



APÉNDICE IV-I-2015 MECANISMO DE ABASTO, DISTRIBUCIÓN Y ENTREGA EFICIENTE DE VACUNAS Y ANTICONCEPTIVOS

Oaxaca

1 Vacunas

El Esquema de vacunación de México cuenta con 17 vacunas, a las cuales tiene acceso toda la población que reside en la República mexicana sin distinguir derechohabientes y su aplicación es gratuita, a través del Programa de Vacunación Universal que brindan las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.

Estas vacunas son:

1. BCG	8. Hepatitis B 20mcg
2. Hepatitis B 10mc	9. VPH
3. Rotavirus	10. Influenza
4. Neumococo 13	11. Neumococo 23
5. Pentavalente acelular	12. Td
6. SRP	13. Sabin
7. DPT	14. SR
15. Tdpa	16. Varicela
17. Hepatitis A	

De éstas 17 vacunas únicamente 14 se encuentran vigentes en el Catalogo Único de Servicios de Salud. Con el objetivo de garantizar el abasto, distribución y entrega eficiente de Vacunas, el Centro Nacional para la Infancia y Adolescencia, en coordinación con las Secretarías de Salud de las Entidades Federativas, analizó y planificó las siguientes 4 vacunas para ser financiadas por el Sistema de Protección Social en Salud.



Intervención 4. Vacuna contra rotavirus

Justificación técnica:

La infección por rotavirus es la causa más común de enfermedad diarreica y deshidratación. Afecta principalmente a menores de cinco años, en especial a los menores de un año. Los signos principales son: vómito en el 70% de los pacientes, dolor abdominal, evacuaciones líquidas abundantes y explosivas, distensión abdominal, intolerancia temporal a la lactosa o disacáridos y deshidratación.

En México, la diarrea sigue siendo un problema de salud pública; está dentro de las 5 principales causas de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años de edad. Durante la década de los 90's la mortalidad por diarrea disminuyó de forma importante debido a que la incidencia disminuyó, a la introducción de la terapia de hidratación oral, a mejoras en el saneamiento ambiental, a las medidas tomadas para el control del cólera, etc.; pero diversos estudios han demostrado que en la época invernal el rotavirus no se ve afectado aún con estas medidas, como sucede con diarreas de otra etiología. Los serotipos más frecuentes son el P1G3, P1G2, P1G9.

La duración de la excreción del virus es del 4 a 57 días después del inicio del cuadro, 10 días en el 43% de los niños y 20 días en el 70%, detectado por ELISA y PCR.

A causa de que el virus es estable en el ambiente, la transmisión puede ocurrir de persona a persona, por la ingestión de agua o comida contaminada y por el contacto con superficies contaminadas.

El virus puede sobrevivir por horas en las manos y por días en superficies sólidas; permanece estable e infeccioso en heces humanas hasta por una semana.

Actualmente se utiliza un esquema aprobado por el Consejo Nacional de Vacunación en 2011, de vacuna pentavalente contra rotavirus (RV5). Se aplica en niños menores de 8 meses de edad.

El esquema de vacunación consta de tres dosis, cada una de 1 ml, dependiendo del tipo de vacuna.

Para programación se considerarán tres dosis de vacuna antirotavirus para todos los niños menores de ocho meses de edad, la aplicación de ésta vacuna es de carácter universal en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional del Salud y en su planificación se prioriza la población de Seguro Popular considerada la población sin seguridad social.



Intervención 5. Vacuna conjugada contra neumococo

El *Streptococcus pneumoniae* (neumococo) produce dos tipos de infecciones: invasoras y no invasoras. Entre las infecciones invasoras se encuentran: sepsis, bacteriemia, meningitis y las neumonías bacteriémicas. Las no invasoras incluyen a la otitis media aguda (OMA), la neumonía no bacteriémica, la sinusitis, la conjuntivitis y las exacerbaciones de la bronquitis crónica. Es la principal causa de bacteriemia, meningitis bacteriana, neumonía bacteriana y otitis media aguda en menores de 2 años de edad.

Son datos clínicos sugestivos de bacteriemia: fiebre alta ($\geq 39.4^{\circ}\text{C}$), leucocitosis ($> 15,000/\mu\text{L}$); son datos clínicos de neumonía: fiebre, leucocitosis, taquipnea, dolor torácico, estertores focales o difusos, e infiltrado lobar con derrame en la radiografía de tórax; son datos clínicos de meningitis: fiebre, leucocitosis, "abombamiento" de fontanela, rigidez de cuello, irritabilidad y letargia.

