periodo de recolección de datos	Enero a Diciembre				
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Diciembre				
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	38.- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 90S Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.				
Método de cálculo	$FF=IF / PI$ IF (Monto de ingresos facturados, miles de pesos, sin IVA en el año n) PI (Promedio de investigadores de en el año n)						
Observaciones							
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE							
Nombre variable 1	Monto de ingresos facturados, miles de pesos, sin IVA en el año n	Valor variable 1	7,200	Fuente de información variable 1	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Nombre variable 2	Número de investigadores de en el año n	Valor variable 2	61	Fuente de información variable 2	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Tecnología e Innovación		
Sustitución en método de cálculo del indicador	$118.03 = 7,200 / 61$						
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS							
Línea base				Nota sobre la línea base			
Valor	118.03			De nueva creación			
Año	2022						
META 2024				Nota sobre la meta 2024			
139.34				El crecimiento del indicador se espera que sea relativamente bajo, pero ascendente, en los siguientes 3 años.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
METAS INTERMEDIAS							
2020	2021	2022	2023	2024			
		118.03	131.15	139.34			

Meta para el bienestar del Objetivo Prioritario 4

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
Nombre	Razón de participación en actividades de divulgación						
Objetivo prioritario	Disminuir el analfabetismo científico mediante campañas de divulgación y medios de difusión en beneficio de la sociedad.						
Definición o descripción	Identifica la participación per cápita del personal científico y tecnológico del CIO en las actividades de divulgación dirigidas al público en general, en las que se comparten con personas no especializadas los conocimientos que se producen en sus respectivos campos a escala mundial y los avances en sus propias investigaciones.						
Nivel de desagregación	Regional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual				
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico				
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de datos	Enero a Diciembre				
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Diciembre				
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	38.- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 90S Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.				
Método de cálculo	$RPAD = NAD / PCyT$ NAD (Número de actividades de divulgación en el año n) PCyT (Promedio del personal de ciencia y tecnología en el año en el año n)						
Observaciones							
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE							
Nombre variable 1	Número de actividades de divulgación en el año n	Valor variable 1	377	Fuente de información variable 1	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de investigación		
Nombre variable 2	Número de personal de ciencia y tecnología en el año n	Valor variable 2	159	Fuente de información variable 2	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de investigación		
Sustitución en método de cálculo del indicador	$2.37 = 377 / 159$						
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS							
Línea base				Nota sobre la línea base			
Valor	2.37						
Año	2022						
META 2024				Nota sobre la meta 2024			
2.49							
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
METAS INTERMEDIAS							
2020	2021	2022	2023	2024			
	2.37	2.39	2.43	2.49			

Parámetro 1 del Objetivo Prioritario 4

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
Nombre	Factor de impacto en las actividades de divulgación						
Objetivo prioritario	Disminuir el analfabetismo científico mediante campañas de divulgación y medios de difusión en beneficio de la sociedad.						
Definición o descripción	Mide la cobertura de las actividades de divulgación a través de la población que participa en ellas.						
Nivel de desagregación	Regional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual				
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico				
Unidad de medida	Índice	Periodo de recolección de datos	Enero a Diciembre				
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Diciembre				
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	38.- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 90S Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.				
Método de cálculo	AAD / NAD AAD (Asistentes a las actividades de divulgación) NAD (Número de actividades de divulgación)						
Observaciones							
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE							
Nombre variable 1	Asistentes a las actividades de divulgación en el año n	Valor variable 1	30,000	Fuente de información variable 1	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Investigación		
Nombre variable 2	Número de actividades de divulgación en el año n	Valor variable 2	377	Fuente de información variable 2	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Investigación		
Sustitución en método de cálculo del indicador	$79.58 = 30,000 / 377$						
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS							
Línea base			Nota sobre la línea base				
Valor	79.58						
Año	2021						
META 2024			Nota sobre la meta 2024				
93.43							
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
METAS INTERMEDIAS							
2020	2021	2022	2023	2024			
	79.58	85.53	90.67	93.43			

Parámetro 2 del Objetivo Prioritario 4

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
Nombre	Tasa de variación de las actividades de divulgación						
Objetivo prioritario	Disminuir el analfabetismo científico mediante campañas de divulgación y medios de difusión en beneficio de la sociedad.						
Definición o descripción	Mide la variación de actividades de divulgación con respecto al año anterior						
Nivel de desagregación	Regional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual				
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico				
Unidad de medida	Índice	Periodo de recolección de datos	Enero a Diciembre				
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Diciembre				
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance	38.- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 90S Centro de Investigaciones en Óptica, A.C.				
Método de cálculo	$TVAD = ((NAD\ n / NAD\ (n-1)) - 1) * 100$ NAD (Número de actividades de divulgación)						
Observaciones							
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE							
Nombre variable 1	Número de actividades de divulgación en el año n	Valor variable 1	380	Fuente de información variable 1	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Investigación		
Nombre variable 2	Número de actividades de divulgación en el año n-1	Valor variable 2	377	Fuente de información variable 2	Reportes de productividad, trimestrales y anual, de la Dirección de Investigación		
Sustitución en método de cálculo del indicador	$1 = ((380 / 377) - 1) * 100$						
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS							
Línea base			Nota sobre la línea base				
Valor	1%		Nuevo indicador				
Año	2022						
META 2024			Nota sobre la meta 2024				
103							
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO							
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
METAS INTERMEDIAS							
2020	2021	2022	2023	2024			
		1%	2%	3%			

9.- Epílogo: Visión hacia el futuro

Un tema jamás abordado en la historia del CIO es el análisis y discusión abierta de su modelo de crecimiento desde su creación: una institución adaptada al crecimiento profesional de su personal, escalando desde nivel técnico hasta llegar a nivel de investigación. En sus primeros años, este modelo resultó muy exitoso, pero dicho proceso dio origen a la pérdida gradual de plazas de nivel técnico al convertirse éstas en plazas de ingeniero o investigador, al promoverse. Por esta razón y después de más de 42 años de creado el Centro, proponemos un ejercicio de análisis interno, abierto e incluyente, donde estaremos planteando un modelo de consolidación basado en la excelencia, reconocimiento y retribución a cada nivel y función, proponiendo que el personal contratado se adapte a las necesidades del CIO. Por el bien de todas y de todos.

Internamente, pretendemos generar procesos de participación democrática, mediante cuerpos colegiados realmente representativos de la comunidad, teniendo como objetivo central el desarrollo en calidad e impacto, del Centro, dejando de lado formatos superados de grupos de poder sobre las decisiones institucionales, pues se corría el riesgo de generar vicios, creando condiciones de privilegio para un porcentaje muy pequeño del personal del CIO, a costa del resto de la comunidad. Para ello trabajamos en transparentar todos los procesos actualizando, homogeneizando y armonizando los diversos reglamentos y lineamientos internos, reduciendo con ello vacíos o diversas interpretaciones, que generaban abusos, desconfianza, sesgos y problemas internos que enturbiaban el ambiente y la estabilidad laboral.

Trabajaremos de manera muy proactiva con el Sindicato de Trabajadores del Centro de Investigaciones en Óptica, A.C. (SITACIO), en la búsqueda de cada vez mejores condiciones laborales para toda nuestra comunidad, escuchando sus propuestas para mejorar la generación de recursos propios, respetándonos mutuamente en el ámbito de nuestras responsabilidades y autonomías de organización y decisión, sin injerencias mutuas, anteponiendo siempre la viabilidad y estabilidad de la institución, quien es la que nos brinda el trabajo a todas y todos, por eso nuestra administración ha enfatizado la importancia de aplicar a todo el personal los mismos beneficios que otorga el Contrato Colectivo de Trabajo. Con esto estaremos abonando a la máxima de justicia y equidad para todas y todos.

Visión al 2024

Nuestra visión a corto plazo, es lograr que el CIO sea una institución con gran compromiso social, en donde los desarrollos científicos, tecnológicos y de innovación, la formación de recursos humanos y la difusión y divulgación de la ciencia cubran las necesidades del sector productivo y de la sociedad mexicana, acorde a nuestra naturaleza dinámica, pertinente y oportuna, apegados al modelo de articulación virtuoso de la pentahélice (gobierno, academia, sociedad, empresa y ambiente), donde la premisa fundamental es el compromiso entre todos sus actores, anteponiendo el bien común y el del grueso de la población.

El siglo XXI marca la era de la Industria 4.0, en donde todas las áreas del conocimiento humano están ligadas fuertemente a su manejo mediante las técnicas informáticas y el procesamiento de datos, siendo así los problemas a resolver cada vez más complejos y multidisciplinarios, apegados a las necesidades cambiantes e impredecibles, todo ello a un ritmo cada vez más acelerado, donde el conocimiento tiene un periodo de obsolescencia cada vez menor. Para ello, será necesario dotar al Centro de equipos, instrumentos y software capaces de manejar e interpretar datos, así como de generar modelos estadísticos que nos permitan aportar al desarrollo e independencia tecnológicas, para no limitarnos a ser solo usuarios de tales herramientas.

La Misión y Visión del Centro no pueden alcanzarse con el uso único de la Óptica, sino que ésta debe reconocerse como herramienta complementaria y transversal de áreas como la medicina, la biología, la ecología, la agricultura, la navegación (aérea, terrestre, submarina, espacial), la ingeniería, la comunicación, la energía, la seguridad, entre muchas otras, pues la generación, manejo y aplicaciones basadas en la luz están presentes en más del 80% de soluciones empleadas por la humanidad. En este sentido, buscaremos ser más pertinentes y potenciar nuevas y oportunas aplicaciones, coadyuvando a la solución de problemas nacionales concretos, mediante nuestra articulación con otros Centros de Investigación e Instituciones de Educación Superior.

Lamentablemente, en el siglo XXI se reconoce la existencia de la nueva era geológica: el Antropoceno, donde las actividades humanas afectan sensiblemente la vida en la Tierra. Esta realidad no puede soslayarse y debe ser un factor preponderante en la toma de decisiones y en la prospección del desarrollo humano, respetando todas las formas de vida y la preservación de los recursos naturales, sin comprometer el desarrollo y oportunidades para las futuras generaciones y sin olvidar que el interés común de la humanidad es su sobrevivencia y su ambiente, teniendo que emigrar a nuevos planetas, ante la certeza de que nuestro Sol se encuentra en una fase de extinción, donde el incremento de su volumen también incrementará la temperatura en la Tierra, lo que hará imposible cualquier forma de vida en los milenios por venir. De allí la importancia que el CIO da a las aplicaciones de la óptica en líneas de investigación como la búsqueda de exoplanetas. Esto contribuye al desarrollo de CTI con visión prospectiva.

Basados en las premisas anteriores, hemos puesto en marcha una política de desarrollo del CIO a mediano (2024) y a largo plazo (2040) y se basa justo en la idea de enfocar esfuerzos, mediante grupos de CTI, en áreas de oportunidad bien definidas (al momento de asumir el cargo, en el CIO había un número mayor de líneas de investigación que de investigadoras e investigadores), realizando contrataciones de jóvenes con muy alto nivel profesional, un tremendo compromiso institucional y entusiasmo, a la par que

estimulando el proceso de jubilación, abriendo la oportunidad laboral a las nuevas generaciones. En este contexto, hemos creado nuevas y pertinentes líneas de investigación y reforzado otras existentes en las áreas de la Salud, Agricultura, Energía y Seguridad Nacional, como inteligencia artificial y robótica, almacenamiento de energía basado en técnicas del litio, diseño y desarrollo de sensores para aplicaciones médicas e industriales.

Hemos puesto en marcha estrategias de articulación mediante colaboraciones internas y externas, a nivel nacional e internacional y así hemos celebrado convenios con instituciones del sector salud local como el Hospital General de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), con el objetivo de enfocar soluciones a necesidades concretas, como la instrumentación médica destinada al tratamiento de la litotricia mediante luz láser, el uso de técnicas de inteligencia artificial para obtener imágenes más nítidas durante las intervenciones quirúrgicas basadas en laparoscopia, detección temprana de cáncer de piel y en el aparato digestivo, así como potenciales mejoras en equipos de video endoscopios, entre otros, buscando contribuir a la solución de problemas básicos en nuestra sociedad y en particular, en nuestro municipio y nuestra región.

Esta es una Administración que apoya fuertemente las áreas de investigación en el desarrollo tecnológico y de innovación disruptivas, acompañadas de estrategias para el registro y comercialización de propiedad intelectual generada de investigaciones propias, con una visión prospectiva, donde habremos de generar recursos propios que nos permitan financiar el desarrollo de prototipos a niveles TLR6 o más, buscando facilitar su inserción en el mercado mediante alianzas estratégicas con CPI y entes dedicados a dicho sector. Mantenemos un compromiso con las y los empleados del Centro, buscando permanentemente corresponder a su esfuerzo y compromiso para con su institución, mediante la preservación de sus derechos laborales a pesar de la situación emergente que se vive a nivel global.

El CITTA es el Centro Tecnológico del CIO y trabaja en prestar exclusivamente servicios y cursos altamente especializados, desarrollos tecnológicos y de innovación, optimizando recursos sin duplicar funciones, cumpliendo con el objetivo de generar recursos propios y buscando su autosuficiencia a mediano plazo, a la par de contribuir con ello al pago de las prestaciones laborales y al mantenimiento del Fideicomiso de Obligaciones Laborales del Centro. Está destinado a apoyar y ofrecer soluciones tecnológicas y de innovación a nano-, micro- y pequeñas empresas, para que optimicen sus procesos productivos, compitan en mejores condiciones y contribuyan al desarrollo social y económico de la región y del país. Seguiremos insistiendo en reforzar la colaboración real de otros CPI que permitan el máximo desarrollo a las capacidades actuales del CITTA y de su personal, buscando la independencia tecnológica.

Seguimos actualizando la normatividad interna: Consejo Técnico Consultivo Interno, Comité Académico, Políticas de Igualdad de Género, Lineamientos de Vinculación, Estatuto de Estudios de Posgrado, Planes de Estudio de nuestros programas de Posgrado, Estatuto de Personal Académico, Lineamientos de Estímulos, Estatuto del Personal Administrativo, Plan de Jubilación Digna, Programación del Relevamiento Generacional en Áreas Prioritarias Transfiriendo Experiencias y Conocimientos, Comité Externo de Evaluación, Comisión Dictaminadora Externa y las que mandate la Ley General en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación, con el objetivo de enriquecerlos con la participación de nuestra comunidad. Con ello estaremos coadyuvando al establecimiento de reglas claras que permitan transparentar procesos, evitando abusos, sesgos de favoritismo o de exclusión, generando estabilidad laboral y certeza a las y los empleados del Centro.

Nuestro desarrollo, al igual que el del resto de instituciones del sector HCTI, depende sensiblemente de la inversión de recursos que en ella se haga; por eso consideramos imprescindible que el Gobierno Federal se comprometa a aportar anualmente al menos el 1% del Producto Interno Bruto en las actividades de nuestra Cabeza de Sector, que hagan posible contar con las condiciones mínimas para lograr un desarrollo y competitividad que nos permitan alcanzar la independencia en áreas estratégicas como la tecnológica, por los impactos que ésta tiene en el resto de actividades sociales y comerciales y en el bienestar de la población mexicana. Todo ello deberá acompañarse de la reglamentación, programación, asignación, control, rendición de cuentas que permitan abordar los temas que se consideren prioridades nacionales, evitando caer en situaciones de desvíos o prácticas ya superadas, con tolerancia cero a la corrupción y al despilfarro de tiempo, recursos y esfuerzos.

VISIÓN AI 2040

El Centro de Investigaciones en Óptica, A.C. será una institución de avanzada científica, con un alto grado de autosuficiencia financiera (40%), conocida a nivel nacional y reconocida a nivel internacional por la solidez y confiabilidad de su investigación de frontera y aplicada, sus resultados se materializarán en equipo e instrumentación muy altamente especializados, atendiendo necesidades sociales en las áreas de la salud, la agricultura, la energía y la seguridad nacional. Formando egresados del más alto prestigio, reconocidos por su capacidad de adaptación a dinámicos y variantes de esquemas de trabajo, proponiendo soluciones y contribuyendo a la formación de empresas propias. Será como un crisol, donde convergerán la investigación y la formación de recursos humanos en desarrollos tecnológicos propios y de innovación pertinentes, oportunos y disruptivos, con visión prospectiva y un alto compromiso y empatía social, coadyuvando a la independencia tecnológica nacional.

Fecha de aprobación: 27 de mayo de 2022.- Director General del Centro de Investigaciones en Óptica, A.C., Dr. **Rafael Espinosa Luna**.- Rúbrica.

PODER JUDICIAL

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL

ACUERDO General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, que reforma y adiciona el similar que reglamenta la organización y funcionamiento del propio Consejo, en relación con el funcionamiento del Comité de Integridad.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Consejo de la Judicatura Federal.- Secretaría Ejecutiva del Pleno.

ACUERDO GENERAL DEL PLENO DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL, QUE REFORMA Y ADICIONA EL SIMILAR QUE REGLAMENTA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL PROPIO CONSEJO, EN RELACIÓN CON EL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE INTEGRIDAD.

CONSIDERANDO

PRIMERO. La administración, vigilancia, disciplina y carrera judicial del Poder Judicial de la Federación, con excepción de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y el Tribunal Electoral del mismo, corresponde al Consejo de la Judicatura Federal, con fundamento en los artículos 94, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 73 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación;

SEGUNDO. De conformidad con el artículo 100 constitucional, primer párrafo, el Consejo de la Judicatura Federal es un órgano del Poder Judicial de la Federación con independencia técnica, de gestión y para emitir sus resoluciones;

TERCERO. Es facultad del Consejo de la Judicatura Federal emitir acuerdos generales para el adecuado ejercicio de sus funciones, de conformidad con lo previsto en los artículos 100 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 86, fracción II, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación; y

CUARTO. Derivado de las condiciones actuales respecto a las cargas de trabajo que afronta diariamente el Comité de Integridad, es necesario que cuente con una estructura definitiva que pueda dar atención de manera oportuna y expedita a las mismas; también se armoniza la denominación de la Contraloría a la señalada en la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación; se precisa a partir de qué momento inicia el término de diez días hábiles para la emisión de la opinión no vinculante; y la forma de las sesiones.

Por lo anterior, se expide el siguiente

ACUERDO

ÚNICO. Se reforman los artículos 65 Ter, fracción I; 65 Quater; y 65 Quinquies, párrafo primero, fracciones VIII y IX; y se adiciona la fracción X al artículo 65 Quinquies, del Acuerdo General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, que reglamenta la organización y funcionamiento del propio Consejo, para quedar como sigue:

“Artículo 65 Ter. ...

- I. Contraloría del Consejo de la Judicatura Federal, quien lo presidirá;
- II. a III. ...

Artículo 65 Quater. El Comité de Integridad tendrá las siguientes atribuciones:

- I. Verificar que se haya efectuado un proceso de selección transparente de acuerdo al cargo, empleo o comisión que ocupará la persona propuesta en el Poder Judicial de la Federación, a fin de determinar si se produce o no un potencial o real conflicto de interés, o si pone en riesgo el derecho de acceder a cargos públicos en condiciones de igualdad;
- II. Emitir dentro de los diez días hábiles, contados a partir del día siguiente a la recepción de la solicitud, la opinión, no vinculante, respecto de la contratación y licencias superiores a diez días de personas que tengan relaciones familiares o de pareja con otros titulares. Las licencias urgentes podrán otorgarse sin la necesidad de obtener previamente la opinión del Comité, lo cual deberá hacerse de su conocimiento;
- III. Emitir una guía para identificar y prevenir actos de nepotismo y conflictos de interés de las y los servidores públicos del Poder Judicial de la Federación, la cual deberá ser revisada y actualizada anualmente, y someterse a consideración del Pleno;
- IV. Nombrar y remover a la persona titular de la Secretaría Técnica del Comité de Integridad y su personal de apoyo, la cual estará adscrita a la Contraloría del Consejo de la Judicatura Federal; y
- V. Las demás que determine el Pleno del Consejo.

Para el desarrollo y validez de las sesiones del Comité de Integridad, se estará a lo dispuesto por los acuerdos generales del Pleno.

El Comité de Integridad emitirá las opiniones no vinculantes, por mayoría de sus integrantes de forma permanente; y podrá celebrar sesiones extraordinarias a solicitud de cualquiera de sus miembros, cuando la urgencia o trascendencia del caso lo amerite.

Artículo 65 Quinquies. La persona titular de la Secretaría Técnica del Comité de Integridad tendrá las siguientes funciones:

I. a VII. ...

VIII. Informar a la persona titular consultante respecto de la opinión emitida por el Comité;

IX. Coordinar la impartición de talleres de sensibilización para identificar y prevenir actos de nepotismo o de conflicto de intereses; y

X. Las demás que le señale la normativa y el Comité de Integridad.”

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor el día de su aprobación.

SEGUNDO. Publíquese en el Diario Oficial de la Federación, en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, en el Sistema Integral de Seguimiento de Expedientes y en el Sistema Integral de Gestión de Expedientes, así como en el portal del Consejo de la Judicatura Federal en intranet e internet.

EL LICENCIADO **ARTURO GUERRERO ZAZUETA**, SECRETARIO EJECUTIVO DEL PLENO DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL, CERTIFICA: Que este Acuerdo General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, que reforma y adiciona el similar que reglamenta la organización y funcionamiento del propio Consejo, en relación con el funcionamiento del Comité de Integridad, fue aprobado por el Pleno del propio Consejo, en sesión ordinaria de 3 de agosto de 2022, por unanimidad de votos de los señores Consejeros: Presidente Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, Bernardo Bátiz Vázquez, Eva Verónica de Gyvés Zárate, Alejandro Sergio González Bernabé, Lilia Mónica López Benítez y Sergio Javier Molina Martínez.- Ciudad de México, a 6 de septiembre de 2022.- Conste.- Rúbrica.

TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACION

ACUERDO General por el que se autoriza la creación del Comité Técnico del Trabajo a Distancia del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.

ACUERDO GENERAL POR EL QUE SE AUTORIZA LA CREACIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO DEL TRABAJO A DISTANCIA DEL TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN.

ANTECEDENTES

PRIMERO. El artículo 186 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación establece que la administración, vigilancia, disciplina y carrera judicial del Tribunal Electoral, estarán a cargo de la Comisión de Administración. El propio ordenamiento, en su numeral 190, fracciones III y IV faculta a dicho órgano para expedir las normas internas en materia administrativa y establecer los criterios para modernizar las estructuras orgánicas, los sistemas y procedimientos administrativos internos; así como los servicios al público.

SEGUNDO. El artículo 167 del Reglamento Interno del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, en su fracción XIX, establece como facultad de la Comisión de Administración, aprobar en el ámbito administrativo la normativa interna que sea necesaria para el correcto funcionamiento de la Institución.

TERCERO. El Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación dispone del Plan Estratégico Institucional 2021-2024 como una herramienta que permite conducir su desarrollo institucional y, especialmente, con visión de futuro, capitalizar el conjunto de sus recursos para potenciar su capacidad como garante último de los derechos político-electorales de los mexicanos, a través de la ampliación del acceso a la justicia electoral.

CUARTO. Dentro de la planeación estratégica referida, puede destacarse un objetivo directamente vinculado con la política del trabajo a distancia que se plantea regular en el presente Acuerdo: el número 2, dirigido a propiciar una administración eficaz y de calidad, con políticas, normas y procesos actualizados, mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación, así como sustentada en un modelo de gestión por resultados.

QUINTO. Con motivo de la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID 19), y con el propósito de salvaguardar la vida y salud del personal del Tribunal Electoral, se instrumentó el trabajo a distancia en prácticamente todas las áreas de la Institución, corroborando que su implementación permitió la continuidad de las actividades sustantivas y administrativas, sin afectación alguna a las metas y objetivos establecidos en la planeación y programación institucional.

SEXTO. El trabajo a distancia tiene como referente normativo útil en el país las reformas en materia laboral federal del once de enero de dos mil veintiuno, publicadas en el Diario Oficial de la Federación, específicamente reforma al artículo 311 y adición del Capítulo XII Bis de la Ley Federal del Trabajo, que en materia de trabajo a distancia o teletrabajo establecen su definición, modalidad, condiciones de trabajo, las obligaciones de los empleadores, las obligaciones especiales de las personas trabajadoras y las condiciones especiales de seguridad y salud para los trabajos desarrollados.

Dicha legislación en conjunto con otros instrumentos normativos que se generen en la materia, y sin contravenir lo dispuesto en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado que norma la materia laboral en el Tribunal Electoral, servirán para delinear el impulso del trabajo a distancia en la institución.

SÉPTIMO. La implementación de una política de trabajo a distancia en el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación es congruente con una postura institucional comprometida con el impulso de acciones que apunten al bienestar de las y los servidores públicos, procurando el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar de las personas, así como la salud mental y física de los trabajadores, entre otros aspectos.

OCTAVO. Se estima que el modelo de trabajo a distancia cuenta con los atributos para inscribirse precisamente como un factor de bienestar laboral, ya que puede incrementar los tiempos para la convivencia familiar, abatir los tiempos y gastos de transportación, así como disminuir situaciones de estrés, entre otros

elementos. Todo lo anterior sin afectar la operación administrativa y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

NOVENO. Asimismo, se considera que el trabajo a distancia puede coadyuvar al cumplimiento del Programa Interinstitucional de Desarrollo Sustentable del Poder Judicial de la Federación, al disminuir el consumo de recursos como agua y energía eléctrica; materiales como papel y otros consumibles, así como proteger el ambiente de las localidades en las que se ubican sedes y oficinas del Tribunal Electoral, al disminuir el uso del automóvil para efectos de transportación.

DÉCIMO. La Dirección General de Planeación y Evaluación Institucional ha realizado una encuesta en la que ha identificado la disposición del personal administrativo para asumir la modalidad de trabajo a distancia, así como analizado la viabilidad de intensificar esta nueva modalidad con base en los tipos de actividades y sus procesos inherentes, los cuales pueden ser realizados en su mayoría a través del trabajo a distancia o mediante el trabajo mixto o híbrido. En este sentido, el Tribunal Electoral dispone del desarrollo tecnológico suficiente que permite desarrollar el trabajo remoto bajo parámetros adecuados de eficiencia, economía y seguridad informática.

DÉCIMO PRIMERO. En consecuencia, para apoyar la ejecución de esta política en el Tribunal Electoral, se estima necesaria la creación de un órgano colegiado que evalúe y dé seguimiento a tales políticas y medidas en el ámbito interno de esta Institución, como lo han hecho la Suprema Corte de Justicia de la Nación y el Consejo de la Judicatura Federal, en el ámbito de sus competencias, a través del Acuerdo General de Administración número IV/2022, del Presidente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de doce de julio de dos mil veintidós, por el que se crea el Comité Técnico de Trabajo a Distancia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación; y Acuerdo General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, por el que se crea el Comité Técnico de Trabajo a Distancia del propio Consejo, aprobado en la sesión celebrada el trece de julio de dos mil veintidós.

Por lo anteriormente expuesto y con fundamento en las disposiciones jurídicas señaladas, se expide el siguiente:

ACUERDO

CAPITULO PRIMERO

Artículo 1. El presente Acuerdo tiene por objeto establecer la integración y funcionamiento del Comité Técnico del Trabajo a Distancia del Tribunal Electoral.

Las disposiciones contenidas en este Acuerdo, son de carácter orientador para el personal de las ponencias de las magistraturas y de observancia obligatoria para el resto de las personas servidoras públicas del Tribunal Electoral.

Artículo 2. Para los efectos de este Acuerdo se entenderá por:

- I. **Áreas:** Áreas jurisdiccionales, de apoyo administrativo, áreas de apoyo técnico-jurídico, y órganos auxiliares de la Comisión de Administración del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.
- II. **Comité:** Comité Técnico de Trabajo a Distancia del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.
- III. **Comisión:** Comisión de Administración del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.
- IV. **Trabajo a distancia:** Son las actividades y funciones que realizan a distancia desde sus domicilios u otro sitio distinto al centro de trabajo, las personas servidoras públicas del Tribunal Electoral, para el correcto desempeño de sus funciones, mediante el auxilio de medios de telecomunicación y/o de equipos de cómputo.
- V. **Trabajo mixto o híbrido:** Es el trabajo alternado entre las modalidades de trabajo a distancia y presencial.
- VI. **Tribunal Electoral:** Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación,

CAPÍTULO SEGUNDO

DEL OBJETO E INTEGRACIÓN DEL COMITÉ

Artículo 3. El Comité tiene por objeto, definir y promover la ejecución de todas las acciones necesarias para diseñar, planear, desarrollar, ejecutar y evaluar las políticas para la operación del trabajo a distancia de las áreas del Tribunal Electoral. Asimismo, podrá promover la aplicación de mejores prácticas en la materia.

Se integrará por las personas titulares de las áreas siguientes:

- I. Secretaría Administrativa, quien lo presidirá;
- II. Secretaría General de Acuerdos de la Sala Superior; como experto responsable de apoyar el cumplimiento de las facultades conferidas a la Sala Superior del Tribunal Electoral;
- III. Dirección General de Asuntos Jurídicos, como experto responsable en validar proyectos de instrumentos normativos del Tribunal Electoral;
- IV. Dirección General de Recursos Humanos, como experto responsable en el diseño, implementación y evaluación de políticas en materia laboral y de administración de recursos humanos en el Tribunal Electoral, como lo es la política del trabajo a distancia;
- V. Dirección General de Planeación y Evaluación Institucional, como experto responsable en planeación y evaluación de políticas públicas; así como en el desarrollo e implementación de métodos adecuados para evaluar el desempeño institucional en el marco de los objetivos estratégicos del Tribunal Electoral;
- VI. Dirección General de Sistemas, como experto responsable en el manejo de tecnologías de la información y comunicación, herramientas que sustentan la operación eficiente del trabajo a distancia;
- VII. Dirección General de Recursos Financieros, como experto responsable de prever y presupuestar los recursos financieros que requiera el desarrollo del trabajo a distancia, bajo esquemas de racionalidad administrativa; y
- VIII. Dirección General de Administración Regional, como experto responsable de coordinar la implementación del trabajo a distancia en las Delegaciones Administrativas de las Salas Regionales y Especializada del Tribunal Electoral.

Las personas integrantes del Comité actuarán en el ámbito de sus respectivas competencias, y tendrán derecho a voz y voto durante las sesiones.

Artículo 4. El Comité contará con una Secretaría Técnica, que recaerá en la persona titular que funja como Secretaria o Secretario Técnico de la Comisión de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, quien participará con voz y sin voto.

Artículo 5. El Comité contará con la asesoría de la persona titular de la Contraloría Interna; asimismo podrá invitar a sus sesiones, con voz pero sin voto a las personas titulares de las distintas áreas o expertos en la materia, cuando lo estime conveniente, para tratar asuntos relacionados con el trabajo a distancia.

Artículo 6. Las personas titulares de las áreas del Tribunal Electoral serán responsables, dentro del ámbito de sus atribuciones, del cumplimiento de los acuerdos del Comité, e informarán a este sobre su seguimiento y cumplimiento.

CAPÍTULO TERCERO

DE LAS ATRIBUCIONES DEL COMITÉ

Artículo 7. Para el cumplimiento de su objeto el Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Proponer, los criterios, buenas prácticas, lineamientos, políticas y estrategias para el diseño, implementación y desarrollo del trabajo a distancia;
- II. Impulsar a través de una estrategia de comunicación interna una cultura laboral que incorpore el trabajo a distancia, destacando la responsabilidad conjunta de la autoridad y el personal;

- III. Proponer los criterios que permitan evaluar de forma permanente el desarrollo integral del trabajo a distancia, como componente de una gestión orientada a resultados;
- IV. Establecer mecanismos y formatos de los informes que las distintas áreas rindan en materia de trabajo a distancia, para fines de evaluación y toma de decisiones en la materia;
- V. Formular recomendaciones y/o acciones preventivas para la adecuada realización del trabajo a distancia;
- VI. Proponer actualizaciones a la normativa interna en la materia, ante la Comisión de Administración;
- VII. Rendir los informes de evaluación del trabajo a distancia, a fin de que se someta a consideración de la Comisión de Administración; y
- VIII. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;
- IX. Identificar y proponer los recursos necesarios para la implementación y operación de las acciones del trabajo a distancia;
- X. Interpretar el contenido y alcance de las disposiciones de este Acuerdo General por el que se autoriza la creación del Comité Técnico de Trabajo a Distancia del Tribunal Electoral de Poder Judicial de la Federación; y
- XI. Las demás que le asigne la persona titular de la Presidencia del Tribunal Electoral y la Comisión.

Artículo 8. El Titular de la Dirección General de Planeación y Evaluación Institucional, deberá presentar cada seis meses al Comité, conforme al calendario que este órgano colegiado le ha autorizado, un informe de los resultados alcanzados mediante el trabajo a distancia, de conformidad con las metas y objetivos. Una vez aprobado el informe, de conformidad con la normativa aplicable, se presentará a la Comisión de Administración para conocimiento.

Artículo 9. La o el Presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

- I. Presidir, coordinar y conducir las sesiones del Comité;
- II. Aprobar la convocatoria a las sesiones ordinarias y extraordinarias del Comité;
- III. Someter a consideración del Comité el orden del día de las sesiones, así como sus acuerdos y resoluciones;
- IV. Proponer al Comité la integración de grupos de trabajo y la realización de estudios y análisis en temas específicos;
- V. Firmar las actas de las sesiones del Comité, y
- VI. Las demás que disponga el Comité en el ámbito de su competencia o que le hayan sido encomendadas por la persona titular de la Presidencia del Tribunal Electoral o la Comisión.

Artículo 10. Corresponde a las y los integrantes del Comité:

- I. Asistir y participar en las sesiones del Comité con voz y voto;
- II. Proponer a la o el Presidente del Comité los invitados que pueden asistir a las sesiones;
- III. Proponer a la Secretaría Técnica los asuntos que considere se deban tratar en las sesiones;
- IV. Analizar el orden del día y los asuntos a tratar en las sesiones del Comité;
- V. Solicitar a la o el Presidente del Comité la convocatoria a sesión extraordinaria, con el señalamiento de los asuntos específicos a tratar y su justificación;
- VI. Proporcionar a la Secretaría Técnica la información que solicite en el ejercicio de sus atribuciones;
- VII. Firmar las actas de las sesiones del Comité a las que hubiese asistido;
- VIII. Cumplir, en el ámbito de sus respectivas competencias, con los acuerdos que se tomen, así como con las acciones que se deriven de los programas, políticas, estrategias y disposiciones que se emitan en materia de trabajo a distancia, e informar al Comité sobre su seguimiento y cumplimiento;

- IX.** Someter a consideración del Comité las propuestas de estrategias, acuerdos, informes, lineamientos, acciones, y cualquier otro asunto en materia de trabajo a distancia; y
- X.** Las demás que les encomiende la o el Presidente del Comité.

Artículo 11. Corresponde a la o el Secretario Técnico del Comité:

- I.** Auxiliar a la o el Presidente del Comité en el desarrollo de las sesiones;
- II.** Declarar la existencia de quórum y someter a consideración del Comité el orden del día de las sesiones;
- III.** Emitir convocatoria a sesiones a petición de la o el Presidente del Comité, así como confirmar la asistencia de sus integrantes;
- IV.** Integrar las carpetas y demás información de los asuntos que se discutirán en las sesiones, en forma electrónica, y enviarlas a las personas que integran el Comité;
- V.** Elaborar el proyecto de acta de cada sesión con los proyectos de acuerdos, así como remitirla a las personas integrantes y asesoras del Comité, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la celebración de la sesión para su revisión, comentarios y, en su caso, firma;
- VI.** Solicitar a las áreas la información sobre las acciones relacionadas con la ejecución de la política de trabajo a distancia;
- VII.** Registrar los acuerdos que deriven de las sesiones; dar seguimiento a su cumplimiento, y comunicar su avance al Comité en la sesión correspondiente;
- VIII.** Firmar de manera electrónica las actas de las sesiones del Comité;
- IX.** Llevar a cabo el control, resguardo y certificación de las actas y documentos del Comité;
- X.** Proponer a la o el Presidente del Comité la celebración de sesiones extraordinarias;
- XI.** Someter a consideración del Comité el proyecto de calendario anual de sesiones ordinarias; y
- XII.** Las demás que determine el Comité o la o el Presidente del mismo.

CAPITULO CUARTO

DEL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ

Artículo 12. Las sesiones del Comité se celebrarán de la siguiente manera:

- I.** De forma ordinaria, por lo menos cuatro veces por año, y extraordinaria cuando sea necesario;
- II.** Presencialmente o en forma remota, mediante el uso de cualquier medio tecnológico con el que se cuente en el Tribunal Electoral; y
- III.** Se levantará un acta y el acuerdo recaído a cada asunto, mismo que se someterá a la consideración de las personas integrantes del Comité, y deberá ser firmado dentro de los cinco días naturales siguientes a su celebración.

Artículo 13. Las sesiones del Comité se considerarán válidas siempre y cuando asista la mitad, más uno de sus integrantes, y entre ellos se encuentre la o el Presidente del mismo. Los acuerdos se aprobarán por mayoría de votos de las y los miembros presentes; en caso de empate, la o el Presidente del Comité tendrá voto de calidad.

Artículo 14. Las sesiones del Comité que no puedan llevarse a cabo por falta de quórum o cualquier otra circunstancia, se realizarán dentro de los cinco días naturales siguientes, convocando a ésta con al menos un día hábil de anticipación.

En las sesiones ordinarias que, una vez iniciadas, se deban suspender, serán reanudadas en la misma fecha, siempre que las circunstancias o el motivo por el cual se suspendieron lo permitan.

Artículo 15. En la última sesión de cada año se aprobará el calendario de sesiones ordinarias del Comité aplicable al año siguiente.

La Secretaría Técnica remitirá la convocatoria de sesiones ordinarias a las personas integrantes, asesoras e invitadas, con una anticipación de cuando menos siete días naturales previos a la fecha de celebración.

La convocatoria deberá incluir el orden del día, las carpetas en forma electrónica y demás información a tratar en la sesión correspondiente, privilegiando el uso de los medios electrónicos para su realización.

Artículo 16. Las convocatorias para las sesiones extraordinarias del Comité se emitirán, cuando menos, con dos días naturales de anticipación a la fecha de la celebración de la sesión, a la cual se anexará el orden del día, las carpetas en forma electrónica, así como la información a tratar en la sesión correspondiente.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. El Comité Técnico de Trabajo a Distancia del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, deberá celebrar su sesión de instalación dentro de los diez días siguientes a la entrada en vigor del presente Acuerdo.

TERCERO. Para mayor difusión, publíquese el presente Acuerdo en el Diario Oficial de la Federación, así como en las páginas de Intranet e internet del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.

Marcela Loredana Montero de Alba, Secretaria Administrativa y de la Comisión de Administración del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 208, fracciones XIV y XXIV, del Reglamento Interno del citado órgano jurisdiccional **CERTIFICA** Que el presente documento, integrado por **5 fojas** impresas por anverso y reverso, y **1** foja únicamente por anverso, corresponde al “**Acuerdo General por el que se autoriza la creación del Comité Técnico del Trabajo a Distancia del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación**” aprobado mediante el Acuerdo 05/SO8(25-VIII-2022), emitido por la y los integrantes de la Comisión de Administración del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, en su Octava Sesión Ordinaria de 2022, efectuada el pasado 25 de agosto de 2022. **DOY FE.**

Ciudad de México, a 9 de septiembre de 2022.

Secretaria Administrativa y de la Comisión de Administración del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, **Marcela Loredana Montero de Alba.**- Firmado digitalmente.

BANCO DE MEXICO

TIPO de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana.

Al margen un logotipo, que dice: Banco de México.- "2022, Año de Ricardo Flores Magón".

TIPO DE CAMBIO PARA SOLVENTAR OBLIGACIONES DENOMINADAS EN MONEDA EXTRANJERA PAGADERAS EN LA REPÚBLICA MEXICANA

El Banco de México, con fundamento en los artículos 8o. de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos; 35 de la Ley del Banco de México, así como 8o. y 10 del Reglamento Interior del Banco de México, y según lo previsto en el Capítulo V del Título Tercero de su Circular 3/2012, informa que el tipo de cambio obtenido el día de hoy fue de \$19.7957 M.N. (diecinueve pesos con siete mil novecientos cincuenta y siete diezmilésimos moneda nacional) por un dólar de los EE.UU.A.

La equivalencia del peso mexicano con otras monedas extranjeras se calculará atendiendo a la cotización que rija para estas últimas contra el dólar de los EE.UU.A., en los mercados internacionales el día en que se haga el pago. Estas cotizaciones serán dadas a conocer, a solicitud de los interesados, por las instituciones de crédito del país.

Atentamente,

Ciudad de México, a 12 de septiembre de 2022.- BANCO DE MÉXICO: Gerente de Disposiciones de Banca Central, Lic. **Fabiola Andrea Tinoco Hernández**.- Rúbrica.- Director de Operaciones Nacionales, Lic. **Juan Rafael García Padilla**.- Rúbrica.

TASAS de interés interbancarias de equilibrio.

Al margen un logotipo, que dice: Banco de México.- "2022, Año de Ricardo Flores Magón".

TASAS DE INTERÉS INTERBANCARIAS DE EQUILIBRIO

El Banco de México, con fundamento en los artículos 8o. y 10o. del Reglamento Interior del Banco de México y de conformidad con el procedimiento establecido en el Capítulo IV del Título Tercero de su Circular 3/2012, informa que las Tasas de Interés Interbancarias de Equilibrio en moneda nacional (TIIE) a plazos de 28 y 91 días obtenidas el día de hoy, fueron de 8.8599 y 9.1374 por ciento, respectivamente.