El esquema consiste en tres dosis, cada una de 0.5ml. Se aplicarán dos dosis de vacuna conjugada contra neumococo en menores de 1 año de edad. Se aplicará una dosis de vacuna conjugada contra neumococo en los niños de 1 año de edad.

En los casos excepcionales, en los que no se administre la primera dosis en los primeros 11 meses de vida, se administrarán dos dosis únicamente, con intervalo de 8 semanas entre cada dosis. La edad máxima para aplicar la segunda dosis será 23 meses.

La aplicación de ésta vacuna es de carácter universal y en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en su planificación se prioriza la población afiliada al Seguro Popular considerada la más vulnerable por no contar con seguridad social.

Intervención 6. Vacuna anti-influenza

El virus de la influenza fue aislado por primera vez en 1933. Se han descrito tres tipos antigénicos de virus: A, B y C. Solamente los tipos A y B producen infecciones clínicamente detectables, causando brotes cada año, aunque sólo el tipo A se ha asociado a pandemias, mientras que el tipo B es responsable de brotes de menor magnitud fundamentalmente en niños.

El tipo A se subclasifica según sus proteínas de superficie: hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N) de la cual depende su capacidad para provocar formas graves del padecimiento. El tipo A se clasifica en subtipos y pueden presentarse hasta 144 combinaciones, desde H1N1 hasta H16N9, ya que se han detectado 16 hemaglutininas (H) y 9 neuroaminidasas (N).

Desde el punto de vista de la salud pública, el de mayor importancia es el virus de la influenza tipo A, que tiene la capacidad de infectar a humanos y algunas especies de animales tales como aves, cerdos, tigres, entre otros.



El modo de transmisión es de humano a humano. El contagio es a través de gotitas de saliva al toser o estornudar, o con superficies o materiales contaminados, incluidos las manos y los juguetes.

La distribución es mundial y la incidencia es mayor durante los meses de invierno.

La influenza es una enfermedad autolimitada que afecta a la población general, y la morbilidad y mortalidad son en particular considerables en ciertos grupos de población denominados de riesgo.

Se considera población de alto riesgo para presentar complicaciones por el contagio con el virus de la influenza, a los asmáticos, los que presentan enfermedades pulmonares crónicas, cardiopatías, infectados por VIH, cáncer, hemoglobinopatías (anemia de células falciformes), problemas renales crónicos, diabetes mellitus, obesidad, artritis y otros tipos de inmunosupresión.

La influenza es una enfermedad que suele producir síntomas respiratorios agudos. Los signos y síntomas que se presentan son fiebre mayor de 38 grados centígrados, tos, cefalea, dolor muscular y de articulaciones, escurrimiento nasal, ardor y dolor de garganta y malestar general, además puede presentarse diarrea.

En los niños, se consideran signos de alarma: la presencia de fiebre superior a 38°C, rechazo a la vía oral, dificultad respiratoria, frecuencia respiratoria igual o mayor a 50 respiraciones por minuto en niños de 2-11 meses, e igual o mayor a 40 respiraciones por minuto en niños de 1-4 años, convulsiones, o alteraciones del estado de conciencia.

Los pacientes con influenza no complicada presentan mejoría clínica entre 2 a 5 días, aunque los síntomas pueden llegar a durar por más de una semana. Otros pueden presentar síntomas de fatiga o debilidad que también pueden durar semanas.

Las complicaciones que se pueden desarrollar a causa de la infección por influenza son neumonía, es esta la complicación más común en grupos de pacientes con condiciones crónicas y considerados pacientes de alto riesgo, el paciente presenta fiebre, alta, dificultad respiratoria progresiva y cianosis; está asociado a infección bacteriana. Las manifestaciones extrapulmonares de la influenza son menos comunes. Pueden ocurrir en el sistema musculoesquelético como miositis y rhabdomiolisis con elevación de fosfatasa alcalina y mioglobina en orina; a nivel neurológico, como encefalitis, meningitis aséptica, síndrome de Guillain-Barre y en el sistema cardiovascular, en relación con miocarditis y pericarditis.

Los virus de la influenza que ocurren cada año durante el invierno se vinculan a menudo con un aumento en las tasas de hospitalización y mortalidad. Las pandemias de influenza, definidas



como brotes globales de la enfermedad debida a virus con nuevos subtipos antigénicos, han ocasionado elevadas tasas de mortalidad en seres humanos.

La influenza es una enfermedad sumamente transmisible en virtud de la variabilidad de reservorios que existen y por tanto el riesgo está latente. Como consecuencia, es un problema de salud pública por sus elevadas tasas de morbilidad y mortalidad

La vacunación ha demostrado ser una estrategia segura y eficaz para el control de esta enfermedad.

En población pediátrica: Se deberá vacunar al 100% de la población de 6 a 59 meses de edad cumplidos en el trimestre octubre diciembre de 2015 y a la población de 5 a 18 años considerada de alto riesgo, entendiendo como tal la que presenta asma y otras enfermedades pulmonares crónicas, cardiopatías, VIH, hemoglobinopatías (anemia de células falciformes), problemas renales crónicos, Diabetes mellitus y artritis, obesidad mórbida, etc. Existirá la posibilidad de ampliar los grupos de edad en función de los recursos disponibles por cada Institución y a los acuerdos que se establezcan al interior del CONAVA.

Para programación se considerarán:

- Niños de 6 a 16 meses, dos dosis de 0.25ml.
- Niños de 17 a 35 meses que fueron vacunados el año anterior, una dosis de 0.25ml.
- Niños de 17 a 35 meses que no fueron vacunados el año anterior, dos dosis de 0.25ml.
- Niños de 3 a 8 años que fueron vacunados el año anterior, una dosis de 0.5ml
- Niños de 3 a 8 años que no fueron vacunados el año anterior, dos dosis de 0.5ml.
- Niños de 9 a 18 años, una dosis de 0.5ml independientemente del estado vacunal previo.

En adultos: El esquema consiste en una dosis anual de 0.5ml, que se aplica a toda la población de 60 y más años de edad y a la población de 19 a 59 años de edad considerada con factores de riesgo, entendiendo como tal la que presenta asma y otras enfermedades pulmonares crónicas, cardiopatías no incluye Hipertensión arterial sistémica, inmunodeficiencias, cáncer, VIH, asplenia anatómica o funcional, hemoglobinopatías (anemia de células falciformes), problemas renales crónicos, inmunodeficiencias, diabetes mellitus, obesidad y artritis, embarazadas.

La aplicación de ésta vacuna es de carácter universal y en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en su planificación se prioriza la población afiliada al Seguro Popular considerada la más vulnerable por no contar con seguridad social.



Intervención 10. Vacuna contra el virus del papiloma humano

El VPH es un virus que presenta preferencia por infectar la piel y mucosas del ser humano; dentro de esta gran familia se han descrito más de 100 tipos. Alrededor de 30 tipos se transmiten sexualmente, su magnitud en la tasa de transmisión es varias veces superior a otros organismos sexualmente transmitidos, como el propio Virus de la Inmunodeficiencia Humana; quince han sido considerados de alto riesgo por su capacidad oncogena para cáncer cérvico uterino.

En el ámbito mundial entre el 50 y 80% de las mujeres en edad reproductiva han presentado en algún momento de su vida alguna infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo ya que la infección por VPH es muy frecuente y la gran mayoría de las infecciones son transmitidas en etapas tempranas de la vida,

En México este panorama es similar con algunas variaciones regionales y por grupos de edad. Cada año mueren alrededor de 4,100 mujeres por cáncer cérvico uterino en México y la mayoría de estas muertes pudieron ser evitadas.

Esto afecta una proporción alta de mujeres y hombres sexualmente activos, por lo general, muy pronto después del inicio de sus relaciones sexuales. La infección por el VPH, sin embargo, no es necesariamente un indicador de práctica sexual insegura ya que la transmisión no requiere la cópula, ni múltiples compañeros sexuales.

La mayor parte de infecciones por VPH no se acompañan de signos o síntomas, y la población infectada no sabe que es trasmisora. Sin embargo, en algunas personas, infecta el área genital de hombres y mujeres, que incluyen la piel del pene, la vulva (área fuera de la vagina), el ano y los revestimientos de la vagina, el cuello uterino o el recto. Las infecciones causadas por virus de "alto riesgo" pueden revelar resultados anormalidades en las pruebas de Papanicolaou, estos virus también pueden provocar cáncer de cuello uterino, de vulva, de vagina, de ano o de pene. Otros tipos de virus son llamados de "bajo riesgo" y pueden arrojar resultados con anormalidades leves en las pruebas de Papanicolaou o causar verrugas genitales.