Las citadas Tasas de Interés se calcularon con base en las cotizaciones presentadas por las siguientes instituciones de banca múltiple: BBVA México, S.A., HSBC México, S.A., Banco Inbursa, S.A., Banco Credit Suisse (México), S.A., Banco Azteca, S.A., ScotiaBank Inverlat, S.A. y Banco Mercantil del Norte, S.A.

Ciudad de México, a 12 de septiembre de 2022.- BANCO DE MÉXICO: Gerente de Disposiciones de Banca Central, Lic. **Fabiola Andrea Tinoco Hernández**.- Rúbrica.- Director de Operaciones Nacionales, Lic. **Juan Rafael García Padilla**.- Rúbrica.

TASA de interés interbancaria de equilibrio de fondeo a un día hábil bancario.

Al margen un logotipo, que dice: Banco de México.- "2022, Año de Ricardo Flores Magón".

TASA DE INTERÉS INTERBANCARIA DE EQUILIBRIO DE FONDEO A UN DÍA HÁBIL BANCARIO

El Banco de México, con fundamento en los artículos 8o. y 10o. del Reglamento Interior del Banco de México y de conformidad con el procedimiento establecido en el Capítulo IV del Título Tercero de su Circular 3/2012, informa que la Tasa de Interés Interbancaria de Equilibrio (TIIE) de Fondeo a un día hábil bancario en moneda nacional determinada el día de hoy, fue de 8.48 por ciento.

Ciudad de México, a 9 de septiembre de 2022.- BANCO DE MÉXICO: Gerente de Disposiciones de Banca Central, Lic. **Fabiola Andrea Tinoco Hernández**.- Rúbrica.- Director de Operaciones Nacionales, Lic. **Juan Rafael García Padilla**.- Rúbrica.

INSTITUTO FEDERAL DE TELECOMUNICACIONES

ACUERDO mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones expide la Disposición Técnica IFT-011-2022: Especificaciones Técnicas de los Equipos Terminales Móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 3. Servicio de Radiodifusión Celular para la notificación por Riesgo o situaciones de Emergencia.

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Federal de Telecomunicaciones.

ACUERDO MEDIANTE EL CUAL EL PLENO DEL INSTITUTO FEDERAL DE TELECOMUNICACIONES EXPIDE LA "DISPOSICIÓN TÉCNICA IFT-011-2022: ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS TERMINALES MÓVILES QUE PUEDAN HACER USO DEL ESPECTRO RADIOELÉCTRICO O SER CONECTADOS A REDES DE TELECOMUNICACIONES. PARTE 3. SERVICIO DE RADIODIFUSIÓN CELULAR PARA LA NOTIFICACIÓN POR RIESGO O SITUACIONES DE EMERGENCIA."

Antecedentes

Primero.- El 11 de junio de 2013, se publicó en el Diario Oficial de la Federación (en lo sucesivo, el "DOF"), el "Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de los artículos 6o., 7o., 27, 28, 73, 78, 94 y 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de telecomunicaciones", mediante el cual se creó el Instituto Federal de Telecomunicaciones (en lo sucesivo, el "Instituto") como un órgano autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propio cuyo objeto es el desarrollo eficiente de la radiodifusión y las telecomunicaciones, conforme a lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (en lo sucesivo, la "Constitución") y en los términos que fijan las leyes.

Segundo.- El 14 de julio de 2014, se publicó en el DOF el "Decreto por el que se expiden la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión, y la Ley del Sistema Público de Radiodifusión del Estado Mexicano; y se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones en materia de telecomunicaciones y radiodifusión", mediante el cual se expidió la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión (en lo sucesivo, la "LFTR"), ordenamiento que entró en vigor treinta días naturales siguientes a su publicación, es decir, el 13 de agosto de 2014.

Tercero.- El 4 de septiembre de 2014, se publicó en el DOF el Estatuto Orgánico del Instituto Federal de Telecomunicaciones, (en lo sucesivo, el "Estatuto Orgánico"), mismo que entró en vigor el 26 del mismo mes y año, cuya última modificación fue publicada en el DOF el 4 de marzo de 2022.

Cuarto.- El 2 de diciembre de 2015, se publicó en el DOF el "Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones expide los Lineamientos de Colaboración en Materia de Seguridad y Justicia y modifica el plan técnico fundamental de numeración, publicado el 21 de junio de 1996" (en lo sucesivo, los "Lineamientos de Colaboración en Materia de Seguridad y Justicia").

Quinto.- El 22 de enero de 2016, se publicó en el DOF el "Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones establece los grupos ejecutivo y técnico establecidos en el capítulo V de los Lineamientos de Colaboración en Materia de Seguridad y Justicia; así como las mesas de trabajo para la priorización de comunicaciones de emergencia y el establecimiento de un protocolo común de alertamiento".

Sexto.- El 27 de abril de 2017, se publicó en el DOF el "Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones expide la Disposición Técnica IFT-011-2017: Especificaciones de los equipos terminales móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 1. Código de Identidad de Fabricación del Equipo (IMEI) y funcionalidad de receptor de radiodifusión sonora en Frecuencia Modulada (FM)", cuya última modificación fue publicada en el DOF el 21 de septiembre de 2017.

Séptimo.- El 3 de enero de 2018, se publicó en el DOF el "Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones expide la Disposición Técnica IFT-011-2017: Especificaciones técnicas de los equipos terminales móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 2. Equipos terminales móviles que operan en las bandas de 700 MHz, 800 MHz, 850 MHz, 1900 MHz, 1700 MHz/2100 MHz y/o 2500 MHz", cuya última modificación fue publicada en el DOF el 12 de febrero de 2021.

Octavo.- El 30 de enero de 2020, se publicó en el DOF el "Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones expide los Lineamientos que establecen el Protocolo de Alerta Común conforme al lineamiento cuadragésimo noveno de los Lineamientos de Colaboración en Materia de Seguridad y Justicia" (en lo sucesivo, los "Lineamientos del Protocolo de Alerta Común").

Noveno.- El 3 de septiembre de 2020, se retomaron las reuniones de la “Mesa de Trabajo para la priorización de comunicaciones de emergencia y el establecimiento de un Protocolo Común de Alertamiento”, en conjunto con la Coordinación Nacional de Protección Civil, los concesionarios y autorizados del servicio móvil, de radiodifusión y de televisión y audio restringidos, a efecto de dar seguimiento a lo establecido en el lineamiento VIGÉSIMO TERCERO de los Lineamientos del Protocolo de Alerta Común.

A la fecha se han llevado a cabo catorce reuniones de la mesa de trabajo para la priorización de comunicaciones de emergencia y el establecimiento de un Protocolo Común de Alertamiento, en conjunto con la Coordinación Nacional de Protección Civil, los concesionarios y autorizados del servicio móvil, de radiodifusión y de televisión y audio restringidos.

Décimo.- El 10 de febrero de 2021, se publicó en el DOF el “Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones modifica el artículo Tercero Transitorio del Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones expide los Lineamientos que establecen el Protocolo de Alerta Común conforme al Lineamiento Cuadragésimo Noveno de los Lineamientos de Colaboración en Materia de Seguridad y Justicia”.

Décimo Primero.- El 23 de julio de 2021, se publicó en el DOF el “Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones modifica los Lineamientos que establecen el Protocolo de Alerta Común conforme al lineamiento cuadragésimo noveno de los Lineamientos de Colaboración en Materia de Seguridad y Justicia”.

Décimo Segundo.- El 22 de septiembre de 2021, el Pleno del Instituto mediante acuerdo P/IFT/220921/448, aprobado en su XIX Sesión Ordinaria determinó someter a consulta pública por un periodo de 60 (sesenta) días naturales del 4 de octubre al 02 de diciembre de 2021 el “Anteproyecto de Disposición Técnica IFT-011-2021: Especificaciones Técnicas de los Equipos Terminales Móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 3. Servicio de Radiodifusión Celular para la notificación de Riesgo o situaciones de Emergencia.”

Décimo Tercero.- El 29 de noviembre de 2021, la Asociación Nacional de Telecomunicaciones, A.C., solicitó al Instituto la ampliación al periodo de consulta pública del “Anteproyecto de Disposición Técnica IFT-011-2021: Especificaciones Técnicas de los Equipos Terminales Móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 3. Servicio de Radiodifusión Celular para la notificación de Riesgo o situaciones de Emergencia” al menos 20 (veinte) días más.

Décimo Cuarto.- El 01 de diciembre de 2021, el Pleno del Instituto, mediante acuerdo P/IFT/011221/738, aprobado en su XXIV Sesión Ordinaria determinó ampliar el periodo de la consulta pública del “Anteproyecto de Disposición Técnica IFT-011-2021: Especificaciones Técnicas de los Equipos Terminales Móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 3. Servicio de Radiodifusión Celular para la notificación de Riesgo o situaciones de Emergencia”, por un periodo de 20 (veinte) días hábiles, del 03 de diciembre de 2021 al 13 de enero de 2022.

Décimo Quinto.- Mediante oficio IFT/211/CGMR/174/2022, de fecha 31 de mayo de 2022, la Coordinación General de Mejora Regulatoria del Instituto emitió la opinión no vinculante sobre el Análisis de Impacto Regulatorio de la “Disposición Técnica IFT-011-2022: Especificaciones Técnicas de los Equipos Terminales Móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 3. Servicio de Radiodifusión Celular para la notificación por Riesgo o situaciones de Emergencia”.

Considerando

Primero.- Competencia del Instituto. De conformidad con lo establecido por el artículo 28 párrafo décimo quinto de la Constitución, el Instituto tiene por objeto el desarrollo eficiente de la radiodifusión y las telecomunicaciones, conforme a lo dispuesto en la propia Constitución y en los términos que fijan las leyes. Para tal efecto, en términos del precepto constitucional invocado, así como de los artículos 1 y 7 de la LFTR, el Instituto tiene a su cargo la regulación, promoción y supervisión del uso, aprovechamiento y explotación del espectro radioeléctrico, los recursos orbitales, los servicios satelitales, las redes públicas de telecomunicaciones y la prestación de los servicios de radiodifusión y de telecomunicaciones, así como del acceso a la infraestructura activa y pasiva y otros insumos esenciales, garantizando lo establecido por los artículos 6o. y 7o. de la Constitución. Asimismo, el Instituto es la autoridad en materia de competencia económica de los sectores de radiodifusión y telecomunicaciones, por lo que en éstos ejercerá en forma exclusiva las facultades establecidas por el artículo 28 de la Constitución, la LFTR y la Ley Federal de Competencia Económica.

El vigésimo párrafo, fracción IV, del artículo 28 de la Constitución, señala que el Instituto podrá emitir disposiciones administrativas de carácter general exclusivamente para el cumplimiento de su función regulatoria en el sector de su competencia. En ese mismo sentido, el artículo 15, fracciones I y LVI, de la LFTR, señala que el Instituto tiene la atribución de expedir disposiciones administrativas de carácter general, planes técnicos fundamentales, lineamientos, modelos de costos, procedimientos de evaluación de la conformidad, procedimientos de homologación y certificación y ordenamientos técnicos en materia de telecomunicaciones y radiodifusión; así como las demás disposiciones para el cumplimiento de lo dispuesto en la LFTR.

Derivado de lo anterior, el Pleno como órgano máximo de gobierno del Instituto, es competente para emitir el presente Acuerdo, con fundamento en los artículos 28 párrafo décimo quinto y vigésimo, fracción IV, de la Constitución; 1, 2, 7, 15 fracciones I y XL, 16 y 17 fracción I de la LFTR, y 4 fracción I y 6 fracciones I y XXV del Estatuto Orgánico.

Segundo.- Las telecomunicaciones y la radiodifusión como servicios públicos de interés general. El artículo 28 de la Constitución establece la obligación del Instituto de garantizar lo establecido en los artículos 6o. y 7o. del mismo ordenamiento, los cuales prevén, entre otras cosas, el derecho de acceso a las tecnologías de la información y comunicación, así como a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones y otorgan a dichos servicios la naturaleza de servicios públicos de interés general, respecto de los cuales el Estado señalará las condiciones de competencia efectiva para prestar los mismos.

En ese orden de ideas, en términos de la fracción II del apartado B del artículo 6o. de la Constitución y el artículo 2 de la LFTR, las telecomunicaciones son un servicio público de interés general, por lo que el Estado garantizará que sean prestadas en condiciones de competencia, calidad, pluralidad, cobertura universal, interconexión, convergencia, continuidad, acceso libre y sin injerencias arbitrarias.

En el mismo sentido, de conformidad con la fracción III del apartado B del artículo 6o. de la Constitución y el artículo 2 de la LFTR, la radiodifusión es un servicio público de interés general, por lo que el Estado garantizará que sea prestado en condiciones de competencia y calidad y brinde los beneficios de la cultura a toda la población, preservando la pluralidad y la veracidad de la información, así como el fomento de los valores de la identidad nacional, contribuyendo a los fines establecidos en el artículo 3o. de la Constitución.

Tercero.- Del Servicio de Radiodifusión Celular. Actualmente existen diversos estándares e instrumentos internacionales a efecto de abordar lo relativo al Servicio de Radiodifusión Celular (CBS, por sus siglas en inglés) para la difusión y recepción de mensajes de alerta por riesgo o situaciones de emergencia, tal como la especificación técnica ETSI TS 123 041 V17.4.0 (2022-06) denominada "*Digital cellular telecommunications system (Phase 2+) (GSM); Universal Mobile Telecommunications System (UMTS); LTE; 5G; Technical realization of Cell Broadcast Service (CBS)*" (3GPP TS 23.041 *version 17.4.0 Release 17*)¹ publicada por el Instituto Europeo de Normas de Telecomunicaciones (ETSI, por sus siglas en inglés), la cual señala que CBS permite la difusión de mensajes de alerta sin acuse de recepción a cualquier Equipo Terminal Móvil (en lo sucesivo, "ETM") en una determinada zona geográfica.

Asimismo, el referido estándar indica que los mensajes de CBS se pueden difundir en zonas geográficas previamente definidas, conocidas como áreas de difusión de celular, la cuales pueden comprender una o más celdas o incluso pueden abarcar la totalidad de la red pública de telecomunicaciones del servicio móvil. Los mensajes CBS también pueden ser difundidos de manera recurrente por una célula con una frecuencia y duración preestablecidas dependiendo del tipo de mensaje de alerta.

No obstante, la barrera técnica más representativa para la difusión de los mensajes de alerta mediante CBS, no ha sido en sí la implementación de ésta, sino la poca disponibilidad de ETM compatibles con el servicio en mención. Lo anterior se pone de manifiesto en el documento denominado "*Wireless Emergency Alerts – Mobile Penetration Strategy*"² publicado en julio de 2013, por el *Homeland Security Science and Technology, Science and Technology Directorate* del Gobierno de los Estados Unidos de América. En dicho documento se menciona que, en abril de 2012, cuando dio inicio la difusión de mensajes de alerta a sus usuarios mediante este servicio, solo el 3% de los ETM eran compatibles con CBS, lo cual afectó a todos los operadores del servicio móvil que pretendían hacer uso de éste para la difusión de mensajes de alerta a sus usuarios.

¹ https://www.etsi.org/deliver/etsi_TS/123000_123099/123041/17.04.00_60/ts_123041v170400p.pdf#

² <https://www.dhs.gov/sites/default/files/publications/Wireless%20Emergency%20Alerts%20Mobile%20Penetration%20Strategy.pdf#>

En el mismo instrumento, se menciona que una estrategia para aumentar la compatibilidad de ETM con CBS, es a través de actualizaciones de *firmware*³ y del sistema operativo, particularmente para ETM inteligentes; es importante mencionar que solo los modelos de ETM que cuenten con todos los elementos habilitados desde su fabricación podrían ser sujetos de una actualización de *software* para habilitar CBS; es decir, que para que un ETM sea actualizado y sea compatible con CBS en las redes de los concesionarios y autorizados, éste deberá ser capaz de recibir y procesar la información enviada a través de la señalización en un canal de transmisión celular, el cual depende del procesador de banda base que administra las conexiones (celular, Wi-Fi, el subsistema NFC⁴, etc.) del ETM.

Recapitulando, el referido instrumento señala que existen dos formas para lograr que los ETM sean compatibles con CBS:

1. Adquiriendo un ETM nuevo que incorpore CBS habilitado y activo para el usuario final y
2. Mediante la actualización del *firmware* y del sistema operativo suponiendo que el ETM cuenta con todos los elementos desde su fabricación que permitan ofrecerlo.

Cuarto.- Del Marco Técnico Regulatorio. Las Disposiciones Técnicas son instrumentos de observancia general expedidos por el Instituto conforme a lo establecido en el artículo 15 fracción I de la LFTR, a través de los cuales se regulan las características y operación de productos, dispositivos y servicios de telecomunicaciones y radiodifusión y en su caso, la instalación de los equipos, sistemas y la infraestructura en general asociada a éstos, así como las especificaciones que se refieran a su cumplimiento o aplicación.

Por su parte, en los Lineamientos de Colaboración en Materia de Seguridad y Justicia, se establecen en el Capítulo IX “Del número único armonizado a nivel nacional para la prestación de servicios de emergencia y de la prioridad de las comunicaciones en casos de emergencia”, diversas obligaciones a los concesionarios y autorizados del servicio móvil a efecto de brindar gratuitamente prioridad a las comunicaciones y mensajes en situaciones de emergencia o desastre que emitan las autoridades competentes, entre las que destacan las contenidas en los lineamientos CUADRAGÉSIMO SÉPTIMO y CUADRAGÉSIMO OCTAVO; así como lo previsto en el lineamiento CUADRAGÉSIMO NOVENO, respecto a la coadyuvancia del Instituto con las autoridades competentes en el establecimiento de un protocolo común para alertar por riesgos o situaciones de emergencia en materia de protección civil.

Aunado a lo anterior, en el lineamiento PRIMERO de los Lineamientos del Protocolo de Alerta Común se señala que el objeto de dicho ordenamiento es el establecimiento del Protocolo de Alerta Común al que se refiere el lineamiento cuadragésimo noveno de los Lineamientos de Colaboración en Materia de Seguridad y Justicia, así como los mecanismos para que los concesionarios y, en su caso, autorizados del servicio móvil, de radiodifusión y de televisión y audio restringidos colaboren oportuna y efectivamente con las autoridades competentes en la implementación y operación de dicho protocolo por riesgo o situaciones de emergencia.

Dicho instrumento dispone en el lineamiento NOVENO, fracción IV, que, para el caso particular del servicio móvil, los concesionarios y, en su caso autorizados, deberán realizar la difusión de los mensajes de alerta mediante el uso de una aplicación móvil y a través de CBS, conforme a los estándares internacionales aplicables.

Por otro lado, el lineamiento DÉCIMO de los Lineamientos del Protocolo de Alerta Común establece:

“DÉCIMO. Los concesionarios y, en su caso, Autorizados del servicio móvil, de radiodifusión, y de televisión y audio restringidos deberán implementar la Plataforma de Comunicación con el fin de soportar el Protocolo de Alerta Común, y deberán contar con Conectividad al Colector de Mensajes de Alerta Primario y al Colector de Mensajes de Alerta Secundario en coordinación con la CNPC, considerando las etapas indicadas en la Tabla 1:

Etapa	Servicio
1	Móvil (Aplicación)
2	Radiodifusión y de Televisión y Audio restringidos
3	Móvil (CBS)

Tabla 1. Etapas de implementación.

La implementación de las referidas etapas podrá llevarse a cabo simultáneamente; lo anterior, de conformidad con los acuerdos que deriven de la Mesa de Trabajo a la que se refiere el lineamiento VIGÉSIMO TERCERO de los presentes Lineamientos”.

³ *Firmware*: Programas de software y datos almacenados en el hardware, generalmente en la memoria de solo lectura, a efecto de que los programas y la información no se puedan escribir o modificar dinámicamente durante la ejecución de los programas. Disponible en <https://csrc.nist.gov/glossary/term/firmware#>

⁴ Del inglés *Near Field Communication* (Comunicación de Campo Cercano).#

Por otro lado, la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH)⁵, publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en julio del año 2022, presentó dos hallazgos relevantes para el año 2021: que los ETM representaron la tecnología con mayor penetración nacional sumando un total de 91.7 millones de usuarios en el país; y que el 78.3% de la población era considerada usuaria de ETM, de los cuales el 9 de cada 10 usuarios contaban con un ETM tipo teléfono inteligente o *Smartphone*.

En ese orden de ideas, la ENDUTIH señaló como se muestra a continuación, que entre 2017 y 2021, los usuarios que dispusieron de un ETM tipo teléfono inteligente crecieron 13.8 puntos porcentuales, al pasar de 80.1 a 93.9 por ciento.

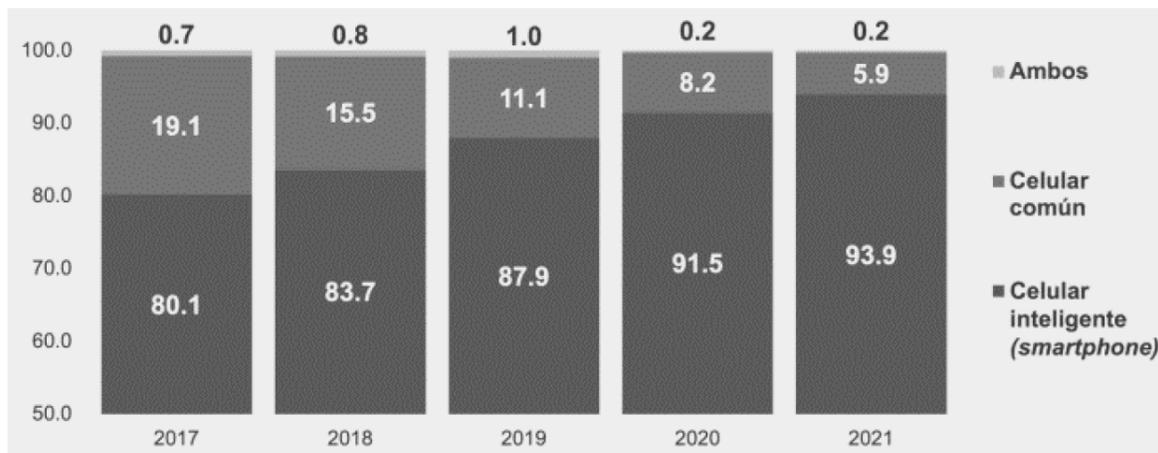


Figura A. Usuarios de ETM o ETM tipo teléfono inteligente

Es importante señalar que actualmente se desconoce el total del parque de ETM a nivel nacional que cuentan con CBS habilitado y activo para los usuarios del servicio móvil, por lo que, a través de la "Disposición Técnica IFT-011-2022: Especificaciones Técnicas de los Equipos Terminales Móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 3. Servicio de Radiodifusión Celular para la notificación por Riesgo o situaciones de Emergencia", se prevé establecer las especificaciones técnicas de los ETM que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones, para la recepción y procesamiento de mensajes de alerta por riesgo o situaciones emergencia mediante CBS; así como los métodos de prueba para demostrar el cumplimiento de dichas especificaciones.

La presente Disposición Técnica será aplicable a todos aquellos ETM (teléfonos celulares y/o teléfonos inteligentes) que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones, para la recepción y procesamiento de mensajes de alerta por riesgo o situaciones de emergencia mediante el CBS, tomando como base las normas *ATIS/TIA J-STD-100 JOINT ATIS/TIA CMAS MOBILE DEVICE BEHAVIOR SPECIFICATION*⁶ y *ATIS-0700036 Enhanced Wireless Emergency Alert (eWEA) Mobile Device Behavior (MDB) Specification (A Revised Version of J-STD-100)*⁷.

Quedan exentos los relojes inteligentes (smartwatches) que cuenten con una SIM o eSIM, y sean compatibles con el Servicio de Radiodifusión Celular. Dichos relojes inteligentes podrán recibir y procesar alguna forma de Mensajes de Alerta y que, dadas sus características técnicas, la visualización de dichos mensajes de alerta, la señal audible y la cadencia de vibración podrán ser distintos a los que reciban y procesen los teléfonos celulares y/o teléfonos inteligentes.

Considerando lo anteriormente expuesto, resulta relevante mencionar que la Disposición Técnica será el instrumento que establezca la obligación a los fabricantes de ETM de incorporar CBS a éstos; lo anterior, con el objeto de que reciban los mensajes de alerta por riesgo o situaciones de emergencia gestionados por la Coordinación Nacional de Protección Civil.

⁵ https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/OtrTemEcon/ENDUTIH_21.pdf #

⁶ https://global.ihs.com/search_res.cfm?&csf=TIA&input_doc_number=J%2DSTD%2D100&input_doc_title=&org_code=TIA

⁷ https://global.ihs.com/doc_detail.cfm?document_name=ATIS%200700036&item_s_key=00760905

Quinto.- De la necesidad de emitir la Disposición Técnica IFT-011-2022: Especificaciones Técnicas de los Equipos Terminales Móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 3. Servicio de Radiodifusión Celular para la notificación por Riesgo o situaciones de Emergencia. Actualmente, no existe un instrumento regulatorio que establezca las especificaciones técnicas y métodos de prueba para los ETM para la recepción y procesamiento de mensajes de alerta por riesgo o situaciones de emergencia mediante CBS.

La propuesta de regulación surge con el objeto de alertar por riesgo o situaciones de emergencia a los usuarios del servicio móvil a través de sus ETM, los cuales deberán ser compatibles para la recepción y procesamiento de mensajes mediante CBS. Además, también se dará cumplimiento a lo señalado en los lineamientos Noveno, fracción IV y Décimo de los Lineamientos del Protocolo de Alerta Común, así como en los acuerdos alcanzados en el seno de las Mesas de Trabajo para la priorización de comunicaciones de emergencias y el establecimiento de un Protocolo Común de Alertamiento, los cuales se ven reflejados en el *“Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones modifica los Lineamientos que establecen el Protocolo de Alerta Común conforme al lineamiento cuadragésimo noveno de los Lineamientos de Colaboración en Materia de Seguridad y Justicia”*, publicado en el DOF el 23 de julio de 2021, donde, entre otros, se redujo de 36 a 18 meses el plazo definido inicialmente para dar inicio a la difusión de los mensajes de alerta a través de CBS.

Por lo anterior, y con fundamento en los párrafos décimo quinto y vigésimo, fracción IV, del artículo 28 de la Constitución y los artículos 1, 2, 7, párrafos segundo y cuarto, y 15, fracciones I y LVI, de la LFTR, corresponde exclusivamente al Instituto, como órgano constitucional autónomo, emitir una disposición administrativa de carácter general que establezca las especificaciones técnicas de los ETM que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones, para la recepción y procesamiento de mensajes de alerta por riesgo o situaciones emergencia mediante el CBS; así como los métodos de prueba para demostrar el cumplimiento de dichas especificaciones.

Los beneficios que se pretenden obtener al emitir la presente Disposición Técnica son primordialmente:

1. Establecer que los fabricantes de los ETM habiliten y activen CBS desde su fabricación, el cual es el mecanismo más eficiente para la difusión de los mensajes de alerta dentro del servicio móvil ya que presenta tiempos de entrega del orden de segundos;
2. Incidir favorablemente en los usuarios del servicio móvil al establecer que los ETM deberán contar con un mecanismo confiable y robusto como lo es CBS, para la recepción y procesamiento de mensajes de alerta por riesgos o situaciones de emergencia en materia de protección civil, y
3. Eliminar las restricciones de los ETM para CBS, permitiéndoles con ello a los usuarios recibir los mensajes de alerta a través de este y, por tanto, contar con información oportuna en caso de riesgo o situaciones de emergencia.

Sexto.- De la Consulta pública. Con fundamento en lo establecido en el artículo 51 de la LFTR, el Pleno del Instituto determinó someter a consulta pública bajo los principios de transparencia y participación ciudadana el *“Acuerdo mediante la cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones determina someter a Consulta Pública el Anteproyecto de Disposición Técnica IFT-011-2021: Especificaciones Técnicas de los Equipos Terminales Móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 3. Servicio de Radiodifusión Celular para la notificación de Riesgo o situaciones de Emergencia”*, durante un plazo de 102 días naturales comprendidos del 04 de octubre de 2021 al 13 de enero de 2022.

Durante la consulta pública se recibieron once participaciones, dos de personas físicas y nueve de personas morales, las cuales fueron analizadas y, en su caso atendidas. Entre las contribuciones se encuentran las siguientes:

1. Alineación de la Disposición Técnica con estándares internacionales, especialmente aquellos utilizados en países vecinos;
2. Adopción de las especificaciones técnicas de CBS en los ETM de manera voluntaria;
3. Retroactividad de la Disposición Técnica para los ETM que ya se encuentran en operación en las redes del servicio móvil;

4. Realización de ajustes en el campo de aplicación de la Disposición Técnica;
5. Activación del canal de prueba 4380 a través de comandos MMI (*Man-Machine-Interface*) con la finalidad de evitar que todos los usuarios activos en la red reciban los mensajes de alerta de prueba;
6. Detección y eliminación de mensajes de alerta duplicados en el ETM, y
7. Alineación de la Disposición Técnica con lo previsto en el Procedimiento de Evaluación de la Conformidad vigente y sus modificaciones en materia de telecomunicaciones y radiodifusión.

Las participaciones recibidas durante la consulta pública, así como el informe de consideraciones, se encuentran disponibles en el portal de Internet del Instituto; en dicho informe se exponen las razones por las cuales se estimaron o no pertinentes de incluir las opiniones derivadas del ejercicio de consulta pública.

Séptimo.- Del Análisis de Impacto Regulatorio. De conformidad con el segundo párrafo del artículo 51 de la LFTR, se establece que previo a la emisión de reglas, lineamientos o disposiciones administrativas de carácter general de que se trate, el Instituto deberá realizar y hacer público un Análisis de Impacto Regulatorio.

Al respecto, la Coordinación General de Mejora Regulatoria mediante oficio IFT/211/CGMR/174/2022, de fecha 31 de mayo de 2022, emitió la opinión no vinculante respecto de la "Disposición Técnica IFT-011-2022: Especificaciones Técnicas de los Equipos Terminales Móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 3. Servicio de Radiodifusión Celular para la notificación por Riesgo o situaciones de Emergencia", en dicha opinión, manifestó diversas recomendaciones a efecto de robustecer tanto el Análisis de Impacto Regulatorio como algunas disposiciones de la Disposición Técnica, las cuales fueron analizadas y, en su caso, atendidas.

Por las razones expuestas con fundamento en los artículos 6o., apartado B, fracciones II y III, y 28, párrafos décimo quinto y vigésimo, fracción IV, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, 7, 15, fracciones I y LVI, 16, 17 fracción I, 190, fracción XI y 289 de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión, 1, 4, fracción I y 6 fracciones I y XXV del Estatuto Orgánico del Instituto, el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones emite el siguiente:

Acuerdo

Primero.- Se aprueba y expide la "DISPOSICIÓN TÉCNICA IFT-011-2022: ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS TERMINALES MÓVILES QUE PUEDAN HACER USO DEL ESPECTRO RADIOELÉCTRICO O SER CONECTADOS A REDES DE TELECOMUNICACIONES. PARTE 3. SERVICIO DE RADIODIFUSIÓN CELULAR PARA LA NOTIFICACIÓN POR RIESGO O SITUACIONES DE EMERGENCIA", misma que se encuentra como Anexo Único del presente Acuerdo y que forma parte integral de este, la cual entrará en vigor a los ciento ochenta días naturales contados a partir de la publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo.- Publíquese el presente Acuerdo y su Anexo Único en el Diario Oficial de la Federación de conformidad con lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión y en el portal de Internet del Instituto Federal de Telecomunicaciones.

Comisionado Presidente*, **Javier Juárez Mojica**.- Firmado electrónicamente.- Comisionados: **Arturo Robles Rovalo, Sóstenes Díaz González, Ramiro Camacho Castillo**.- Firmado electrónicamente.

Acuerdo P/IFT/EXT/220822/12, aprobado por unanimidad en la VII Sesión Extraordinaria del Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones, celebrada el 22 de agosto de 2022.

Lo anterior, con fundamento en los artículos 28, párrafos décimo quinto, décimo sexto y vigésimo, fracción I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7, 16, 23, fracción I y 45 de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión, y 1, 7, 8 y 12 del Estatuto Orgánico del Instituto Federal de Telecomunicaciones.

* En suplencia por ausencia del Comisionado Presidente del Instituto Federal de Telecomunicaciones, suscribe el Comisionado Javier Juárez Mojica, con fundamento en el artículo 19 de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión.

Anexo único

DISPOSICIÓN TÉCNICA IFT-011-2022: ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS TERMINALES MÓVILES QUE PUEDAN HACER USO DEL ESPECTRO RADIOELÉCTRICO O SER CONECTADOS A REDES DE TELECOMUNICACIONES. PARTE 3. SERVICIO DE RADIODIFUSIÓN CELULAR PARA LA NOTIFICACIÓN POR RIESGO O SITUACIONES DE EMERGENCIA.

ÍNDICE.

- 1. OBJETIVO.**
 - 2. CAMPO DE APLICACIÓN.**
 - 3. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS.**
 - 3.1. Definiciones.
 - 3.2. Abreviaturas.
 - 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.**
 - 4.1. Soporte del Servicio de Radiodifusión Celular en el Equipo Terminal Móvil.
 - 4.2. Canales para la recepción de los Mensajes de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.
 - 4.3. Formato de visualización del Mensaje de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.
 - 4.4. Señal Audible y cadencia de vibración del Mensaje de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.
 - 4.5. Manual del Equipo Terminal Móvil.
 - 5. MÉTODOS DE PRUEBA.**
 - 5.1. Instrumentos de medición.
 - 5.2. Configuración de prueba con el simulador digital de radiocomunicaciones.
 - 5.3. Método de prueba para constatar el soporte del Servicio de Radiodifusión Celular en el Equipo Terminal Móvil.
 - 5.4. Método de prueba para constatar los canales para la recepción de los Mensajes de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.
 - 5.5. Método de prueba para constatar el Formato de visualización de los Mensajes de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.
 - 5.6. Método de prueba para constatar la Señal Audible y cadencia de vibración de los Mensajes de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.
 - 5.7. Revisión del Manual del Equipo Terminal Móvil.
 - 6. CONCORDANCIA CON NORMAS INTERNACIONALES.**
 - 7. BIBLIOGRAFÍA.**
 - 8. EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD.**
 - 8.1. Vigilancia del cumplimiento de la certificación.
 - 9. VERIFICACIÓN Y VIGILANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA DISPOSICIÓN TÉCNICA.**
 - 10. CONTRASEÑA DEL PRODUCTO.**
- TRANSITORIOS.**
- ANEXO A. FORMATO DE REPORTE DE PRUEBAS**

1. OBJETIVO.

La presente Disposición Técnica establece las especificaciones técnicas de los Equipos Terminales Móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones, para la recepción y procesamiento de Mensajes de Alerta por Riesgo o Situaciones de Emergencia, mediante el Servicio de Radiodifusión Celular. Asimismo, establece los métodos de prueba para demostrar el cumplimiento de dichas especificaciones.

2. CAMPO DE APLICACIÓN.

La presente Disposición Técnica es aplicable a todos aquellos Equipos Terminales Móviles (teléfonos celulares y/o teléfonos inteligentes) que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones, para la recepción y procesamiento de Mensajes de Alerta por Riesgo o Situaciones de Emergencia mediante el Servicio de Radiodifusión Celular.

Quedan exentos los Equipos Terminales Móviles que se encuentren haciendo uso de itinerancia internacional dentro del territorio nacional, así como los relojes inteligentes (smartwatches) que cuenten con una SIM o eSIM, y sean compatibles con el Servicio de Radiodifusión Celular. Dichos relojes inteligentes podrán recibir y procesar alguna forma de Mensajes de Alerta y, dadas sus características técnicas, la visualización de dichos mensajes de alerta, la señal audible y la cadencia de vibración podrán ser distintos a los que reciban y procesen los teléfonos celulares y/o teléfonos inteligentes, su operación no estará limitada.

3. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS.

3.1. Definiciones

Para los efectos de la presente Disposición Técnica, además de las definiciones previstas en la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión, en la Disposición Técnica IFT-011-2017: Especificaciones técnicas de los equipos terminales móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 2. Equipos terminales móviles que operan en las bandas de 700 MHz, 800 MHz, 850 MHz, 1900 MHz, 1700 MHz/2100 MHz y/o 2500 MHz, así como en los Lineamientos que establecen el Protocolo de Alerta Común conforme al lineamiento cuadragésimo noveno de los Lineamientos de Colaboración en Materia de Seguridad y Justicia y demás disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables, se entenderá por:

- I. **DT-IFT-011-2017 Parte 2:** Disposición Técnica IFT-011-2017: Especificaciones técnicas de los equipos terminales móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 2. Equipos terminales móviles que operan en las bandas de 700 MHz, 800 MHz, 850 MHz, 1900 MHz, 1700 MHz/2100 MHz y/o 2500 MHz;
- II. **Dispositivo o Equipo Terminal Móvil:** Teléfonos celulares y/o teléfonos inteligentes que utiliza el usuario para conectarse más allá del punto de conexión terminal de una red pública de telecomunicaciones, y que usa el espectro radioeléctrico, con el propósito de tener acceso y/o recibir uno o más servicios de telecomunicaciones móviles;
- III. **Emergencia:** Situación anormal que puede causar un daño a la sociedad y propiciar un Riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general, generada o asociada con la inminencia, alta probabilidad o presencia de un agente perturbador, en los términos definidos en las leyes aplicables;
- IV. **Instituto:** Instituto Federal de Telecomunicaciones;
- V. **LFTR:** Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión;
- VI. **Lineamientos del Protocolo de Alerta Común:** Lineamientos que establecen el Protocolo de Alerta Común conforme al lineamiento cuadragésimo noveno de los Lineamientos de Colaboración en Materia de Seguridad y Justicia, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2020;
- VII. **Mensaje de Alerta:** Mensaje generado por la CNPC o por aquellas autoridades competentes que por sus atribuciones de ley estén facultadas para hacerlo, con el fin de dar aviso sobre la proximidad o existencia de un agente perturbador, que pudiera causar daños a la vida, integridad, salud y bienes de la población o el incremento del Riesgo o situación de Emergencia asociados al mismo, de conformidad con lo establecido en las leyes aplicables;

- VIII. Prueba:** Evento controlado a través del cual se enviarán Mensajes de Alerta de la CNPC hacia los concesionarios y, en su caso, autorizados; los cuales no serán difundidos a los usuarios y/o audiencias;
- IX. Riesgo:** Daños o pérdidas probables sobre un agente afectable, resultado de la interacción entre su vulnerabilidad y la presencia de un agente perturbador, en los términos definidos en las leyes aplicables;
- X. Señal Audible:** Tono o conjunto de tonos que conforman a un archivo de audio y son emitidos para indicar el inicio de un Mensaje de Alerta, y
- XI. Servicio Móvil:** Servicio de telecomunicaciones prestado a usuarios finales, que se brinda a través de Equipos Terminales Móviles que no tienen una ubicación geográfica determinada.

3.2. Abreviaturas.

ANS	Atenuación Normalizada de Sitio.
CBS	Servicio de Radiodifusión Celular (por sus siglas en inglés, <i>Cell Broadcast Service</i>).
CNPC	Coordinación Nacional de Protección Civil.
DT	Disposición Técnica.
dBV/Pa	Decibeles referidos a 1 volt por Pascal.
DIV	División.
EBP	Equipo Bajo Prueba.
e-SIM	Módulo de Identidad del Suscriptor integrado (por sus siglas en inglés <i>embedded-Subscriber Identity Module</i>).
ETM	Equipo Terminal Móvil.
ETSI	Instituto Europeo de Normas de Telecomunicaciones (por sus siglas en inglés, <i>European Telecommunications Standards Institute</i>).
GS/s	Giga muestras por segundo (por sus siglas en inglés <i>Giga-Samples per second</i>).
Hz	Hertz.
IMT	Telecomunicaciones Móviles Internacionales (por sus siglas en inglés, <i>International Mobile Telecommunications</i>).
LP	Laboratorio de Prueba.
LTE	Evolución a largo plazo (por sus siglas en inglés <i>Long Term Evolution</i>).
MHz	Megahertz.
MMI	Interfaz Persona – Máquina (por sus siglas en inglés <i>Man-Machine Interface</i>).
mV	Milivolts.
RF	Radio Frecuencia.
RMS	Valor eficaz de una señal o valor raíz cuadrático medio de una señal (por sus siglas en inglés <i>Root Mean Square</i>).
SIM	Módulo de Identidad del Suscriptor (por sus siglas en inglés <i>Subscriber Identity Module</i>).
V	Volts.
W-CDMA	Acceso múltiple por división de código de banda ancha (por sus siglas en inglés <i>Wideband Code Division Multiple Access</i>).

Tabla 1. Abreviaturas.

4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.

4.1. Soporte del Servicio de Radiodifusión Celular en el Equipo Terminal Móvil.

Los ETM deberán contar con todos los elementos que permitan soportar el CBS desde su fabricación, en todos sus estándares tecnológicos de todas las tecnologías de acceso que soporte, incluido LTE y superiores, el cual deberá estar habilitado y activado para el usuario, así como, en la última actualización del sistema operativo de los ETM que lo integre desde fábrica, de tal forma que no exista ningún tipo de restricción para su funcionamiento.

Lo anterior se verifica de acuerdo con el método de prueba descrito en el numeral 5.3 del presente ordenamiento.