Para la prevención mediante la vacunación, existen dos tipos de vacunas.

Los tipos 16 y 18 del VPH, provocan el 70% de los casos de CaCu en todo el mundo, lo cual fortalece el objetivo de ambas vacunas. Además una de ellas incluye los tipos 6 y 11 del virus que produce anormalidades celulares leves en cérvix y la gran mayoría de las verrugas genitales.

El esquema de esta vacuna consiste tres dosis 0.5ml, con un esquema ampliado de 0 – 6 y 60 meses.

1. Niñas que cursan el quinto grado de la escuela primaria sin discriminar la edad.
2. Niñas de 11 años no escolarizadas.



La aplicación de ésta vacuna es de carácter universal y en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en su planificación se prioriza la población afiliada al Seguro Popular considerada la más vulnerable por no contar con seguridad social.

El monto asignado para vacunas del Anexo IV 2015 del Estado de Oaxaca será:

Vacuna contra Neumococo Conjugada	Vacuna contra Influenza	Vacuna contra Rotavirus RV5	Vacuna contra VPH	Total
Monto	Monto	Monto	Monto	Monto
\$26,706,140.00	\$15,860,610.81	\$5,284,160.00	\$6,984,720.00	\$54,835,630.81

El número de dosis que se adquiriera para cada biológico con el recurso antes mencionado está sujeto a variación de acuerdo al costo y presentación del cuadro básico con el que se obtengan en el proceso de contratación.

2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar es el derecho, consagrado en el artículo 4° de la Constitución, de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos para ello, teniendo además, carácter prioritario en términos de la Ley General de Salud.

La planificación familiar y la anticoncepción son intervenciones en salud pública que han demostrado amplia variedad de beneficios en la salud, así como en el desarrollo social y económico de la población, entre otros beneficios, evita embarazos no planeados y contribuye a la disminución del riesgo reproductivo, de la mortalidad materna y perinatal.

La NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar señala expresamente que se pondrá al alcance de toda la población información veraz y oportuna, orientación y consejería con calidad y calidez, así como los métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas del ciclo reproductivo. Asimismo, menciona que se debe ofertar una diversidad de métodos anticonceptivos, incluyendo aquellos que sean producto de los avances científicos y tecnológicos recientes, con el único criterio de haber mostrado ser efectivos y seguros.



A pesar de que la planificación familiar es un derecho, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) efectuada en 2009 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en colaboración con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en Oaxaca la prevalencia de uso de anticonceptivos sólo asciende a 63.4% del total de las mujeres en edad fértil unidas (MEFU). Además, sólo el 75.0% de las usuarias se provee de anticonceptivos en el sector público, lo que indica que 25.0% de las usuarias recurre al sector privado para demandar un servicio que de acuerdo con la legislación debe ser gratuito.

Un aspecto importante es que en Oaxaca, el 14.9% de las MEFU que se encontraban embarazadas al momento de la encuesta manifestaron que su embarazo fue no planeado y 6.8% indicaron que su embarazo era no deseado, lo que señala que en este grupo de la población no se cumplió con el propósito del programa de planificación familiar acerca de que la población tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada acerca de cuántos hijos tener y en qué momento tenerlos.

Lo anterior demuestra la importancia de asegurar los insumos anticonceptivos suficientes, oportunos y de calidad para la prestación de los servicios de planificación familiar y anticoncepción, razón por la cual la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) sumaron esfuerzos para promover la adquisición centralizada de insumos anticonceptivos, a efecto de reducir la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar en unidades médicas y centros de atención de la Secretaría de Salud y al mismo tiempo abatir costos de adquisición.

Para ello, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en coordinación con los Servicios Estatales de Salud, de las 31 entidades federativas y el Distrito Federal, estimaron las necesidades de cada uno de los métodos anticonceptivos que se requieren para hacer efectiva la prestación de las intervenciones vigentes en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Intervención 89. Métodos temporales de planificación familiar: Anticonceptivos Hormonales (AH)

Justificación técnica:

Los métodos temporales de planificación familiar están recomendados para aquellas mujeres que desean espaciar su próximo embarazo.