4.2. Canales para la recepción de los Mensajes de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.

Los canales empleados para la recepción de los Mensajes de Alerta en los ETM en todos sus estándares tecnológicos de todas las tecnologías de acceso que soporte, incluido LTE y superiores, son los mostrados en la Tabla 2, los cuales deberán estar habilitados y activos, a excepción de los canales destinados a los Mensajes de Alerta de Prueba en español:

Tipo de Mensaje de Alerta	Canales para configuración primaria	Canales para configuración secundaria.
Mensajes de Alerta nivel 1 en español.	4370	919
Mensajes de Alerta nivel 2 en español.	4371 y 4 372	919
Mensajes de Alerta nivel 3 en español.	4373 – 4 378	919
Mensajes de Alerta Amber en español.	4379	-
Mensajes de Alerta de Prueba en español.	4380	519
Mensajes de Alerta de Ejercicio en español.	4381	519
Mensajes de Alerta nivel 1 en Lenguas Indígenas Nacionales y/o inglés.	4383	919
Mensajes de Alerta nivel 2 en Lenguas Indígenas Nacionales y/o inglés.	4384 – 4385	919
Mensajes de Alerta nivel 3 en Lenguas Indígenas Nacionales y/o inglés.	4386 – 4391	919
Mensajes de información en español.	6400	919
Reservados para futuras implementaciones.	4396 – 4399	-

Tabla 2. Canales para la difusión de Mensajes de Alerta⁸.

NOTA: Los canales indicados en la Tabla 2 no deberán ser utilizados para fines distintos a aquellos previstos en la presente Disposición Técnica. Lo anterior, con el propósito de evitar el uso de ellos con fines publicitarios, promocionales u otros. Asimismo, los canales 4380 (configuración primaria) y 519 (configuración secundaria), se deberán habilitar y activar a través de códigos MMI, los cuales serán proporcionados por los fabricantes de ETM.

⁸ Referente al Lineamiento Décimo Primero, "Tabla 2. Canales para la difusión de Mensajes de Alerta" de los Lineamientos del Protocolo de Alerta Común
<http://www.ift.org.mx/sites/default/files/industria/temasrelevantes/9464/documentos/20200130matiftpac.pdf#>

La descripción de los Mensajes de Alerta listados en la tabla anterior se muestra en la Tabla 3.

Tipo de Mensaje de Alerta	Descripción
Mensajes de Alerta nivel 1.	Mensajes de Alerta presidenciales (Riesgo muy alto y alto) donde no se permite inhabilitar la recepción de éstos por el usuario.
Mensajes de Alerta nivel 2.	Mensajes de Alerta extrema donde se permite inhabilitar la recepción de éstos por el usuario.
Mensajes de Alerta nivel 3.	Mensajes de Alerta graves donde se permite inhabilitar la recepción de éstos por el usuario.

Tabla 3. Descripción de Mensajes de Alerta⁹.

Para aquellas bandas de frecuencias concesionadas para sistemas IMT del Servicio Móvil en las notas nacionales del Cuadro Nacional de Atribución de Frecuencias, los ETM podrán recibir los Mensajes de Alerta; asimismo se podrán incluir las bandas de frecuencia de operación mostradas en la Tabla 4.

Bandas de frecuencia de operación					
Banda de 700 MHz	Banda de 800 MHz	Banda de 850 MHz	Banda de 1900 MHz	Banda de 1700 MHz/2100 MHz	Banda de 2500 MHz
Banda 28 (698 MHz a 806 MHz)	Banda 26 (814 MHz a 894 MHz)	Banda 5 (824 MHz a 894 MHz)	Banda 2 (1850 MHz a 2000 MHz)	Banda 4, 10 y 66 (1710 MHz a 2180 MHz)	Banda 7 y 38 (2500 MHz a 2690 MHz)

Tabla 4. Bandas de frecuencia de operación del Servicio Móvil.

Lo anterior se verifica de acuerdo con el método de prueba descrito en el numeral 5.4 del presente ordenamiento.

4.3. Formato de visualización del Mensaje de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.

El ETM, una vez que haya recibido un Mensaje de Alerta, deberá desplegarlo de manera inmediata sin interacción del usuario, inclusive durante una sesión de voz o datos activa, sin que se produzca un bloqueo o desconexión de éstas, ya sea en idioma español con letras visualmente accesibles o, en su caso, en cualquiera de las lenguas indígenas nacionales y/o en idioma inglés, mismo que será definido por la CNPC. Lo anterior será efectuado mediante una ventana emergente o "pop-up", la cual deberá ser diferente y distinguible de cualquier otro tipo de mensaje de texto recibido en el ETM; asimismo, deberá ser visible al usuario para su lectura.

La recepción de los Mensajes de Alerta nivel 1 no podrá ser inhabilitada por el usuario del ETM. Asimismo, el ETM detectará y eliminará los Mensajes de Alerta duplicados y no permitirá el reenvío a otros usuarios, responder al emisor o copiar el contenido de éstos.

NOTA: Para el almacenamiento de Mensajes de Alerta se podrá implementar en los ETM el almacenamiento no volátil.

Lo anterior se verifica de acuerdo con el método de prueba descrito en el numeral 5.5 del presente ordenamiento.

4.4. Señal Audible y cadencia de vibración del Mensaje de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.

Los ETM deberán reproducir la Señal Audible y únicamente la cadencia de vibración será reproducida al mostrar la ventana emergente o "pop-up" con el Mensaje de Alerta, siguiendo la secuencia mostrada en las Figuras 1 y 2, respectivamente.

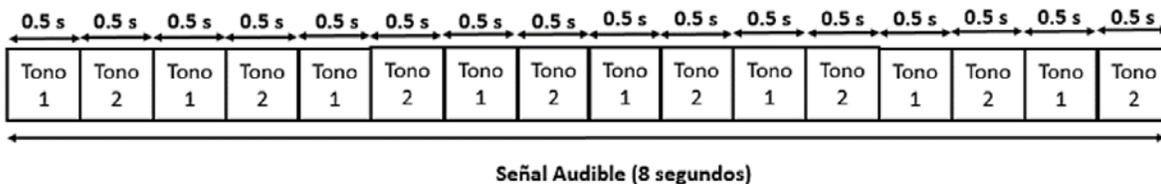


Figura 1. Secuencia de la Señal Audible del Mensaje de Alerta.

⁹ Referente a los Lineamiento Décimo Primero, "Tabla 3. Tipos de Mensajes de Alerta" de los Lineamientos del Protocolo de Alerta Común <http://www.ift.org.mx/sites/default/files/industria/temasrelevantes/9464/documentos/20200130matiftpac.pdf#>

Donde los tonos 1 y 2 deberán observar lo establecido en la Tabla 5.

Descripción	Frecuencias a combinar (Hz)	Frecuencia de modulación (Hz)	Duración (segundos)
Tono 1	932.33	7 271.96	0.5
	1 046.5		
	3 135.96		
Tono 2	440	1 099.26	0.5
	659.26		
	3 135.96		

Tabla 5. Tonos de la Señal Audible.

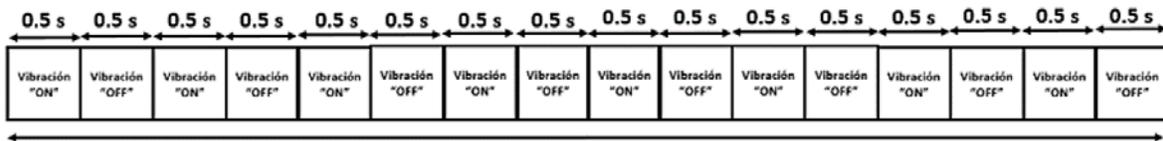


Figura 2. Cadencia de vibración del Mensaje de Alerta (duración 8 segundos).

La cadencia de vibración deberá ser reproducida observando lo establecido en la Tabla 6:

Vibración	Duración (segundos)
Activa	0.5
Sin actividad	0.5

Tabla 6. Descripción de la cadencia de vibración alterna.

NOTA: La Señal Audible y la cadencia de vibración pueden o no reproducirse de manera sincronizada.

Lo anterior se verifica de acuerdo con el método de prueba descrito en el numeral 5.6 del presente ordenamiento.

4.5. Manual del Equipo Terminal Móvil.

El manual del ETM deberá estar impreso o en formato digital disponible en el portal de Internet del fabricante, en idioma español y debe contener información suficiente, clara y veraz de sus especificaciones, así como, del CBS y los procedimientos de configuración, ajustes, operación y resolución de problemas.

Lo anterior se verifica de acuerdo con el método de prueba descrito en el numeral 5.7 del presente ordenamiento.

5. MÉTODOS DE PRUEBA.

El presente numeral contiene los métodos de prueba que deberán emplearse para la comprobación de las especificaciones técnicas contenidas en el numeral **4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** de la presente DT.

La aplicación de los métodos de prueba se llevará a cabo por los LP de tercera parte, los cuales deberán estar acreditados por el Instituto o por un Organismo de Acreditación autorizado por el Instituto respecto a la presente DT, conforme a los términos previstos en la LFTR y demás disposiciones aplicables.

Los reportes de prueba que emitan los LP de tercera parte respecto de los métodos de prueba para constatar las especificaciones técnicas establecidas en la presente DT, deberán presentarse considerando los elementos indicados en el Anexo A.

5.1. Instrumentos de medición.

Los instrumentos de medición que se utilicen para la aplicación de los métodos de prueba deberán contar, al menos, con las características que se muestran en la Tabla 7 y con el dictamen o certificado de calibración que avale que dichos instrumentos cumplen con las disposiciones legales aplicables.

La calibración de dichos instrumentos deberá realizarse en las magnitudes, frecuencias y en los alcances de medición en los cuales serán empleados.

Instrumento.	Parámetros de medición.	Valores requeridos.
Simulador digital de radiocomunicaciones.	Intervalos de las bandas de frecuencia de operación:	Las bandas de frecuencia de operación indicadas en la Tabla 4 del numeral 4.4.
	Resolución en frecuencia:	0.1 Hz.
	Sensibilidad (nivel de ruido):	< -90 dBm.
	Exactitud absoluta en amplitud:	Menor o igual que ± 1 dB.
	Impedancia de entrada:	50 Ohms.
	Detector:	Pico y RMS.
	Funcionalidad:	Generador de RF; Analizador de RF; Medidor de Potencia; Medidor de Frecuencia. Simulador digital de radiocomunicaciones que considere las siguientes tecnologías de acceso: 2G, 3G, 4G, incluida LTE y posteriores.
Osciloscopio digital	Intervalo de DC:	0 – 6 V.
	Intervalo de impedancia:	0 – 600 Ohms.
	Resolución de Ohms:	0,1 Ohms.
	Intervalo de frecuencias de operación:	100 Hz a 200 MHz.
	Razón de muestreo:	2 GS/s.
	Sensibilidad vertical:	2 mV/DIV – 5 V/DIV.
	Resolución vertical:	8 bits.
Cámara anecoica.	Pérdida por blindaje mayor que 105 dB en el intervalo de 30 MHz a 6 GHz; ANS debe estar dentro de ± 4 dB, en el intervalo de 30 MHz a 1 GHz con respecto al valor de ANS: 1) calculado teóricamente o 2) con respecto al valor de ANS medido en el sitio de referencia CALTS del CENAM con las mismas antenas, y Razón de Onda Estacionaria de Tensión Eléctrica (VSWR, Voltage Standing Wave Ratio) del Sitio, SVSWR, menor o igual que 6 dB, en el intervalo de 1 GHz a 18 GHz.	
Micrófono.	Intervalo audible:	50 Hz a 15 kHz.
	Sensibilidad:	-60 a -44 dBV/Pa.
	Nivel de salida:	10 mV.
	Impedancia:	< 2000 Ohms.
Amplificador.	Intervalo de frecuencia de operación:	50 Hz a 15 kHz.
	Ganancia:	La necesaria para asegurar un nivel de señal adecuado que sea medible con la exactitud requerida.

Tabla 7. Características de los instrumentos de medición.

5.2. Configuración de prueba con el simulador digital de radiocomunicaciones.

Para la aplicación de los métodos de prueba de la presente DT se empleará la siguiente configuración radiada de prueba como se muestra en la Figura 3 y en la Figura 3 bis.

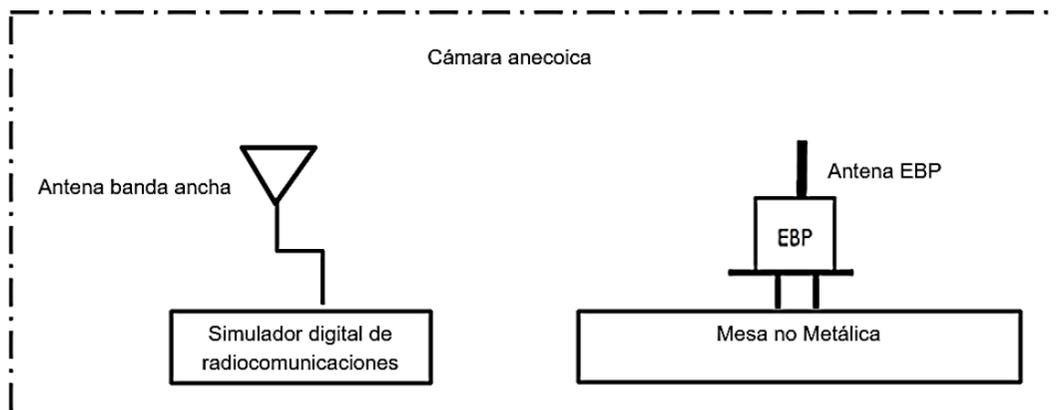


Figura 3. Configuración con simulador digital de radiocomunicaciones.

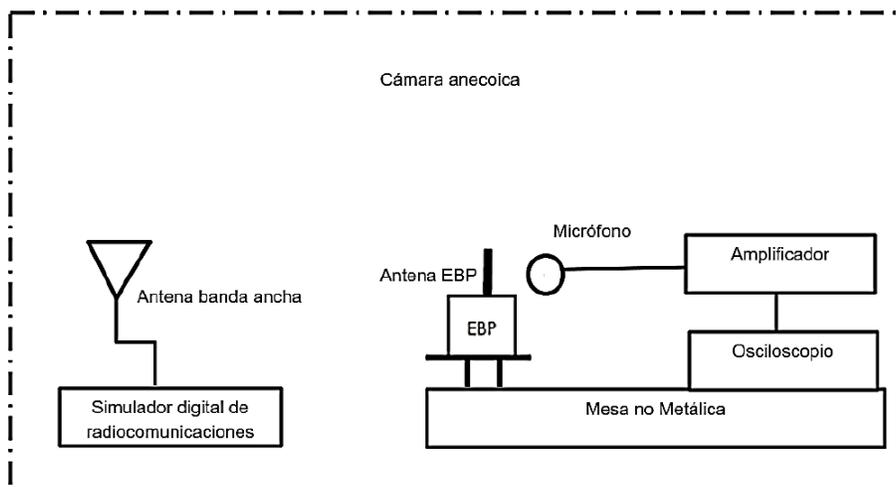


Figura 3 bis. Configuración con simulador digital de radiocomunicaciones y osciloscopio.

NOTA: El solicitante de las pruebas deberá proporcionar al LP entre otros, los códigos MMI del EBP, las muestras, tarjetas SIM, accesorios y/o *software* necesarios para realización de éstas.

5.3. Método de prueba para constatar el soporte del Servicio de Radiodifusión Celular en el Equipo Terminal Móvil.

Los ETM deberán contar con todos los elementos que permitan soportar el CBS desde su fabricación, en todos sus estándares tecnológicos de todas las tecnologías de acceso que soporte, incluido LTE y superiores, el cual deberá estar habilitado y activado para el usuario, así como en la última actualización del sistema operativo de los ETM que lo integre desde fábrica, de tal forma que no exista ningún tipo de restricción para su funcionamiento. Lo anterior se llevará a cabo mediante el empleo de simuladores digitales de radiocomunicación.

El procedimiento para constatar el soporte de CBS en el ETM es el siguiente:

- I. Armar la configuración de prueba conforme a lo indicado en la Figura 3 del numeral 5.2 del presente ordenamiento;

- II.** Establecer las siguientes condiciones en el simulador digital de radiocomunicaciones:
- a. Poner el simulador digital de radiocomunicaciones en modo no señalizado, de acuerdo con el manual del fabricante;
 - b. Ingresar al centro de Mensajes de Alerta;
 - c. Seleccionar el editor de mensajes;
 - d. Seleccionar el tipo de estándar tecnológico (LTE, W-CDMA, etc.);
 - e. Seleccionar una de las bandas de frecuencia de operación en la que nominalmente opera el EBP, tomando como referencia las bandas de frecuencia de operación mostradas en la Tabla 4;
 - f. Seleccionar un Mensaje de Alerta (conforme a la Tabla 3);
 - g. Ingresar el número de canal de la configuración primaria a través del cual será enviado el Mensaje de Alerta (conforme a la Tabla 2);
 - h. Seleccionar la casilla de activación de Mensaje de Alerta;
 - i. Ingresar el número de identificación del Mensaje de Alerta;
 - ii. Ingresar el valor del tipo del Mensaje de Alerta;
 - iii. Ingresar el periodo de repetición.

NOTA: El acceso al menú para generar los Mensajes de Alerta puede cambiar dependiendo del menú de configuración de cada simulador digital de radiocomunicaciones.

- III.** Establecer las siguientes condiciones en el EBP:
- a. Encender el EBP, el cual deberá estar funcionando en condiciones normales de operación;
 - b. Constatar de manera ocular que el EBP tenga habilitada y activada la recepción de Mensajes de Alerta conforme a lo siguiente:
 - i. Ingresar al menú de configuración;
 - ii. Seleccionar funciones avanzadas;
 - iii. Seleccionar mensaje de emergencia;
 - iv. Esperar que el EBP pase a modo de espera, en caso de que el EBP lo permita, éste se podrá poner en dicho modo de forma manual.

NOTA: El acceso al menú de los Mensajes de Alerta puede cambiar dependiendo del menú de configuración de cada EBP.

- IV.** Constatar de manera ocular en el simulador digital de radiocomunicaciones que el EBP haya concluido con éxito la conexión al mismo;
- V.** Redactar el Mensaje de Alerta en el editor de mensajes del simulador digital de radiocomunicaciones;
- VI.** Enviar el Mensaje de Alerta desde del simulador digital de radiocomunicaciones al EBP;
- VII.** Constatar de manera ocular que el texto del Mensaje de Alerta, enviado desde el simulador digital de radiocomunicaciones sea el mismo que se recibió en el EBP, es decir, que no existan cambios, alteraciones o esté incompleto;
- VIII.** Repetir las fracciones II a la VII para el resto de los canales para la configuración primaria y secundaria en cada una de las bandas de frecuencia de operación en las que nominalmente opere el EBP y observando el estándar tecnológico aplicable a estas últimas;
- IX.** Registrar y anexar al Formato de Reporte de Pruebas del Anexo A, los resultados obtenidos de cada una de las pruebas a través de una captura de pantalla, los cuales deben cumplir con lo establecido en el numeral 4.1 del presente ordenamiento.

5.4. Método de prueba para constatar los canales para la recepción de Mensajes de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.

La constatación del cumplimiento de lo establecido en el numeral 4.2 Canales para la recepción de Mensajes de Alerta en el ETM, del presente ordenamiento, se llevará a cabo mediante el empleo de simuladores digitales de radiocomunicación, a efecto de constatar si el EBP soporta los canales para la recepción de Mensajes de Alerta tomando como referencia las bandas de frecuencia establecidas en la Tabla 4 del referido numeral.

Para efecto de lo anterior, se debe seguir el siguiente procedimiento:

- 1.** Constatación de los canales para la recepción de Mensajes de Alerta.
 - I.** Armar la configuración de prueba conforme a lo indicado en la Figura 3 del numeral 5.2 del presente ordenamiento;
 - II.** Establecer las siguientes condiciones en el simulador digital de radiocomunicaciones:
 - a. Poner el simulador digital de radiocomunicaciones en modo no señalizado, de acuerdo con el manual del fabricante;
 - b. Seleccionar el tipo de estándar tecnológico (LTE, W-CDMA, etc.);
 - c. Seleccionar una de las bandas de frecuencia de operación en la que nominalmente opera el EBP tomando como referencia las bandas de frecuencia de operación mostradas en la Tabla 4;
 - d. Seleccionar un canal de la configuración primaria a través del cual será enviado el Mensaje de Alerta de conformidad con lo establecido en la Tabla 2 del numeral 4.2 del presente ordenamiento.
 - III.** Encender el EBP, el cual deberá estar funcionando en condiciones normales de operación;
 - IV.** Constatar de manera ocular en el simulador digital de radiocomunicaciones, que el EBP haya concluido con éxito la conexión al mismo;
 - V.** Ingresar al centro de Mensajes de Alerta y redactar el Mensaje de Alerta en el editor de mensajes del simulador digital de radiocomunicaciones;
 - VI.** Enviar desde el simulador digital de radiocomunicaciones el Mensaje de Alerta al EBP;
 - VII.** Constatar de manera ocular que el EBP recibió el Mensaje de Alerta en el canal previamente seleccionado en la configuración;
 - VIII.** Repetir los pasos de la fracción II a la VII del presente numeral para la configuración primaria y secundaria en cada una de las bandas de frecuencia de operación en las que nominalmente opere el EBP y observando el estándar tecnológico aplicable a estas últimas;
 - IX.** Registrar y anexar al Formato de Reporte de Pruebas del Anexo A, los resultados obtenidos para la configuración primaria y secundaria a través de una captura de pantalla, los cuales deberán cumplir con lo establecido en el numeral 4.2 del presente ordenamiento.
- 2.** Constatación de los canales de Prueba 4380 y 519.
 - I.** Armar la configuración de prueba conforme a lo indicado en la Figura 3 del numeral 5.2 del presente ordenamiento;
 - II.** Establecer las siguientes condiciones en el simulador digital de radiocomunicaciones:
 - a. Poner el simulador digital de radiocomunicaciones en modo no señalizado, de acuerdo con el manual del fabricante;
 - b. Seleccionar el tipo de estándar tecnológico (LTE, W-CDMA, etc.);
 - c. Seleccionar una de las bandas de frecuencia de operación en la que nominalmente opera el EBP, tomando como referencia las bandas de frecuencia de operación mostradas en la Tabla 4;
 - d. Seleccionar el canal de configuración primaria o secundaria (4380 o 519) destinado a los Mensajes de Alerta de Prueba en español, de conformidad con lo establecido en la especificación técnica 4.2 del presente ordenamiento.

- III. Encender el EBP, el cual deberá estar funcionando en condiciones normales de operación;
- IV. Habilitar el canal de prueba en el EBP de conformidad con lo siguiente:
 - a. Consultar el código MMI proporcionado por el solicitante para la activación de los canales de prueba;
 - b. Ingresar al menú de marcación telefónica del EBP y seleccionar la funcionalidad para realizar llamadas de voz y digitar el código MMI obtenido en el paso anterior;
 - c. En caso de que no se ejecute el código MMI automáticamente presionar la tecla enviar o marcar;
 - d. Esperar a que el EBP muestre un mensaje en la pantalla que notifique que el canal de prueba ha sido habilitado con éxito, en su caso, presionar el botón de aceptar o salir para finalizar la configuración.
- V. Constatar de manera ocular en el simulador digital de radiocomunicaciones, que el EBP haya concluido con éxito la conexión al mismo;
- VI. Ingresar al centro de Mensajes de Alerta y redactar el Mensaje de Alerta en el editor de mensajes del simulador digital de radiocomunicaciones;
- VII. Enviar desde el simulador digital de radiocomunicaciones el Mensaje de Alerta al EBP;
- VIII. Constatar de manera ocular que el EBP recibió el Mensaje de Alerta en el canal previamente seleccionado en la fracción II, inciso d), del presente numeral 2;
- IX. Repetir los pasos de la fracción II a la VIII del presente apartado para la configuración primaria y secundaria para los Mensajes de Alerta de Prueba en español en cada una de las bandas de frecuencia de operación en las que nominalmente opere el EBP y observando el estándar tecnológico aplicable a estas últimas;
- X. Registrar y anexar al Formato de Reporte de Pruebas del Anexo A, los resultados obtenidos para la configuración primaria y secundaria a través de una captura de pantalla, los cuales deberán cumplir con lo establecido en el numeral 4.2 del presente ordenamiento.

5.5. Método de prueba para constatar el Formato de visualización de los Mensaje de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.

La constatación del cumplimiento de lo establecido en el numeral 4.3 Formato de visualización del Mensaje de Alerta en el Equipo Terminal Móvil, del presente ordenamiento, se llevará a cabo mediante el empleo de simuladores digitales de radiocomunicación, a efecto de constatar si los Mensajes de Alerta dan cumplimiento a lo siguiente:

1. Presentación inmediata del Mensaje de Alerta sin interacción del usuario.

La presentación del Mensaje de Alerta al usuario debe ser inmediata por lo que su constatación debe seguir el siguiente procedimiento:

- I. Repetir los pasos indicados en las fracciones I a la VI del numeral 5.3 del presente ordenamiento;
- II. Constatar de manera ocular en el EBP que el Mensaje de Alerta recibido sea visible, legible y se despliegue inmediatamente al usuario para su lectura sin interacción del mismo, en idioma español o, en su caso, en cualquiera de las lenguas indígenas nacionales y/o en idioma inglés; lo anterior, mediante una ventana emergente o "pop-up", la cual deberá ser diferente de cualquier otro tipo de mensaje de texto recibido en el EBP;
- III. Anexar al Formato de Reporte de Pruebas del Anexo A, los resultados obtenidos a través de una captura de pantalla, los cuales deberán cumplir con lo establecido en el numeral 4.3 del presente ordenamiento.

2. Inhabilitación de Mensajes de Alerta nivel 1.

Los Mensajes de Alerta nivel 1 no deberán ser inhabilitados, por lo que su constatación debe seguir el siguiente procedimiento:

- I. Repetir los pasos indicados en las fracciones I a la VI del numeral 5.3 del presente ordenamiento;

- II. Constatar de manera ocular en el menú de configuración del EBP que no se pueda inhabilitar la recepción de Mensajes de Alerta nivel 1, conforme a lo siguiente:
 - a. Ingresar al menú de configuración del EBP;
 - b. Seleccionar funciones avanzadas;
 - c. Seleccionar mensaje de emergencia;
 - d. Seleccionar la opción Mensaje de Alerta nivel 1 y constatar de manera ocular que éste no pueda ser inhabilitado.

NOTA: El acceso al menú de los Mensajes de Alerta puede cambiar dependiendo del menú de configuración de cada EBP.

- III. Anexar al Formato de Reporte de Pruebas del Anexo A, los resultados obtenidos a través de una captura de pantalla, los cuales deberán cumplir con lo establecido en el numeral 4.3 del presente ordenamiento.

3. Duplicidad y eliminación de Mensajes de Alerta.

El EBP detectará y eliminará los Mensajes de Alerta duplicados, por lo que su constatación debe seguir el siguiente procedimiento:

- I. Repetir los pasos de las fracciones I y II, del inciso a) al g) del numeral 5.3 del presente ordenamiento;
- II. Ajustar el periodo de repetición a 5 segundos, indicado en la fracción II, inciso h), apartado iii) del numeral 5.3 del presente ordenamiento;
- III. Repetir los pasos de las fracciones III a la VI del numeral 5.3 del presente ordenamiento;
- IV. Esperar 5 segundos conforme al periodo de repetición;
- V. Constatar de manera ocular que el Mensaje de Alerta enviado al usuario no se muestre en el EBP;
- VI. Anexar al Formato de Reporte de Pruebas del Anexo A, los resultados obtenidos a través de una captura de pantalla, los cuales deberán cumplir con lo establecido en el numeral 4.3 del presente ordenamiento.

NOTA: En caso, de que el simulador digital de radiocomunicaciones, no cuente con la opción de ajuste de periodo de repetición, se deberán repetir los pasos de las fracciones I y II del numeral 5.3 del presente ordenamiento, enviando dos Mensajes de Alerta bajo las mismas condiciones, poniendo especial énfasis en el canal y en el identificador señalado en la fracción II, inciso h), apartado i) del numeral 5.3, del presente ordenamiento.

4. Reenvío, respuesta y copiado de Mensajes de Alerta.

Los EBP no deberán permitir el reenvío de Mensajes de Alerta a otros usuarios, dar respuesta al emisor del referido mensaje o copiar de ninguna forma el contenido de los mensajes en comento, por lo que su constatación debe seguir el siguiente procedimiento:

- I. Repetir los pasos indicados en las fracciones I a la VI del numeral 5.3 del presente ordenamiento;
- II. Seleccionar el Mensaje de Alerta recibido en el EBP y constatar de manera ocular que no es posible:
 - a. El reenvío de éste a otros usuarios;
 - b. Dar respuesta al emisor del Mensaje de Alerta, y
 - c. Copiar el contenido del mensaje, ya sea mediante la función de portapapeles, mediante capturas de pantalla, o grabación de la pantalla.
- III. Anexar al Formato de Reporte de Pruebas del Anexo A, los resultados obtenidos a través de una captura de pantalla, los cuales deberán cumplir con lo establecido en el numeral 4.3 del presente ordenamiento.

5. Recepción de Mensajes de Alerta durante una sesión de voz o datos activa.

La notificación de la recepción de los Mensajes de Alerta durante una sesión de voz o de datos activa solo es aplicable al estándar tecnológico LTE y superiores. Lo anterior conforme a la Norma *ATIS-0700036 Enhanced Wireless Emergency Alert (eWEA) Mobile Device Behavior (MDB) Specification (A Revised Version of J-STD-100)*, por lo que, para constatar lo anterior, se deberá seguir el siguiente procedimiento:

- I. Armar la configuración de prueba conforme a lo indicado en la Figura 3 del numeral 5.2, del presente ordenamiento;
- II. Establecer las siguientes condiciones en el simulador digital de radiocomunicaciones:
 - a. Ingresar al centro de llamadas;
 - b. Seleccionar el estándar tecnológico LTE o superiores;
 - c. Seleccionar una de las bandas de frecuencia de operación en las que nominalmente opere el EBP, tomando como referencia las bandas de frecuencia de operación mostradas en la Tabla 4.

NOTA: El acceso al menú de llamadas puede cambiar dependiendo del menú de configuración de cada simulador digital de radiocomunicaciones.

- III. Establecer una llamada de voz desde el simulador digital de radiocomunicaciones al EBP, la cual debe permanecer activa durante el desarrollo de la prueba.
- IV. Repetir los pasos indicados en las fracciones II a la VI del numeral 5.3 del presente ordenamiento;
- V. Constatar de manera ocular que el EBP recibió el Mensaje de Alerta, enviado desde el simulador digital de radiocomunicaciones y que este no generó un bloqueo o desconexión de la sesión de voz activa;
- VI. Anexar al Formato de Reporte de Pruebas del Anexo A, los resultados obtenidos a través de una captura de pantalla, los cuales deberán cumplir con lo establecido en el numeral 4.3 del presente ordenamiento.

La recepción de Mensajes de Alerta en el EBP no deberá interrumpir una sesión de datos o provocar un bloqueo o desconexión de ésta, por lo que para constatar lo anterior, se deberá seguir el siguiente procedimiento:

- I. Armar la configuración de prueba conforme a lo indicado en la Figura 3 del numeral 5.2, del presente ordenamiento;
- II. En el EBP iniciar una sesión de datos ingresando a un navegador, la cual debe permanecer activa durante el desarrollo de la prueba.
- III. Repetir los pasos indicados en las fracciones II a la VI del numeral 5.3 del presente ordenamiento;
- IV. Constatar de manera ocular que el EBP recibió el Mensaje de Alerta, enviado desde el simulador digital de radiocomunicaciones y que éste no generó un bloqueo o desconexión de la sesión de datos activa;
- V. Anexar al Formato de Reporte de Pruebas del Anexo A, los resultados obtenidos a través de una captura de pantalla, los cuales deberán cumplir con lo establecido en el numeral 4.3 del presente ordenamiento.

5.6. Método de prueba para constatar la Señal Audible y cadencia de vibración de los Mensajes de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.

La Señal Audible y la cadencia de vibración establecidas en el numeral 4.4 del presente ordenamiento y reproducidas en el EBP una vez recibido el Mensaje de Alerta, se constatan conforme a lo siguiente:

- I. Armar la configuración de prueba conforme a lo indicado en la Figura 3 bis del numeral 5.2 del presente ordenamiento;
- II. Establecer las siguientes condiciones en el osciloscopio:
 - a. Ajustar el tiempo de barrido (*sweep time*) a efecto de visualizar en la pantalla del osciloscopio la secuencia completa de la Señal Audible;
 - b. Ajustar la amplitud de la Señal Audible a efecto de que ésta se visualice íntegra en la pantalla del osciloscopio.

- III. Repetir los pasos indicados en las fracciones II a la VI del numeral 5.3 del presente ordenamiento;
- IV. Una vez que se muestre la Señal Audible completa en la pantalla del osciloscopio, presionar la función "Run/Stop" para capturar la imagen;
- V. Mediante la función de marcador o cursor, constatar que la duración total de la Señal Audible (tonos 1 y 2) sea de 8 segundos;
- VI. Verificar que la medición de la cadencia de vibración reproducida en el EBP tenga una duración de 8 segundos y cumpla con el patrón de 0.5 segundos activa y 0.5 segundos inactiva, es decir, que sea alternada de conformidad con lo establecido en la Tabla 6 del numeral 4.4 del presente ordenamiento;
- VII. Registrar la medición en segundos, e imprimir la gráfica correspondiente la cual deberá cumplir con lo establecido en el numeral 4.4 del presente ordenamiento;
- VIII. Anexar las gráficas con los resultados obtenidos al Formato de Reporte de Pruebas del Anexo A.

5.7. Revisión del Manual del Equipo Terminal Móvil.

Se comprueba documental y visualmente, mediante la revisión del manual del EBP impreso o en formato digital disponible en el portal de Internet del fabricante del ETM, que éste se encuentre en idioma español con letras visualmente accesibles, que contenga información suficiente, clara y veraz de sus especificaciones, así como del CBS y los procedimientos de configuración, ajustes, operación y resolución de problemas.

Se registra el resultado obtenido el cual deberá cumplir con lo establecido en el numeral 4.5 del presente ordenamiento.

6. CONCORDANCIA CON NORMAS INTERNACIONALES.

La presente DT es parcialmente conforme a:

- I. ETSI TS 123 041 V17.4.0 (2022-06), Digital cellular telecommunications system (Phase 2+) (GSM); Universal Mobile Telecommunications System (UMTS); LTE; 5G; Technical realization of Cell Broadcast Service (CBS) (3GPP TS 23.041 version 17.4.0 Release 17).
- II. ETSI TR 102 850 V1.1.1 (2010-08), Emergency Communications (EMTEL); Analysis of Mobile Device Functionality for PWS.
- III. ETSI TS 102 182 V1.5.1 (2020-07), Emergency Communications (EMTEL); Requirements for communications from authorities/organizations to individuals, groups or the general public during emergencies.
- IV. ETSI TR 102 444 V1.1.1 (2006-02), Analysis of the Short Message Service (SMS) and Cell Broadcast Service (CBS) for Emergency Messaging applications; Emergency Messaging; SMS and CBS.
- V. ETSI TS 122 268 V16.4.0 (2020-11), Digital cellular telecommunications system (Phase 2+) (GSM); Universal Mobile Telecommunications System (UMTS); Public Warning System (PWS) requirements (3GPP TS 22.268 version 16.4.0 Release 16).
- VI. ETSI TS 102 900 V1.3.1 (2019-02), Emergency Communications (EMTEL); European Public Warning System (EU-ALERT) using the Cell Broadcast Service.
- VII. ETSI TS 144 012 V16.0.0 (2020-09), Digital cellular telecommunications system (Phase 2+) (GSM); Short Message Service Cell Broadcast (SMS-CB) support on the mobile radio interface (3GPP TS 44.012 version 16.0.0 Release 16).
- VIII. ETSI TR 125 925 V3.5.0 (2004-12), Universal Mobile Telecommunications System (UMTS); Radio Interface for Broadcast/Multicast Services (3GPP TR 25.925 version 3.5.0 Release 1999).
- IX. ETSI TS 123 038 V16.0.0 (2020-07), Digital cellular telecommunications system (Phase 2+) (GSM); Universal Mobile Telecommunications System (UMTS); LTE; Alphabets and language-specific information (3GPP TS 23.038 version 16.0.0 Release 16).
- X. J-STD-100 JOINT ATIS/TIA CMAS MOBILE DEVICE BEHAVIOR SPECIFICATION.
- XI. ATIS-0700036 Enhanced Wireless Emergency Alert (eWEA) Mobile Device Behavior (MDB) Specification (A Revised Version of J-STD-100).

7. BIBLIOGRAFÍA.

- I. ETSI TS 123 041 V17.4.0 (2022-06), Digital cellular telecommunications system (Phase 2+) (GSM); Universal Mobile Telecommunications System (UMTS); LTE; 5G; Technical realization of Cell Broadcast Service (CBS) (3GPP TS 23.041 version 17.4.0 Release 17).
- II. ETSI TR 102 850 V1.1.1 (2010-08), Emergency Communications (EMTEL); Analysis of Mobile Device Functionality for PWS.
- III. ETSI TS 102 182 V1.5.1 (2020-07), Emergency Communications (EMTEL); Requirements for communications from authorities/organizations to individuals, groups or the general public during emergencies.
- IV. ETSI TR 102 444 V1.1.1 (2006-02), Analysis of the Short Message Service (SMS) and Cell Broadcast Service (CBS) for Emergency Messaging applications; Emergency Messaging; SMS and CBS.
- V. ETSI TS 122 268 V16.4.0 (2020-11), Digital cellular telecommunications system (Phase 2+) (GSM); Universal Mobile Telecommunications System (UMTS); Public Warning System (PWS) requirements (3GPP TS 22.268 version 16.4.0 Release 16).
- VI. ETSI TS 102 900 V1.3.1 (2019-02), Emergency Communications (EMTEL); European Public Warning System (EU-ALERT) using the Cell Broadcast Service.
- VII. ETSI TS 144 012 V16.0.0 (2020-09), Digital cellular telecommunications system (Phase 2+) (GSM); Short Message Service Cell Broadcast (SMSCB) support on the mobile radio interface (3GPP TS 44.012 version 16.0.0 Release 16).
- VIII. ETSI TR 125 925 V3.5.0 (2004-12), Universal Mobile Telecommunications System (UMTS); Radio Interface for Broadcast/Multicast Services (3GPP TR 25.925 version 3.5.0 Release 1999).
- IX. ETSI TS 123 038 V16.0.0 (2020-07), Digital cellular telecommunications system (Phase 2+) (GSM); Universal Mobile Telecommunications System (UMTS); LTE; Alphabets and language-specific information (3GPP TS 23.038 version 16.0.0 Release 16).
- X. Common Look and Feel Guidance Version 2.0 – National Public Alerting System, Canada.
- XI. Resolución 1474 exenta. Modifica Resolución N° 3.261 exenta, de 2012, que fijó Norma Técnica para el sistema de alerta de emergencias sobre las redes de servicio público de telefonía móvil. República de Chile.
- XII. Electronic Code of Federal Regulations, Title 47, Chapter 1, Subchapter A, Part 10 – Wireless Emergency Alerts. United States.
- XIII. Resolución Ministerial N° 596-2019 MTC/01.03, que dispone la publicación del Proyecto de Resolución Ministerial que establece medidas para brindar información relevante a los consumidores sobre la funcionalidad de Difusión Celular o Cell Broadcast en los equipos terminales móviles. República del Perú.
- XIV. Resolución Ministerial N° 165-2019 MTC/01.03, que modifica el Anexo Técnico del Sistema de Mensajería de Alerta Temprana de Emergencias – SISMATE aprobado por Resolución Ministerial N° 049-2018-MTC/01.03. República del Perú.
- XV. J-STD-100 JOINT ATIS/TIA CMAS MOBILE DEVICE BEHAVIOR SPECIFICATION.
- XVI. ATIS-0700036 Enhanced Wireless Emergency Alert (eWEA) Mobile Device Behavior (MDB) Specification (A Revised Version of J-STD-100).

8. EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD.

La evaluación de la conformidad de la presente DT se realizará en términos de lo previsto en la LFTR, en el “*Procedimiento de evaluación de la conformidad en materia de telecomunicaciones y radiodifusión*” vigente, así como las disposiciones que al efecto emita el Instituto o aquellas que complementen o modifiquen.

El Instituto otorgará el certificado de homologación al solicitante conforme a lo establecido en los “*Lineamientos para la Homologación de productos, equipos, dispositivos o aparatos destinados a telecomunicaciones y radiodifusión*” emitidos por el Instituto, o aquellos que complementen o modifiquen.

8.1. Vigilancia del cumplimiento de la certificación.

La Vigilancia del cumplimiento de la certificación de la presente DT se realizará en los términos señalados en el *“Procedimiento de evaluación de la conformidad en materia de telecomunicaciones y radiodifusión”* vigente, así como las disposiciones que aquellas que complementen o modifiquen.

9. VERIFICACIÓN Y VIGILANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA DISPOSICIÓN TÉCNICA.

- I. Corresponde al Instituto en el ámbito de su competencia, la verificación y vigilancia del cumplimiento de la presente DT, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

Para efectos de lo anterior, y con el objeto de determinar que los ETM cumplen con las especificaciones establecidas en la presente DT, se deben utilizar los métodos de prueba descritos en el numeral 5 de la presente.

- II. Para los efectos de la fracción anterior, el Instituto en colaboración con la Secretaría de Economía a través de la Procuraduría Federal del Consumidor, determinarán las ciudades, las muestras y los sitios donde se llevarán a cabo las visitas de verificación y vigilancia del cumplimiento.

En cualquier caso de incumplimiento de la presente DT, se aplicarán las sanciones que correspondan de conformidad con la LFTR y demás disposiciones jurídicas aplicables.

10. CONTRASEÑA DEL PRODUCTO.

El marcado o etiqueta deberá cumplir con los elementos y características señalados en los *“Lineamientos para la Homologación de productos, equipos, dispositivos o aparatos destinados a telecomunicaciones y radiodifusión”* emitidos por el Instituto, o aquellos que los complementen o modifiquen.

Adicionalmente, se deberá indicar en el marcado o etiqueta que el ETM cuenta con el Servicio de Radiodifusión Celular habilitado y activado, de tal forma que ofrezca seguridad y certidumbre al usuario o consumidor e impida su mal uso; de no ser posible exhibir lo anterior en el producto, podrá exhibirse en su envase, embalaje, etiqueta, envoltura, hoja viajera, registro electrónico interno, manual, manual electrónico o de manera electrónica en el mismo ETM.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- La presente Disposición Técnica entrará en vigor a los ciento ochenta días naturales contados a partir de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, sin perjuicio de lo dispuesto en los transitorios siguientes.

SEGUNDO.- Los Certificados de Conformidad y Homologación emitidos con anterioridad a la entrada en vigor de la presente disposición técnica, mantendrán su vigencia hasta el término señalado en ellos, y estarán sujetos a vigilancia del cumplimiento de la certificación. Dichos certificados no podrán reexpedirse y ampliarse para equipos de la misma familia a partir de la entrada en vigor de la presente disposición.

TERCERO.- A partir de la entrada en vigor de la presente Disposición Técnica, los ETM que cuenten con un certificado de homologación vigente, así como con todos los elementos necesarios desde su fabricación, que permitan ofrecer el Servicio de Radiodifusión Celular, y que no se encuentre habilitado y activado; éste, previa actualización de la última versión del sistema operativo del ETM, deberá ser habilitado y activado por el fabricante del ETM o, en su caso, por el concesionario o autorizado.

CUARTO.- Los Organismos de Certificación y Laboratorios de Prueba podrán llevar a cabo la evaluación de la conformidad, siempre y cuando se encuentren en condiciones de realizarla conforme a lo dispuesto en la presente Disposición Técnica, requiriendo de la acreditación respectiva por un Organismo de Acreditación autorizado por el Instituto y de la autorización respectiva del propio Instituto en un plazo no mayor a 180 días naturales a partir de la entrada en vigor de la presente disposición.

En tanto lo anterior ocurra, el solicitante del Certificado de Homologación deberá entregar al Instituto un dictamen técnico único firmado por un perito en telecomunicaciones acreditado por éste, indicando que documentalmente el Equipo Terminal Móvil cumple con lo dispuesto en la presente Disposición Técnica. Lo anterior, a efecto de que el Instituto expida el correspondiente Certificado de Homologación, observando, en lo que resulte aplicable, lo establecido en los *“Lineamientos para la Homologación de productos, equipos, dispositivos o aparatos destinados a telecomunicaciones y radiodifusión”*.

ANEXO A

FORMATO DE REPORTE DE PRUEBAS

El Reporte de Prueba que será evaluado por el Organismo de Certificación, deberá observar al menos los siguientes elementos derivados de la aplicación de los métodos de prueba al EBP sujeto a la DT- IFT-011-2022. Parte 3 CBS.

REPORTE DE PRUEBA NÚMERO: _____

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE		
I. Datos del solicitante o representante legal.		
Se deberán de proporcionar los siguientes datos por parte del solicitante:		
1. Nombre o razón social;		
2. Registro Federal de Contribuyentes (RFC):		
3. En su caso, Clave Única del Registro de Población (C.U.R.P.):		
4. Domicilio:		
Calle:	Número Exterior:	Número Interior:
Colonia:	Municipio o Alcaldía:	
Código Postal:	Entidad Federativa:	
Teléfono y ext.	Otorgo mi consentimiento para ser notificado vía correo electrónico:	
Correo electrónico:		
En su caso, datos del representante legal:		
1. Nombre o razón social.		
2. Cargo que ocupa en la empresa.		
3. Domicilio:		
Calle:	Número Exterior:	Número Interior:
Colonia:	Municipio o Alcaldía:	
Código Postal:	Entidad Federativa:	
Teléfono y ext.	Correo electrónico:	
AVISO: "En términos de lo dispuesto en los artículos 68, último párrafo y 120 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 16 y 117 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1 y 20 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, doy mi consentimiento expreso al Laboratorio de Prueba: "____" para la divulgación de mis datos personales contenidos en el presente formato, sin perjuicio del tratamiento de éstos de conformidad con la legislación señalada y demás disposiciones jurídicas aplicables".		
DATOS DEL LABORATORIO DE PRUEBA.		
1. Nombre o razón social:		
2. Registro Federal de Contribuyentes:		
3. Domicilio.	Calle:	
Número exterior:	Número interior:	
Colonia:	Municipio o Alcaldía:	
Código Postal:	Entidad Federativa:	

Teléfono y extensión:					
Correo electrónico:					
4. Sobre las pruebas:					
a. Fecha de inicio:					
b. Fecha de término:					
5. Pruebas elaboradas por:	Firma:				
	Nombre:				
6. Reporte supervisado y aprobado por:	Firma:				
	Nombre:				
DATOS GENERALES DEL EQUIPO BAJO PRUEBA (EBP)					
Marca del EBP:					
Descripción del EBP:					
Modelo del EBP:					
Bandas de frecuencia de operación del EBP:	a) Banda de 700 MHz () de () MHz a () MHz. b) Banda de 800 MHz () de () MHz a () MHz. c) Banda de 850 MHz () de () MHz a () MHz. d) Banda de 1900 MHz () de () MHz a () MHz. e) Banda de 1700 / 2100 MHz () de () MHz a () MHz. f) Banda de 2500 MHz () de () MHz a () MHz.				
DATOS DEL SITIO DE PRUEBAS					
Ubicación y dirección del sitio de pruebas donde se ubica la cámara anecoica:					
CONDICIONES DE REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS					
Banda de Frecuencias de operación para la prueba:	a) Banda de 700 MHz () de () MHz a () MHz. b) Banda de 800 MHz () de () MHz a () MHz. c) Banda de 850 MHz () de () MHz a () MHz. d) Banda de 1900 MHz () de () MHz a () MHz. e) Banda de 1700 / 2100 MHz () de () MHz a () MHz. f) Banda de 2500 MHz () de () MHz a () MHz.				
Fecha(s) y hora(s) de realización de ésta(s) pruebas.					
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS RELATIVAS AL NUMERAL 4 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.					
Numeral	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Especificaciones técnicas</th> <th style="width: 70%;">Valor medido, observaciones y/o</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Especificaciones técnicas	Valor medido, observaciones y/o		
Especificaciones técnicas	Valor medido, observaciones y/o				

		comentarios
4.1.	<p>Soporte del Servicios de Radiodifusión Celular en el Equipo Terminal Móvil.</p> <p>Los ETM deberán contar con todos los elementos que permitan soportar el CBS desde su fabricación, en todos sus estándares tecnológicos de todas las tecnologías de acceso que soporte, incluido LTE y superiores, el cual deberá estar habilitado y activado para el usuario, así como, en las actualizaciones de los sistemas operativos de los ETM que lo habiliten de fábrica, de tal forma que no exista ningún tipo de restricción para su funcionamiento.</p> <p>Lo anterior se verifica de acuerdo con el método de prueba 5.3.</p>	
4.2.	<p>Canales para la recepción de Mensajes de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.</p> <p>Los canales empleados para la recepción de los Mensajes de Alerta en los ETM en todos sus estándares tecnológicos de todas las tecnologías de acceso que soporte, incluido LTE y superiores son los mostrados en la Tabla 2 los cuales deberán estar habilitados y activos a excepción de los canales destinados a los Mensajes de Alerta de Prueba en español:</p> <p>NOTA: Ningún canal para la difusión de Mensajes de Alerta indicado en la Tabla 2 podrá ser utilizado para fines distintos a aquellos previstos en la presente Disposición Técnica. Lo anterior, con el propósito de evitar el uso de ellos con fines publicitarios, promocionales u otros. Asimismo, los canales 4380 (configuración primaria) y 519 (configuración secundaria), se podrán habilitar y activar a través de códigos MMI, los cuales serán proporcionados por los fabricantes de ETM.</p> <p>La descripción de los Mensajes de Alerta listados en la Tabla 2 se muestra en la Tabla 3.</p> <p>Para aquellas bandas de frecuencia concesionadas para sistemas IMT del Servicio Móvil en las notas nacionales del Cuadro Nacional de Atribución de Frecuencias, los ETM podrán recibir los Mensajes de Alerta, asimismo se podrán incluir las bandas de frecuencia de operación mostradas en la Tabla 4.</p> <p>Lo anterior se verifica de acuerdo con el método de prueba 5.4.</p>	
4.3.	<p>Formato de visualización del Mensaje de Alerta en el Equipo Terminal Móvil.</p> <p>El ETM, una vez que haya recibido un Mensaje de Alerta, deberá desplegarlo de manera inmediata sin interacción del usuario, inclusive durante una sesión de voz o datos activa sin que se produzca un bloqueo o desconexión de éstas, en idioma español o, en su caso, en cualquiera de las lenguas indígenas nacionales y/o en idioma inglés, mismo que será definido por la CNPC; lo anterior, mediante una ventana emergente o "pop-up", la cual deberá ser diferente y distinguirse de cualquier otro tipo de mensaje de texto recibido en el ETM; asimismo, deberá ser visible al usuario para su lectura.</p> <p>La recepción de los Mensajes de Alerta nivel 1, no podrá ser inhabilitada por el usuario del ETM. Asimismo, el ETM detectará y eliminará los Mensajes de Alerta duplicados y no permitirá el reenvío a otros usuarios, responder al emisor o el copiar el contenido de éstos.</p> <p>NOTA: Para el almacenamiento de Mensajes de Alerta se podrá implementar en los ETM mediante almacenamiento no volátil.</p> <p>Lo anterior se verifica con el método de prueba 5.5.</p>	
4.4	<p>Señal audible y cadencia de vibración del Mensaje de Alerta en el Equipo Terminal Móvil</p> <p>Los ETM deberán reproducir la Señal Audible y la cadencia de vibración únicamente al mostrar la ventana emergente o pop-up</p>	

	<p>con el Mensaje de Alerta siguiendo la secuencia mostrada en las Figuras 1 y 2 respectivamente.</p> <p>I. El tono 1 se conformará de las frecuencias 932.33 Hz, 1 046.5 Hz y 3 135.96 Hz modulado a 7 271.96 Hz.</p> <p>II. El tono 2 se conformará de las frecuencias 440 Hz, 659.26 Hz y 3 135.96 Hz modulado a 1 099.26 Hz.</p> <p>La cadencia de vibración deberá ser reproducida observando lo establecido en la Tabla 6.</p> <p>NOTA: La Señal Audible y la cadencia de vibración pueden o no reproducirse de manera sincronizada.</p> <p>Lo anterior se verifica con el método de prueba 5.6.</p>	
4.5.	<p>Manual del Equipo Terminal Móvil.</p> <p>El manual del ETM deberá estar impreso o en formato digital disponible en el portal de Internet del fabricante, en idioma español y debe contener información suficiente, clara y veraz de sus especificaciones, así como, el CBS, y los procedimientos de configuración, ajustes, operación y resolución de problemas.</p> <p>Lo anterior se verifica de acuerdo con el método de prueba descrito en el numeral 5.7 del presente ordenamiento.</p>	
OBSERVACIONES:		
ANEXOS:		
Declaro, bajo protesta de decir verdad, que:		
Los datos asentados en este reporte de prueba son verdaderos:		
Fecha de presentación	Firma del Signatario del Laboratorio de Prueba	

Instrucciones para el llenado del formato

- I. Antes de llenar los formatos, lea completa y cuidadosamente el instructivo;
- II. No se permiten borraduras, tachaduras ni enmendaduras en los formatos;
- III. En tanto no se cuente con medios electrónicos, la firma debe ser autógrafa con bolígrafo de tinta azul;
- IV. Mientras no se cuente con medios para implementar la firma electrónica, el nombre y la firma deben ser autógrafas con bolígrafo de tinta azul;
- V. En tanto no se cuente con medios electrónicos, el llenado debe ser a mano, con máquina de escribir o computadora empleando una fuente legible y tinta azul;
- VI. En las casillas de selección marque con una **X** su elección;
- VII. Registre la información con letras mayúsculas y números arábigos, y
- VIII. Cancele con una línea los renglones no utilizados.

INDICACIONES GENERALES PARA EL LLENADO DEL ANEXO A**FORMATO DE REPORTE DE PRUEBA**

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE	
Nombre o razón social.	Indique el nombre o la razón social del solicitante.
Nombre del representante legal.	De ser el caso, indique el nombre completo del representante legal, en el siguiente orden: primer apellido, segundo apellido y nombre(s).
RFC	Indique el Registro Federal de Contribuyentes (RFC) del solicitante o representante legal.
CURP	Indique la Clave Única del Registro de Población (CURP) del solicitante o del representante legal.
Domicilio, teléfono y del solicitante o representante legal.	En su caso, indique el domicilio del solicitante o representante legal en el siguiente orden: calle, número exterior, número interior, colonia, municipio o alcaldía, código postal, entidad federativa y teléfono.
Consentimiento para ser notificado vía correo electrónico.	De ser el caso, indique el correo electrónico del solicitante o representante legal para recibir cualquier notificación.
DATOS DEL LABORATORIO DE PRUEBA.	
Nombre o razón social.	Indique el nombre o la razón social del LP.
RFC	De ser el caso, indique el nombre completo del representante legal, en el siguiente orden: primer apellido, segundo apellido y nombre(s).
Domicilio, teléfono y del solicitante o representante legal.	En su caso, indique el domicilio del LP o representante legal en el siguiente orden: calle, número exterior, número interior, colonia, municipio o alcaldía, código postal, entidad federativa y teléfono.
Correo electrónico.	Indique el correo electrónico del LP o representante legal.
Elaboración de pruebas.	Indique la fecha de inicio y la fecha de término de las pruebas.
Supervisión y aprobación.	Indique la firma y nombre de quien supervisó y aprobó el reporte.
DATOS GENERALES DEL EQUIPO BAJO PRUEBA	
Marca del EBP.	Proporcione la marca del EBP.
Modelo del EBP.	Mencione el modelo del EBP.
Bandas de frecuencia de operación del EBP.	Señale la(s) bandas de frecuencia de operación del EBP.
DATOS DEL SITIO DE PRUEBAS	

Proporcione la ubicación y dirección del Sitio de pruebas donde se ubica la cámara anecoica.	
CONDICIONES DE REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS	
Condiciones de realización de las pruebas.	<p>a) Mencione las bandas de frecuencia de operación sometidas a los métodos de prueba.</p> <p>b) Mencione la fecha de realización de los métodos de prueba.</p>
RESULTADOS DE LAS PRUEBAS RELATIVAS AL NUMERAL 4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.	
Declaración sobre el cumplimiento de especificaciones del numeral 4 de la DT.	Declarar el cumplimiento relativo a las especificaciones del numeral 4.
Observaciones.	En caso de existir observaciones, indicárlas.
Anexos.	En caso de adicionar anexos, indicar cuantos y sus nombres o consecutivos.
Fecha de presentación.	Indicar la fecha de presentación del reporte de resultados.
Firma autógrafa del representante legal del LP.	Firma autógrafa del representante legal del LP.

DAVID GORRA FLOTA, SECRETARIO TÉCNICO DEL PLENO DEL INSTITUTO FEDERAL DE TELECOMUNICACIONES, con fundamento en los artículos 25 de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión, y 16, primer párrafo, fracción XIX del Estatuto Orgánico del Instituto Federal de Telecomunicaciones, así como numerales Primero, inciso a) y Cuarto del “Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones establece el uso de la Firma Electrónica Avanzada para los actos que emitan los servidores públicos que se indican”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de noviembre de 2020, CERTIFICA: Que el presente documento, constante de treinta y cuatro fojas útiles, es una representación impresa que corresponde fielmente con el documento electrónico original suscrito con Firma Electrónica Avanzada emitida por el Servicio de Administración Tributaria, del **Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones expide la “Disposición Técnica IFT-011-2022: Especificaciones Técnicas de los Equipos Terminales Móviles que puedan hacer uso del espectro radioeléctrico o ser conectados a redes de telecomunicaciones. Parte 3. Servicio de Radiodifusión Celular para la notificación por Riesgo o situaciones de Emergencia.”**, aprobado por el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones en su VII Sesión Extraordinaria, celebrada el día 22 de agosto de dos mil veintidós, identificado con el número P/IFT/EXT/220822/12.

Se certifica con la finalidad de que se publique en el Diario Oficial de la Federación.

Ciudad de México, a 30 de agosto de dos mil veintidós.- Rúbrica.

CONVOCATORIA a la Licitación Pública para concesionar el uso, aprovechamiento y explotación comercial de segmentos de espectro radioeléctrico disponibles en la Banda de Frecuencias 410-415 / 420-425 MHz para la prestación del Servicio Móvil de Radiocomunicación Especializada de Flotillas (Licitación No. IFT-11).

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Federal de Telecomunicaciones.

CONVOCATORIA A LA LICITACIÓN PÚBLICA PARA CONCESIONAR EL USO, APROVECHAMIENTO Y EXPLOTACIÓN COMERCIAL DE SEGMENTOS DE ESPECTRO RADIOELÉCTRICO DISPONIBLES EN LA BANDA DE FRECUENCIAS 410-415 / 420-425 MHZ PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÓVIL DE RADIOCOMUNICACIÓN ESPECIALIZADA DE FLOTILLAS (LICITACIÓN No. IFT-11).

1. Objeto

El objeto de la presente Convocatoria es hacer del conocimiento del público en general la “Licitación Pública para concesionar el uso, aprovechamiento y explotación comercial de segmentos de espectro radioeléctrico disponibles en la Banda de Frecuencias 410-415 / 420-425 MHz para la prestación del Servicio Móvil de Radiocomunicación Especializada de Flotillas (Licitación No. IFT-11)”.

2. Bloques a licitar

La Licitación No. IFT-11 tiene por objeto concesionar el uso, aprovechamiento y explotación comercial de Bloques¹ de espectro radioeléctrico ubicados en las Bandas de Frecuencias 410-415 / 420-425 MHz para la prestación del Servicio Móvil de Radiocomunicación Especializada de Flotillas por un plazo de 20 (veinte) años.

Los Bloques que se ofrecen para la presente Licitación se presentan en la Tabla 1 siguiente:

Tabla 1. Bloques disponibles ordenados por ABS y Grupos de Frecuencias (1.01A a 9.05T).

ABS	Bloques disponibles																			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1.01	-	-	-	-	-	-	-	-	17-18	19-20	21	24	-	-	-	-	-	-	-	-
1.02	-	-	-	-	9-10	11-12	13-14	15-16	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-	-	-
1.03	-	-	-	-	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19	-	24	-	-	-	-	-	-	-	-
1.04	1-2	3	6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	-	20	22	-	25-26	27-28	29-30	31-32	-	-	-	-
2.01	2	3-4	6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	-	19-20	21-22	-	24-25	27-28	29-30	31-32	34	35-36	37-38	39-40
2.02	-	-	-	-	10	-	12-13	14-15	-	20	21-22	23-24	-	-	-	-	-	-	-	-
2.03	1-2	3-4	6	7-8	-	10-11	13-14	15	-	19-20	21	23-24	25	27-28	29-30	32	34	36	37-38	39-40
2.04	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	-	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
2.05	1-2	3-4	6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	-	19-20	21-22	23	25-26	27-28	29-30	31-32	34	35-36	37-38	39-40
2.06	-	-	-	-	9-10	11-12	13-14	15-16	-	19-20	21-22	23-24	-	-	-	-	-	-	-	-
2.07	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	-	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
3.01	-	-	-	-	-	-	-	-	18	19-20	22	23-24	-	-	-	-	-	-	-	-
3.02	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
3.03	-	-	-	-	-	-	-	-	17-18	19-20	21	23-24	-	-	-	-	-	-	-	-
3.04	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
3.05	1-2	3-4	5-6	7-8	-	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	23	-	-	-	-	-	-	-	-
3.06	-	-	-	-	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	-	-	-	-	-	-	-	-
4.01	-	-	-	-	10	11-12	-	15	17-18	19-20	-	23-24	-	-	-	-	-	-	-	-

¹ Los términos utilizados en la presente Convocatoria corresponden a las definiciones previstas en las Bases.

4.02	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	36	37-38	39-40
4.03	-	-	-	8	9-10	11-12	13-14	15-16	-	-	-	-	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
4.04	-	-	-	-	-	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	23	-	-	-	-	-	-	-	-
4.05	-	-	-	-	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21	23	-	-	-	-	-	-	-	-
4.06	-	-	-	-	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	-	-	-	-	-	-	-	-
4.07	-	-	-	-	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	22	23-24	-	-	-	-	-	-	-	-
4.08	-	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	-	22-23	24-25	26-27	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
4.09	-	-	-	-	9-10	11-12	13-14	15-16	17	19-20	21-22	23-24	-	-	-	-	-	-	-	-
4.10	-	-	-	-	9-10	11-12	13-14	15	17-18	19-20	-	23-24	-	-	-	-	-	-	-	-
4.11	-	-	-	-	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	-	-	-	-	-	-	-	-
5.01	-	-	-	-	-	-	-	15	17-18	-	21-22	-	-	-	-	-	-	34-35	36-37	38-39
5.02	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
5.03	-	-	-	-	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19	21-22	23-24	25-26	27	29-30	31-32	33	-	-	-
5.04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33-34	35-36	37	40
5.05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
5.06	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	-	-	-	-	-	33-34	35-36	37-38	39-40
5.07	1-2	3-4	5-6	7-8	-	10-11	12-13	14-15	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	-	30-31	33-34	35-36	37-38	39-40
6.01	-	-	-	-	-	-	-	15-16	17-18	19-20	21-22	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6.02	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
6.03	-	-	-	-	-	-	14	15-16	-	18-19	20-21	22-23	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	-
6.04	-	-	-	-	-	-	-	15	-	18-19	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6.05	2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	18	19-20	21-22	-	-	-	-	-	33-34	35-36	37-38	39-40
6.06	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	-	-	-	-	-	33-34	35-36	37-38	39-40
7.01	-	-	-	-	-	-	-	-	17-18	19-20	-	-	-	-	-	-	33-34	35-36	37	-
7.02	1-2	3-4	5-6	7-8	-	10-11	12-13	14-15	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
7.03	-	-	-	-	-	-	-	14-15	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
7.04	-	-	-	-	-	-	14	15-16	-	20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
7.05	-	-	5-6	7	9-10	11-12	-	15	-	18-19	21-22	-	-	-	-	-	-	34-35	36-37	-
7.06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.07	-	-	-	-	-	-	14	15-16	17-18	19-20	21-22	-	-	-	-	-	33	-	-	-
7.08	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
7.09	-	-	-	-	-	-	-	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	-	30-31	32-33	34-35	36-37	40
7.10	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
7.11	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
8.01	-	-	-	-	9	12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
8.02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33-34	35	37	-
8.03	-	-	-	-	9-10	11	-	15-16	-	18-19	20-21	22-23	26	27-28	30	31-32	-	34-35	36-37	-

8.04	-	-	-	-	9-10	11-12	13	-	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	-
8.05	1-2	3-4	5-6	7-8	-	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40
8.06	1-2	3-4	5-6	7	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31	33-34	35-36	37-38	39
8.07	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	-	-	-	-	-	33-34	35-36	37-38	39-40
8.08	1-2	3-4	5-6	7-8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33-34	35-36	37-38	39-40
9.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9.02	-	-	-	-	-	-	-	-	17-18	19-20	-	-	24-25	26-27	28-29	30-31	33-34	35-36	37	-
9.03	-	2-3	4-5	6-7	9-10	-	-	16	17-18	19-20	21-22	23-24	-	-	-	-	-	-	-	-
9.04	-	-	-	-	-	-	-	16	17-18	19-20	21-22	-	-	-	-	-	33-34	35-36	37	-
9.05	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13	15-16	17-18	19-20	21-22	-	-	-	-	-	33-34	35-36	37	39-40

Cada Grupo de Frecuencias tendrá disponible 0.25 MHz, salvo el caso del Grupo 40 que tendrá disponible 0.20 MHz.

3. Elementos de evaluación

Las personas físicas, personas morales y Consorcios que deseen participar en la Licitación No. IFT-11 deberán manifestar su interés y aceptar el uso de medios electrónicos a través de la entrega del formato del Apéndice G de las Bases, conforme a lo establecido en los numerales 5 y 6.1.1 de las mismas; dicha entrega, en los términos señalados en Bases y la asignación de un Folio Único, otorgará la calidad de Interesado.

Posteriormente, el Interesado deberá realizar el pago de Derechos, mismo que será verificado por el Instituto, y hacer la entrega de los requisitos establecidos en el Apéndice A y sus Anexos y el Apéndice E, conforme a lo establecido en los numerales 5, 6.1.3 y, en su caso, 6.1.5 de las Bases. Derivado de dicha entrega, a través de la Unidad de Espectro Radioeléctrico (UER) y la Unidad de Competencia Económica (UCE), el Instituto emitirá el Dictamen Técnico-Jurídico y el Dictamen de Competencia Económica, respectivamente. Considerando ambos dictámenes, el Pleno del Instituto podrá emitir el acuerdo de otorgamiento de Constancias de Participación. Al recibir la respectiva Constancia, el Interesado adquirirá el carácter de Participante y podrá continuar con las posteriores etapas de la Licitación No. IFT-11.

3.1. Análisis de las capacidades administrativa, jurídica, económica y técnica

Con base en la información entregada correspondiente al Apéndice A, el Instituto, a través de la UER y la Unidad de Asuntos Jurídicos, revisará si el Interesado acredita las capacidades administrativa, jurídica, económica y técnica, y cumple con los requisitos correspondientes señalados en las Bases y, de ser el caso, emitirá un Dictamen Técnico-Jurídico favorable.

3.2. Análisis en materia de Competencia Económica

Con base en la información entregada correspondiente al Apéndice E, el Instituto, a través de la UCE, identificará si el Interesado, bajo su dimensión de Grupo de Interés Económico y considerando a los Agentes Económicos con los que tiene vínculos de tipo comercial, organizativo, económico o jurídico, cumple con los criterios que se establecen en las Bases para prevenir fenómenos de concentración contrarios al interés público.

Para estos efectos, las Bases contienen el Formulario de Competencia Económica (Apéndice E), el cual precisa la información y documentación que deberán aportar los Interesados con el objeto de que el Instituto lleve a cabo la evaluación en materia de competencia económica, a efecto de tener elementos para determinar la procedencia del otorgamiento de la calidad de Participante.

Con base en la información y documentación aportada por el Interesado, se le analizará, bajo su dimensión de Grupo de Interés Económico y, considerando a los Agentes Económicos con los que tiene vínculos de tipo comercial, organizativo, económico o jurídico, de ser el caso, emitirá un Dictamen de Competencia Económica favorable.

3.3. Calidad de Participante

Considerando el Dictamen Técnico-Jurídico y el Dictamen de Competencia Económica, el Pleno del Instituto resolverá sobre el otorgamiento de la calidad de Participante de los Interesados. En el acuerdo que en su caso emita el Pleno, a través del cual se otorgue la calidad de Participante, el Instituto determinará, considerando el espectro radioeléctrico que los Interesados, directa o indirectamente, tienen concesionado actualmente, la cantidad de espectro radioeléctrico por la que pueden participar sin superar el Límite de Acumulación de Espectro establecido en el numeral 8.2 de las Bases de la Licitación No. IFT-11.

4. Publicación de las Bases de Licitación

Las Bases, sus Apéndices y Anexos podrán ser consultadas y obtenidas mediante descarga gratuita en el Portal de Internet del Instituto (www.ift.org.mx) a más tardar el día de la publicación de la presente Convocatoria en el Diario Oficial de la Federación.

5. Aspectos Generales

5.1. La participación en la Licitación No. IFT-11, así como, en su caso, la prestación del servicio público a que hace referencia la presente Convocatoria, estará en todo momento sujeta a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales suscritos por el Estado Mexicano, las leyes, reglamentos, disposiciones de carácter general y toda aquella normatividad que resulte aplicable, a las Bases, sus Apéndices y Anexos.

5.2. Toda la información que se obtenga o genere derivado de la Licitación, objeto de la presente Convocatoria, será tratada en términos de lo establecido en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público, así como de lo establecido en las Bases, sus Apéndices y Anexos y demás disposiciones aplicables.

5.3. El Domicilio del Instituto se encuentra ubicado en Insurgentes Sur No. 1143, colonia Nochebuena, demarcación territorial Benito Juárez, C.P. 03720, Ciudad de México.

5.4. Todos y cada uno de los términos y definiciones a que se refieren las Bases son aplicables a la presente Convocatoria.

Acuerdo P/IFT/310822/459, aprobado por unanimidad en la XVIII Sesión Ordinaria del Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones, celebrada el 31 de agosto de 2022.

Lo anterior, con fundamento en los artículos 28, párrafos décimo quinto, décimo sexto y vigésimo, fracción I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7, 16, 23, fracción I y 45 de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión, y 1, 7, 8 y 12 del Estatuto Orgánico del Instituto Federal de Telecomunicaciones.

DAVID GORRA FLOTA, SECRETARIO TÉCNICO DEL PLENO DEL INSTITUTO FEDERAL DE TELECOMUNICACIONES, con fundamento en los artículos 25 de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión, y 16, primer párrafo, fracción XIX del Estatuto Orgánico del Instituto Federal de Telecomunicaciones, así como numerales Primero, inciso a) y Cuarto del “Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones establece el uso de la Firma Electrónica Avanzada para los actos que emitan los servidores públicos que se indican”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de noviembre de 2020, **CERTIFICA**: Que el presente documento, constante de cuatro fojas útiles, es una representación impresa que corresponde fielmente con la **“Convocatoria a la Licitación Pública para concesionar el uso, aprovechamiento y explotación comercial de segmentos de espectro radioeléctrico disponibles en la Banda de Frecuencias 410-415 / 420-425 MHz para la prestación del Servicio Móvil de Radiocomunicación Especializada de Flotillas (Licitación No. IFT-11).”**, aprobada por el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones en su XVIII Sesión Ordinaria, celebrada el treinta y uno de agosto de dos mil veintidós, en el **“Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones aprueba y emite la Convocatoria y las Bases de la Licitación Pública para concesionar el uso, aprovechamiento y explotación comercial de segmentos de espectro radioeléctrico disponibles en la Banda de Frecuencias 410-415 / 420-425 MHz para la prestación del Servicio Móvil de Radiocomunicación Especializada de Flotillas (Licitación No. IFT-11).”**, identificado con el número P/IFT/310822/459.

Se certifica con la finalidad de que se publique en el Diario Oficial de la Federación.

Ciudad de México, a 6 de septiembre de dos mil veintidós.- Rúbrica.

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS PENALES

ACUERDO mediante el cual se modifica el Manual que regula las remuneraciones de las personas servidoras públicas al servicio del Instituto Nacional de Ciencias Penales para el ejercicio fiscal 2022.

ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE MODIFICA EL *MANUAL QUE REGULA LAS REMUNERACIONES DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS AL SERVICIO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS PENALES PARA EL EJERCICIO FISCAL 2022.*

ADRIANA ESPINOSA LÓPEZ, Directora de Administración del Instituto Nacional de Ciencias Penales (INACIPE) con fundamento en los artículos 17 de la *Ley de la Fiscalía General de la República*; 1 y 43, fracciones III, IV y XII del *Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Ciencias Penales*; 65, fracción II, 66 y 70 de la *Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria*; 23 de la *Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos*; 20 del *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022*, y 4 de la *Ley Federal de Procedimiento Administrativo*; con base en los siguientes:

Antecedentes

El 11 de abril de 1996, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) el *Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de Ciencias Penales*, cuyo artículo 1 estableció que el INACIPE es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, con domicilio en la Ciudad de México;

El 25 de junio de 2012, se publicó en el DOF la *Resolución conjunta por la que la Procuraduría General de la República y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología reconocen al Instituto Nacional de Ciencias Penales, como Centro Público de Investigación*;

El 1 de marzo de 2017, en cumplimiento al artículo 47 de la *Ley de Ciencia y Tecnología*, se celebró el Convenio de Administración por Resultados entre la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, la Procuraduría General de la República como cabeza de sector del INACIPE y el propio Instituto, con lo que se formalizó el carácter legal de este último como Centro Público de Investigación;

El 20 de diciembre de 2018, se publicó en el DOF la *Declaratoria de la entrada en vigor de la Autonomía Constitucional de la Fiscalía General de la República*, de conformidad con el primer párrafo del artículo Décimo Sexto Transitorio del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, en materia política-electoral, publicado en el DOF el 10 de febrero de 2014, y

El 31 de marzo de 2022 se publicó en el DOF ACUERDO mediante el cual se publica la estructura ocupacional del Instituto Nacional de Ciencias Penales y se expide el *Manual que regula las remuneraciones de los Servidores Públicos al servicio del Instituto Nacional de Ciencias Penales, para el ejercicio fiscal 2022.*

El 16 de agosto de 2022 se publicó en el DOF ACUERDO A/OM/003/2022 mediante el cual se modifica el Manual que regula las remuneraciones de las personas servidoras públicas al servicio de la Fiscalía General de la República para el ejercicio fiscal 2022.

Considerando

Primero. Que el artículo 123, apartado B, fracción IV, primer párrafo, de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, indica, entre otras cosas, que los salarios serán fijados en los presupuestos respectivos;

Segundo. Que el artículo 127, de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, establece que las personas servidoras públicas de la Federación y de los organismos autónomos, entre otros, recibirán una remuneración adecuada e irrenunciable por el desempeño de su función, empleo, cargo o comisión, que deberá ser proporcional a sus responsabilidades;

Tercero. Que el artículo 17, de la *Ley de la Fiscalía General de la República*, establece que: el Instituto Nacional de Ciencias Penales será un órgano con personalidad jurídica y patrimonio propio, que gozará de autonomía técnica y de gestión, dentro del ámbito de la Fiscalía General, que se encargará de impartir educación superior, capacitación técnica y profesional, realizar investigación académica, científica y tecnológica, contribuir en la formulación de políticas públicas en materia de justicia penal y seguridad pública.

Además, dicho Instituto podrá participar en la capacitación y formación ética y profesional de las personas servidoras públicas de la Fiscalía General y en los procesos de selección, ingreso y evaluación de las personas integrantes del servicio profesional de carrera.

El Instituto Nacional de Ciencias Penales estará facultado para expedir certificados de estudios, grados y títulos académicos, en términos de las disposiciones aplicables en la materia.

Cuarto. Que el artículo Quinto Transitorio de la *Ley de la Fiscalía General de la República* establece, en su primer párrafo, que a partir de la entrada en vigor de este Decreto quedará desincorporado de la Administración Pública Federal el organismo descentralizado denominado Instituto Nacional de Ciencias Penales que pasará a ser un órgano con personalidad jurídica y patrimonio propio, que gozará de autonomía técnica y de gestión, dentro del ámbito de la Fiscalía General de la República.

Quinto. Que el artículo 19, fracción X de la *Ley de la Fiscalía General de la República* establece que la persona titular de la FGR será el Presidente de la Junta de Gobierno del INACIPE, y el artículo Cuarto Transitorio de dicha ley, señala que en tanto se expiden los estatutos y normatividad, continuarán aplicándose las normas y actos jurídicos que se han venido aplicando, en lo que no se opongan al presente decreto.

Sexto. Que los artículos 23 y 24 de la *Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos*, dispone que los poderes federales Legislativo, Ejecutivo y Judicial, así como los entes con autonomía o independencia reconocida por la Constitución, deberán incluir dentro de sus proyectos de presupuesto los tabuladores de las remuneraciones que se propone perciban las personas servidoras públicas que prestan sus servicios en cada ejecutor de gasto y que el manual de remuneraciones de los servidores públicos se apegará estrictamente a lo aprobado en el Presupuesto de Egresos de la Federación, y

Séptimo. Que los artículos 66 de la *Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria* y 20, del *Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2022*, establece que los entes autónomos deberán publicar en el DOF:

- a) El manual que regule las remuneraciones para las personas servidoras públicas a su servicio, en el que se proporcione la información completa y detallada relativa a las remuneraciones que se cubran para cada uno de los niveles jerárquicos que los conforman, y
- b) La estructura ocupacional que contenga la integración de los recursos aprobados en el capítulo de servicios personales, con la desagregación de su plantilla total, incluidas las plazas a que se refiere el párrafo anterior, junto con las del personal operativo, eventual y el contratado bajo el régimen de honorarios, en el que se identifiquen todos los conceptos de pago y aportaciones de seguridad social que se otorguen con base en disposiciones emitidas por sus órganos competentes, así como la totalidad de las plazas vacantes con que cuenten a dicha fecha.

Que derivado del incremento salarial autorizado por el Fiscal General de la República en el presente año, el cual está alineado a las políticas salariales adoptadas por el Estado Mexicano para los servidores públicos de la federación en el ejercicio fiscal 2022, se requiere una actualización de los importes de sueldos y salarios establecidos en el tabulador, así como de los montos de las prestaciones económicas para el personal de este Instituto Nacional de Ciencias Penales.

Por lo anterior, resulta procedente la modificación al Manual que regula las remuneraciones de las personas servidoras públicas al servicio del Instituto Nacional de Ciencias Penales para el ejercicio fiscal 2022. Por lo cual la suscrita Adriana Espinosa López Directora de Administración del Instituto Nacional de Ciencias Penales.

Por lo anteriormente expuesto, he tenido a bien expedir el siguiente acuerdo:

Acuerda

Manual que regula las remuneraciones de las personas servidoras públicas al servicio del Instituto Nacional de Ciencias Penales para el ejercicio 2022

Artículo 25. Adicionalmente, se otorgarán los siguientes conceptos:

a) Despensa:

\$1,215.00 mensuales al personal contratado en un puesto considerado en el *Tabulador de sueldos y salarios brutos aplicable a los puestos operativos de base del Instituto Nacional de Ciencias Penales*.

\$1,215.00 mensuales al personal contratado en un puesto considerado en el *Tabulador de sueldos y salarios brutos aplicable los puestos de directivo, mando y administrativo del Instituto Nacional de Ciencias Penales del Instituto Nacional de Ciencias Penales*.

b) Previsión Social Múltiple:

\$845.00 mensuales al personal contratado en un puesto considerado en el *Tabulador de sueldos y salarios brutos aplicable a los puestos operativos de base del Instituto Nacional de Ciencias Penales.*

c) Ayuda de Servicios:

\$805.00 mensuales al personal contratado en un puesto considerado en el *Tabulador de sueldos y salarios brutos aplicable a los puestos operativos de base del Instituto Nacional de Ciencias Penales.*

d) Compensación por Desarrollo y Capacitación:

\$2,000.00 mensuales al personal contratado en un puesto considerado en el *Tabulador de sueldos y salarios brutos aplicable a los puestos operativos de base del Instituto Nacional de Ciencias Penales.*

e) Ayuda de Transporte:

\$960.00 mensuales al personal contratado en un puesto considerado en el *Tabulador de sueldos y salarios brutos aplicable a los puestos operativos de base del Instituto Nacional de Ciencias Penales.*

TABULADOR DE SUELDOS Y SALARIOS BRUTOS APLICABLE A LOS PUESTOS OPERATIVOS CON SU EQUIVALENCIA AL TABULADOR DE LA FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Anexo 2

CÓDIGO	NIVEL	DENOMINACIÓN	SUELDO BASE	COMPENSACIONES ADICIONALES POR SERVICIOS ESPECIALES	SUELDO MENSUAL BRUTO
A03813	7	Secretaria Ejecutiva "A"	8,792.00	3,902.00	12,694.00
A03814	6	Secretaria Ejecutiva "B"	8,692.00	3,241.00	11,933.00
P05835	6	Técnico Especialista Contable	8,692.00	3,241.00	11,933.00
P05836	6	Técnico Analista Auditor	8,692.00	3,241.00	11,933.00
T05827	6	Bibliotecario "B"	8,692.00	3,241.00	11,933.00
T06804	6	Analista Programador "B"	8,692.00	3,241.00	11,933.00
A03865	4	Secretaria Ejecutiva "C"	8,542.00	2,715.00	11,257.00
T03824	4	Analista Profesional	8,542.00	2,715.00	11,257.00
T03826	4	Bibliotecario "A"	8,542.00	2,715.00	11,257.00
S03866	3	Chofer	8,492.00	2,709.00	11,201.00
T16824	3	Técnico Laboratorista	8,492.00	2,709.00	11,201.00
A01801	2	Auxiliar Administrativo	8,417.00	2,700.00	11,117.00
A03864	2	Secretaria Ejecutiva "D"	8,417.00	2,700.00	11,117.00
C02802	2	Oficial De Equipo De Comunicación	8,417.00	2,700.00	11,117.00
C02802	2	Oficial De Equipo De Comunicación	8,417.00	2,700.00	11,117.00

TABULADOR DE SUELDOS Y SALARIOS BRUTOS APLICABLE LOS PUESTOS DE MANDO Y DE ENLACE DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS PENALES CON SUS EQUIVALENCIAS AL TABULADOR DE LA FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Anexo 3

CÓDIGO	NIVEL	DENOMINACIÓN	SUELDO BASE	COMPENSACIONES ADICIONALES POR SERVICIOS ESPECIALES	SUELDO MENSUAL BRUTO
FG0B008	BW1	Titular de Unidad	20,779.00	126,978.00	147,757.00
FG0D001	DZ1	Subcoordinador Ejecutivo	19,023.00	105,475.00	124,498.00
FG0E007	EX1	Administrador Especializado	13,616.00	64,367.00	77,983.00
FG0E012	EW3	Administrador Especializado	10,085.00	50,112.00	60,197.00
FG0E015	EV3	Administrador Especial	9,850.00	38,855.00	48,705.00
FG0E018	EU3	Administrador Especial	9,614.00	31,157.00	40,771.00
FG0E024	ES3	Administrador Auxiliar	9,024.00	21,266.00	30,290.00
FG0E023	ES2	Administrador Auxiliar	9,024.00	23,102.00	32,126.00
FG0E025	ER1	Administrador Auxiliar	8,705.00	19,194.00	27,899.00
FG0E025	ER1	Administrador Auxiliar	8,705.00	19,194.00	27,899.00
FG0E030	EQ3	Administrador Auxiliar	8,080.00	15,194.00	23,274.00
FG0S001	SZ1	Apoyo Administrativo A	7,784.00	14,445.00	22,229.00
FG0S002	SZ2	Apoyo Administrativo B	7,784.00	13,006.00	20,790.00
FG0S003	SZ3	Apoyo Administrativo C	7,784.00	12,116.00	19,900.00
FG0S004	SY1	Apoyo Administrativo D	7,500.00	11,280.00	18,780.00
FG0S007	SX1	Apoyo Administrativo G	6,961.00	7,255.00	14,216.00
FG0S008	SX2	Apoyo Administrativo H	6,961.00	5,934.00	12,895.00
FG0S009	SX3	Apoyo Administrativo I	6,961.00	5,641.00	12,602.00

SEGURO DE PERSONAS

Anexo 4

SEGUROS	DESCRIPCIÓN	NIVELES
VIDA	Suma asegurada de 40 meses de la percepción ordinaria mensual	Todos los niveles
COLECTIVO DE RETIRO	Suma asegurada de hasta 25,000 pesos	Todos los niveles

**LÍMITES DE PERCEPCIÓN ORDINARIA TOTAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS PENALES
(NETOS MENSUALES) (PESOS)**

Anexo 5

Tipo de Personal	Sueldos y Salarios		Prestaciones (Efectivo y Especie)		Percepción ordinaria total	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
DIRECTIVO						
TITULAR SUSTANTIVO		106,090		25,018		131,108
MANDO						
ADJUNTO SUSTANTIVO		90,739		21,705		112,444
DIRECTOR ADMINISTRATIVO	46,918	59,369	11,604	14,642	58,522	74,011
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	33,206	38,874	9,066	10,112	42,272	48,986
JEFE DE DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO	19,744	26,594	6,523	7,848	26,267	34,442
ADMINISTRATIVO						
APOYO ADMINISTRATIVO	11,353	18,922	4,931	6,325	16,284	25,247
OPERATIVOS DE BASE	10,105	11,400	9,730	13,501	19,835	24,901

Transitorios

Primero. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el *Diario Oficial de la Federación*.