Entre los métodos temporales están los anticonceptivos hormonales que pueden encontrarse en diversas presentaciones como: orales, inyectables, implantes, DIU medicado y parches.



A. Hormonales orales.

Los hormonales orales son muy efectivos si se utilizan de manera correcta y constante, tienen una efectividad entre el 90 y 99%. Los pueden usar: adolescentes, mujeres antes del primer embarazo, mujeres para ampliar el tiempo entre uno y otro embarazo o después de un aborto. En México, de acuerdo con la ENADID, 5.7 por ciento del total de las MEFU en el país utilizan pastillas para regular su fecundidad.

B. Hormonales inyectables.

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción que bajo condiciones habituales de uso brindan protección anticonceptiva mayor al 99%.

Existen diferentes presentaciones y formulaciones de hormonales inyectables. Según el tipo se aplica una inyección al mes, cada dos meses o cada tres meses. Los pueden usar adolescentes, mujeres antes del primer embarazo, mujeres para ampliar el tiempo entre uno y otro embarazo o después de un aborto.

En México, de acuerdo con la ENADID, 5.4 por ciento del total de las MEFU del país utilizan hormonales inyectables para regular su fecundidad.

C. Implante Subdérmico.

El implante es muy efectivo, se refiere menos de un embarazo por cada cien mujeres (efectividad 99%). Se puede retirar en cualquier momento que la mujer lo desee y elimina la preocupación de quedar embarazada por un largo plazo (máximo tres años). Los pueden usar: todas las mujeres mayores de 15 años con un peso menor de 90 kg.

En México, de acuerdo con la ENADID, 1.5 por ciento del total de las MEFU del país utilizan implante para regular su fecundidad.

D. DIU Medicado.

Es muy efectivo se refiere menos de un embarazo por cien mujeres (efectividad 99%). Tiene una duración de cinco años y se puede retirar en cualquier momento que la mujer lo desee. Totalmente reversible. Es un dispositivo seguro y adecuado para la mayoría de las mujeres. De acuerdo con estadísticas oficiales en la Secretaría de Salud 58,911 mujeres utilizan este método (preliminar).



E. Parche anticonceptivo dérmico.

Es muy seguro, su efectividad es similar a la de los hormonales orales (90 a 99%), dependiendo de la usuaria. Las tasas de embarazo pueden ser levemente más altas en mujeres que pesen más de 90 Kg. Se aplican tres parches al mes, uno por cada semana.

En México, de acuerdo con la ENADID, 0.9 por ciento del total de las MEFU del país utilizan Parche anticonceptivo dérmico para regular su fecundidad.

F. Pastillas de Anticoncepción de emergencia (Anticoncepción hormonal poscoito).

Es un método que pueden utilizar las mujeres en los tres días siguientes a un coito no protegido con el fin de evitar un embarazo no planeado. Este método no debe usarse de manera regular. Las mujeres en edad fértil, incluyendo las adolescentes, pueden recurrir a este método para evitar un embarazo no planeado en las siguientes condiciones:

- Después de un coito practicado voluntariamente sin protección anticonceptiva.
- Después de un coito practicado de manera involuntaria sin protección anticonceptiva.
- Cuando se esté usando un método anticonceptivo y se presuma falla del mismo.

Intervención 90. Método temporal de planificación familiar: condones.

Justificación técnica:

Entre los métodos temporales de planificación familiar también se incluyen los condones masculino y femenino. Los condones son los únicos métodos que además de prevenir embarazos, contribuyen a la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Es fácil de usar.

El condón masculino tiene una efectividad de 85-97% si se usa correctamente y de manera constante. En México, de acuerdo con la ENADID, 10.0 por ciento del total de las MEFU del país utilizan condón masculino para regular su fecundidad.

El condón femenino tiene una efectividad de 79-98% con un uso correcto y de manera constante. En México, de acuerdo con la ENADID, 0.1 por ciento del total de las MEFU del país utilizan condón femenino para regular su fecundidad.



Intervención 91. Método temporal de planificación familiar: dispositivo intrauterino (DIU)

Justificación técnica:

El DIU es un método anticonceptivo temporal que se utiliza durante el intervalo intergenésico, el puerperio mediato y el posaborto de 12 semanas de edad gestacional, con una efectividad del 99% (menos de un embarazo por cada cien mujeres). Lo pueden usar: mujeres de cualquier edad y aquellas que tienen contraindicado el uso de anticonceptivos hormonales.