Segundo. Modifica el "ACUERDO mediante el cual se publica la estructura ocupacional del Instituto Nacional de Ciencias Penales y se expide el Manual que regula las remuneraciones de los Servidores Públicos al servicio del Instituto Nacional de Ciencias Penales para el ejercicio fiscal 2022" publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2022.

Tercero. Los incrementos en los sueldos y salarios reflejados en el **Anexo 2 y 3**, así como en las prestaciones señaladas en el artículo 25 de este Manual, tendrán una aplicación retroactiva al 01 de enero del presente ejercicio fiscal, conforme a los periodos efectivamente laborados.

Cuarto. Con excepción de las *Condiciones Generales de Trabajo del Instituto Nacional de Ciencias Penales*, se abroga cualquier disposición interna del INACIPE en materia laboral que se oponga o exceda los alcances de este Manual.

Ciudad de México, a 16 de agosto de 2022.- La Directora de Administración del Instituto Nacional de Ciencias Penales, **Adriana Espinosa López**.- Rúbrica.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y GEOGRAFIA

ACUERDO por el que se establecen las bases para la coordinación, participación y colaboración en la organización, captación, procesamiento y difusión del Censo Agropecuario 2022.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 5o. cuarto párrafo y 26 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, 17 fracción II, 24, 25 fracción I, 37, 38, 40, 45, 52, 59 fracción I, 77 fracciones VIII y XVII, 103, 105, 106, 109 y 113 de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, y 5 fracciones VIII y XXXIII del Reglamento Interior del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, y

CONSIDERANDO

Que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en su carácter de organismo público con autonomía técnica y de gestión, personalidad jurídica y patrimonio propios, es responsable de normar y coordinar el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, así como las actividades estadísticas y geográficas que lleven a cabo las Unidades del Estado con el objeto de obtener Información de Interés Nacional.

Que la Información que se obtenga a partir del Censo Agropecuario 2022, en términos de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, es Información de Interés Nacional y consecuentemente, será oficial y de uso obligatorio para la Federación, las entidades federativas, los municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México.

Que, en términos de lo dispuesto por la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, es facultad exclusiva del Instituto Nacional de Estadística y Geografía la realización del Censo Agropecuario 2022.

Que el Censo Agropecuario 2022 tiene una cobertura nacional y su propósito es producir información sobre las características económicas, tecnológicas, ambientales y sociales de las unidades de producción agrícolas, ganaderas y forestales en México.

Que el levantamiento del Censo Agropecuario 2022 requiere el compromiso por parte de las personas informantes del Sistema en todo el territorio nacional de proporcionar respuestas veraces sobre temas de las actividades agrícola y ganadera, así como sobre el aprovechamiento forestal, por lo que resulta decisiva la participación y apoyo de la sociedad en el desarrollo de la actividad censal.

Que para la óptima realización de las diversas etapas del Censo Agropecuario 2022, se requiere de la colaboración y apoyo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como de los Gobiernos Estatales, Municipales y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México.

Por lo anterior, la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Estadística y Geografía ha tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO

REALIZACIÓN DEL CENSO AGROPECUARIO 2022

Artículo 1. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) llevará a cabo la organización, captación, procesamiento y difusión del Censo Agropecuario 2022 (Censo), conforme a las etapas que se señalan en el presente Acuerdo, coordinándose para ello con instituciones del orden público, privado y social.

Artículo 2. Los trabajos relativos a la organización del Censo Agropecuario 2022, tendrán verificativo hasta el 15 de septiembre de 2022, plazo en el cual se concluirá la planeación detallada del levantamiento y se reclutará y capacitará al personal necesario.

En el plazo referido, así como en la etapa de captación, se hará la difusión censal y se promoverá la participación y colaboración de los sectores público, social y privado.

Artículo 3. El Censo Agropecuario 2022 obtendrá información sobre todas las personas dedicadas a la producción agrícola, ganadera y forestal y las unidades de producción en el territorio nacional, la cual para efectos estadísticos estará referida al periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2021 y el 30 de septiembre de 2022. La captación de los datos del Censo Agropecuario se realizará del 19 de septiembre al 15 de diciembre de 2022.

PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN

Artículo 4. Todas las personas dedicadas a la producción agrícola, ganadera y forestal, propietarias, encargadas, poseedoras o usufructuarias de las unidades de observación objeto del Censo Agropecuario 2022 están obligadas a proporcionar con veracidad y oportunidad los datos e informes que se les requieran en los cuestionarios del Censo Agropecuario 2022 y a colaborar para la debida organización y ejecución del mismo, en los términos de los artículos 5o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 45 de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

El personal de administración y vigilancia de los domicilios de todas las personas dedicadas a la producción agrícola, ganadera y forestal cuyo acceso esté cerrado y/o restringido deberá permitir el acceso del personal del INEGI a fin de que puedan censar a todas las personas dedicadas a la producción agrícola, ganadera y forestal.

Artículo 5. Los datos e informes que las instituciones, las organizaciones o agrupaciones de los sectores social o privado y particulares proporcionen en los cuestionarios del Censo Agropecuario 2022, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que no sea el estadístico, por lo que no podrán divulgarse en ningún caso en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad judicial o administrativa, incluyendo la fiscal, en juicio o fuera de él, en términos de los artículos 37 y 38 de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

Toda persona que intervenga como encuestador o censor en el desempeño de las funciones censales deberá estar debidamente identificada y sólo podrá solicitar los datos e informes que se contengan en los cuestionarios autorizados para la actividad censal. Por ningún motivo podrán solicitar otro tipo de información.

COLABORACIÓN DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES PÚBLICAS

Artículo 6. Para la realización de las diversas etapas del Censo Agropecuario 2022, se requiere de la colaboración de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como de los Gobiernos Estatales, Municipales y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, para el desarrollo de las siguientes actividades:

- I. Establecer acciones conjuntas para promover y difundir el Censo Agropecuario 2022 a nivel federal, estatal y municipal, con el fin de sensibilizar a las personas informantes sobre la importancia de su participación en el Censo y para facilitar el operativo en campo.
- II. Implementar estrategias de concertación con todas las personas dedicadas a la producción agrícola, ganadera y forestal.
- III. Facilitar la captación de información censal mediante apoyos en materia de difusión y logística.
- IV. Gestionar apoyos logísticos para apoyar el desarrollo del Censo, tales como facilitar el uso de espacios físicos y mobiliario en los inmuebles que ocupan para la instalación de oficinas de apoyo al Censo Agropecuario 2022, durante sus etapas de organización, captación y procesamiento de la información.
- V. Proveer, a través de las policías y las dependencias de seguridad pública a nivel federal, estatal y municipal, el resguardo y seguridad al personal que participe en la organización, captación y procesamiento del Censo, especialmente en situaciones de alto riesgo o de desastres por causas naturales.

- VI.** Apoyar para que las asociaciones, federaciones o confederaciones del sector agropecuario sensibilicen y exhorten a sus integrantes o personas agremiadas a recibir al personal del Censo Agropecuario 2022 y a responder los cuestionarios censales.
- VII.** Impulsar la participación de dependencias y entidades afines al sector, instituciones académicas y medios de comunicación en el desarrollo del Censo Agropecuario 2022.

Artículo 7. El INEGI realizará las gestiones necesarias para promover el óptimo desarrollo de las actividades censales y la colaboración para el desahogo de las mismas con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y con los Gobiernos Estatales, Municipales y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México.

Así mismo, promoverá la colaboración y apoyo al Censo Agropecuario 2022 de las Unidades del Estado que participan en el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, a través del Consejo Consultivo Nacional, los Comités Ejecutivos de los Subsistemas Nacionales de Información, los Comités Técnicos Especializados y los Comités Estatales de Información Estadística y Geográfica.

COLABORACIÓN DE LA INICIATIVA PRIVADA

Artículo 8. El INEGI gestionará la cooperación de organizaciones de todas las personas dedicadas a la producción agrícola, ganadera y forestal, cámaras, asociaciones y agrupaciones legalmente constituidas en la agricultura, la ganadería y la actividad forestal, industria, el comercio y los servicios; de editores de periódicos y revistas; de agencias de noticias; de concesionarios y permisionarios de los sectores comunicaciones y transportes, incluidos los de radio y televisión, y en general, de los sectores social y privado, con el objeto de procurar la más amplia difusión del Censo Agropecuario 2022.

COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

Artículo 9. Para facilitar la coordinación con las autoridades estatales y municipales y su participación y colaboración en el operativo del Censo Agropecuario 2022, las Direcciones Regionales y las Coordinaciones Estatales del INEGI serán responsables de gestionar y concertar los apoyos necesarios en las entidades federativas de su circunscripción.

El INEGI promoverá, con la participación de los sectores público, social y privado del lugar, comités de apoyo al Censo Agropecuario 2022.

SOBRE LOS RECURSOS HUMANOS

Artículo 10. El personal que requiera designar el INEGI para realizar los trabajos de carácter técnico y administrativo para el Censo Agropecuario 2022, de conformidad con las disposiciones presupuestarias aplicables, será nombrado por tiempo fijo, conforme a lo dispuesto en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional.

SOBRE LA INOBSERVANCIA DEL ACUERDO

Artículo 11. La inobservancia a lo dispuesto por este Acuerdo se sancionará de conformidad con lo previsto en la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

TRANSITORIO

ÚNICO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

El presente Acuerdo se aprobó en términos del Acuerdo **No. 10^ª/V/2022**, en la Décima Sesión 2022 de la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, celebrada el 07 de septiembre de 2022.- Presidenta, **Graciela Márquez Colín**.- Vicepresidentes **Enrique de Alba Guerra**, **Paloma Merodio Gómez**, **Adrián Franco Barrios** y **Mauricio Márquez Corona**.

Aguascalientes, Ags., a 7 de septiembre de 2022.- Hace constar lo anterior el Coordinador General de Asuntos Jurídicos, **Jorge Ventura Nevares**, en ejercicio de la atribución que le confiere lo dispuesto por la fracción IV, del artículo 46 del Reglamento Interior del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.- Rúbrica.

(R.- 526100)

INSTITUTO NACIONAL DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACION Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES

ACUERDO mediante el cual se aprueba la modificación del diverso ACT-PUB/08/12/2021.07, referente al programa anual de verificación y acompañamiento institucional para el cumplimiento de las obligaciones en materia de Acceso a la Información y Transparencia por parte de los sujetos obligados del ámbito federal, correspondiente al ejercicio 2022.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

ACUERDO ACT-PUB/10/08/2022.05

ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE APRUEBA LA MODIFICACIÓN DEL DIVERSO ACT-PUB/08/12/2021.07, REFERENTE AL PROGRAMA ANUAL DE VERIFICACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO INSTITUCIONAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES EN MATERIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y TRANSPARENCIA POR PARTE DE LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL ÁMBITO FEDERAL, CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO 2022.

Con fundamento en los artículos 6o., apartado A, fracción VIII de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2, fracciones II, III y VII, 23, 24, fracciones V, VII, VIII, XI, XIII y XIV, 25, 41, fracciones I y XI, 42, fracciones XVII, XVIII y XXII, y 86 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 11 fracciones V, VII, VIII, XI, y XIV, 21, fracciones I, XIX, y XXII, 29, fracción I, 31, fracción XII, 35, fracciones I, V, VII, XI, y XX de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 6, 8, 12, fracciones I, XXXIV y XXXV, 16, fracción VI, 18, fracciones XIV, XVI y XXVI y 24, fracción XV del Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, y conforme a las siguientes:

CONSIDERACIONES

- I. Que el 22 de diciembre de 2021, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo ACT-PUB/08/12/2021.07 mediante el cual se aprobó el *Programa Anual de Verificación y Acompañamiento Institucional para el cumplimiento de las Obligaciones en Materia de Acceso a la Información y Transparencia por parte de los sujetos obligados del ámbito federal, correspondiente al ejercicio 2022* (Programa Anual 2022).
- II. Que el Programa Anual 2022 es un instrumento que define las políticas de verificación y acompañamiento institucional, a fin de propiciar el cumplimiento del marco normativo por parte de los sujetos obligados del ámbito federal, a efecto de brindar certeza respecto de las acciones de verificación y cumplimiento de las obligaciones en materia de acceso a la información y transparencia dispuestas en las leyes de la materia; definiendo las dimensiones que serán objeto de verificación de su cumplimiento, estableciendo el tipo, alcance y número de verificaciones a realizar; se definen las directrices generales que tendrán las acciones de acompañamiento institucional que brindará el INAI a los sujetos obligados, además de publicitar los plazos que implicarán los procesos de verificación y acompañamiento institucional correspondiente al ejercicio 2022.
- III. Que como parte de las dimensiones a verificar se encuentra la de Portales de Transparencia, para la cual el Programa Anual 2022 estableció, específicamente en su numeral 15, que se ejecute durante el periodo que va del **1 de marzo al 31 de octubre de 2022**.
- IV. Que el 13 de julio de 2022 el Pleno del INAI aprobó el acuerdo ACT-PUB/13/07/2022.08, mediante el cual se suspenden los plazos y términos para los trámites que se gestionan en la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT) los días 14 y 15 de julio de 2022, en cuya parte medular se señala lo siguiente:

“PRIMERO. Se aprueba suspender plazos y términos en todos y cada uno de los trámites, procedimientos y demás medios de impugnación, establecidos en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y demás normativa aplicable, que se tramitan a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, los días 14 y 15 de julio de 2022, atendiendo a las consideraciones del presente Acuerdo.

Las actuaciones realizadas los días 11, 12 Y 13 de julio de 2022, dentro de los trámites, procedimientos y demás medios de impugnación, establecidos en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y demás normativa aplicable, que se hayan tramitado a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, surtirán sus efectos, salvo en aquellos casos que derivado de las intermitencias presentadas en la PNT no haya sido posible su realización.”

- V. Que el acuerdo ACT-PUB/13/07/2022.08 se originó a efecto de no vulnerar el ejercicio de los derechos fundamentales de acceso a la información y de protección de datos personales y para delimitar las responsabilidades de los sujetos obligados en la atención de solicitudes, considerando que el día 12 de julio de 2022, el Instituto como administrador general de la PNT informó a los Organismos Garantes del Sistema Nacional de Transparencia que se identificó que dicha Plataforma presentó intermitencias en su disponibilidad el día 11 de julio de 2022.
- VI. Que como expresión de las intermitencias en la disponibilidad de la Plataforma Nacional de Transparencia, diversos sujetos obligados del ámbito federal informaron que el módulo Sistema de Portales de Obligaciones (SIPOT) también presentaba dificultades para cargar y/o actualizar información en los días 14 y 15 de julio de 2022. Esta situación afectó la atención de los requerimientos emitidos por las Direcciones Generales de Enlace para subsanar diversos incumplimientos identificados en la primera vuelta de la verificación de obligaciones en la dimensión Portales de Transparencia.
- VII. Que por lo antes expuesto, las fases de seguimiento y requerimientos de la dimensión Portales de Transparencia se verán afectadas, por lo que es necesario modificar el plazo establecido en el acuerdo ACT-PUB/08/12/2021.07, específicamente en sus numerales 15 y VI, así como su correspondiente cronograma del numeral VII.

Por lo antes expuesto, en las consideraciones de hecho y de Derecho señaladas, el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, emite el siguiente:

ACUERDO

PRIMERO. Se modifica el plazo para ejecutar las acciones de verificación en la dimensión Portales de Transparencia establecido en el Anexo del Acuerdo ACT-PUB/08/12/2021.07 para quedar como sigue:

*15. Las acciones de verificación de esta dimensión comenzarán a partir del 1 de marzo al **3 de noviembre de 2022** incluyendo las fases de seguimiento de requerimientos, con presentación al Pleno informes de resultados parciales. El avance a lo largo del año será gestionado conforme al programa de trabajo específico que en su momento emitirá la Secretaría.*

SEGUNDO. Se modifica el numeral VI denominado *Fechas relevantes* del Acuerdo ACT-PUB/08/12/2021.07 para quedar como sigue:

VI. Fechas relevantes

Dimensión Portales		
Actividad	Fechas	
	Inicio	Término
Preparativos	01/02/2022	25/02/2022
Primera verificación	01/03/2022	30/06/2022
Seguimiento 20 días		Hasta el 26/08/2022
Seguimiento 5 días		Hasta el 03/10/2022
Informe de resultados final		**A más tardar el 11/11/2022

*** Respecto de la fecha de entrega del informe de resultados final se consideró que las actuaciones realizadas por los sujetos obligados los días 11, 12 y 13 de julio de 2022 surtirán sus efectos, **salvo en aquellos casos que derivado de las intermitencias presentadas en la PNT no haya sido posible su realización**, motivo por el cual se amplió la entrega del mismo.*

TERCERO. Se modifica el numeral VII denominado *Cronograma de ejecución de la del Acuerdo ACT-PUB/08/12/2021.07* para quedar como sigue:

Dimensión	Actividad	2021												
		Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	
Dimensión Portales de Transparencia	Verificación													
	Acompañamiento													
Dimensión Respuestas a Solicitudes de Información	Verificación													
	Acompañamiento													
Dimensión Capacidades Institucionales de las UT's	Verificación													
	Acompañamiento													
Dimensión Acciones de Capacitación *	Verificación													
	Acompañamiento													

■ Presentación de resultados

CUARTO. Se instruye a la Secretaría de Acceso a la Información para que, a través de las Direcciones Generales de Enlace, realice las acciones necesarias a efecto de notificar a los sujetos obligados del ámbito federal el presente Acuerdo.

QUINTO. Se instruye a la Dirección General de Comunicación Social que realice las acciones necesarias para que se difunda por los medios que estime pertinentes el presente Acuerdo.

SEXTO. Se instruye a la Dirección General de Asuntos Jurídicos para que realice las gestiones necesarias a efecto de que el presente Acuerdo se publique en el Diario Oficial de la Federación.

El presente acuerdo puede ser consultado en las direcciones electrónicas siguientes:

<https://home.inai.org.mx/wp-content/documentos/AcuerdosDelPleno/ACT-PUB-10-08-2022.05.pdf>

www.dof.gob.mx/2022/INAI/ACT-PUB-10-08-2022-05.pdf

SÉPTIMO. Se instruye a la Secretaría Técnica del Pleno para que, por conducto de la Dirección General de Atención al Pleno, realice las gestiones necesarias a efecto de que el presente Acuerdo se publique en el portal de internet del Instituto.

OCTAVO. Se instruye a la Secretaría Técnica del Pleno que, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 45, fracción IV, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, expida certificación del presente Acuerdo, para agilizar su cumplimiento.

NOVENO. El presente Acuerdo entrará en vigor al momento de su aprobación por el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

Así lo acordó, por unanimidad de las Comisionadas y los Comisionados del Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, Francisco Javier Acuña Llamas, Adrián Alcalá Méndez, Norma Julieta Del Río Venegas, Josefina Román Vergara y Blanca Lilia Ibarra Cadena, en sesión ordinaria celebrada el diez de agosto de dos mil veintidós, ante Ana Yadira Alarcón Márquez, Secretaria Técnica del Pleno.

Comisionada Presidenta, **Blanca Lilia Ibarra Cadena.**- Los Comisionados: **Francisco Javier Acuña Llamas, Adrián Alcalá Méndez, Norma Julieta del Río Venegas, Josefina Román Vergara.**- Secretaria Técnica del Pleno, **Ana Yadira Alarcón Márquez.**

ANA YADIRA ALARCÓN MÁRQUEZ, EN MI CARÁCTER DE SECRETARIA TÉCNICA DEL PLENO DEL INSTITUTO NACIONAL DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 45, FRACCIÓN IV, DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, ASÍ COMO EN LO ORDENADO EN EL PUNTO DE ACUERDO **OCTAVO DEL ACUERDO ACT-PUB/10/08/2022.05 CERTIFICO:** QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES FIEL Y EXACTA REPRODUCCIÓN DEL CITADO ACUERDO **ACT-PUB/10/08/2022.05,** EL CUAL SE EXPIDE EN UN TOTAL DE 06 FOJAS ÚTILES, MISMO QUE FUE APROBADO EN LA SESIÓN ORDINARIA DEL PLENO DE ESTE INSTITUTO, CELEBRADA EL DIEZ DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTIDÓS.- MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO, A DIEZ DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTIDÓS.- RÚBRICA.

(R.- 526095)

MODIFICACIÓN a la tabla de aplicabilidad de las obligaciones de transparencia comunes de los sujetos obligados del ámbito federal, respecto de las obligaciones de transparencia a cargo del Aeropuerto Internacional Felipe Ángeles S.A. de C.V.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

ANEXO

DICTAMEN DTA 0008/2022

MODIFICACIÓN A LA TABLA DE APLICABILIDAD DE LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA COMUNES DE LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL ÁMBITO FEDERAL, RESPECTO DE LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA A CARGO DEL AEROPUERTO INTERNACIONAL FELIPE ÁNGELES S.A. DE C.V.

Con fundamento en los numerales Octavo, Noveno, último párrafo; Décimo Cuarto, Décimo Sexto y Décimo Octavo del *Procedimiento para la modificación de la tabla de aplicabilidad para el cumplimiento de las obligaciones de transparencia comunes de los sujetos obligados del ámbito federal*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 01 de septiembre de 2017 y de conformidad con el *Dictamen mediante el cual se modifica la tabla de aplicabilidad de las obligaciones de transparencia comunes de los sujetos obligados del ámbito federal, respecto de las obligaciones de transparencia a cargo de la Secretaría de Gobernación, en términos de lo dispuesto en el último párrafo del artículo 70 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública*, elaborado por la Dirección General de Enlace con Organismos Públicos Autónomos, Empresas Paraestatales, Entidades Financieras, Fondos y Fideicomisos; el 19 de agosto de 2022, la Secretaría de Acceso a la Información aprobó que se modificará la “Tabla de aplicabilidad de las obligaciones de transparencia comunes del sujeto obligado del ámbito federal, en términos del último párrafo del artículo 70 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública”, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 03 de noviembre de 2016, en los siguientes términos:

Obligaciones de transparencia comunes de los sujetos obligados

Artículo 70 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública

...

II. PODER EJECUTIVO FEDERAL

...

Empresas de Participación Estatal, Instituciones Nacionales de Crédito, Organizaciones Auxiliares Nacionales de Crédito e Instituciones Nacionales de Seguros y de Fianzas

...

Clave	Nombre del Sujeto Obligado	Aplican	No aplican
07003	Aeropuerto Internacional Felipe Ángeles S.A. de C.V.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXX, XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI, XLII, XLIII, XLIV, XLV y XLVIII.	XXXVI, XLVI y XLVII

...

El Dictamen **DTA 0008/2022** puede ser consultado en las siguientes direcciones electrónicas: <https://home.inai.org.mx/wp-content/documentos/ObligacionesDeTransparencia/Dictamenes/DTA%200008-2022.pdf> y www.dof.gob.mx/2022/INAI/DTA0008-22.pdf

La Secretaría de Acceso a la Información del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales firma al calce para todos los efectos a que haya lugar, en la Ciudad de México, a los diecinueve días de agosto de dos mil veintidós.

Secretaría de Acceso a la Información, Dra. **Ileana Hidalgo Rioja**.- Rúbrica.

(R.- 526099)

MODIFICACIÓN a la tabla de aplicabilidad de las obligaciones de transparencia comunes de los sujetos obligados del ámbito federal, respecto de las obligaciones de transparencia a cargo de CFE Telecomunicaciones e Internet para Todos.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

ANEXO

DICTAMEN DTA 009/2022

MODIFICACIÓN A LA TABLA DE APLICABILIDAD DE LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA COMUNES DE LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL ÁMBITO FEDERAL, RESPECTO DE LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA A CARGO DE CFE TELECOMUNICACIONES E INTERNET PARA TODOS.

Con fundamento en los numerales Octavo, Noveno, último párrafo; Décimo Cuarto, Décimo Sexto y Décimo Octavo del *Procedimiento para la modificación de la tabla de aplicabilidad para el cumplimiento de las obligaciones de transparencia comunes de los sujetos obligados del ámbito federal*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 01 de septiembre de 2017 y de conformidad con el *Dictamen mediante el cual se modifica la tabla de aplicabilidad de las obligaciones de transparencia comunes de los sujetos obligados del ámbito federal, respecto de las obligaciones de transparencia a cargo de la Secretaría de Gobernación, en términos de lo dispuesto en el último párrafo del artículo 70 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública*, elaborado por la Dirección General de Enlace con Organismos Públicos Autónomos Empresas Paraestatales, Entidades Financieras, Fondos y Fideicomisos; el 19 de agosto de 2022, la Secretaría de Acceso a la Información aprobó que se modificará la “Tabla de aplicabilidad de las obligaciones de transparencia comunes del sujeto obligado del ámbito federal, en términos del último párrafo del artículo 70 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública”, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 03 de noviembre de 2016, en los siguientes términos:

Obligaciones de transparencia comunes de los sujetos obligados

Artículo 70 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública

...

II. PODER EJECUTIVO FEDERAL

...

EMPRESA PRODUCTIVA SUBSIDIARIA DE LA COMISIÓN FEDERAL DE ELECTRICIDAD

...

Clave	Nombre del Sujeto Obligado	Aplican	No aplican
18171	CFE Telecomunicaciones e Internet para Todos	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXX, XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI, XLII, XLIII, XLIV, XLV, XLVI y XLVIII	XLVII

...

El Dictamen **DTA 009/2022** puede ser consultado en las siguientes direcciones electrónicas:

<https://home.inai.org.mx/wp-content/documentos/ObligacionesDeTransparencia/Dictamenes/DTA%200009-2022.pdf> y www.dof.gob.mx/2022/INAI/DTA0009-22.pdf

La Secretaria de Acceso a la Información del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales firma al calce para todos los efectos a que haya lugar, en la Ciudad de México, a los diecinueve días de agosto de dos mil veintidós.

Secretaria de Acceso a la Información, Dra. **Ileana Hidalgo Rioja**.- Rúbrica.

(R.- 526102)

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

ACUERDO del Consejo General del Instituto Nacional Electoral por el que se aprueba el lugar de la Credencial para Votar que deberá marcar el instrumento a utilizarse el día de la Jornada Electoral de los Procesos Electorales Locales 2022-2023, así como los Procesos Electorales Extraordinarios y la Consulta Popular que en su caso tengan lugar en 2023.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Nacional Electoral.- Consejo General.- INE/CG582/2022.

ACUERDO DEL CONSEJO GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL POR EL QUE SE APRUEBA EL LUGAR DE LA CREDENCIAL PARA VOTAR QUE DEBERÁ MARCAR EL INSTRUMENTO A UTILIZARSE EL DÍA DE LA JORNADA ELECTORAL DE LOS PROCESOS ELECTORALES LOCALES 2022-2023, ASÍ COMO LOS PROCESOS ELECTORALES EXTRAORDINARIOS Y LA CONSULTA POPULAR QUE EN SU CASO TENGAN LUGAR EN 2023

GLOSARIO

Consejo General	Consejo General del Instituto Nacional Electoral.
CP	Consulta Popular.
CPEUM/ Constitución	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
CPV	Credencial(es) para Votar.
CRFE	Comisión del Registro Federal de Electores.
DEOE	Dirección Ejecutiva de Organización Electoral.
DERFE	Dirección Ejecutiva del Registro Federal de Electores.
INE	Instituto Nacional Electoral.
LFCP	Ley Federal de Consulta Popular.
LGIPE	Ley General de Instituciones y Procedimientos Electorales.
MDC	Mesa(s) Directiva(s) de Casilla.
OPL	Organismo(s) Público(s) Local(es).
PEE	Proceso(s) Electoral(es) Extraordinario(s).
PEL	Proceso(s) Electoral(es) Local(es).
RE	Reglamento de Elecciones del Instituto Nacional Electoral.
TEPJF	Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.

ANTECEDENTES

- 1. Propuesta sobre el lugar de la CPV que deberá marcar el instrumento a utilizarse en los PEL 2022-2023, así como los PEE y la CP que en su caso tengan en 2023.** El 8 de julio de 2022, la DEOE y la DERFE presentaron a la CRFE, a través de la convocatoria a su tercera sesión ordinaria, la propuesta sobre el lugar de la CPV que deberá marcar el instrumento a utilizarse en los PEL 2022-2023, así como los PEE y la CP que en su caso tengan lugar en 2023, considerando el tipo de credencial con que cuentan las personas ciudadanas y si se trata o no de elecciones concurrentes.
- 2. Presentación del proyecto de acuerdo en la CRFE.** El 15 de julio de 2022, la CRFE aprobó, mediante Acuerdo INE/CRFE36/03SO/2022, someter a la consideración de este órgano superior de dirección, el proyecto de acuerdo del Consejo General por el que se aprueba el lugar de la CPV que deberá marcar el instrumento a utilizarse el día de la jornada electoral de los PEL 2022-2023, así como los PEE y la CP que en su caso tengan lugar en 2023, conforme a la propuesta presentada por la DEOE y la DERFE, en términos del artículo 97 del RE.

CONSIDERANDOS

PRIMERO. Competencia.

Este Consejo General es competente para aprobar el lugar de la CPV que deberá marcar el instrumento a utilizarse el día de la jornada electoral de los PEL 2022-2023, así como los PEE y la CP que en su caso tengan lugar en 2023, conforme a lo previsto en los artículos 41, párrafo tercero, Base V, párrafo primero, Apartado A, párrafos primero y segundo; Apartado B, párrafo primero,

inciso a), numerales 3, 5 y 7 de la CPEUM; 29; 30, párrafos 1, incisos a), c), d), e) y f), y 2; 31, párrafo 1; 32, párrafos 1, inciso a), fracciones III y V, y 2, inciso i); 34, párrafo 1, inciso a); 35; 36; 44, párrafo 1, incisos ñ), gg) y jj) de la LGIPE; 35; 37, fracciones II y III de la LFCEP; 4, párrafo 1, fracción I, Apartado A), inciso a); 5, párrafo 1, incisos g), r) y x) del Reglamento Interior del INE; 97 del RE.

SEGUNDO. Razones jurídicas que sustentan la determinación.

Acorde a lo establecido en el artículo 1º, párrafo primero, de la CPEUM, todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la propia Carta Magna y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que la misma establece.

En términos del párrafo segundo de la disposición aludida, las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la CPEUM y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

El párrafo tercero del artículo referido dispone que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

En ese contexto, el artículo 34 de la CPEUM, establece que son ciudadanas y ciudadanos de la República, las mujeres y los varones que, teniendo la calidad de mexicanas y mexicanos, hayan cumplido 18 años y tengan un modo honesto de vivir.

Asimismo, el artículo 35, fracciones I, II, VIII y IX de la CPEUM, mandata que son derechos de las ciudadanas y los ciudadanos, entre otros, votar en las elecciones populares y poder ser votados para todos los cargos de elección popular, teniendo las calidades que establezca la ley, así como votar en las consultas populares sobre temas de trascendencia nacional o regional, y participar en los procesos de revocación de mandato.

Adicionalmente, el artículo 36, fracción I de la CPEUM, así como el diverso 130, párrafo 1 de la LGIPE, mandatan que es obligación de las ciudadanas y los ciudadanos de la República, inscribirse en el Registro Federal de Electores.

Bajo esa arista, el artículo 41, párrafo tercero, Base V, Apartado A, párrafo primero de la CPEUM, en relación con los diversos 29, párrafo 1 y 30, párrafo 2 de la LGIPE, señala que el INE es un organismo público autónomo dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, en cuya integración participan el Poder Legislativo de la Unión, los partidos políticos nacionales y la ciudadanía, en los términos que ordene la ley. En el ejercicio de esta función estatal, la certeza, legalidad, independencia, imparcialidad, máxima publicidad, objetividad y paridad serán principios rectores, y sus actividades se realizarán con perspectiva de género.

A su vez, la citada disposición constitucional determina, en el Apartado B, inciso a), párrafo 3, con relación con el artículo 32, párrafo 1, inciso a), fracción III de la LGIPE, que, para los procesos electorales federales y los PEL, corresponde al INE, el Padrón Electoral y la Lista Nominal de Electores.

Por su parte, el artículo 133 de la CPEUM, manifiesta que la propia Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión.

En consecuencia, los tratados internacionales tienen fuerza de ley y son de observancia obligatoria porque forman parte de nuestro sistema jurídico, en esa medida, deben ser cumplidos y aplicados a todos quienes se encuentren bajo su tutela.

Entre las disposiciones particulares localizadas en instrumentos internacionales en los que el Estado Mexicano es parte y que se vinculan con el derecho a votar y ser votado, el artículo 21, párrafo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, indica que la voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que

habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Acorde a lo previsto por el artículo 2, párrafos 1 y 2 del Pacto Internacional de Derechos Políticos y Civiles, los Estados parte se comprometen a respetar y a garantizar a todas y todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en dicho Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social; así también, a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones del Pacto referido, las medidas oportunas para dictar las disposiciones legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos y que no estuviesen ya garantizados por disposiciones legislativas o de otro carácter.

El propio Pacto invocado en su artículo 25, incisos a) y b), establece la obligación de los Estados Parte para proteger que todas y todos los ciudadanos gocen, sin ninguna distinción —de las antes referidas— y sin restricciones indebidas, del derecho y oportunidad a participar en la dirección de los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes libremente elegidos y, consecuentemente, del derecho a votar y ser elegidos en elecciones periódicas, auténticas, realizadas por sufragio universal e igual, y por voto secreto que garantice la libre expresión de la voluntad de las y los electores.

El artículo 23, párrafo primero, inciso b) de la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos, prevé que todas las ciudadanas y todos los ciudadanos deben gozar de los derechos y oportunidades de votar y ser elegidos en elecciones periódicas auténticas, realizadas por sufragio universal e igual y por voto secreto que garantice la libertad del voto.

Dichas obligaciones y deberes convencionales del Estado Mexicano son reglados en cuanto a su protección y formas de ejercicio de los derechos político-electorales en la legislación electoral nacional.

Por su parte, el artículo 9, párrafo 1 de la LGIPE, establece que, para el ejercicio del voto, las personas ciudadanas deberán satisfacer, además de los requisitos que fija el artículo 34 de la CPEUM, estar inscritos en el Registro Federal de Electores en los términos dispuestos por la ley referida, y contar con la CPV.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 25, párrafo 1 de la LGIPE, las elecciones locales ordinarias en las que se elijan Gubernaturas, Diputaciones locales, integrantes de los Ayuntamientos en los estados de la República, así como Jefatura de Gobierno, Diputaciones y titulares de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, se celebrarán el primer domingo de junio del año que corresponda.

En términos del artículo 30, párrafo 1, incisos a), c), d), e) y f) de la LGIPE, son fines del INE contribuir al desarrollo de la vida democrática; integrar el Registro Federal de Electores; asegurar a la ciudadanía el ejercicio de sus derechos político-electorales y vigilar el cumplimiento de sus obligaciones; garantizar la celebración periódica y pacífica de las elecciones y ejercer las funciones que la CPEUM le otorga en los PEL, así como velar por la autenticidad y efectividad del sufragio.

A su vez, el artículo 43, párrafos 1 y 2 de la LGIPE, dispone que este Consejo General ordenará la publicación en el Diario Oficial de la Federación de los acuerdos y resoluciones de carácter general que pronuncie. El Secretario Ejecutivo del INE establecerá los acuerdos para asegurar su oportuna publicación en dicho medio oficial.

No debe perderse de vista que, con fundamento en el artículo 54, párrafo 1, incisos b), c), d) y ñ) de la LGIPE, la DERFE tiene, entre otras atribuciones, la relativa a formar, revisar y actualizar el Padrón Electoral, así como expedir la CPV, conforme al procedimiento establecido en el Libro Cuarto de la propia ley y las demás que le confiera ésta.

Por su parte, el artículo 56, párrafo 1, inciso b) de la LGIPE, dispone que la DEOE tiene, entre otras atribuciones, la de elaborar los formatos de la documentación electoral, para someterlos por conducto del Secretario Ejecutivo a la aprobación de este Consejo General.

El artículo 81, párrafos 1 y 2 de la LGIPE, establece que las MDC, por mandato constitucional, son los órganos electorales formados por personas ciudadanas facultadas para recibir la votación y realizar el escrutinio y cómputo en cada una de las secciones electorales en que se dividan los 300 distritos electorales y las demarcaciones electorales de las entidades federativas. Las MDC tienen a su cargo, durante la jornada electoral, la función de respetar y hacer respetar la libre emisión y efectividad del sufragio, garantizar el secreto del voto y asegurar la autenticidad del escrutinio y cómputo.

Asimismo, el artículo 82, párrafo 1 de la LGIPE, prevé, en lo conducente, que las MDC se integrarán con una persona Presidenta, una Secretaria, dos Escrutadoras y tres Suplentes Generales.

Conforme al artículo 126, párrafos 1 y 2 de la LGIPE, el INE prestará por conducto de la DERFE y de sus Vocalías en las Juntas Locales y Distritales Ejecutivas, los servicios inherentes al Registro Federal de Electores, el cual es de carácter permanente y de interés público, cuyo objeto es cumplir con lo previsto en el artículo 41 de la CPEUM sobre el Padrón Electoral.

Además, el artículo 127 de la LGIPE, advierte que el Registro Federal de Electores será el encargado de mantener actualizado el Padrón Electoral.

El artículo 128 de la LGIPE, estipula que en el Padrón Electoral constará la información básica de las mujeres mexicanas y los varones mexicanos, mayores de 18 años que han presentado la solicitud a que se refiere el párrafo 1 del artículo 135 de la misma Ley, agrupados en dos secciones, la de ciudadanas y ciudadanos residentes en México y la de residentes en el extranjero.

El artículo 130 de la LGIPE, ordena que las personas ciudadanas están obligadas a inscribirse en el Registro Federal de Electores y a informar a éste de su cambio de domicilio dentro de los treinta días siguientes a que ello ocurra; asimismo, la ciudadanía participará en la formación y actualización del Padrón Electoral en los términos de las normas reglamentarias correspondientes.

Igualmente, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 131, párrafos 1 y 2 de la LGIPE, el INE debe incluir a las ciudadanas y los ciudadanos en el Registro Federal de Electores y expedirles la CPV, toda vez que éste es el documento indispensable para que puedan ejercer su derecho de voto.

Bajo esa lógica, el artículo 134 de la LGIPE, señala que, con base en el Padrón Electoral, la DERFE expedirá, en su caso, la CPV.

Así, el artículo 136, párrafo 1 de la LGIPE, determina que las personas ciudadanas tendrán la obligación de acudir a las oficinas o módulos que establezca el INE, a fin de solicitar y obtener su CPV.

En términos del artículo 137, párrafos 1 y 2 de la LGIPE, una vez llevado a cabo el procedimiento referido en el Libro Cuarto de la misma ley, se procederá a formar las Listas Nominales de Electores con los nombres de aquellas personas a quienes se les haya entregado su CPV. Los listados se formularán por distritos y por secciones electorales.

También, el artículo 147, párrafo 1 de la LGIPE, manifiesta que las Listas Nominales de Electores son las relaciones elaboradas por la DERFE que contienen el nombre de las personas incluidas en el Padrón Electoral, agrupadas por distrito y sección, a quienes se ha expedido y entregado su CPV.

De conformidad con lo previsto en el artículo 156, párrafos 1 y 2, inciso a) de la LGIPE, la CPV deberá contener, además de los datos de identificación de la persona ciudadana, espacios necesarios para marcar año y elección de que se trate. A su vez, el párrafo 5 de la disposición legal aludida, refiere que la CPV tendrá una vigencia de diez años, contados a partir del año de su emisión, a cuyo término la persona ciudadana deberá solicitar una nueva credencial.

Conforme al artículo 278, párrafo 1 de la LGIPE, durante la jornada electoral, las personas electoras votarán en el orden en que se presenten ante la MDC, debiendo mostrar su CPV o, en su caso, la resolución del TEPJF que les otorga el derecho de votar sin aparecer en la Lista Nominal de Electores o sin contar con la credencial o en ambos casos.

Acorde al artículo 279, párrafo 1 de la LGIPE, una vez comprobado que la persona ciudadana aparece en la Lista Nominal de Electores que corresponde a su casilla y que haya exhibido su CPV, la persona Presidenta de la MDC le entregará la o las boleta(s) de las elecciones que correspondan

para que, libremente y en secreto, marque en la boleta respectiva únicamente el cuadro correspondiente al partido político o candidatura independiente por el que sufragará, o anote el nombre de la candidatura no registrada por el que desea emitir su voto.

Bajo esa tesitura, el párrafo 4, inciso a) del artículo en cita, señala que la persona Secretaria de la MDC, auxiliada en todo tiempo por una de las personas Escrutadoras, deberá anotar, con el sello que le haya sido entregado para tal efecto, la palabra "VOTÓ" en la lista nominal correspondiente, y procederá a marcar la CPV de la o el elector que ha ejercido su derecho de voto.

Por otra parte, el artículo 3, párrafo 2 de la LFCP, advierte que, en el caso del INE, la organización y desarrollo de la CP será responsabilidad de sus direcciones ejecutivas y unidades técnicas en el ámbito central.

El artículo 8 de la LFCP, prevé que la jornada de CP a que convoque el Congreso, en su caso, se realizará el primer domingo de agosto.

En este sentido, el artículo 10 de la LFCP, establece que son requisitos para participar en la CP, ser ciudadana mexicana o ciudadano mexicano conforme al artículo 34 de la CPEUM, estar inscrita o inscrito en el Padrón Electoral, tener CPV vigente y no estar suspendida o suspendido en sus derechos políticos.

Asimismo, es pertinente precisar que el artículo 13 de la LFCP, dispone que la petición de CP podrá presentarse ante las Cámaras del Congreso, según corresponda, en términos de la propia ley, hasta el 30 de noviembre del año inmediato anterior al en que se pretenda realizar la jornada de consulta.

El artículo 35 de la LFCP, señala que el INE es responsable del ejercicio de la función estatal de la organización y desarrollo de las CP y de llevar a cabo la promoción del voto, en términos de la normatividad aplicable.

Igualmente, el artículo 37, fracción III de la LFCP, contempla que a este Consejo General le corresponde aprobar los lineamientos o acuerdos necesarios para llevar a cabo la organización y desarrollo de las CP.

De conformidad con el artículo 47 de la LFCP, la jornada de CP se sujetará al procedimiento previsto en el Título Tercero del Libro Quinto de la LGIPE para la celebración de la jornada electoral, con las particularidades que prevé la propia LFCP en materia de la jornada de CP.

Ahora bien, de conformidad con el artículo 1, párrafo 1 del RE, dicho reglamento tiene como objeto regular las disposiciones aplicables en materia de instituciones y procedimientos electorales, así como la operación de los actos y actividades vinculados al desarrollo de los procesos electorales que corresponde realizar, en el ámbito de sus respectivas competencias, al INE y a los OPL de las entidades federativas.

En este sentido, el artículo 97 del RE, dispone que la DERFE y la DEOE propondrán a la CRFE, para que dicha Comisión eleve a este Consejo General, para su aprobación, el lugar de la CPV que deberá marcar el instrumento a utilizarse en los procesos electorales federales y locales, considerando el tipo de credencial con que cuentan las personas ciudadanas para ejercer el voto y si se trata o no de elecciones concurrentes.

El artículo 149, párrafo 4 del RE, establece que la DEOE será la responsable de establecer las características, condiciones, mecanismos y procedimientos de los diseños, elaboración, impresión, producción, almacenamiento y distribución de la documentación y materiales electorales para las elecciones federales y locales, tomando en cuenta lo establecido en el Anexo 4.1 del propio reglamento.

Ahora bien, el artículo 153, inciso d) del RE, enumera los materiales electorales para los procesos electorales, entre los que se encuentra la marcadora de credenciales.

Por su parte, el Anexo 1 del RE, denominado "Rubros que deberán considerarse como materia de coordinación entre el INE y los OPL", señala, en el punto C, inciso d), lo relativo a la vigencia de las CPV y el lugar para el marcaje del voto.

Las especificaciones técnicas que deberán cumplir los materiales electorales, específicamente la marcadora de credenciales, se encuentran previstas en el Anexo 4.1 del RE, denominado “Documentos y materiales electorales”, dentro del apartado B, Materiales Electorales, numeral 1, referente al contenido y especificaciones técnicas de los materiales electorales.

No es óbice manifestar que, en la jurisprudencia 29/2002, la Sala Superior del TEPJF se pronunció en el siguiente sentido:

DERECHOS FUNDAMENTALES DE CARÁCTER POLÍTICO-ELECTORAL. SU INTERPRETACIÓN Y CORRELATIVA APLICACIÓN NO DEBE SER RESTRICTIVA.-

Interpretar en forma restrictiva los derechos subjetivos públicos fundamentales de asociación en materia política y de afiliación política electoral consagrados constitucionalmente, implicaría desconocer los valores tutelados por las normas constitucionales que los consagran, así cabe hacer una interpretación con un criterio extensivo, toda vez que no se trata de una excepción o de un privilegio, sino de derechos fundamentales consagrados constitucionalmente, los cuales deben ser ampliados, no restringidos ni mucho menos suprimidos. En efecto, los derechos fundamentales de carácter político-electoral consagrados constitucionalmente, como los derechos de votar, ser votado, de asociación y de afiliación, con todas las facultades inherentes a tales derechos, tienen como principal fundamento promover la democracia representativa, habida cuenta que, conforme con lo dispuesto en el artículo 40 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una república representativa y democrática. Lo anterior, en virtud de que las reglas interpretativas que rigen la determinación del sentido y alcances jurídicos de una norma no permiten que se restrinja o haga nugatorio el ejercicio de un derecho fundamental, como lo son los de asociación política y de afiliación político-electoral; por el contrario, toda interpretación y la correlativa aplicación de una norma jurídica deben ampliar sus alcances jurídicos para potenciar su ejercicio, siempre que aquélla esté relacionada con un derecho fundamental. Lo anterior, desde luego, no significa en forma alguna sostener que los derechos fundamentales de carácter político sean derechos absolutos o ilimitados.

Por lo anteriormente señalado, este Consejo General tiene las atribuciones legales y reglamentarias para aprobar el lugar de la CPV que deberá marcar el instrumento a utilizarse el día de la jornada electoral de los PEL 2022-2023, así como los PEE y la CP que en su caso tengan lugar en 2023.

TERCERO. Motivos para aprobar el lugar de la CPV que deberá marcar el instrumento a utilizarse el día de la jornada electoral de los PEL 2022-2023, así como los PEE y la CP que en su caso tengan lugar en 2023.

La CPEUM, la LGIPE y el RE revisten al INE de atribuciones para la organización de los actos preparatorios de los procesos electorales y de participación ciudadana, en aspectos relacionados con el uso de la CPV durante la jornada electoral.

De esta manera, en el marco de los PEL 2022-2023, se celebrarán comicios para elegir los siguientes cargos de elección popular:

ID	ENTIDAD	CARGOS DE ELECCIÓN	FECHA DE ELECCIÓN
05	Coahuila	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Gubernatura • 16 Diputaciones de mayoría relativa • 9 Diputaciones de representación proporcional 	4 de junio de 2023
15	México	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Gubernatura 	

Por otra parte, de conformidad con lo establecido en el artículo 13 de la LFCP, la fecha límite para presentar la petición de CP ante las Cámaras del Congreso, es hasta el 30 de noviembre del año inmediato anterior a aquel en que se pretenda realizar la jornada de consulta. Así, en caso de que se resuelva sobre la procedencia y trascendencia de la petición de CP y se expida la convocatoria correspondiente, la jornada de CP tendría lugar el 6 de agosto de 2023.

En este sentido, de cara a los PEL 2022-2023 en Coahuila y Estado de México, así como los PEE y la CP que, en su caso, tengan que celebrarse en 2023, deviene necesario implementar acciones que aseguren la adecuada planeación y organización de esos comicios locales y mecanismo de participación ciudadana, a fin de facilitar a la ciudadanía el ejercicio de su derecho humano al sufragio y a participar en la toma de decisiones sobre temas de trascendencia nacional.

De ahí la importancia de establecer mecanismos que permitan contar con instrumentos y reglas que definan las actividades a realizar por el INE, en términos de la LGIPE, el RE y demás normatividad aplicable.

Por ministerio de ley, el INE es, a través de la DERFE, la autoridad encargada del Padrón Electoral y la Lista Nominal de Electores, la CPV, la capacitación electoral, la ubicación de las casillas y la designación de personas ciudadanas que fungirán como funcionarias de las MDC, entre otras funciones electorales.

Bajo ese contexto, en términos de lo señalado en los apartados de la LGIPE y el RE, referentes a la votación, la persona Secretaria de la MDC, auxiliada en todo momento por una de las personas Escrutadoras, deberá anotar, con el sello que le haya sido entregado para tal efecto, la palabra "VOTÓ" en el ejemplar respectivo de la Lista Nominal de Electores, y procederá a marcar la CPV de la ciudadana o el ciudadano mediante una marcadora de credenciales, con el objetivo de que las autoridades electorales, las y los contendientes y la propia ciudadanía, tengan la certeza de que ha ejercido su derecho de voto y que éste será contabilizado para los efectos correspondientes.

En cada MDC se contará con una marcadora de credenciales, entre otros materiales y documentos electorales, como bien lo establece el Anexo 4.1, del RE, los cuales serán aportados por el INE.

Bajo esa lógica, resulta necesario que este Consejo General determine el lugar de la CPV en que se deberá marcar la expresión alusiva a que la persona ciudadana emitió su sufragio en la elección local ordinaria y/o, en su caso, extraordinaria o bien, su opinión en la CP, por tratarse de uno de los mecanismos que instrumenta el INE para que la ciudadanía y todos los actores involucrados en el proceso tengan la certeza de que, al ejercer su derecho al voto, lo harán solo una vez y por la elección u opción correspondiente.

En este sentido, cuando la persona ciudadana ejerza su derecho al voto en los PEL 2022-2023 y en los PEE que en su caso se celebren en 2023, la correspondiente persona funcionaria de la MDC deberá efectuar una marca con el número "23" (veintitrés) en el reverso de la CPV, dentro del rectángulo correspondiente a elecciones LOCALES Y EXTRAORDINARIAS.

A su vez, para la CP cuya jornada se celebrará, en caso de que así proceda, el primer domingo de agosto de 2023, este Consejo General, a través del plan y calendario respectivo o bien, los lineamientos que emita para tal efecto, aprobará los procedimientos y demás aspectos para que, durante la recepción de las opiniones, la persona responsable de la MDC proceda a marcar la CPV con las siglas "CP", en el extremo exterior derecho del recuadro correspondiente a elecciones LOCALES Y EXTRAORDINARIAS.

Es importante precisar que, desde 1992, cuando se emitió el primer modelo de la CPV, se han aprobado diferentes diseños en los que se han incorporado nuevos sistemas de producción y seguridad, entre otros aspectos, sin soslayar que las características de las credenciales son similares entre sí y garantizan la integridad de los datos y evitan su falsificación.

A la fecha, los modelos de CPV vigentes y válidas para que la ciudadanía ejerza su derecho al voto en territorio nacional, y que podrán ser objeto de su marcaje en la jornada electoral de los PEL 2022-2023, así como los PEE y la CP que en su caso tengan lugar en 2023, son los siguientes:¹

¹ INE, "Conoce el ABC de la Credencial para Votar", México, 2020, https://www.ine.mx/wp-content/uploads/2019/12/ABC_CRENCIAL2020.pdf.

1. **Modelo C.** Son las CPV vigentes, emitidas a partir de la aprobación del Acuerdo CG317/2008 del Consejo General del entonces Instituto Federal Electoral, derivado de las reformas a la normatividad electoral que determinaron la vigencia de 10 años de las credenciales y desapareció la secuencia numérica para el marcaje de las elecciones.



2. **Modelo D.** Son las CPV vigentes, emitidas a partir de noviembre de 2013, y que atienden el diseño y contenido del Acuerdo CG732/2012 del Consejo General del entonces Instituto Federal Electoral.
3. **Modelo E.** Son las CPV vigentes, emitidas a partir del mes de julio de 2014, y que corresponden a las adecuaciones realizadas en el Acuerdo INE/CG36/2014, relativos al cambio de nomenclatura del INE.²

Los modelos D y E son similares, ya que únicamente cambia la nomenclatura del otrora Instituto Federal Electoral por la del INE.



4. **Modelo G.** Son las CPV vigentes, emitidas a partir de diciembre de 2019, y que corresponden a las adecuaciones aprobadas en el Acuerdo INE/CG1499/2018.³



De igual manera, este Consejo General previó las determinaciones necesarias para que un mayor número de ciudadanas y ciudadanos tenga la posibilidad de realizar los trámites para obtener su CPV, salvaguardando sus derechos político-electorales, y así poder votar el día de la jornada

² El modelo "F", correspondiente a la CPV desde el Extranjero, emitida a partir del 8 de febrero de 2016, en términos del Acuerdo INE/CG875/2015, no aplica para el presente acuerdo.

³ Este Consejo General aprobó, mediante Acuerdo INE/CG539/2019, el uso, funcionalidad y verificación de la información contenida en los códigos bidimensionales QR de alta densidad para el almacenamiento y acceso rápido que forman parte del nuevo modelo de CPV, en cumplimiento del punto Segundo del diverso INE/CG1499/2018. Asimismo, el modelo "H", correspondiente a la CPV desde el Extranjero, emitida a partir de diciembre de 2019, no aplica para el presente acuerdo.

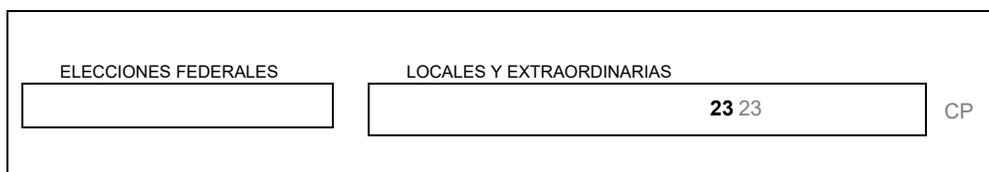
electoral o de participación ciudadana, con el objetivo de asegurar que la ciudadanía cuente con su credencial para ejercer su derecho de voto en los PEL Ordinarios 2022-2023 y, en su caso, en los PEE y la CP que tengan lugar durante 2023.

El marcaje de la CPV con el número "23" será realizado por la persona Secretaria de la MDC, dentro del rectángulo de elecciones LOCALES Y EXTRAORDINARIAS que se encuentra al reverso de la credencial, para el caso de PEL y, para los PEE que en su caso se celebren en 2023; se marcará con el mismo número, procurando que esté adyacente al marcado para la elección local ordinaria.

Por su parte, para la CP que, en su caso, tenga lugar en 2023, el marcado de las siglas "CP" será realizado en el extremo exterior derecho del mismo rectángulo, en la forma como se detalla a continuación:

**MARCAJE DE ELECCIONES LOCALES ORDINARIAS 2023; ASÍ COMO,
ELECCIONES EXTRAORDINARIAS Y CONSULTA POPULAR QUE, EN SU CASO,
SE CELEBREN EN 2023**

Modelos C, D, E y G de la CPV



Asimismo, se considera oportuno que la DERFE informe a las personas integrantes de la Comisión Nacional de Vigilancia, órgano coadyuvante en los trabajos relativos al Padrón Electoral, la Lista Nominal de Electores y la CPV, en donde convergen las representaciones de los partidos políticos con el Registro Federal de Electores, sobre las acciones que realiza el INE relativas al marcaje en los espacios correspondientes del instrumento electoral en el momento en que la ciudadanía realiza la votación en los PEL 2022-2023, así como los PEE y la CP que en su caso tengan lugar en 2023, referidas en el presente acuerdo.

Por otra parte, es importante advertir que se deberá considerar el contexto que actualmente se vive con motivo de la declaratoria de emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia del virus SARS-CoV-2 (Covid-19), además de las medidas y recomendaciones de las autoridades sanitarias y aquellas emitidas por el Grupo Estratégico INE-C19, creado mediante Acuerdo INE/JGE69/2020, a efecto de adoptar las medidas preventivas, de protección e higiene que deberán observarse en las actividades presenciales y/o semipresenciales, que se realicen en el marco de los PEL 2022-2023, así como los PEE y la CP que en su caso tengan lugar en 2023, que guarden relación con el presente acuerdo.

Con base en las consideraciones anteriormente vertidas, resulta oportuno que este Consejo General apruebe el lugar de la CPV que deberá marcar el instrumento a utilizarse el día de la jornada electoral de los PEL Ordinarios 2022-2023, así como los PEE y la CP que en su caso tengan lugar en 2023, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 97 del RE.

En razón de lo expuesto en las consideraciones de hecho y de derecho, este Consejo General en ejercicio de sus facultades emite los siguientes:

ACUERDOS

PRIMERO. Se aprueba que, en las elecciones locales ordinarias del domingo 4 de junio de 2023, así como en las elecciones locales extraordinarias que en su caso se celebren en 2023, el marcaje de la Credencial para Votar se efectúe con el número "23" (veintitrés), utilizando para ello la marcadora de credenciales a que se refiere el Anexo 4.1 del Reglamento de Elecciones del Instituto Nacional Electoral.

El marcaje de credencial será realizado por la persona Secretaria de la Mesa Directiva de Casilla, dentro del rectángulo de elecciones LOCALES Y EXTRAORDINARIAS, que se encuentra al reverso de la Credencial para Votar vigente, en la forma como se detalla a continuación:

MARCAJE ELECCIONES LOCALES 2023
Modelos C, D, E y G de la Credencial para Votar

ELECCIONES FEDERALES	LOCALES Y EXTRAORDINARIAS
	23

El marcaje de la Credencial para Votar correspondiente a la elección local extraordinaria que, en su caso, se celebre en 2023, deberá realizarse con el número **23** (veintitrés), dentro del rectángulo de elecciones LOCALES Y EXTRAORDINARIAS, de la misma forma a la indicada en el diagrama anterior, procurando que esté adyacente al marcado para la elección local ordinaria.

SEGUNDO. Se aprueba que, en caso de que así proceda en términos de la convocatoria correspondiente, en la jornada de Consulta Popular que en su caso se celebre el domingo 6 de agosto de 2023, el marcaje de la Credencial para Votar se efectúe con las siglas "**CP**", utilizando para ello la marcadora de credenciales a que se refiere el Anexo 4.1 del Reglamento de Elecciones del Instituto Nacional Electoral.

El marcaje de la credencial será realizado por la persona responsable de la Mesa Directiva de Casilla de la Consulta Popular, de conformidad con los términos y procedimientos que se contemplen en el acuerdo que a tal efecto emita este Consejo General, de manera que se realice en el extremo exterior derecho del rectángulo de elecciones LOCALES Y EXTRAORDINARIAS, que se encuentra al reverso de la Credencial para Votar vigente, en la forma como se detalla a continuación:

MARCAJE CONSULTA POPULAR 2023 (EN SU CASO)
Modelos C, D, E y G de la Credencial para Votar

ELECCIONES FEDERALES	LOCALES Y EXTRAORDINARIAS
	CP

TERCERO. Se instruye a la Dirección Ejecutiva del Registro Federal de Electores, a informar a la Comisión Nacional de Vigilancia el contenido del presente acuerdo, por cuanto hace a las acciones relativas al marcaje de la Credencial para Votar.

CUARTO. Se instruye a la Unidad Técnica de Vinculación con los Organismos Públicos Locales, a hacer del conocimiento del Instituto Electoral de Coahuila y del Instituto Electoral del Estado de México, lo aprobado por este Consejo General.

QUINTO. Se instruye a la Dirección Ejecutiva del Registro Federal de Electores a informar a las Vocalfas Ejecutivas de las Juntas Locales Ejecutivas del Instituto Nacional Electoral en el Estado de Coahuila y en el Estado de México, lo aprobado en el presente acuerdo, para los efectos conducentes.

SEXTO. El presente acuerdo entrará en vigor a partir de su aprobación por parte de este Consejo General.

SÉPTIMO. Publíquese el presente acuerdo en el portal de Internet y en la Gaceta Electoral del Instituto Nacional Electoral, así como en el Diario Oficial de la Federación.

El presente Acuerdo fue aprobado en sesión extraordinaria del Consejo General celebrada el 20 de julio de 2022, por votación unánime de las y los Consejeros Electorales, Maestra Norma Irene De La Cruz Magaña, Doctor Uuc-kib Espadas Ancona, Doctora Adriana Margarita Favela Herrera, Maestro José Martín Fernando Faz Mora, Carla Astrid Humphrey Jordán, Doctor Ciro Murayama Rendón, Maestra Dania Paola Ravel Cuevas, Maestro Jaime Rivera Velázquez, Doctor José Roberto Ruiz Saldaña, Maestra Beatriz Claudia Zavala Pérez y del Consejero Presidente, Doctor Lorenzo Córdova Vianello.

El Consejero Presidente del Consejo General, Dr. **Lorenzo Córdova Vianello**.- Rúbrica.- El Secretario del Consejo General, Lic. **Edmundo Jacobo Molina**.- Rúbrica.

ACUERDO del Consejo General del Instituto Nacional Electoral por el que se ordena a los partidos políticos nacionales adecuar sus documentos básicos, para establecer los criterios mínimos ordenados por la Sala Superior del TEPJF al emitir sentencias en los juicios de la ciudadanía identificados con los expedientes SUP-JDC-91/2022 y SUP-JDC-434/2022; y garantizar así la paridad sustantiva en la postulación de candidaturas a las gubernaturas a partir de los próximos Procesos Electorales Locales de 2023 en los que participen, ya sea de manera individual, por coalición o candidatura común.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Nacional Electoral.- Consejo General.- INE/CG583/2022.

ACUERDO DEL CONSEJO GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL POR EL QUE SE ORDENA A LOS PARTIDOS POLÍTICOS NACIONALES ADECUAR SUS DOCUMENTOS BÁSICOS, PARA ESTABLECER LOS CRITERIOS MÍNIMOS ORDENADOS POR LA SALA SUPERIOR DEL TEPJF AL EMITIR SENTENCIAS EN LOS JUICIOS DE LA CIUDADANÍA IDENTIFICADOS CON LOS EXPEDIENTES SUP-JDC-91/2022 Y SUP-JDC-434/2022; Y GARANTIZAR ASÍ, LA PARIDAD SUSTANTIVA EN LA POSTULACIÓN DE CANDIDATURAS A LAS GUBERNATURAS A PARTIR DE LOS PRÓXIMOS PROCESOS ELECTORALES LOCALES DE 2023 EN LOS QUE PARTICIPEN, YA SEA DE MANERA INDIVIDUAL, POR COALICIÓN O CANDIDATURA COMÚN

GLOSARIO

CG/Consejo General	Consejo General del Instituto Nacional Electoral
CPEUM/Constitución	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
CPPP	Comisión de Prerrogativas y Partidos Políticos
Decreto en materia de violencia política contra las mujeres en razón de género	Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, de la Ley General de Instituciones y Procedimientos Electorales, de la Ley General del Sistema de Medios de Impugnación en Materia Electoral, de la Ley General de Partidos Políticos, de la Ley General en Materia de Delitos Electorales, de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación y de la Ley General de Responsabilidades Administrativas
DEPPP	Dirección Ejecutiva de Prerrogativas y Partidos Políticos
Documentos Básicos	Declaración de Principios, Programa de Acción y Estatutos de los partidos políticos
DOF	Diario Oficial de la Federación
INE/Instituto	Instituto Nacional Electoral
JDC	Juicio para la Protección de los Derechos Político-Electorales de la Ciudadanía
LGAMVLV	Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
LGIFE	Ley General de Instituciones y Procedimientos Electorales
LGPP	Ley General de Partidos Políticos
LGSMIME	Ley General del Sistema de Medios de Impugnación en Materia Electoral
Lineamientos	Lineamientos para que los partidos políticos nacionales y, en su caso, los partidos políticos locales, prevengan, atiendan, sancionen, reparen y erradiquen la violencia política contra las mujeres en razón de género, a través del Acuerdo identificado con la clave INE/CG517/2020, publicados en el DOF el diez de noviembre de dos mil veinte
OPL	Organismos Públicos Locales
PEF	Proceso Electoral Federal
PEL	Procesos Electorales Locales

PPN	Partido(s) Político(s) Nacional(es)
Reglamento de Registro	Reglamento sobre modificaciones a Documentos Básicos, Registro de integrantes de órganos directivos y cambio de domicilio de Agrupaciones y Partidos Políticos Nacionales; así como respecto al registro de Reglamentos internos de éstos últimos y la acreditación de sus representantes ante los Consejos del Instituto Nacional Electoral, aprobado mediante Acuerdo INE/CG272/2014, el diecinueve de noviembre de dos mil catorce
SCJN	Suprema Corte de Justicia de la Nación
TEPJF	Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación
UTIGND	Unidad Técnica de Igualdad de Género y No Discriminación
UTVOPL	Unidad Técnica de Vinculación con los Organismos Públicos Locales
VPMRG	Violencia política contra las mujeres en razón de género

ANTECEDENTES

- I. **Reforma constitucional de 2014.** El diez de febrero de dos mil catorce, se publicó en el DOF la reforma a la CPEUM que estableció la obligación de los partidos políticos de postulación paritaria en cargos de elección popular.
- II. **Campaña internacional *HeForShe*.** El veinte de octubre de dos mil diecisiete, los entonces nueve PPN (Partido Acción Nacional, Partido Revolucionario Institucional, Partido de la Revolución Democrática, Partido del Trabajo, Partido Verde Ecologista de México, Movimiento Ciudadano, Nueva Alianza, Morena y el Partido Encuentro Social) firmaron cinco compromisos en adhesión a la campaña *HeForShe*, promovida por ONU Mujeres.
- III. **Reforma en materia de paridad transversal o “Paridad en Todo”.** El seis de junio de dos mil diecinueve, fue publicado en el DOF el Decreto por el que se reforman los artículos 2º, 4º, 35, 41, 52, 53, 56, 94 y 115 de la CPEUM, en materia de paridad entre Géneros, conocida como paridad en todo o paridad transversal.
- IV. **Reforma en materia de VPMRG.** El trece de abril de dos mil veinte, fue publicado en la edición vespertina del DOF el Decreto en materia de VPMRG, mismo que entró en vigor al día siguiente de su publicación.

Dentro de las reformas realizadas se destacan para el presente Acuerdo, la realizada en los artículos 23, numeral 1, inciso e); 25, numeral 1, incisos s), t), v) y w); 37, numeral 1, incisos f) y g); 38, numeral 1, incisos d) y e); 39, numeral 1, incisos f) y g); y 73, numeral 1, incisos d) y e) de la LGPP.
- V. **Solicitud para la emisión de criterios para garantizar el principio de paridad en gubernaturas locales.** El once de agosto de dos mil veinte, la ciudadana y aspirante a la candidatura a gobernadora del estado de Michoacán por el partido político MORENA, Selene Lucía Vázquez Alatorre, así como las organizaciones Equilibra, Centro para Justicia Constitucional, y Litiga, Organización de Litigio Estratégico de Derechos Humanos solicitaron al Consejo General, la emisión de criterios para garantizar el principio de paridad entre los géneros, en la postulación de candidaturas a las 15 gubernaturas a elegir en los PEL 2020-2021.
- VI. **Respuesta de la DEPPP.** El siete de septiembre de dos mil veinte, el entonces titular de la DEPPP emitió el oficio INE/DEPPP/DE/DPPF/6959/2020 mediante el cual dio respuesta a la solicitud citada en el antecedente que precede.
- VII. **Juicio de la ciudadanía SUP-JDC-2729-2020.** El catorce de septiembre de dos mil veinte, la mencionada organización “Equilibra” promovió medio de impugnación para combatir la respuesta de la DEPPP. La Sala Superior del TEPJF resolvió el juicio de la ciudadanía SUP-JDC-2729/2020 el uno de septiembre de dos mil veinte, en el sentido de revocar el oficio impugnado, por considerar que la petición realizada por la actora fue expresamente dirigida a quienes integran el Consejo General, y le ordenó a éste dar respuesta a la consulta formulada.

VIII. Escrito de solicitud de incorporación del criterio “3 de 3 Contra la Violencia”. El diecinueve de octubre dos mil veinte, la Cámara de Diputadas y Diputados y las Constituyentes CDMX dirigieron a la Comisión de Igualdad de Género y No Discriminación del INE un escrito signado por diversas legisladoras del ámbito federal, local, regidoras, organizaciones feministas, activistas de derechos humanos y ciudadanas de las entidades federativas del país para solicitar la inclusión de un mecanismo que velara por la implementación de la propuesta 3 de 3 contra la violencia, consistente en que las personas aspirantes a una candidatura no se encuentren en ninguno de los supuestos: no haber sido condenada o sancionada mediante resolución firme por violencia familiar y/o doméstica cualquier agresión de género en el ámbito privado o público, violencia sexual o por el incumplimiento de las obligaciones alimentarias.

IX. Lineamientos en materia VPMRG. El veintiocho de octubre de dos mil veinte, el Consejo General aprobó los *“Lineamientos para que los Partidos Políticos Nacionales y, en su caso, los Partidos Políticos Locales, prevengan, atiendan, sancionen, reparen y erradiquen la violencia política contra las mujeres en razón de género”*, a través del Acuerdo identificado con la clave INE/CG517/2020, publicados en el DOF el diez de noviembre de dos mil veinte.

En dichos Lineamientos se ordenó a los PPN adecuar sus documentos básicos, a fin de dar cumplimiento a lo establecido en éstos, una vez terminado el Proceso Electoral 2020-2021.

X. Acuerdo INE/CG569/2020 sobre paridad en Gubernaturas en los PEL 2020-2021. En cumplimiento a la sentencia emitida en el expediente SUP-JDC-2729/2020, el seis de noviembre de dos mil veinte, el Consejo General, mediante el Acuerdo INE/CG569/2020, (...) dio respuesta a la consulta formulada por Selene Lucía Vázquez Alatorre, ciudadana y aspirante a la candidatura a la gubernatura del estado de Michoacán por MORENA, así como a las organizaciones “Equilibra, centro para la justicia constitucional” y “Litiga, organización de litigio estratégico de derechos humanos”, relacionada con la emisión de criterios generales que garanticen el principio de paridad de género en la postulación de candidaturas a las gubernaturas en los procesos electorales locales 2020-2021, en acatamiento a la sentencia dictada por la Sala Superior del TEPJF en el expediente SUP-JDC-2729/2020”.

Y toda vez que en 2021 solamente se renovarían las titularidades de los Poderes Ejecutivos en 15 entidades federativas, se determinó que cada PPN registraría, tanto en lo individual como en coalición o en candidatura común, mujeres como candidatas en por lo menos 7 entidades.

Lo anterior, dado que antes del proceso electoral 2020-2021, de las 32 gubernaturas de las entidades federativas, únicamente 2 se encontraban ocupadas por mujeres.

Dicho Acuerdo fue publicado en el DOF el diecisiete de noviembre de dos mil veinte.

XI. Recurso de apelación. El Partido Acción Nacional, el Partido de Baja California y el Senado de la República impugnaron el Acuerdo INE/CG569/2020 ante la Sala Superior del TEPJF. Los recurrentes adujeron, esencialmente, que el Instituto carecía de competencia para emitir criterios en materia de paridad para obligar a los PPN a postular al menos 7 mujeres de las 15 gubernaturas a renovarse en el proceso electoral 2020-2021; pues se invadía la facultad del Poder Legislativo federal y local, vulnerando el principio de reserva de ley.

XII. SUP-RAP-116/2020 y acumulados. En sesión de catorce de diciembre de dos mil veinte, la Sala Superior del TEPJF resolvió revocar el Acuerdo INE/CG569/2020 del Consejo General, relacionado con la emisión de criterios generales que garantizaban el principio de paridad de género en la postulación de candidaturas a las gubernaturas en los PEL 2020-2021.

Asimismo, vinculó al Congreso de la Unión y a los congresos de las entidades federativas, para que emitieran la regulación necesaria para la postulación paritaria de candidaturas de los PPN a las gubernaturas de las entidades federativas, previo al inicio de los próximos procesos electorales en los que haya de renovarse a la persona titular del ejecutivo de la entidad que corresponda.

Aunado a ello, para hacer efectivo el principio de paridad, vinculó a los PPN a postular a siete mujeres como candidatas para renovar los ejecutivos locales.

XIII. Acuerdo INE/CG1446/2021 sobre paridad en Gubernaturas en los PEL 2021-2022. El veintisiete de agosto de dos mil veintiuno, el Consejo General aprobó el *“Acuerdo (...), por el cual se emiten criterios generales para garantizar el principio de paridad de género en la postulación de candidaturas a las gubernaturas en los procesos electorales locales 2021-2022”*, identificado con la clave INE/CG1446/2021, publicado en el DOF el diez de septiembre de dos mil veintiuno, el cual no fue impugnado.

Dicho Acuerdo estableció que los PPN debían postular al menos tres mujeres para las candidaturas a las gubernaturas, de un total de seis que se elegirían a nivel nacional.

- XIV. Sentencia dictada en el expediente SUP-JDC-91/2022.** En sesión de treinta de marzo de dos mil veintidós, el Pleno de la Sala Superior del TEPJF al resolver el expediente SUP-JDC-91/2022, conformado con motivo de la controversia planteada por Susana Harp Iturrubarría, relacionada con el proceso interno de selección de candidaturas de MORENA para la elección de gubernatura de Oaxaca, advirtió que si bien MORENA cumplió formalmente con el principio de paridad en la postulación de sus candidaturas a las gubernaturas tal como lo exigía el Acuerdo INE/CG1446/2021 -obligación de los PPN de postular mujeres en al menos 3 de las 6 elecciones de titulares del ejecutivo estatal-, lo cierto es que tanto el Acuerdo referido como la normativa interna de ese partido político **carecieron de mecanismos para garantizar la paridad sustantiva a través de los criterios de competitividad.**

Por lo que determinó **ordenar** a todos los PPN y al INE que atiendan los efectos vinculantes señalados en dicha sentencia, esto es, que los primeros a partir del próximo proceso electoral para gubernaturas definan reglas claras en las que precisen cómo aplicarán la competitividad en la postulación de mujeres a las candidaturas a gubernaturas, y al segundo supervisar que se emitan tales reglas y verificar que, en los registros de sus candidaturas se cumplan.

- XV. Sentencia dictada en el expediente SUP-JDC-434/2022.** En sesión de veinte de abril de dos mil veintidós, el Pleno de la Sala Superior del TEPJF resolvió el expediente SUP-JDC-434/2022, conformado con motivo de la controversia planteada por Maki Esther Ortiz Domínguez, relacionada con el proceso interno de selección de candidaturas de MORENA para la elección de gubernatura de Tamaulipas.

En dicho precedente, el Pleno de la Sala Superior **ordenó** a Morena y demás PPN, así como al INE, atender a los efectos señalados, por lo que vinculó -por segunda ocasión- a los PPN para que, a partir del próximo proceso electoral de gubernaturas, definan reglas claras en las que precisen cómo aplicarán la competitividad en la postulación de mujeres a sus candidaturas. Asimismo, el TEPJF vinculó nuevamente al INE para que supervise que se emitan tales reglas de paridad sustantiva y verifique que, en los registros de sus candidaturas se cumplan tales criterios.

- XVI. Inicio de los PEL 2023.** Los próximos PEL en los estados de Coahuila¹ y Estado de México² para renovar las gubernaturas iniciarán en enero de 2023.

- XVII. Reformas Constitucional y Legal en Materia de Paridad de Género en el Estado de México.** El trece de mayo de dos mil veintidós, la LXI Legislatura del Estado de México, reformó los artículos 12 y 66 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, así como el artículo 248 del Código Electoral del Estado de México, relativo a la alternancia de género en la postulación de candidaturas para el cargo de gubernatura, el cual será distinto al registrado en la elección anterior; no obstante, dicha disposición surtirá efecto a partir de dos mil veintinueve, puesto que para la elección de gubernatura de dos mil veintitrés los partidos podrán postular libremente. Dichas reformas fueron publicadas el once de julio del año en curso mediante decretos 75 y 76, respectivamente, en la Gaceta de Gobierno del Estado Libre y Soberano de México.

- XVIII. Aprobación del anteproyecto por las Comisiones Unidas de PYPP y IGND.** El doce de julio de dos mil veintidós las Comisiones Unidas de Prerrogativas y Partidos Políticos y de Igualdad de Género y no Discriminación aprobaron el anteproyecto de Acuerdo del Consejo General por el que se ordena a los PPN adecuar sus documentos básicos, para establecer los criterios mínimos ordenados por la Sala Superior del TEPJF al emitir sentencias en los juicios de la ciudadanía identificados con los expedientes SUP-JDC-91/2022 y SUP-JDC-434/2022; y garantizar así, la paridad sustantiva a partir del próximo proceso electoral 2023 para postular candidaturas a las gubernaturas en que participen ya sea de manera individual, coalición o candidatura común.

Al tenor de los antecedentes que preceden y de las siguientes

CONSIDERACIONES

- I. Marco convencional, constitucional, legal y normativo interno**

Instrumentos convencionales

1. La Declaración Universal de Derechos Humanos, en sus artículos 2, 7, 19, 20 y 21, prevé que los Estados tienen la responsabilidad primordial y el deber de proteger, promover y hacer efectivos todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, adoptando las medidas necesarias

¹ De acuerdo con el artículo 167, numeral 1, del Código Electoral para el Estado de Coahuila de Zaragoza vigente.

² De acuerdo con el artículo 182, párrafo segundo del Código Electoral del Estado de México vigente.

para crear las condiciones sociales, económicas, políticas, así como las garantías jurídicas y de cualquier otra índole, para que toda persona pueda disfrutar en la práctica de todos esos derechos y libertades, entre ellos, a reunirse o manifestarse pacíficamente, formar organizaciones, asociaciones o grupos no gubernamentales, afiliarse o participar en ellos y participar en el gobierno y la gestión de los asuntos públicos.

El artículo 2, numerales 1 y 2, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, establece que los Estados parte se comprometen a respetar y a garantizar a todas y todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en dicho Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social; así, también a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones del Pacto referido, las medidas oportunas para dictar las disposiciones legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos y que no estuviesen ya garantizados por disposiciones legislativas o de otro carácter.

El propio Pacto invocado, en su artículo 25, incisos a) y b), establece la obligación de los Estados parte para proteger que todas las personas ciudadanas gocen, sin ninguna distinción —de las antes referidas— y sin restricciones indebidas, del derecho y oportunidad a participar en la dirección de los asuntos públicos, directamente o por medio de personas representantes libremente elegidas y, consecuentemente, del derecho a votar y ser elegidas en elecciones periódicas, auténticas, realizadas por sufragio universal, y por voto secreto que garantice la libre expresión de la voluntad de las personas electoras.

En condiciones similares, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 1 dispone que los Estados Parte de la Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. Entre los derechos humanos que salvaguarda se encuentran los de asociarse libremente con fines ideológicos, religiosos, políticos, económicos, laborales, sociales, culturales, deportivos o de cualquier otra índole, así como los político-electorales de participar en la dirección de los asuntos públicos, directamente o por medio de personas representantes libremente elegidas, de votar y ser elegidas en elecciones periódicas auténticas, realizadas por sufragio universal e igual, por voto secreto y acceder, en condiciones generales de igualdad, a las funciones públicas, conforme con los correlativos 16, apartado 1; y 23, apartado 1, incisos a), b) y c); del precitado instrumento convencional.

El artículo 5 de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém Do Pará) prevé que toda mujer podrá ejercer libre y plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y contará con la total protección de esos derechos consagrados en los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Los Estados Parte reconocen que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de esos derechos.

El artículo 7 de la citada Convención señala que los Estados Parte condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia.

En la misma tesitura, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) establece en su artículo 1° que la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, entre otras.

Por su parte, el artículo 2°, establece la obligación de adoptar medidas adecuadas, legislativas o de otro carácter con las sanciones correspondientes referentes a cualquier tipo de violencia que se cometa en contra de las mujeres. Asimismo, dispone que se deben tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualquier persona u organización, así como la obligación de abstenerse o incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer; además de velar por qué las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con estas obligaciones.

Así también, en su artículo 3° establece que los Estados Parte tomarán en todas las esferas, y en particular en las esferas política, social, económica y cultural, todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre.