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Periodo intergenésico: el DIU se inserta preferentemente durante la menstruación, o en cualquier día de este ciclo, cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- Posplacenta: la inserción debe realizarse dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto, o durante una cesárea.
- Prealta: tras la resolución de cualquier evento obstétrico al egreso hospitalario se hace la colocación, antes de que la paciente sea enviada a su domicilio.
- Posaborto: inmediatamente después del legrado o la aspiración endouterina por aborto, en cualquier edad de embarazo.
- Puerperio tardío: entre la cuarta y sexta semana posaborto, posparto y poscesárea.

Para la prescripción el DIU debe ser aplicado:

- Después de proporcionar consejería.
- Por personal capacitado en la exploración del aparato genital femenino y en las diversas técnicas de inserción.
- De acuerdo con las recomendaciones específicas para cada tipo de DIU.
- Cumpliendo las técnicas de asepsia y antisepsia.
- No se recomienda su colocación en mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a infecciones de transmisión sexual, por el riesgo de que desarrollen enfermedad pélvica inflamatoria. Debe obtenerse el consentimiento informado, firmado por la usuaria.

En México, de acuerdo con la ENADID, 16.1 por ciento del total de las MEFU del país utilizan DIU para regular su fecundidad.

Con base en los datos anteriores, para asegurar el acceso efectivo al Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción en los Servicios de Salud del estado de Oaxaca, en el cuadro siguiente





se señala la cantidad de material anticonceptivo que debe adquirirse para el ejercicio fiscal del 2015.

SECRETARÍA DE SALUD
PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN
Necesidades de Anticonceptivos 2015

OAXACA

MÉTODO	CANTIDAD	IMPORTE EN PESOS
HORMONAL ORAL (clave 010.000.3507.00)	9,987	\$ 252,671.10
HORMONAL ORAL (clave 010.000.3508.00)	4,994	\$ 126,348.20
INYECTABLE MENSUAL (clave 010.000.3509.00)	141,483	\$ 5,011,327.86
INYECTABLE MENSUAL (clave 010.000.3515.00)	41,613	\$ 1,473,932.46
INYECTABLE BIMESTRAL (clave 010.000.3503.00)	141,483	\$ 5,318,345.97
CONDON MASCULINO (clave 060.308.0177)	20,806	\$ 1,699,017.96
CONDON FEMENINO (clave 060.308.0227) Envase con 1 pieza	4,994	\$ 264,432.30
DIU T DE COBRE 380 A (clave 060.308.0029)	25,048	\$ 290,807.28
DIU T DE COBRE PARA NULIPARAS (clave 060.308.0193)	832	\$ 30,259.84
DIU MEDICADO (clave 010.000.2208.00)	2,497	\$ 4,432,125.06
IMPLANTE SUBDÉRMICO (clave 010.000.3510.00)	7,310	\$ 8,484,278.40
ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA (clave 010.000.2210.00)	12,484	\$ 133,079.44
PARCHE DÉRMICO (clave 010.000.3511.00)	33,290	\$ 5,355,695.20
COSTO TOTAL		\$ 32,872,321.07

El importe previsto para la compra de cada uno de los métodos anticonceptivos señalados en este Apéndice, está sujeto a variaciones en el costo que se obtenga en los procedimientos de contratación que se realicen al amparo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En su caso, las economías que se obtengan en la compra de los diversos métodos anticonceptivos, podrán ser utilizadas para cubrir la deficiencia presupuestaria que se llegara a presentar en la adquisición de los métodos restantes, por obtener un precio mayor al estimado.



Dichas economías únicamente serán utilizadas para cubrir deficiencias de la propia entidad federativa y no se utilizarán para adquirir métodos anticonceptivos no previstos en este documento.

Los aspectos financieros se determinarán conforme al Anexo III "Recursos presupuestarios" del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud.

México, D. F. a 10 de marzo de 2015

Dr. Ignacio Villaseñor Ruiz
Director General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Dr. Ricardo Juan García Cavazos
Director General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dr. Germán de Jesús Tenorio Vasconcelos
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Oaxaca

Lic. Rogelio Hernández Cázares
Director del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Oaxaca