El mismo instrumento internacional registra en el artículo 7, inciso a) que los Estados Parte tomarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la vida política y pública del país y, en particular, garantizarán a las mujeres, en igualdad de condiciones con los hombres, el derecho a votar en todas las elecciones y referéndums públicos y ser elegibles para todos los organismos cuyos miembros sean objeto de elecciones públicas.

Dichas obligaciones y deberes convencionales del Estado mexicano se regulan en cuanto a su protección y formas de ejercicio de los derechos político-electorales en la legislación electoral nacional.

Constitución

2. El artículo 41, párrafo tercero, Base I, de la Constitución, preceptúa que los PPN son entidades de interés público, que tienen como fin promover la participación del pueblo en la vida democrática, contribuir a la integración de los órganos de representación política y, como organizaciones de la ciudadanía, hacer posible el acceso de ésta al ejercicio del poder público, de acuerdo con los programas, principios e ideas que postulan, mediante el sufragio universal, libre, secreto y directo, así como las reglas para garantizar la paridad entre los géneros, en candidaturas a los distintos cargos de elección popular.

El artículo 41, párrafo tercero, Base V, Apartado A, de la Constitución, en relación con los artículos 29, numeral 1, 30, numeral 2, y 31, numeral 1, de la LGIPE, disponen que el INE es un organismo público autónomo que tiene como función estatal la organización de las elecciones, autoridad en la materia y cuyas actividades se rigen por los principios de certeza, legalidad, independencia, imparcialidad, máxima publicidad, objetividad, paridad de género, y se realizarán con perspectiva de género.

El artículo 41, párrafo tercero, Base I, penúltimo párrafo, de la Constitución, establece que las autoridades electorales solamente podrán intervenir en los asuntos internos de los partidos políticos en los términos que señala la propia Constitución y la ley de la materia.

Los artículos 1°, último párrafo, y 4°, primer párrafo, de la Constitución, establecen que queda prohibida toda discriminación que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas; y que la mujer y el hombre son iguales ante la ley.

Asimismo, el artículo 115 de la CPEUM establece que cada municipio será gobernado por un Ayuntamiento de elección popular directa, integrado por un Presidente o Presidenta Municipal y el número de regidurías y sindicaturas que la ley determine, de conformidad con el principio de paridad.

LGIPE

3. El artículo 30, numeral 1, inciso h) del citado ordenamiento estableció como uno de los fines del Instituto, **garantizar la paridad de género y el respeto de los derechos humanos de las mujeres en el ámbito político y electoral.**

El artículo 32, numeral 1, inciso b), fracción IX, de la LGIPE incorporó como atribución de esta autoridad electoral **garantizar el cumplimiento del principio de paridad de género, así como el respeto a los derechos políticos y electorales de las mujeres.**

El artículo 35 de la citada ley, estableció que el **Consejo General es responsable de velar por que, entre otros, el principio de paridad de género guíe todas las actividades del Instituto.**

El artículo 44, numeral 1, inciso j), de la LGIPE, determina que es atribución de este Consejo General, entre otras, vigilar que los partidos políticos cumplan con las obligaciones a que están sujetos y que sus actividades se desarrollen con apego a la citada ley, a la LGPP, así como a los lineamientos que emita, en su momento, este Consejo General, para que los PPN prevengan, atiendan y erradiquen la VPMRG.

El artículo 442 de la LGIPE determina que los PPN, las agrupaciones políticas nacionales, las y los aspirantes, precandidatos, candidatos y candidatas independientes a cargos de elección popular y la ciudadanía en general, entre otros, son sujetos de responsabilidad por infracciones cometidas a las disposiciones electorales. Los casos de VPMRG atentan contra lo establecido por la Constitución, los tratados internacionales y la Ley General mencionada.

LGPP

4. Conforme a lo dispuesto en el artículo 23, numeral 1, inciso c), de la LGPP, los PPN gozan de facultades para regular su vida interna y determinar su organización interior y los procedimientos correspondientes.

En el artículo 34, numeral 1, de la LGPP, se dispone que los asuntos internos de los PPN comprenden el conjunto de actos y procedimientos relativos a su organización y funcionamiento, con base en las disposiciones previstas en la Constitución, en esa Ley y en la normativa interna que aprueben sus órganos de dirección.

Los artículos 3, numeral 4, 23, numeral 1, inciso e); 25, numeral 1, incisos s) a x); 37, numeral 1, incisos e) a g); 38, numeral 1, inciso e); 39, numeral 1, incisos f) y g); y 73, numeral 1 de la LGPP establecen que los PPN deberán:

- a) Prever en la **Declaración de Principios** la obligación de promover, proteger y respetar los derechos políticos y electorales de las mujeres, establecidos en la Constitución Federal y en los tratados internacionales firmados y ratificados por México, y determinar los mecanismos de sanción aplicables a quien o quienes ejerzan VPMRG, acorde a lo estipulado en la LGIPE y la LGAMVLV y demás leyes aplicables;
- b) Determinar en su **Programa de Acción** medidas para promover la participación política de las militantes y establecer mecanismos de promoción y acceso de las mujeres a la actividad política del partido, así como la formación de liderazgos políticos;
- c) Establecer en sus **Estatutos** los mecanismos y procedimientos que permitirán garantizar la integración de liderazgos políticos de mujeres al interior del partido, así como aquellos que garanticen la prevención, atención y sanción de la VPMRG; y
- d) Establecer criterios para garantizar la **paridad** entre los géneros en candidaturas;
- e) Garantizar en igualdad de condiciones la participación de mujeres y hombres en sus órganos internos de dirección y espacios de toma de decisiones;
- f) Garantizar la **no discriminación** por razón de género en la programación y distribución de tiempos del Estado;
- g) Garantizar a las mujeres el ejercicio de sus derechos políticos y electorales libres de violencia política, en los términos de la LGAMVLV;
- h) **Sancionar** por medio de los mecanismos y procedimientos internos con los que se cuente todo acto relacionado con la VPMRG;
- i) Cumplir con las obligaciones que la legislación en materia de transparencia y acceso a su información les impone;
- j) Elaborar y entregar los informes de origen y uso de recursos a que se refiere esa misma ley, dentro de los cuales deberán informar trimestralmente de manera pormenorizada y justificada sobre la aplicación de los recursos destinados para la capacitación, promoción y el desarrollo del liderazgo político de las mujeres; y
- k) Aplicar los recursos destinados para la capacitación, promoción y el desarrollo del liderazgo político de las mujeres al rubro de la creación así como para el fortalecimiento de mecanismos para prevenir, atender, sancionar y erradicar la VPMRG.

LGAMVLV

5. El artículo 20 Bis de la LGAMVLV define a la VPMRG como toda acción u omisión, incluida la tolerancia, basada en elementos de género y ejercida dentro de la esfera pública o privada, que tenga por objeto o resultado limitar, anular o menoscabar el ejercicio efectivo de los derechos políticos y electorales de una o varias mujeres, el acceso al pleno ejercicio de las atribuciones inherentes a su cargo, labor o actividad, el libre desarrollo de la función pública, la toma de decisiones, la libertad de organización, así como el acceso y ejercicio a las prerrogativas, tratándose de precandidaturas, candidaturas, funciones o cargos públicos del mismo tipo.

Asimismo, señala que las acciones u omisiones se basan en elementos de género, cuando se dirijan a una persona por su condición de mujer, le afecten desproporcionadamente o tengan un impacto diferenciado en ella; que puede manifestarse en cualquiera de los tipos de violencia reconocidos en la referida ley y puede ser perpetrada indistintamente por agentes estatales, por superiores jerárquicos, colegas de trabajo, personas dirigentes de PPN, militantes, simpatizantes, precandidatas, precandidatos, candidatas o candidatos postulados por los PPN o representantes de los mismos; medios de comunicación y sus integrantes, por un particular o por un grupo de personas particulares.

El artículo 48 Bis de la LGAMVLV señala que corresponde al INE, en el ámbito de su competencia, promover la cultura de la no violencia en el marco del ejercicio de los derechos políticos y electorales de las mujeres y sancionar, de acuerdo con la normatividad aplicable, las conductas que constituyan VPMRG.

Reglamento de Registro

6. Los artículos 5 al 18 del Reglamento de Registro prevén el procedimiento que debe seguir este Consejo General, a través de la DEPPP, para determinar en su caso si la modificación a los documentos básicos se apega a los principios democráticos establecidos en la CPEUM y la LGPP.

Lineamientos

7. Los artículos Transitorios Segundo, Tercero y Cuarto, de los Lineamientos, aprobados por el Consejo General el veintiocho de octubre de dos mil veinte, mediante Acuerdo INE/CG517/2020, establecen la obligación de los PPN de adecuar sus documentos básicos a los parámetros legales en ellos establecidos:

“Segundo. Los partidos políticos deberán adecuar sus documentos básicos, a fin de dar cumplimiento a lo establecido en los presentes Lineamientos, una vez que termine el Proceso Electoral; en tanto esto ocurra, se ajustarán a lo previsto en los presentes Lineamientos en la tramitación de las quejas y denuncias que se presenten en esta temporalidad. Las adecuaciones estatutarias de los partidos políticos para atender lo dispuesto en estos Lineamientos deberán llevarse a cabo una vez que termine el Proceso Electoral 2020-2021.

Tercero. La Comisión de Igualdad de Género y No Discriminación y la Unidad Técnica de Fiscalización darán seguimiento a los programas de trabajo de los partidos políticos conforme a lo establecido en los presentes Lineamientos a partir del año 2021.

Cuarto. Los presentes Lineamientos serán aplicables para los Partidos Políticos Nacionales y, en su caso, para los partidos políticos locales. Si los Organismos Públicos Locales Electorales emiten Lineamientos en esta materia los mismos serán aplicables siempre y cuando no se contrapongan con los presentes.”

Ahora bien, de acuerdo con lo señalado en el artículo 12 de los Lineamientos, corresponde a la DEPPP, analizar que las modificaciones realizadas por los PPN a sus documentos básicos se apeguen a los principios democráticos de dicha materia y elaborará el proyecto de Resolución que será sometida para su aprobación al Consejo General.

II. Competencia del Consejo General

8. La competencia de este Consejo General para pronunciarse sobre la constitucionalidad y legalidad de las modificaciones a los documentos básicos de los PPN, a través de la resolución que emita al respecto, dentro de los plazos establecidos en la normatividad aplicable, tiene su fundamento en lo dispuesto por los artículos 25, numeral 1, inciso I), 34 y 36, de la LGPP.

Así, en el artículo 36, numeral 1, de la LGPP, se establece que, para la declaratoria de procedencia constitucional y legal de los documentos básicos de los PPN, este Consejo General atenderá el derecho de éstos para dictar las normas y procedimientos de organización que les permitan funcionar de acuerdo con sus fines.

En cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 3, numerales 1 y 3, y 10, numeral 2, inciso a), relacionados con el 35, de la LGPP, los PPN deben disponer de documentos básicos, los cuales deberán cumplir con los extremos que al efecto precisan los artículos 37, 38 y 39 de la Ley en cita.

Ahora bien, de conformidad con las sentencias SUP-JDC-91/2022 y SUP-JDC-434/2022, se vinculó al INE con el deber de verificar que los PPN emitan las normas ordenadas para cumplir con el principio de **paridad sustantiva** por vía del criterio de **competitividad**, especialmente para las candidaturas a las Gubernaturas y, en el momento que corresponda, asegurar que se cumplan.

Aunado a ello, determinó que debe reformarse la normativa de los PPN para el efecto de que se emitan las disposiciones conducentes para ser aplicadas en los procesos electorales futuros.

De la función electoral

9. La SCJN emitió la Tesis de Jurisprudencia identificada con la clave de control P./J. 144/2005, en la cual establece la definición y alcance general de cada uno de los principios que rigen el ejercicio de la función estatal electoral a cargo de las autoridades electorales del país, en los términos siguientes:

"FUNCION ELECTORAL A CARGO DE LAS AUTORIDADES ELECTORALES. PRINCIPIOS RECTORES DE SU EJERCICIO. La fracción IV del artículo 116 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que en el ejercicio de la función electoral a cargo de las autoridades electorales, serán principios rectores los de legalidad, imparcialidad, objetividad, certeza e independencia. Asimismo señala que las autoridades electorales deberán de gozar de autonomía en su funcionamiento e independencia en sus decisiones. **La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha estimado que en materia electoral el principio de legalidad significa la garantía formal para que los ciudadanos y las autoridades electorales actúen en estricto apego a las disposiciones consignadas en la ley, de tal manera que no se emitan o desplieguen conductas caprichosas o arbitrarias al margen del texto normativo; el de imparcialidad consiste en que en el ejercicio de sus funciones las autoridades electorales eviten irregularidades, desviaciones o la proclividad partidista; el de objetividad obliga a que las normas y mecanismos del Proceso Electoral estén diseñadas para evitar situaciones conflictivas sobre los actos previos a la Jornada Electoral, durante su desarrollo y en las etapas posteriores a la misma, y el de certeza consiste en dotar de facultades expresas a las autoridades locales de modo que todos los participantes en el Proceso Electoral conozcan previamente con claridad y seguridad las reglas a que su propia actuación y la de las autoridades electorales están sujetas. Por su parte, los conceptos de autonomía en el funcionamiento e independencia en las decisiones de las autoridades electorales implican una garantía constitucional a favor de los ciudadanos y de los propios partidos políticos, y se refiere a aquella situación institucional que permite a las autoridades electorales emitir sus decisiones con plena imparcialidad y en estricto apego a la normatividad aplicable al caso, sin tener que acatar o someterse a indicaciones, instrucciones, sugerencias o insinuaciones provenientes de superiores jerárquicos, de otros Poderes del Estado o de personas con las que guardan alguna relación de afinidad política, social o cultural.**

Acción de inconstitucionalidad 19/2005. Partido del Trabajo. 22 de agosto de 2005. Unanimidad de diez votos. Ausente: Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Ponente: José Ramón Cossío Díaz. Secretaria: Laura Patricia Rojas Zamudio.

El Tribunal Pleno, el dieciocho de octubre en curso, aprobó, con el número 144/2005, la tesis jurisprudencial que antecede. México, Distrito Federal, a dieciocho de octubre de dos mil cinco."

Énfasis añadido.

Entre los principios rectores de las elecciones, se encuentran los de certeza, legalidad y objetividad, a través de los cuales los procesos comiciales deben encontrarse regidos por leyes generales, abstractas, impersonales, expedidas con anterioridad al inicio del correspondiente proceso, y cuyas hipótesis normativas y consecuencias jurídicas deben ser claras y precisas, pues sólo de esta manera, tanto los contendientes como la ciudadanía pueden tener un conocimiento previo y completo de las reglas que informarán a la elección en cuestión.

Sostiene que el principio de certeza consiste en dotar de facultades expresas a las autoridades de modo que **todos los participantes en el proceso electoral conozcan previamente** con claridad y seguridad las reglas a que su propia actuación y la de las autoridades electorales están sujetas.

De los PPN

10. Conforme a lo establecido por el artículo 41, párrafo tercero, Base I de la Constitución; y el artículo 23, párrafo 1, incisos b) y f), de la LGPP es derecho de los PPN y de las coaliciones formadas por ellos, registrar candidaturas a cargos de elección popular, sin perjuicio de las candidaturas independientes que sean registradas ante este Instituto o los OPL.
11. De acuerdo con lo dispuesto por los artículos 9 y 41, párrafo tercero, Base I de la Constitución, el sistema de PPN en México, actualmente se compone por siete organizaciones que cuentan con registro vigente ante este Instituto, a saber:

#	PPN
1	Partido Acción Nacional (PAN)
2	Partido Revolucionario Institucional (PRI)
3	Partido de la Revolución Democrática (PRD)
4	Partido del Trabajo (PT)
5	Partido Verde Ecologista de México (PVEM)
6	Movimiento Ciudadano
7	Morena

Del principio de igualdad y no discriminación

12. El artículo 1º de la CPEUM establece que en los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la misma y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que la propia CPEUM establece.

Asimismo, establece que las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la CPEUM y con los tratados internacionales de la materia, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, y que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Finalmente, este artículo señala que queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Del principio de paridad de género

13. El artículo 1º de la Constitución establece la obligación para todas las autoridades de garantizar el goce y ejercicio más amplio de los derechos reconocidos tanto en la norma constitucional como en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano es parte.

Dicha obligación en este caso tiene fundamento en el artículo 35, fracción II de la CPEUM que establece:

"Artículo 35. Son derechos de la ciudadanía:

I. (...);

II. Poder ser votada en condiciones de paridad para todos los cargos de elección popular, teniendo las calidades que establezca la ley. El derecho de solicitar el registro de candidatos y candidatas ante la autoridad electoral corresponde a los partidos políticos, así como a los ciudadanos y las ciudadanas que soliciten su registro de manera independiente y cumplan con los requisitos, condiciones y términos que determine la legislación;"

Por su parte, el artículo 41, párrafo tercero, Base I, señala:

"I. Los partidos políticos son entidades de interés público; la ley determinará las normas y requisitos para su registro legal, las formas específicas de su intervención en el proceso electoral y los derechos, obligaciones y prerrogativas que les corresponden. En la postulación de sus candidaturas, se observará el principio de paridad de género.

Los partidos políticos tienen como fin promover la participación del pueblo en la vida democrática, fomentar el principio de paridad de género, contribuir a la integración de los órganos de representación política, y como organizaciones ciudadanas, hacer posible su acceso al ejercicio del poder público, de acuerdo con los programas, principios e ideas que postulan y mediante el sufragio universal, libre, secreto y directo, así como con las reglas que marque la ley electoral para garantizar la paridad de género, en las candidaturas a los distintos cargos de elección popular."

En términos del artículo en cita se estableció el principio de paridad entre mujeres y hombres en todos los poderes públicos y niveles de gobierno, a lo que se le llamó "paridad en todo"; lo cual también mandata a los PPN para que, en la postulación de candidaturas a los cargos de elección popular no sólo se quede en el ámbito cuantitativo del 50%, sino que inclusive se alcance un mayor porcentaje de mujeres que el referido parámetro, para con ello acotar las brechas de discriminación y garantizar el fortalecimiento de liderazgos políticos.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 3, numeral 1, inciso d) bis de la LGIPE, para los efectos de dicha Ley, se entiende por paridad de género "Igualdad política entre mujeres y hombres, se garantiza con la asignación del 50% mujeres y 50% hombres en candidaturas a cargos de elección popular y en nombramientos de cargos por designación".

El artículo 6, numeral 2, de la LGIPE, establece que el Instituto, los OPL, los PPN, personas precandidatas y candidatas, deberán garantizar el principio de paridad de género en el ejercicio de los derechos políticos y electorales, así como el respeto a los derechos humanos de las mujeres.

Conforme a lo dispuesto en los artículos 3, numeral 3; y 25, párrafo 1, inciso r,) de la LGPP; los PPN están obligados a buscar la participación efectiva de ambos géneros en la postulación de candidaturas, así como a promover y garantizar la paridad entre ellos en la postulación de candidaturas a los cargos de elección popular.

Ahora bien, ha sido criterio de interpretación de este Instituto señalar y sostener que, tratándose de cargos de elección popular, la reforma ordena que debe transitarse de un modelo de paridad de género en el acceso y registro de candidaturas a cargos de elección popular a un diseño electoral que garantice el ejercicio paritario del poder público de mujeres y hombres, pues de no ser así, el mandato establecido constituirá un principio estéril en el andamiaje constitucional.

Motivos por los que se reitera que el principio de paridad de género tiene un alto grado de desenvolvimiento y desarrollo legal y jurisprudencial en su cumplimiento, según el tipo de cargo de elección popular y órgano del que se trate, para lo cual, acorde con la reforma constitucional "Paridad en Todo", el principio de paridad de género es aplicable a todos los cargos de elección popular, esto es, tanto UNIPERSONALES como COLEGIADOS, como se desprende de la interpretación sistemática del artículo 35, fracción II, en relación con el artículo 41, Base I, primer párrafo, ambos de la CPEUM.

Ahora bien, como se mencionó en el apartado de antecedentes, los entonces nueve partidos políticos registrados para el PEF 2017-2018, suscribieron su adhesión a la campaña *HeForShe*, conforme a lo cual asumieron los siguientes compromisos:

- Garantizar que las plataformas de los partidos políticos en el PEF de 2017-2018 promovieran los derechos humanos de las mujeres reconocidos en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano es parte.
- Capacitar a todas las candidatas y candidatos en materia de género, igualdad sustantiva entre hombres y mujeres y no discriminación.
- Garantizar la paridad de género en la integración de sus órganos directivos partidistas.
- Implementar un protocolo de prevención, atención, sanción y reparación del daño en el caso de violencia contra las mujeres, al interior de los partidos políticos.
- En relación con la publicidad, propaganda política y electoral, así como las campañas, garantizar y verificar que:

a) Las candidatas mujeres tengan acceso a los recursos en igualdad de circunstancias que los candidatos hombres.

b) Las campañas electorales de las y los candidatos no reproduzcan estereotipos de género.

III. Mecanismos para garantizar la paridad sustantiva a través de los criterios de competitividad en la postulación de candidaturas a gubernaturas

Sentencias del TEPJF

SUP-JDC-91/2022

14. El treinta de marzo de dos mil veintidós, el TEPJF, al emitir la sentencia en el expediente **SUP-JDC-91/2022**, determinó en su resolutivo quinto lo siguiente:

“QUINTO. Se ordena a todos los partidos políticos nacionales y al INE que atiendan los efectos señalados en la presente sentencia.”

Los efectos vinculantes son los siguientes:

EFECTOS RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DE LA PARIDAD SUSTANTIVA	
Órgano vinculado	Efectos
a. Se ordena a los partidos políticos nacionales:	Que a partir del próximo proceso electoral para gubernaturas definan reglas claras en las que precisen cómo aplicarán la competitividad en la postulación de mujeres a las candidaturas a gubernaturas , conforme a los criterios mínimos precisados en esta sentencia.
b. Se vincula al INE a:	Que supervise que se emitan tales reglas de paridad sustantiva, y verifique que, en los registros de sus candidaturas, cumplan tales criterios.

SUP-JDC-434/2022

15. El veinte de abril de dos mil veintidós, el TEPJF al emitir sentencia en el expediente **SUP-JDC-434/2022**, determinó en su resolutivo segundo, lo siguiente:

“SEGUNDO. Se ordena a MORENA y demás partidos políticos nacionales, así como al INE, que atiendan los efectos señalados en la presente sentencia.”

Tales efectos son los mismos que se establecieron en la sentencia SUP-JDC-91/2022, en el considerando Tema Tres, inciso d, a página 38 y 39, así como el apartado denominado “Efectos”.

Método de estudio

16. El presente Acuerdo tiene como finalidad determinar los mecanismos que los PPN deberán adoptar para garantizar la paridad sustantiva, a través de los criterios de competitividad en la postulación de candidaturas a gubernaturas, en concordancia con lo ordenado por el TEPJF en las sentencias emitidas en los expedientes SUP-RAP-116/2020, SUP-JDC-091/2022 y SUP-JDC-434/2022. Por lo que, para cumplir con el objetivo de este documento se plantea un análisis bajo los tópicos siguientes:

A. Decisión de la Sala Superior

B. Análisis de la paridad sustantiva en los documentos básicos de los PPN

C. Criterios mínimos fijados por la Sala Superior del TEPJF que deberán contener los documentos básicos de los PPN

A. Decisión de la Sala Superior

17. El treinta de marzo de dos mil veintidós, la Sala Superior al dictar su sentencia **SUP-JDC-91/2022**, resolvió una controversia relacionada con el proceso interno de selección de candidaturas de MORENA para la elección de gubernatura de Oaxaca.

En dicho precedente, el Pleno de la Sala Superior advirtió que si bien MORENA cumplió formalmente con el principio de paridad en la postulación de sus candidaturas a las gubernaturas tal como lo exigía el Acuerdo INE/CG1446/2021 -obligación de los PPN de postular mujeres en al menos 3 de las 6 elecciones de titulares del ejecutivo estatal-, lo cierto es que tanto el Acuerdo referido como la normativa interna de ese partido **carecieron de mecanismos para garantizar la paridad sustantiva a través de los criterios de competitividad.**

Por ello, dentro de los efectos de la sentencia, ordenó dos cuestiones relacionadas con la aplicación de la paridad sustantiva:

1. Se ordena a los PPN que, **a partir del próximo proceso electoral para gubernaturas definan reglas claras en las que precisen cómo aplicarán la competitividad** en la postulación de mujeres a las candidaturas a gubernaturas, conforme a los criterios mínimos precisados en la sentencia.

Los criterios mínimos fijados en la sentencia son los siguientes:

- a. Asegurar que, previo a la emisión de las convocatorias para los procesos internos de selección de candidaturas, los PPN definan, en el contexto de los procesos electorales a llevarse a cabo, **en qué entidades habrán de postular candidaturas de mujeres y hombres.**

Esto, para garantizar que el PPN analice su fuerza en las entidades federativas y, conforme a ello, podrían, por ejemplo, **determinar cuáles y cuántas convocatorias serán exclusivamente para un género o el otro**, distribuyendo de manera equitativa la participación, esto es, garantizando que las mujeres compitan en las entidades federativas con mayor posibilidad de triunfo y que las convocatorias sean coincidentes con esta situación.

- b. Los procesos de selección de candidaturas deberán establecer reglas claras que exijan **la publicidad oportuna de todos los actos que integren las etapas del proceso y su debida notificación** a quienes aspiran a obtener una candidatura.

Esto, a efecto de que las personas aspirantes puedan impugnar oportunamente los resultados de cada una de las determinaciones que se vayan aprobando durante el proceso interno de selección, pues ello abonará a que la decisión del proceso interno de selección sea fácilmente verificable y, junto con ello, se podría advertir el cumplimiento al principio de paridad sustantiva en el diseño integral de los procesos de selección de candidaturas.

- c. **En caso de que los PPN no cumplan** con el principio de paridad sustantiva, deberá ordenarse que modifiquen su normatividad antes del inicio del próximo proceso electoral de gubernatura.

2. Se vincula al INE para que supervise que se emitan tales reglas de paridad sustantiva y verificar que, en los registros de sus candidaturas, cumplan tales criterios.

Ahora bien, el veinte de abril de dos mil veintidós, la Sala Superior al dictar su sentencia **SUP-JDC-434/2022**, resolvió una controversia similar relacionada con MORENA, sólo que en esta ocasión versó sobre su proceso interno de selección de candidaturas para la elección de gubernatura de Tamaulipas.

En dicho precedente, el Pleno de la Sala Superior vinculó —por segunda ocasión— a los PPN para que, a partir del próximo proceso electoral de gubernaturas, definan reglas claras en las que precisen cómo aplicarán la competitividad en la postulación de mujeres a sus candidaturas. Asimismo, el TEPJF vinculó nuevamente al INE para que supervise que se emitan tales reglas de paridad sustantiva y verifique que, en los registros de sus candidaturas se cumplan tales criterios.

En conclusión, la Sala Superior del TEPJF ordenó a todos los PPN emitir reglas para cumplir con el principio de **paridad sustantiva** por vía del criterio de **competitividad**, especialmente para las candidaturas a las Gubernaturas, y al INE supervisar que se emitan tales reglas y verificar su cumplimiento en el registro de candidaturas.

Es pertinente, replicar las consideraciones vertidas por la Sala Superior dentro de la sentencia SUP-JDC-91/2022, siguientes:

“(…)

Ahora bien, en tanto no existan esas normas legislativas secundarias, lo correspondiente es que los partidos cumplan en su normativa interna con la obligación de paridad sustantiva que señala la Constitución.

Lo anterior constituye una razón suficiente para que esta Sala Superior ordene acciones concretas para garantizar que en procesos futuros se garantice la paridad formal y material.

Ello, porque los partidos políticos no se deben constreñir al cumplimiento de la paridad formal o cuantitativa, sino que deben buscar la forma idónea de lograr la paridad sustantiva.

(...)

Asimismo, como se ha dicho, **estos deberes de paridad no solo le incumben a Morena, sino también a los partidos políticos nacionales**, quienes, en ejercicio de sus facultades de autodeterminación y autoorganización, **deben establecer reglas o criterios que potencialicen la participación de las mujeres en cargos públicos de elección popular y con ello generar una verdadera paridad sustantiva.**

(...)

Asimismo, **debe reformarse la normativa de los partidos políticos para el efecto de que se emitan las disposiciones conducentes para ser aplicadas en los procesos electorales futuros.**

Siendo que corresponde al INE el deber de verificar que los partidos políticos emitan las normas ordenadas y, en el momento que corresponda, para asegurar que se cumplan.

Por lo anterior, **se vincula a los partidos políticos nacionales para que a partir del próximo proceso electoral para gubernaturas definan reglas claras en las que precisen cómo aplicarán la competitividad.** Las cuales deberán, como mínimo, asegurar que previo a la emisión de las convocatorias correspondientes, los partidos políticos definan, en el contexto de los procesos electorales a llevarse a cabo, en qué entidades habrán de postular candidaturas de mujeres y hombres. Esto, a fin de garantizar que el partido político analice su fuerza en las entidades federativas y, conforme a ello, podrían, por ejemplo, determinar cuáles y cuántas convocatorias serán exclusivamente para un género o el otro, distribuyendo de manera equitativa la participación, esto es, **garantizando que las mujeres compitan en las entidades federativas con mayor posibilidad de triunfo** y que las convocatorias sean coincidentes con esta situación.

Asimismo, sus procesos de selección de candidaturas **deberán establecer reglas claras que exijan la publicidad oportuna de todos los actos que integren las etapas del proceso y su debida notificación a quienes aspiran a obtener una candidatura.** Esto, con la finalidad de que las personas aspirantes puedan impugnar oportunamente los resultados de cada una de las determinaciones que se vayan aprobando durante el proceso interno de selección, pues ello abonará a que la decisión del proceso interno de selección sea fácilmente verificable y, junto con ello, se podría advertir el cumplimiento al principio de paridad sustantiva en el diseño integral de los procesos de selección de candidaturas.

Igualmente se vincula al INE a supervisar que todos los partidos políticos nacionales emitan reglas para cumplir con el principio de paridad sustantiva por vía del criterio de competitividad, especialmente para las candidaturas de gobernador o gobernadora. En caso de que los partidos políticos nacionales no cumplan dicho principio, deberá ordenarse que modifiquen su normatividad antes del inicio del próximo proceso electoral de gobernador o gobernadora.

(...)"

Y las vertidas en la ejecutoria SUP-JDC-434/2022, que mandata, lo siguiente:

"(...)

No obstante, ante la evidente falta de reglas claras para garantizar la paridad sustantiva en la postulación de sus candidaturas a una Gubernatura, este órgano jurisdiccional federal especializado considera necesario **reiterar la orden** al partido MORENA, así como a los restantes partidos políticos nacionales para que, a más tardar al inicio del próximo proceso electoral para Gubernaturas en que participen definan dichas reglas, en las que precisen cómo aplicarán la competitividad, a fin de garantizar la paridad sustantiva.

(...)

De igual forma **se reitera la vinculación** al INE para que supervise que, tanto MORENA como el resto de los partidos políticos nacionales emitan dichas reglas de paridad sustantiva, aunado a que deberá verificar que en los registros de sus candidaturas se cumpla con tales criterios.

(...)

(...) **ordenar** a MORENA y demás partidos políticos nacionales que, a partir del próximo proceso electoral para Gubernaturas en que participen, **definan reglas claras** en las que precisen cómo aplicarán la competitividad en la postulación de mujeres a sus candidaturas, conforme a los criterios mínimos precisados en esta sentencia, **vinculándose** al INE para que **supervise** que se emitan tales reglas de paridad sustantiva y **verifique** que, en los registros de sus candidaturas, todos los institutos políticos participantes cumplan tales criterios.”

B. Análisis de la paridad sustantiva en los documentos básicos de los PPN

18. Sentado lo anterior, este Consejo General realizará un análisis puntual a los documentos básicos de los PPN para determinar si éstos contienen o no el principio de paridad sustantiva para la postulación de candidaturas a cargos de elección popular. De esta forma, se determinará si incluyen mecanismos **para garantizar la paridad sustantiva a través de los criterios de competitividad**, conforme a lo siguiente:

#	PPN	Documento Básico	Observaciones
1	PAN	Declaración de Principios	<ul style="list-style-type: none"> No incluye la paridad sustantiva, en consecuencia, no establece la creación de mecanismos para garantizarla.
		Programa de acción	<ul style="list-style-type: none"> Se infiere la observancia el principio de paridad sustantiva en los numerales 35, 36 y 37 al plantear igualdad de oportunidades en las condiciones de contratación, de salarios, de promoción y capacitación, así como la competitividad laboral y calificación del desempeño. Sin embargo, no menciona la obligatoriedad de cumplir con mecanismos para garantizar la paridad sustantiva a través de criterios de competitividad.
		Estatutos	<ul style="list-style-type: none"> Se infiere el Principio de paridad sustantiva en los artículos 2, 11, 52, 72 y 82, al desarrollar temas como la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, así como también criterios de participación para la titularidad de órganos del partido. Sin embargo, no establece mecanismos para garantizar la paridad sustantiva a través de criterios de competitividad.
2	PRI	Declaración de Principios	<ul style="list-style-type: none"> Se identifica el Principio de paridad sustantiva, en los numerales 11, 14 y 31, al señalar que: <ul style="list-style-type: none"> Promoverán la igualdad sustantiva y la paridad de género, así como el desarrollo y bienestar de las mujeres y Se pronuncia por una sociedad en donde la igualdad sustantiva y la paridad de género sean una realidad, que contribuya al establecimiento de una cultura de respeto e inclusión entre los hombres y las mujeres. Sin embargo, no incluye la observancia del principio de paridad sustantiva ni establece la creación de mecanismos para garantizarla a través de criterios de competitividad.
		Programa de acción	<ul style="list-style-type: none"> Se identifica la observancia al Principio de paridad sustantiva, al desarrollar en sus líneas de acción, lo que se inscribe en el numeral: <p>8. Promoción y defensa de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres en todos los espacios de representación política, (...).</p> Así como también el apartado 3, relativo a la Igualdad Sustantiva como eje transversal, en su último párrafo que establece: <p>(...) Es por eso que el siguiente paso es la igualdad sustantiva, de resultados, de hechos (...)</p> Sin embargo, no menciona la obligatoriedad de cumplir con mecanismos para garantizar la paridad sustantiva a través de criterios de competitividad.
		Estatutos	<ul style="list-style-type: none"> Se identifica la observancia al el Principio de paridad sustantiva, en los artículos 3 y 37, conforme a lo siguiente: <p>Artículo 3. (...)</p> El Partido sustenta el principio de la igualdad sustantiva, garantiza la paridad de género en las postulaciones a cargos de elección popular y promueve la integración de sus órganos directivos (...).

#	PPN	Documento Básico	Observaciones
			<p>Artículo 37. El Organismo Nacional de Mujeres Priistas tiene los siguientes fines:</p> <p>I. Fungir como órgano rector al interior del Partido en la observancia y aplicación de la igualdad sustantiva, la paridad de género y la no discriminación contra las mujeres;</p> <p>Velar por el cumplimiento del principio de paridad de género en la postulación a cargos de dirigencias partidistas y de elección popular;</p> <p>Asimismo, en los artículos 41, último párrafo, 42, último párrafo, 43, tercer párrafo y 184 establece que se garantizará que a ningún género se le asignen preponderantemente candidaturas en distritos, municipios o demarcaciones territoriales donde se hubieren obtenido los porcentajes de votación más bajos en el proceso electoral anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin embargo, no establece los mecanismos que seguirá para tales efectos ni menciona, para el cargo de Senadurías y Gubernaturas que garantizará la paridad sustantiva a través de criterios de competitividad.
3	PRD	Declaración de Principios	<ul style="list-style-type: none"> • Se identifica la observancia al Principio de paridad sustantiva, en los numerales 4.3.4 y 4.3.5: 4.3.4. (...) asumimos, (...), el respeto y obligación a llevar a cabo todas nuestras acciones y programas bajo los principios de igualdad sustantiva, perspectiva <i>de género</i>, transversalidad y progresividad de los derechos. El PRD desde su convicción ha impulsado la igualdad sustantiva (...) (...) promovemos la igualdad sustantiva, (...). En ese tenor para el Partido, la transversalidad es una estrategia para contribuir al logro de la igualdad entre los géneros (...). 4.3.5. Nuestro partido lucha, (...) la incorporación de sus poblaciones, en todas sus acciones, programas y niveles de gobierno para lograr la igualdad sustantiva • Sin embargo, no establece la obligatoriedad de crear mecanismos para garantizar la paridad sustantiva a través de criterios de competitividad.
		Programa de Acción	<ul style="list-style-type: none"> • Se identifica la observancia al Principio de paridad sustantiva, en los numerales 20 y 90, conforme a lo siguiente: 20. (...) firmar y ratificar tratados y convenciones internacionales, que garantiza la igualdad sustantiva y la interseccionalidad en todos los aspectos de la vida, (...). Por lo anterior, los gobiernos emanados del <i>PRD</i> implementarán la igualdad sustantiva y efectiva, (...). 90. (...) creemos que una mujer debe de presidir el país para consolidar en la conquista del poder y la igualdad sustantiva. • Sin embargo, no establece la obligatoriedad de cumplir con los mecanismos para garantizar la paridad sustantiva a través de criterios de competitividad.
		Estatutos	<ul style="list-style-type: none"> • Se identifica la observancia al Principio de paridad sustantiva, en los artículos 2, 8 y 20, conforme a lo siguiente: Artículo 2. El Partido de la Revolución Democrática (...), cuyo objetivo primordial es promover la participación del pueblo en la vida democrática, (...) cumpliendo el principio de igualdad sustantiva y la paridad de género. Artículo 8. (...) El Partido garantizará la paridad de género vertical, horizontal y transversal, así como la progresividad de los derechos humanos, tanto en los órganos de dirección y representación en todos sus niveles, (...). Artículo 20. (...) Para dar cumplimiento a los principios de paridad vertical, horizontal, y en aquellos casos donde corresponda la paridad transversal, (...) de las candidaturas a las Presidencias y Secretarías Generales deberá de cumplirse el 50% de candidaturas propietarias de un mismo género, aplicando en su caso la progresividad del derecho. Artículo 35. El Consejo Consultivo Permanente de Política Estratégica es un órgano colegiado plural, integrado con paridad de género;

#	PPN	Documento Básico	Observaciones
			<ul style="list-style-type: none"> Se establece que, en sus órganos ejecutivos y directivos, de conformidad con los artículos 39, 48, 56, 63, 98, 106 se elegirán con base a la propuesta de candidaturas a cargos de elección popular en el ámbito local y municipal por ambos principios para presentarlas ante el Consejo Estatal, con perfiles idóneos y competitivos; Sin embargo, no establece mecanismos para garantizar la paridad sustantiva a través de criterios de competitividad.
4	PT	Declaración de Principios	<ul style="list-style-type: none"> No establece la observancia al principio de paridad sustantiva, en consecuencia, no prevé la creación de mecanismos para garantizarla.
		Programa de acción	<ul style="list-style-type: none"> No incorpora el cumplimiento del principio de paridad sustantiva.
		Estatutos	<ul style="list-style-type: none"> No establece el cumplimiento del principio de paridad sustantiva, en consecuencia, no establece mecanismos para garantizarla. Si bien el partido establece criterios de competitividad en la postulación de candidaturas, estos no se encuentran dirigidos a las candidaturas a gubernaturas; asimismo, si bien establece la publicidad de la convocatoria para el proceso de selección de candidaturas, no señala la publicidad oportuna del resto de las etapas que comprende dicho proceso ni su debida notificación a quienes aspiran a obtener una candidatura.
5	PVEM	Declaración de Principios	<ul style="list-style-type: none"> No establece el cumplimiento al principio de paridad sustantiva, en consecuencia, no prevé la creación de mecanismos para garantizarla.
		Programa de acción	<ul style="list-style-type: none"> No incorpora el cumplimiento del principio de paridad sustantiva.
		Estatutos	<ul style="list-style-type: none"> No establece el cumplimiento el principio de paridad sustantiva, en consecuencia, no prevé mecanismos para garantizarla.
6	Movimiento Ciudadano	Declaración de Principios	<ul style="list-style-type: none"> Se identifica la observancia al principio de paridad sustantiva, al desarrollar en sus artículos, lo que se inscribe en: 4. (...) La igualdad sustantiva entre mujeres y hombres es una condición imprescindible para consolidar el proyecto de nación al que aspiramos. 6. (...) (...) buscamos trascender de una igualdad formal, que está garantizada por las leyes, a una igualdad sustantiva o material, (...). Sin embargo, no establece la obligatoriedad de crear mecanismos para garantizar la paridad sustantiva a través de criterios de competitividad.
		Programa de acción	<ul style="list-style-type: none"> No establece el cumplimiento del principio de paridad sustantiva, en consecuencia, no establece mecanismos para garantizarla.
		Estatutos	<ul style="list-style-type: none"> Se identifica la observancia al Principio de Paridad Sustantiva, en el artículo 4, numeral 6, conforme a lo siguiente: Artículo 4 Movimiento de Mujeres y Hombres. 6. Movimiento Ciudadano (...) impulsa la participación ciudadana de los grupos y organizaciones constituidos por mujeres, hombres, personas jóvenes y adultas mayores, de mexicanas y mexicanos residentes en el extranjero, población LGBTI+ y personas con discapacidad, entre otros, cuya labor permanente, destaca su importancia para la vida política, económica, social y cultural del país, bajo el principio de igualdad sustantiva. Sin embargo, no prevé mecanismos para garantizar la paridad sustantiva a través de criterios de competitividad.
7	Morena	Declaración de Principios	<ul style="list-style-type: none"> No dispone la observancia al principio de paridad sustantiva, en consecuencia, no establece la creación de mecanismos para garantizarla.
		Programa de acción	<ul style="list-style-type: none"> No prevé el cumplimiento del principio de paridad sustantiva, en consecuencia, no establece mecanismos para garantizarla.
		Estatutos	<ul style="list-style-type: none"> No incorpora el cumplimiento del principio de paridad sustantiva, en consecuencia, no establece mecanismos para garantizarla.

Por lo tanto, del análisis de la normativa partidista desarrollada en el cuadro que antecede, se desprende que ningún PPN establece de manera clara y precisa **mecanismos para garantizar la paridad sustantiva en la postulación de candidaturas a las gubernaturas a través de los criterios de competitividad**, en términos de las resoluciones emitidas dentro de los expedientes SUP-JDC-91/2022 y SUP-JDC-434/2022.

C. Criterios mínimos fijados por la Sala Superior del TEPJF, que deberán contener los Documentos Básicos de los PPN

19. Los PPN **deben cumplir sus finalidades** atendiendo a lo previsto en los programas, principios e ideas que postulan, lo cual, a su vez, evidencia que, desde la Constitución y las leyes en la materia, se establece **una amplia libertad o capacidad autoorganizativa**. Sin embargo, dicha libertad no es omnímoda ni ilimitada, ya que es susceptible de delimitación legal, siempre y cuando se respete el núcleo básico o esencial del correspondiente derecho político-electoral fundamental de asociación, así como de **otros derechos fundamentales de las propias personas ciudadanas afiliadas, miembros o militantes**.

Ahora bien, el TEPJF en las sentencias que nos ocupan determinó, en esencia, que los PPN deberán, a partir del próximo PEL en el que participen, establecer reglas claras en las cuales se precisen:

1. Cómo aplicarán la competitividad en la postulación de mujeres a las candidaturas a los cargos de elección popular, de manera concreta a la elección de gubernaturas, conforme a los criterios mínimos establecidos en las ejecutorias;
2. Dentro de estos criterios deberán asegurar que, previo a la emisión de las convocatorias para los procesos de selección y postulación de candidaturas, se defina en qué entidades postularán candidaturas de mujeres y hombres; para lo cual podrían, por ejemplo, determinar cuántas y cuáles convocatorias, y en que entidades, serán exclusivas para un género;
3. Deberán garantizar que las mujeres compitan en las entidades con mayor posibilidad de triunfo;
4. Establecer reglas claras para la publicidad oportuna de cada etapa del proceso de selección;
5. Garantizar así, que las personas aspirantes puedan impugnar oportunamente los resultados de cada etapa.

Lo anterior, con el objetivo de advertir de manera oportuna el cumplimiento del principio de paridad sustantiva en el diseño y aplicación integral de los procesos de selección de candidaturas.

Al respecto, la Sala Regional Guadalajara del TEPJF, al resolver el expediente SG-JDC-460/2014, consideró que no es suficiente tener en cuenta sólo el aspecto cuantitativo, es decir, un número de candidaturas otorgado a las mujeres, sino que, además, se debe valorar el aspecto cualitativo, para tener una posibilidad real de acceder a los cargos de elección popular pretendidos y así eliminar las barreras, como **techo de cristal**, y que hoy en día podría traducirse incluso en una manera de VPMRG.

En virtud de lo anterior, los PPN deberán incluir en sus Documentos Básicos atendiendo a la naturaleza jurídica de cada uno, los criterios mínimos siguientes:

- a) Prever en la **Declaración de Principios** la obligación de promover, proteger y respetar el principio de paridad sustantiva tanto en los cargos intrapartidarios como en la postulación de candidaturas a cargos de elección popular, conforme a lo establecido en la Constitución Federal y en los tratados internacionales firmados y ratificados por México, acorde a lo estipulado en la LGIPE y la LGPP y demás leyes aplicables, así como lo ordenado por el TEPJF.
- b) Determinar en su **Programa de Acción** medidas para promover la participación política de las militantes y establecer mecanismos de promoción y acceso de las mujeres a la actividad política del partido y su postulación a candidaturas, así como la formación de liderazgos políticos, garantizando en todo momento la paridad sustantiva.
- c) Establecer en sus **Estatutos** los mecanismos y procedimientos que permitirán garantizar la paridad sustantiva en la postulación de candidaturas a las gubernaturas a través del criterio de competitividad, para lo cual deberán incorporar como criterios mínimos, los siguientes:

- I. Al aprobar, emitir y publicar sus convocatorias a candidaturas a gubernaturas a celebrarse a partir de los próximos comicios electorales locales, deberán precisar tales mecanismos y procedimientos, **determinando cómo aplicarán la competitividad** en la postulación de mujeres a las candidaturas, bajo los criterios básicos siguientes:
 - i. Las reglas relativas al criterio de competitividad en la definición de las candidaturas a cargos de elección popular;
 - a) Emitirse, **previo a las convocatorias**.
 - b) Establecer el contexto de los procesos electorales a llevarse a cabo, a través de análisis que permitan definir la fuerza política del PPN en cada entidad federativa; para lo cual deberán señalarse criterios cualitativos y cuantitativos que den certeza sobre el análisis referido;
 - c) Determinar el género de las candidaturas, esto es, establecer en qué entidades habrán de postular candidaturas de mujeres y hombres, y estableciendo cuáles y cuántas convocatorias serán exclusivamente para mujeres, garantizando la distribución paritaria en las entidades;
 - d) Garantizar que las mujeres compitan en las entidades federativas con mayor posibilidad de triunfo y así evitar sesgos políticos que obstruyan la participación de éstas en las contiendas electorales, lo que se traduce en evitar postularlas en entidades con menor posibilidad de triunfo; y
 - e) Asegurar que la postulación de candidaturas se realizará en todo momento dependiendo del o los géneros definidos, y señalar que, en caso de sustitución, se realizará por el mismo género, salvo que con la sustitución se incremente la participación política de las mujeres.
 - ii. Reglas que establezcan la publicidad de las etapas de los procesos de selección de las candidaturas, que tiene como finalidad:
 - a) Determinar de manera clara la participación de los órganos estatutarios internos responsables del proceso de selección de candidaturas, señalando sus facultades;
 - b) Señalar las etapas, fechas de inicio y conclusión, y los plazos del proceso de selección de candidaturas;
 - c) Determinar las fechas en las que se deberán emitir las determinaciones por cada órgano estatutario que participa en el proceso de selección de candidaturas;
 - d) Establecer fechas concretas para la publicación de las determinaciones por cada órgano estatutario que participa en el proceso de selección de candidaturas;
 - e) Señalar los medios de notificación y publicación de las determinaciones adoptadas por los órganos estatutarios facultados; y
 - f) Definir los plazos para la interposición de los medios de impugnación.
- II. Asimismo, establecer las reglas o criterios que potencialicen la competitividad de postulación de mujeres a las candidaturas a todos los cargos de elección popular, que permitan generar una verdadera paridad sustantiva en los procesos electorales futuros, conforme a lo establecido en el apartado I del presente considerando.

Para ello, los PPN deberán cumplir con lo establecido en el artículo 3, numeral 4 y 5 de la LGPP, en relación con el artículo 282, párrafos 3, 4 y 5 del Reglamento de Elecciones.

El artículo 3, numeral 4 de la LGPP establece que cada **PPN determinará y hará públicos los criterios para garantizar la paridad de género en las candidaturas** a legislaturas federales y locales, precisando que los criterios referidos **deben ser objetivos y asegurar condiciones de igualdad sustantiva entre mujeres y hombres**.

Al respecto, el numeral 5 del artículo 3 de la referida Ley dispone que, **en ningún caso**, se admitirán criterios que tengan como resultado que a **alguno de los géneros** le sean asignados **exclusivamente aquellos Distritos** en los que el partido haya obtenido los **porcentajes de votación más bajos** en el Proceso Electoral anterior.

En el mismo sentido, el artículo 282, párrafos 3, 4 y 5 del Reglamento de Elecciones, señala la manera en cómo deben considerarse los bloques de competitividad para el caso de candidaturas a senadurías y diputaciones federales.

Ahora bien, conforme a lo ordenado por la Sala Superior, el INE se encargará de verificar -en coordinación con los OPL- que en los registros de las candidaturas los partidos cumplan con las reglas de paridad sustantiva para los comicios de gubernaturas.

Por lo que, en tanto que los PPN realicen las modificaciones a sus Documentos Básicos en materia de VPMRG y contemplen los mecanismos **para garantizar la paridad sustantiva a través de los criterios de competitividad**, se ajustarán a lo previsto por las sentencias emitidas por el TEPJF en los expedientes SUP-JDC-91/2022 y SUP-JDC-434/2022, en la LGIPE, la LGPP, y demás disposiciones de la materia, así como a lo que resulte aplicable del Acuerdo INE/CG1446/2021 en los términos siguientes:

- i. **A partir del próximo proceso electoral para gubernaturas de Coahuila y Estado de México deberán definir reglas claras en las que precisen cómo aplicarán la competitividad** en la postulación de mujeres a las candidaturas a gubernaturas, conforme a los criterios mínimos precisados en las sentencias aludidas;
- ii. Previo a la emisión de las convocatorias para los procesos internos de selección de candidaturas, los PPN deberán definir, en el contexto de los procesos electorales a llevarse a cabo, **en qué entidades habrán de postular candidaturas de mujeres y hombres** -garantizando que las mujeres compitan en las entidades federativas con mayor posibilidad de triunfo-, **determinando cuáles y cuántas convocatorias serán exclusivamente para mujeres**.
- iii. Los procesos de selección de candidaturas deberán establecer reglas claras que exijan **la publicidad oportuna de todos los actos que integren las etapas del proceso y su debida notificación** a quienes aspiran a obtener una candidatura.
- iv. Las referidas reglas deberán ser informadas al INE por parte de los PPN en observancia del artículo 226, numeral 2, de la LGIPE, por el que se prevé la obligación de los institutos políticos de informar su método de selección de candidaturas al menos con 30 días de anticipación al inicio de dicho proceso interno de selección de candidaturas, debiendo adjuntar la documentación que les permitió determinar sus criterios de competitividad.
- v. Los PPN deberán postular al menos a una mujer en una de las dos entidades mencionadas.

Una vez que se realice el registro de candidaturas ante los OPL, se procederá conforme a lo establecido en el criterio quinto numerales 4 a 9 del Acuerdo INE/CG1446/2021, en los términos siguientes:

1. El OPL deberá remitir las solicitudes de registro de candidaturas por correo electrónico a la DEPPP dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al vencimiento del plazo para la presentación de éstas, independientemente de que se registren en el SNR.
2. Una vez que los OPL remitan la información a que se refieren las presentes directrices, y a más tardar cinco días antes del inicio de las campañas electorales, el INE dictaminará y enviará al OPL correspondiente el análisis sobre el cumplimiento del principio de paridad en la postulación de candidaturas a gubernaturas, a efecto de que el OPL, a partir de esta dictaminación proceda al requerimiento, registro o, en su caso, cancelación de candidaturas a gubernaturas, según corresponda.
3. En el supuesto de que los PPN no cumplan con los presentes criterios, el INE indicará al o los OPL que requiera al partido político, coalición o candidatura común integradas por al menos un PPN y con registro local de que se trate para que en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas realice la sustitución que corresponda para cumplir el principio de paridad. Una vez transcurrido el plazo señalado sin que el partido político haya realizado el cambio requerido, tratándose de un PPN y con registro local, coalición o candidatura común integrada por al menos uno de ellos, el INE realizará un sorteo entre las candidaturas del género mayoritario registradas por el PPN, coalición o candidatura común integrada por éste

para determinar cuál o cuáles de ellas perderán su candidatura, hasta satisfacer el requisito de paridad entre los géneros, e informará lo conducente al o los OPL respectivos para que procedan a la negativa del registro o a la cancelación de la candidatura.

4. Los OPL, en el ámbito de su competencia y en cumplimiento a la obligación constitucional de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, en lo concerniente a la aplicación de los presentes criterios, serán los responsables de asegurar, a partir del sentido del dictamen que emita el INE, que los PPN den cumplimiento al principio de paridad en la postulación de candidaturas a gubernaturas en las entidades federativas en las que se renueva el Poder Ejecutivo local.
5. En las sustituciones de candidaturas a gubernaturas que realicen los PPN, coaliciones o candidaturas comunes integradas por al menos un PPN se deberá considerar la paridad, de tal manera que las nuevas postulaciones deberán ser del mismo género que la originalmente registrada. No obstante, es posible que la sustitución que se solicite incremente el número de mujeres candidatas registradas, ello desde una perspectiva de paridad como mandato de optimización flexible.
6. En caso de que las coaliciones o candidaturas comunes integradas por al menos un PPN postulen de manera individual candidaturas a gubernaturas en elecciones extraordinarias deberán ser del mismo género que el de las candidaturas que contendieron en el Proceso Electoral Ordinario. En caso de que se hubiera registrado coalición o candidatura común en el Proceso Electoral Ordinario y la misma se registre en el Proceso Electoral Extraordinario, los partidos políticos integrantes de la coalición o candidatura común deberán postular candidaturas del mismo género al de las candidaturas que contendieron en el Proceso Electoral Ordinario.

Estos criterios tienen como finalidad propiciar que los PPN cumplan con su obligación de garantizar en la postulación de candidaturas a cargos de elección popular, en especial en el de Gubernaturas, la paridad sustantiva, ya que, si bien están obligados a observarlos, el establecerlos expresamente en sus Documentos Básicos, otorgará certeza a su militancia sobre su observancia irrestricta.

En este proceso, los PPN deberán garantizar que el proceso de modificación de los documentos básicos se realice de manera armonizada, con el fin de evitar discrepancias que puedan generar lagunas o interpretaciones que demeriten el cumplimiento del principio de paridad.

Plazo legal para realizar las modificaciones a los documentos básicos de los PPN en materia de Paridad Sustantiva

20. El artículo 25, numeral 1, inciso I) de la LGPP, en relación con el artículo 13 del Reglamento, establece que este órgano colegiado cuenta con treinta días naturales para resolver sobre la constitucionalidad y legalidad de los cambios aprobados a los documentos básicos de los institutos políticos.

Por su parte el artículo 17 del Reglamento, señala que, una vez desahogado el último requerimiento, la DEPPP deberá elaborar el Proyecto de Resolución sobre la procedencia constitucional y legal de las modificaciones a los documentos básicos, el cual será sometido a consideración de la CPPP a fin de que ésta, a su vez, lo someta a consideración del Consejo General.

Ahora bien, el artículo 17 del Reglamento señala que dicho plazo se contabiliza una vez desahogado el último requerimiento al PPN.

El párrafo 2 inciso a) del artículo 34 de la LGPP, señala que las modificaciones a los documentos básicos de los PPN en ningún caso se podrán hacer una vez iniciado el PEF.

En este sentido, los PPN pueden modificar sus documentos básicos, pero no una vez iniciado el PEF. La lógica jurídica del artículo 34, párrafo 2, inciso a) de la LGPP, nos lleva a interpretarlo desde las vertientes de temporalidad, definitividad del PEF y certeza jurídica.

En ese orden, al prever expresamente que: **“La elaboración y modificación de sus documentos básicos, las cuales en ningún caso se podrán hacer una vez iniciado el proceso electoral”**, de una interpretación gramatical, sistemática y funcional se pueden advertir dos premisas:

- La primera es que los PPN podrán realizar modificaciones antes de que dé inicio el proceso electoral correspondiente.

- La segunda, es que una vez iniciado, los PPN no podrán bajo causa alguna, realizar modificaciones a su normativa interna, hasta en tanto concluya.

Así, se concluye que jurídicamente existe una prohibición expresa para los PPN de modificar su normativa interna durante el desarrollo de los procesos electorales.

La primera premisa ha sido refrendada por la Sala Superior del TEPJF, al resolver el SUP-JDC-2456/2020 y acumulados, pues dentro de las consideraciones vertidas señala que en términos del artículo 34, apartado 1, de la LGPP, las modificaciones a los estatutos de los PPN **pueden realizarse, a más tardar, antes del inicio del correspondiente proceso electoral.**

La segunda premisa, encuentra su sustento en las consideraciones vertidas por la Sala Superior del TEPJF, al emitir el Acuerdo de Sala de tres de enero de dos mil dieciocho, dentro expediente SUP-JDC-0888/2017 y acumulados. Mismo criterio que ha sido sostenido por el TEPJF, al emitir diversos acuerdos, entre éstos los del diecinueve de marzo de dos mil nueve, dictados en los expedientes SUP-JDC-2638/2008 y SUP-JDC-2639/2008, ordenando diferir la resolución de dichos juicios de la ciudadanía una vez concluido el indicado PEF 2008-2009.

A efecto de garantizar el principio de certeza que rige el actuar de esta autoridad, resulta pertinente vincular a todos los PPN, a través de los órganos facultados conforme a sus Estatutos, para que, conozcan y aprueben las modificaciones a sus documentos a fin de establecer de manera precisa los criterios y directrices jurídicas en materia de paridad sustantiva y los remitan a esta autoridad dentro de los diez días siguientes a su aprobación, para efectos de lo establecido en el artículo 25, numeral 1, inciso I), de la LGPP.

Empero lo anterior y con la finalidad de continuar progresivamente con la eliminación de las brechas de exclusión que dificultan la plena participación y acceso de las mujeres a puestos de liderazgo de los distintos órganos de poder, y lograr así la postulación de éstas a las candidaturas a las gubernaturas en los próximos PEL, lo que atiende a la necesidad de implementar mecanismos que permitan a las autoridades cumplir con sus obligaciones y garantizar el ejercicio de los derechos humanos, esta autoridad considera razonable fijar **un plazo perentorio para realizar las modificaciones mencionadas a los documentos básicos de los PPN.**

Establecido lo anterior, considerando que los próximos PEL en los que se llevará a cabo la elección de la persona titular de la Gubernatura son los que se celebrarán en las entidades de Coahuila y Estado de México, mismos que inician formalmente en el mes de enero de 2023, y teniendo presente el plazo con que cuenta esta autoridad para resolver sobre las modificaciones estatutarias, da pauta para que, a más tardar **el treinta y uno de octubre del presente año**, todos los PPN modifiquen sus documentos básicos a efecto de que contemplen dichos criterios dada la trascendencia del tema.

Ahora bien, ante la eventualidad de que los PPN no estén en posibilidad de realizar la modificación a sus documentos básicos en la fecha señalada, deberán emitir, a través de su órgano competente, las reglas ordenadas por el presente acuerdo, las cuales deberán ser sometidas a la valoración de este Consejo General a más tardar el treinta y uno de octubre de dos mil veintidós, con la obligación de que en la siguiente asamblea general u órgano equivalente competente que celebren, a la brevedad posible, estas reglas serán incorporadas a los documentos básicos.

Razonabilidad del plazo otorgado

21. Es razonable que los PPN cumplan con la temporalidad señalada por el presente Acuerdo, sin que ello represente una obstaculización para modificar su normativa interna a fin de dar cumplimiento a los Lineamientos en materia de VPMRG, los cuales, en términos de los artículos 10, 11, 12 y 14, fracciones I y II deberán establecer:
 - a) Los mecanismos de promoción y acceso de las mujeres a la actividad política del partido garantizando la paridad de género;
 - b) Diseñar herramientas y crear los órganos intrapartidarios multidisciplinarios **que garanticen el cumplimiento del principio de paridad de género en el ejercicio de los derechos políticos y electorales**, el ejercicio de las prerrogativas otorgadas constitucionalmente para el desarrollo del **liderazgo político de las mujeres, el respeto a los derechos humanos de las mujeres**, así como la identificación de casos de violencia política contra las mujeres en razón de género a efecto de denunciarlos; y,
 - c) Establecer los criterios para garantizar la paridad de género en las candidaturas para cualquier cargo de elección popular, los cuales deberán ser objetivos y asegurar condiciones de **igualdad sustantiva** entre hombres y mujeres.

Como se ha señalado, el cumplimiento de dicha obligación debió ser prevista por los PPN desde la conclusión del PEF 2020-2021, ese entendimiento no produce un riesgo de que distraigan su atención de los actos del proceso electoral en los que se requiere de su participación activa.

IV. Criterios de paridad para la postulación de candidaturas en los PEL 2023

22. Cabe señalar que, a la fecha, la mayoría de los Congresos Locales, con excepción de las entidades de Hidalgo y el Estado de México, así como el Congreso de la Unión³ no han regulado aún las acciones que se deben adoptar en materia de paridad de género para la elección de las personas titulares de los Poderes Ejecutivos Locales, por lo que el INE, con el fin de establecer mecanismos que garantizaran la postulación paritaria, en las elecciones de Gubernatura, estableció en los Acuerdos INE/CG569/2020 e INE/CG1446/2021, que para los PEL correspondientes se observaría:

- ✓ En las candidaturas a las Gubernaturas de Baja California, Baja California Sur, Campeche, Colima, Chihuahua, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala y Zacatecas la postulación de, al menos, siete candidatas mujeres en las quince entidades.⁴
- ✓ En las candidaturas a las Gubernaturas de Aguascalientes, Durango, Hidalgo, Oaxaca, Quintana Roo y Tamaulipas, la postulación de, al menos, tres mujeres.

Ahora bien, este Instituto en las consideraciones vertidas en el Acuerdo INE/CG569/2020, determinó que el principio de paridad de género en su vertiente horizontal es aplicable al cargo de Gubernatura y a la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de México; si bien dicho Acuerdo fue revocado, la Sala Superior al resolver el SUP-RAP-116/2020, en sus consideraciones señaló:

“(…)

Así, al estar ante un caso extraordinario, esta Sala Superior considera que es necesario vincular a los partidos políticos a la postulación de candidatas mujeres en siete de las quince entidades que renovarán dicho cargo.

Lo cual es consistente con el principio de certeza, toda vez que este mandato se está haciendo en la etapa de preparación de la elección.

(…)

Además, el artículo tercero transitorio del decreto de la reforma de 2019 refiere que el principio de paridad será aplicable a quienes tomen posesión de su encargo, a partir del proceso electoral federal o local siguiente a la entrada en vigor del decreto, es decir, justamente el proceso electoral 2020-2021 en el que se renovarán 15 gubernaturas. En ese orden de ideas, el régimen transitorio estableció una temporalidad específica para que se observara el principio y, en consecuencia, las autoridades tenían la obligación de realizar las acciones necesarias para que ese principio se materializara.

*En tales circunstancias, es necesario que esta Sala Superior garantice la vigencia del principio de paridad respecto de las candidaturas a las gubernaturas. Con la finalidad de maximizar dicho principio, lo conducente es **vincular a los partidos políticos a postular a siete mujeres como candidatas para renovar los ejecutivos locales**, a partir del parámetro de control de la regularidad constitucional integrado por los artículos 35.II y 41.I y las obligaciones derivadas de las normas internacionales de derechos humanos aplicables, en los que se reconoció claramente el derecho de la ciudadanía de ser votada en condiciones de paridad para todos los cargos de elección popular, y **se estableció la obligación a cargo de los partidos políticos para generar la posibilidad de acceso al poder público cumpliendo con el principio de paridad**. Lo anterior, en el entendido de que la acción que se ordena a los partidos políticos nacionales tiene un carácter obligatorio.*

³ Así lo resolvió el TEPJF al emitir la sentencia SUP-RAP-116/2020, en el resolutivo: “TERCERO. Se vincula al Congreso de la Unión, así como a los congresos locales a regular la paridad en gubernaturas antes del inicio del próximo proceso electoral que siga de manera inmediata al proceso dos mil veinte-dos mil veintiuno.” Lo cual, refrendo al resolver el SUP-JDC-92/2022, que ordeno en su resolutivo CUARTO formar el incidente correspondiente.

⁴ Criterio ratificado por la Sala Superior, al resolver el SUP-RAP-116/2020.

*(...) a partir del reconocimiento del mandato constitucional de paridad en todo previsto a nivel constitucional, así como de la obligación a cargo de las autoridades de garantizar los derechos previstos en el texto constitucional, en el ámbito de sus competencias, es por lo que se debe vincular, obligatoriamente y de forma directa, a los **partidos políticos nacionales al cumplimiento de la postulación paritaria en los cargos de las gubernaturas.***

(...)"

Énfasis añadido.

Por lo que, de una interpretación armónica y funcional de los artículos 1º, 35 fracción II, y 41 constitucionales, al tratarse de un mandato constitucional y convencional, **este Consejo General debe aplicar directamente los principios constitucionales, para garantizar el derecho de la ciudadanía a ser votada en condiciones de paridad atendiendo a las circunstancias particulares del caso.**

Por tanto, en caso de que las modificaciones a sus documentos básicos no hayan sido aprobadas por este Consejo, los PPN deberán informar al INE, a más tardar treinta días antes del inicio del proceso de selección de candidaturas, en cuál de las dos entidades federativas -Estado de México o Coahuila- postularán al menos a una mujer como candidata a las gubernaturas, sin que ello sea obstáculo para que dos mujeres puedan ser postuladas a las gubernaturas referidas, conforme a los criterios de competitividad, alternancia de género y paridad flexible que han sido aprobados por la jurisdicción.

Hecho lo anterior, el INE procederá de conformidad con lo establecido en el criterio quinto numerales 4 a 9 del Acuerdo INE/CG1446/2021.

Lo anterior se sustenta con la Jurisprudencia 9/2021, sostenida por el TEPJF el cual como se sabe es el órgano especializado encargado de la definición y alcances del principio de paridad en materia electoral, que a rubro y texto establece:

“PARIDAD DE GÉNERO. LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS ELECTORALES TIENEN FACULTADES PARA ADOPTAR MEDIDAS QUE GARANTICEN EL DERECHO DE LAS MUJERES AL ACCESO A CARGOS DE ELECCIÓN POPULAR EN CONDICIONES DE IGUALDAD.- De una interpretación sistemática de los artículos 1º, 4º y 41 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, párrafo 1, y 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 2, párrafo 1, 3 y 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4, incisos f) y j), y 6, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; 1, 2, 4, párrafo 1, y 7, incisos a) y b), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; así como II y III de la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer, se advierte que toda autoridad administrativa electoral, en observancia de su obligación de garantizar el derecho de las mujeres al acceso a cargos de elección popular en condiciones de igualdad, tiene la facultad de adoptar los lineamientos generales que estime necesarios para hacer efectivo y concretar el principio de paridad de género, así como para desarrollar, instrumentar y asegurar el cumplimiento de los preceptos legislativos en los que se contemplen acciones afirmativas y reglas específicas en la materia.”

V. Cumplimiento al Decreto en materia de VPMRG

23. Ahora bien, en nada abonaría a los fines de este Instituto, así como a los de los PPN, que se traten de manera separada las modificaciones a los Documentos Básicos ordenadas en virtud de los Lineamientos sobre VPMGR y la paridad sustantiva. Por ello, deben tratarse de manera paralela las modificaciones a sus Documentos Básicos; puesto que guardan una relación fundamental en el papel de las mujeres en la vida intrapartidaria de dichos institutos políticos, y su posicionamiento en los cargos de elección popular.

Es así como se debe plantear una reforma integral de su normativa interna, ya que los PPN al establecer criterios de postulación de candidaturas deben asegurar garantizar la paridad sustantiva, y de no ser objetivos podrían llevar a un sesgo de VPMRG.

Dando seguimiento al cumplimiento del artículo transitorio segundo⁵ de los Lineamientos aprobados a través del Acuerdo INE/CG517/2020, de veintiocho de octubre de dos mil veinte se han realizado diversos recordatorios a los PPN -PRI, PAN, PVEM y Morena- para que dieran

⁵ Segundo. Los partidos políticos deberán adecuar sus documentos básicos, a fin de dar cumplimiento a lo establecido en los presentes Lineamientos, una vez que termine el Proceso Electoral; en tanto esto ocurra, se ajustarán a lo previsto en los presentes Lineamientos en la tramitación de las quejas y denuncias que se presenten en esta temporalidad. Las adecuaciones estatutarias de los partidos políticos para atender lo dispuesto en estos Lineamientos deberán llevarse a cabo una vez que termine el Proceso Electoral 2020-2021.

cumplimiento a dicho Acuerdo y que, una vez concluido el PEF⁶, realizarán la adecuación a sus documentos básicos considerando las reformas aprobadas mediante el Decreto en materia de VPMRG.

Se describen los oficios mencionados, en el cuadro siguiente:

#	PPN	OFICIO	FECHA	OBSERVACIONES
1	PRI	INE/DEPPP/DE/DPPF/12595/2021	25/10/2021	Está en vías de cumplimiento
		INE/DEPPP/DE/DPPF/01154/2022	25/03/2022	
		INE/DEPPP/DE/DPPF/01359/2022	18/04/2022	
		INE/DEPPP/DE/DPPF/01611/2022	04/05/2022	Se toma nota de la fecha que indica el PPN (20/05/2022)
		INE/DEPPP/DE/DPPF/01792/2022	19/05/2022	Se toma nota de la fecha que indica el PPN (16/06/2022)
2	PAN	INE/DEPPP/DE/DPPF/13606/2021	17/11/2021	Está en vías de cumplimiento
		INE/DEPPP/DE/DPPF/14022/2021	17/12/2021	
		INE/DEPPP/DE/DPPF/01153/2022	25/03/2022	
		INE/DEPPP/DE/DPPF/01360/2022	18/04/2022	
		INE/DEPPP/DE/DPPF/01644/2022	06/05/2022	Se toma nota de la fecha probable que indica el PPN (Nov-Dic 2022)
3	PVEM	INE/DEPPP/DE/DPPF/13605/2021	17/11/2021	Está en vías de cumplimiento
		INE/DEPPP/DE/DPPF/01145/2022	25/03/2022	
		INE/DEPPP/DE/DPPF/01438/2022	20/04/2022	
		INE/DEPPP/DE/DPPF/01903/2022	30/05/2022	Se toma nota de la fecha probable que indica el PPN (Oct 2022)
4	MORENA	INE/DEPPP/DE/DPPF/13604/2021	17/11/2021	No ha precisado fecha de cumplimiento
		INE/DEPPP/DE/DPPF/14019/2021	17/12/2021	
		INE/DEPPP/DE/DPPF/01144/2022	25/03/2022	
		INE/DEPPP/DE/DPPF/01437/2022	20/04/2022	
		INE/DEPPP/DE/DPPF/01839/2022	30/05/2022	

Los PPN están obligados –y por ello han sido requeridos por este CG– a realizar las modificaciones a sus documentos básicos, una vez concluido el PEF 2020-2021, lo cual aconteció el treinta y uno de agosto de dos mil veintiuno, y así dar cumplimiento a las reformas aprobadas mediante el Decreto en materia de VPMRG, lo que deben informar a esta autoridad dentro del plazo contenido en el artículo 25, numeral 1, inciso I), de la LGPP.

Sin embargo, toda vez que ha concluido el PEF, y ante lo mandatado por el CG, a efecto de dar certeza, esta instancia **ordena** a dichos PPN para que, en el mismo plazo señalado, esto es, a más tardar **el treinta y uno de octubre de dos mil veintidós**, realicen las modificaciones a sus Documentos Básicos en cumplimiento a la obligación establecida en los Lineamientos.

Dicho plazo es razonable, toda vez que el veintisiete abril del presente año, este Consejo General, aprobó las resoluciones INE/CG204/2022⁷, INE/CG205/2022⁸ e INE/CG/206/2022⁹, sobre la procedencia constitucional y legal de las modificaciones a los documentos básicos, en

⁶ En sesión extraordinaria de fecha treinta y uno de agosto de dos mil veintiuno, el Consejo General de este Instituto, aprobó el Acuerdo INE/CG1474/2021, en acatamiento a las sentencias dictadas por el TEPJF en los expedientes SUP-REC-1410/2021 y acumulados, así como SUP-REC-1414/2021 y acumulados, y modifica la asignación de las diputaciones federales que les corresponden a los Partidos Políticos Nacionales Acción Nacional y Verde Ecologista de México, aprobada mediante Acuerdo INE/CG1443/2021. **Con dicho acto se dio por culminado el PEF.**

⁷ Resolución del Consejo General del Instituto Nacional Electoral sobre la procedencia constitucional y legal de las modificaciones a los Estatutos del Partido Político Nacional denominado Movimiento Ciudadano en ejercicio de su libertad de autoorganización y autodeterminación, publicada en el Diario Oficial de la Federación el diecinueve de mayo de dos mil veintidós.

⁸ Resolución del Consejo General del Instituto Nacional Electoral sobre la procedencia constitucional y legal de las modificaciones a los Documentos Básicos del Partido del Trabajo, en cumplimiento al artículo transitorio segundo de los Lineamientos aprobados mediante Acuerdo INE/CG517/2020, así como en el ejercicio de su libertad de autoorganización, publicada en el Diario Oficial de la Federación el veinte de mayo de dos mil veintidós.

⁹ Resolución del Consejo General del Instituto Nacional Electoral sobre la procedencia constitucional y legal de las modificaciones a los Documentos Básicos del Partido de la Revolución Democrática, en cumplimiento al artículo transitorio segundo de los Lineamientos aprobados mediante Acuerdo INE/CG517/2020, así como en el ejercicio de su libertad de autoorganización, publicada en el Diario Oficial de la Federación el veinticuatro de mayo de dos mil veintidós.

cumplimiento al artículo transitorio segundo de los Lineamientos aprobados mediante Acuerdo INE/CG517/2020 así como en el ejercicio de su libertad de autoorganización, de los PPN, Movimiento Ciudadano, PT y PRD.

En cuyos puntos resolutive determinó que el PT dio cumplimiento a lo ordenado en los Lineamientos, el PRD cumplió de manera parcial, por lo que hace a su Estatuto, y Movimiento Ciudadano no cumplió; en estos dos últimos casos, se otorgó a dichos PPN un plazo **no mayor a seis meses contados a partir de la publicación de la resolución en el DOF**, para que realizaran las modificaciones a sus Documentos Básicos en cumplimiento a la obligación establecida en los Lineamientos.

VI. Disposiciones generales

24. En tanto que los PPN realicen las modificaciones a sus Documentos Básicos en materia de VPMRG y contemplen los mecanismos **para garantizar la paridad sustantiva a través de los criterios de competitividad, la postulación de candidaturas a las Gubernaturas en Coahuila y Estado de México** se ajustarán a lo previsto por las sentencias emitidas por el TEPJF en los expedientes SUP-JDC-91/2022 y SUP-JDC-434/2022, a la LGIPE, la LGPP y demás disposiciones de la materia.
25. En razón de los considerandos anteriores, las Comisiones Unidas de Prerogativas y Partidos Políticos y de Igualdad de Género y No Discriminación, en su segunda sesión extraordinaria efectuada el doce de julio de dos mil veintidós, aprobó el Anteproyecto de Acuerdo en cuestión, y con fundamento en el artículo 42, párrafo 8, de la LGIPE, somete a la consideración del Consejo General el Proyecto de Resolución de mérito.

Fundamentos para la emisión del Acuerdo

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
Artículos 1º; 2º; 4º; 98; 35, fracción II; y 41, párrafo tercero, Bases I y V.
Jurisprudencias del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación
Jurisprudencia 3/2005, Tesis VIII/2005 y Jurisprudencia 20/2018
Ley General de Instituciones y Procedimientos Electorales
Artículos 3, numeral 1, inciso d) bis; 6, numeral 2; 29, numeral 1, 30, numerales 1 y 2; 31, numeral 1; 35, numeral 1; 42, numeral 8; 43, párrafo 1; y 44, numeral 1, incisos j) y jj); y 55, numeral 1, inciso o).
Ley General de Partidos Políticos
Artículos 3, numerales 1, 3 y 4; 7, numerales 1, inciso a); 10, numeral 2, inciso a); 23, numeral 1, incisos b), c), e) y f); 25, numeral 1, incisos r), s) y t); 28; 29; 34; 35; 36, numeral 1; 37; 38; 39; 40, numeral 1, inciso a); 41, numeral 1, incisos a), f) y g); 43 y 73.
Reglamento Interior del Instituto Nacional Electoral
46, numeral 1, inciso e).
Lineamientos para que los partidos políticos nacionales y, en su caso, los partidos políticos locales, prevengan, atiendan, sancionen, reparen y erradiquen la violencia política contra las mujeres en razón de género
Artículos 8, 10, 11, 12, 13, 14, 21, 22, 24, 27, 28, 29, 32, y demás relativos.
Resoluciones del TEPJF
SUP-RAP-116/2020, SUP-JDC-91/2022 y SUP-JDC-434/2022

En razón de los antecedentes, consideraciones y fundamentos señalados, el Consejo General del Instituto Nacional Electoral emite el siguiente:

ACUERDO

PRIMERO. Se ordena a los PPN adecuar sus Documentos Básicos, para que incluyan los criterios mínimos señalados en las sentencias dictadas por la Sala Superior del TEPJF en los juicios de la ciudadanía identificados con los expedientes SUP-JDC-91/2020 y SUP-JDC-434/2022, en el plazo y conforme a los

requisitos señalados en los Considerandos del presente Acuerdo, y garanticen así la paridad sustantiva a partir del próximo proceso electoral para gubernaturas en que participen ya sea de manera individual, en coalición o candidatura común.

SEGUNDO. Se requiere a los PPN para que, a más tardar el treinta y uno de octubre de dos mil veintidós, y por conducto del órgano competente, realicen las adecuaciones a fin de incorporar en sus Documentos Básicos los criterios mínimos descritos en el Considerando 19 del presente Acuerdo sobre paridad sustantiva, y los remitan a esta autoridad, a efecto de proceder conforme a lo señalado por el artículo 25, numeral 1, inciso I), de la LGPP.

Ante la eventualidad de que los PPN no estén en posibilidad de realizar la modificación a sus documentos básicos en la fecha señalada, deberán emitir, a través de su órgano competente, las reglas ordenadas por el presente acuerdo, las cuales deberán ser sometidas a la valoración de este Consejo General a más tardar el treinta y uno de octubre de dos mil veintidós, con la obligación de que en la siguiente asamblea general u órgano equivalente competente que celebren, a la brevedad posible, estas reglas serán incorporadas a los documentos básicos.

TERCERO. Se requiere a los PPN para que informen al INE a más tardar treinta días antes del inicio de su proceso de selección de candidaturas a gubernaturas en los estados de Coahuila y Estado de México, la entidad donde postularán a una mujer como candidata o, en su caso, si en ambas entidades postularán a mujeres, así mismo, en caso de que aún no hayan sido aprobadas por este Consejo las modificaciones a sus Documentos Básicos, informen en el mismo plazo a esta autoridad sobre los Métodos de Selección de Candidaturas aprobados por su órgano competente para garantizar la paridad sustantiva a través del criterio de competitividad.

CUARTO. Se vincula a los PPN, Revolucionario Institucional, Acción Nacional, Verde Ecologista de México, y Morena, para que, a más tardar el treinta y uno de octubre de dos mil veintidós, y por conducto del órgano competente, realicen las modificaciones a sus Documentos Básicos en cumplimiento a lo ordenado en el Acuerdo INE/CG517/2020, en relación con el Decreto en materia de VPMRG e informen a esta autoridad dentro del plazo contenido en el artículo 25, numeral 1, inciso I), de la LGPP.

QUINTO. Infórmese dentro de las siguientes veinticuatro horas a la Sala Superior del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación sobre el proceso de cumplimiento que se está dando a las sentencias dictadas en los expedientes SUP-JDC-91/2020 y SUP-JDC-434/2022.

SEXTO. Notifíquese por oficio el presente Acuerdo a los PPN para los efectos conducentes.

SÉPTIMO. Se instruye a la UTVOPL, notifique por la vía más expedita a los OPL el presente Acuerdo.

OCTAVO. Publíquese el presente Acuerdo en el DOF.

El presente Acuerdo fue aprobado en lo general en sesión extraordinaria del Consejo General celebrada el 20 de julio de 2022, por votación unánime de las y los Consejeros Electorales, Maestra Norma Irene De La Cruz Magaña, Doctor Uuc-kib Espadas Ancona, Doctora Adriana Margarita Favela Herrera, Maestro José Martín Fernando Faz Mora, Carla Astrid Humphrey Jordán, Doctor Ciro Murayama Rendón, Maestra Dania Paola Ravel Cuevas, Maestro Jaime Rivera Velázquez, Doctor José Roberto Ruiz Saldaña, Maestra Beatriz Claudia Zavala Pérez y del Consejero Presidente, Doctor Lorenzo Córdova Vianello.

Se aprobó en lo particular lo referente a que en el caso que el partido político no logre hacer la modificación a sus documentos básicos antes del 31 de octubre deberá emitir a través de una instancia facultada para ello las reglas ordenadas en el presente Acuerdo y someterlas a valoración de éste Consejo General, por siete votos a favor de las y los Consejeros Electorales, Doctor Uuc-kib Espadas Ancona, Doctora Adriana Margarita Favela Herrera, Maestro José Martín Fernando Faz Mora, Carla Astrid Humphrey Jordán, Doctor Ciro Murayama Rendón, Maestro Jaime Rivera Velázquez y del Consejero Presidente, Doctor Lorenzo Córdova Vianello, y cuatro votos en contra de las Consejeras y el Consejero Electorales, Maestra Norma Irene De La Cruz Magaña, Maestra Dania Paola Ravel Cuevas, Doctor José Roberto Ruiz Saldaña y Maestra Beatriz Claudia Zavala Pérez

El Consejero Presidente del Consejo General, Dr. **Lorenzo Córdova Vianello.**- Rúbrica.- El Secretario del Consejo General, Lic. **Edmundo Jacobo Molina.**- Rúbrica.